



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Psykosociala interventioner för förbättrad hälsa hos personer med HIV

En litteraturstudie

Författare: Katinka Johansson & Marie Jönsson

Handledare: Marie Hübel

Kandidatuppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Psykosociala interventioner för förbättrad hälsa hos personer med HIV

En litteraturstudie

Författare: Katinka Johansson & Marie Jönsson

Handledare: Marie Hübel

Kandidatuppsats

Våren 2013

Abstrakt

Humant immunbristvirus (HIV) är en av de infektionssjukdomar som skördar flest liv i världen. Idag behandlas HIV främst med antivirala läkemedel som har starka biverkningar. Alternativa metoder såsom psykosociala interventioner efterfrågas då flera studier tyder på att psykisk ohälsa har en negativ inverkan på framskridandet av HIV. Syftet med föreliggande litteraturstudie var att belysa olika psykosociala interventioner samt dess inverkan på den fysiska och psykiska hälsan hos personer med HIV. Nio vetenskapliga artiklar med kvantitativ ansats granskades och analyserades. Tre teman avseende de psykosociala interventionernas tillvägagångssätt kunde urskiljas; *Medvetna rörelser*, *Omstrukturering av tankar* samt *Andlig medvetenhet*. Resultatet visade att de psykosociala interventionerna hade antingen positiv eller oförändrad effekt på hälsan, i form av immunstatus och psykisk hälsa. En intressant upptäckt var att det inte enbart var interventionerna i sig som gav effekt utan även själva deltagandet. Psykosociala interventioner bör därför tillämpas och vidare undersökas i kampen mot HIV.

Nyckelord

Humant immunbristvirus, psykosociala interventioner, hälsa, psykoneuroimmunologi, personcentrerad vård, alternativ medicin

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Introduktion	2
Problemområde	2
Bakgrund	3
Hälsa	3
Humant immunbristvirus (HIV)	4
Psykoneuroimmunologi (PNI)	5
Hälsa, HIV och psykosociala interventioner	6
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska avvägningar	10
Resultat	11
Psykosociala interventioner	11
Medvetna rörelser	11
Medvetna rörelser - effekter på hälsan	12
Omstrukturering av tankar	13
Omstrukturering av tankar- effekter på hälsan	15
Andlig medvetenhet	18
Andlig medvetenhet - effekter på hälsan	18
Diskussion	19
Diskussion av vald metod	19
Diskussion av framtaget resultat	20
Slutsats	24
Kliniska implikationer	25
Referenser	26
Bilaga 1 (1)	32

Introduktion

Problemområde

Humant immunbristvirus (HIV) är en av de infektionssjukdomar som skördar flest liv i världen (World Health Organisation [WHO], 2012). Ca 34,2 miljoner människor levde år 2011 med HIV, 2,5 miljoner infekterades och 1,7 miljoner avled till följd av acquired immunodeficiency syndrome (aids) (Unaids, 2012). Idag behandlas HIV med starka antivirala läkemedel som ger kraftiga biverkningar (Socialstyrelsen & Smittskyddsinstitutet, 2010). Antivirala läkemedel fungerar inte på alla, men anses ha god behandlingseffekt då 92 % av de som behandlas i Sverige blir varaktigt virusfria (Socialstyrelsen, 2011). Detta skapar dock nya problem i form av en åldrande kroniskt sjuk patientgrupp, samsjuklighet, polyfarmaci, resistensutveckling och ett behov av nya åtgärder (Chu & Selwyn, 2011; Michaud et al., 2012). Enligt Chu och Selwyn (2011) samt Michaud et al. (2012) bör inte fokus gällande forskning och behandling av personer med HIV enbart ligga på antivirala läkemedel utan ett behov av nya metoder har uppkommit.

Under senare årtionden har ett nytt tvärvetenskapligt ämne, psykoneuroimmunologi (PNI), utvecklats, som sammanlänkar psyke och kropp på ett vetenskapligt plan och innebär att psykologiska processer påverkar vårt immunförsvar (Bauer-Wu, 2002a). Forskning inom detta område ger möjlighet att bekräfta olika sidor av omvårdnad och olika sidor av alternativ medicin som tidigare har använts av sjuksköterskor som utgått dels från intuition och dels från beprövad erfarenhet men som vetenskapligt har setts som pseudovetenskap (Langley, Fonseca & Iphofen, 2006). Länken mellan psyke och kropp öppnar upp för icke- medicinska behandlingar där behandlingen är riktad mot psykiskt välbefinnande, så som vid psykosociala interventioner, för att genom det uppnå en förbättrad hälsa både fysiskt och psykiskt. Då HIV är en sjukdom som medför ett sänkt immunförsvar, samtidigt som människor som lever med HIV utsätts för ökad psykologisk stress (Grov, Golub, Parsons, Brennan & Karpiak, 2010), är det angeläget att göra fler undersökningar kring vilka psykosociala interventioner som kan ha en positiv effekt på sjukdomsprogressen (Leserman, 2008).

Bakgrund

Hälsa

Inom hälso- och sjukvården har det biomedicinska synsättet länge haft klart företräde framför andra perspektiv. Det biomedicinska synsättet kan uppfattas som att människan reduceras till en patient som underkastas sin sjukdom. Synsättet har kritiserats då det försvårar möjligheten att bedriva en holistisk vård och omvårdnad (Egidius & Norberg, 1983; Edvardsson, 2010). Inom omvårdnadsvetenskapen anses människan inte vara reducerbar (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Svängningar mellan den naturvetenskapliga synen, där hälsa ses som frånvaro av sjukdom och en humanvetenskaplig, holistisk syn på hälsan har förekommit i århundraden (Wärnå-Furu, 2012). Egidius och Norberg (1983) resonerar vidare att det dock är orimligt att ställa naturvetenskap och humanvetenskap mot varandra om en verklig helhetssyn ska kunna ges.

Hälsa är ett mångdimensionellt begrepp som kan vara svårt att fånga (Wiklund Gustin & Bergbom, 2012). World Health Organisations (WHO) definition på hälsa lyder: *”Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet”* (WHO, 1948, citerat i Quennerstedt, 2006, s. 45). Definitionen, som har sitt ursprung i en deklARATION från 1948, har kritiserats då hälsa i detta fall ses som ett ouppnåeligt ideal. Enligt WHO:s grunddefinition skulle dock människor i allmänhet och personer med kroniska sjukdomar (så som HIV) i synnerhet, inte kunna uppleva hälsa. WHO har sedan upphovet utvecklat begreppet och hälsa föreslås nu ses som en föränderlig resurs, som blir till och utvecklas i relationen mellan individ och omgivning (Quennerstedt, 2006). Watson (1993) skildrar en bild av hälsa där hon menar att: *”hälsa innebär andlig, kroppslig och själslig enhet och harmoni”* (s.65) och beskriver att ohälsa inte är detsamma som sjukdom.

Att drabbas av HIV behöver alltså inte enligt Watsons (1993) synsätt betyda ohälsa. Emellertid kan ett HIV- positivt besked för individen innebära självstigmatisering och diskriminering samt ökad psykisk och fysisk stress, men även detta kan vara mycket olika från person till person (HIV Sverige, 2013a). Som vårdpersonal är det därför viktigt att möta personen som en människa och inte reducera denne till patient (Edvardsson, 2010). En person som drabbas av sjukdom befinner sig i en beroendeposition i förhållande till vården. För att få

till stånd en personcentrerad omvårdnad är det av yttersta vikt att personen får vara delaktig i sin egen vård (Edvardsson, 2010). Psykosociala interventioner är något som personen själv kan utföra och ha kontroll över. Även i Watsons (1993) omvårdnadsteori ses patienten som mer än en patient, en människa med ande, själ och kropp. Målet med omvårdnaden beskrivs som ett ansvar att värna om det mänskliga, värdigheten och helheten hos personer. Målet är alltså bortom sjukdomen och innebär att bevara harmonin hos hela människan, i både ande, själ och kropp. Watson ser inte sjukdom och person som *en* helhet eller patienter som *en* grupp utan strävar istället efter en personcentrerad omvårdnad (Watson, 1993). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor står det att sjuksköterskan ska ”Tillgodose patientens basala och specifika behov, såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga.” (Socialstyrelsen, 2005, s.11), vilket innebär att personcentrerad vård bör tillämpas och icke- medicinska metoder bör få lika stort utrymme som medicinska. HIV påverkar individen både på ett psykiskt och fysiskt plan (Grov et al., 2010). Vid sjukdom finns risk att det läggs för stort fokus på enbart behandling utan att betänka den inverkan en behandling kan ha på personens liv. Ett holistiskt synsätt är därför viktigt vid möte med vårdtagare (Edvardsson, 2010).

Humant immunbristvirus (HIV)

Humant immunbristvirus (HIV) är ett retrovirus, vilket innebär ett virus vars RNA kan transkriberas om till DNA efter infektion av en cell. DNA- kopian integreras sedan i cellens DNA, vilket medför att viruset kan gömma sig i kroppens celler och mutera utan att bli angripet av immunförsvaret (Melhus, 2010). HIV angriper kroppens immunförsvaret genom att infektera och förstöra framförallt en viss typ av vita blodkroppar, CD4- positiva T- lymfocyter (CD4-lymfocyter) som är mycket viktiga för människans immunförsvaret, vilket leder till att immunförsvaret bryts ner (Steen & Degré, 2011). Svagare immunförsvaret gör att personer med HIV blir mottagligare för opportunistiska infektioner. Med opportunistiska infektioner menas att, vanligen förekommande smittoämnen, som kroppen normalt sätt inte har några problem att bekämpa, blir sjukdomsframkallande på grund av att immunförsvaret sviktar. Exempel på detta är svampinfektioner, lunginflammationer och herpes och vid längre sjukdomsframskridande, tuberkulos och cancer (ibid.). Flera opportunistiska infektioner innebär att man har utvecklat aids (Melhus, 2010). Utan bromsmediciner utvecklas aids hos ca 50 % av personer med HIV inom 10 år från diagnos (Smittskyddsinstitutet, 2012).

Idag behandlas HIV med kombinationen HAART (highly active antiretroviral therapy) som består av minst tre olika antivirala läkemedel. HAART går också under namnet cART (combination antiretroviral therapy) (Melhus, 2010). Läkemedlen begränsar virusreplikationen, det vill säga förökningen av virus och därmed stärks immunförsvaret (WHO, 2012). Behandlingen är livslång, den kan ge starka biverkningar i form av psykiska störningar, metabola rubbningar och ökad risk för hjärt- kärlsjukdom. Fördelen är att de flesta personer med HIV som nås av behandlingen idag kan leva ett relativt normalt liv (Steen & Degré, 2011). Den senaste rapporten från i slutet av 2011 visade att ca 6600 människor lever med HIV i Sverige, varav ca 5800 av dessa med känd HIV- diagnos (Smittskyddsinstitutet, 2012a).

För att få kunskap om den immunologiska statusen hos en person med HIV mäts CD4- nivån i perifert blod vilket ger ett mått på hur defekt immunförsvaret är. CD4- nivån är en markör för risken att utveckla opportunistiska infektioner samt viktig vid ställningstagandet till och utvärderingen av antiviral behandling (Smittskyddsinstitutet, 2009a). För att säkerställa hur fort immunbristen utvecklar sig hos personer med HIV mäts virusnivåerna av HIV-1 RNA i plasma. HIV-1 RNA mäts även för att följa effekten av antiviral behandling (Smittskyddsinstitutet, 2009b).

Psykoneuroimmunologi (PNI)

Under de senaste 30 åren av forskning i fysiologi har kunskapen om att det finns en relation mellan fysiologi, immunologi, neuroendokrinologi och psykologi växt fram (Langley et al., 2006). Termen för det nya området, psykoneuroimmunologi (PNI) myntades 1981 efter Robert Ader och hans forskarteam upptäckt (Bauer-Wu, 2002a).

Genom ett djurförsök visade Ader att det finns en koppling mellan psyke och immunförsvaret hos råttor. Ader visade att råttors hjärna kan påverka deras immunförsvaret under ett experiment med ett immunosuppressivt läkemedel (cyclophosphamide) (Bauer-Wu, 2002a). Råttorna gavs en sockerlösning innehållande läkemedlet och verkningarna kunde ses i form av sjunkande antal T-lymfocyter och minskat antikroppssvar. Efter att råttorna fått återhämta sig från tillståndet gavs de åter en sockerlösning som den här gången inte innehöll något

läkemedel. Blodprov visade på nytt en T-lymfocytsänkning och ett försämrat antikroppssvar. Råttorna associerade sockerlösningen med ett immunsuppressivt tillstånd. Experimentet visade att immunförsvaret reagerade utan att det stimulerats med immunosuppressivt läkemedel (Langley et al., 2006; Bauer-Wu, 2002a). Förklaringen ligger i att nervsystemet påverkar det endokrina systemet som i sin tur påverkar mekanismer som är involverade i immunförsvaret. Hypotalamus är en viktig länk mellan nervsystemet och det endokrina systemet (Henriksson & Rasmusson, 2007) och en av de viktigaste anatomiska delarna för PNI (Bauer-Wu, 2002a). Efter Aders försök har liknande experiment utförts som bekräftar sammanhanget mellan nervsystem och immunförsvaret och förståelsen har ökat för de fysiologiska processerna som är involverade. Mekanismen beskrivs som ett flervägssystem där psykologiska och neurologiska processer interagerar med endokrina och immunologiska processer (Langley et al., 2006).

I en Reviewstudie av Bauer-Wu (2002b) delas de behandlingar som bygger på PNI:s principer in i fyra kategorier, så kallade ”mind- body interventions”: sensoriska, kognitiva, expressiva och fysiska. Den sensoriska kategorin omfattar alla våra sinnesorgan och berör interventioner som aromterapi (lukt), estetisk omgivning (syn), god mat (smak), musik (hörsel) och beröring (känsl). De kognitiva interventionerna behandlar framförallt den tänkande delen av hjärnan, hjärnbarken och omfattar discipliner som meditation, mindfulness, humor och avslappningstekniker. Den expressiva kategorin handlar om att uttrycka sig genom bild, form, skrift, musik och tal. Detta kan exempelvis ske genom konstterapi, expressivt skrivande, psykoterapi, trädgårdsarbete, sång eller att spela instrument. Fysiska interventioner innebär förutom fysisk träning även dans, yoga, tai chi och muskelavslappande övningar. I flera av fallen berörs mer än en mekanism.

I den här litteraturstudien används begreppet ”Psykosociala interventioner” i den mening som Bauer-Wu (2002b) använder sig av termen ”mind- body interventions” som omfattar sensoriska, kognitiva, expressiva och fysiska interventioner samt kombinationer av dessa.

Hälsa, HIV och psykosociala interventioner

Trots god kunskap inom mekanismerna bakom sjukdomsförloppet av HIV finns det fortfarande många sjukdomsframskridanden hos personer med HIV som inte går att förklara

med dålig medicinering (Kemeny & Schedlowski, 2007). Negativa psykosociala faktorer som depression och stressande livshändelser (exempelvis närståendes död, förändringar på arbetet, i relationer, ekonomi, hälsa) kan vara en förklaring. Dessa faktorer leder till minskning av CD4- lymfocyter, ökad virusmängd och därmed högre risk för dödlighet (Balbin, Ironson & Solomon, 1999; Leserman, 2008). Personer med HIV drabbas oftare av depression än andra personer (Leserman, 2008). Medicinering med HAART minskar utvecklingen av opportunistiska infektioner, men den negativa påverkan depression har på framskridandet av HIV kvarstår trots denna medicinering. Enligt Fumas et al. (2012) och Leserman (2008) framskrider HIV-infektionen troligen som följd av depression och stress. Därför bör interventioner som kan dämpa denna negativa hälsopåverkan undersökas (Leserman, 2008).

Enligt Leserman (2008) bör den psykiska hälsan hos personer med HIV övervakas lika väl som deras immunologiska status, för att förekomma HIV- progression. Känslor som upplevs stressande följs åt av autonoma och neuroendokrina förändringar som är kapabla att påverka immunfunktionen, vilket i sin tur ökar mottagligheten för sjukdomar. Följaktligen bör interventioner som minskar oro och stress gynna välbefinnande och förbättra sjukdomstillstånd (Ziemssen & Kern, 2007).

Då de antivirala medicinerna har förbättrats har HIV blivit en kronisk sjukdom och en ny patientgrupp har framkommit. Detta medför en annan typ av problem i form av polyfarmaci och resistensutveckling vilket kräver nya interventioner (Chu & Selwyn, 2011; Michaud et al., 2012). Framtagandet av nya interventioner fordrar evidens och därmed forskning vilket sjuksköterskan i hög grad är ansvarig för. I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor anslås att *”Sjuksköterskan är aktiv när det gäller att utveckla omvårdnad som vilar på evidensbaserad kunskapsgrund.”* (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2007, s.5) samt att *” Vid användning av teknik och ny forskning ansvarar sjuksköterskan för att omvårdnaden sker i överensstämmelse med individens säkerhet, värdighet och rättigheter.”* (ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2007, s.5).

Enligt Langley et al. (2006) är det viktigt att undersöka hur kopplingen mellan psyke och kropp kan utnyttjas i praktiken genom psykosociala interventioner. Även Watson (1993) förespråkar att förena humanistiska värden med vetenskapligt grundade kunskaper och metoder.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa olika psykosociala interventioner samt dess inverkan på den fysiska och psykiska hälsan hos personer med HIV.

Metod

Föreliggande studie är en litteraturstudie, vilket innebär en översikt över aktuell kunskap inom ett specifikt område. Målet med en litteraturstudie är att samla kunskap om ett ämne genom att sammanställa forskningsresultat som redan publicerats. Sammanställningen kan bidra med att belysa var ytterligare forskning behövs (Friberg, 2012; Polit & Beck, 2010).

Urval

Medline och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) är stora och kända databaser inom hälso- och sjukvårdsområdet. Databaserna innehåller artiklar med fokus på både medicin och omvårdnad (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Vid artikelsökningen användes Medline och CINAHL, då dessa databaser ansågs innehålla tidskrifter med relevanta artiklar för att besvara litteraturstudiens syfte.

Datainsamling

Vid sökning i databaser användes initialt MeSH- termer. Då detta gav ett begränsat resultat användes de valda MeSH- termerna som fritextord istället. Fritextorden HIV, psychological stress, psychoneuroimmunology, CBSM (cognitive behavioral stress management) och mind-body therapies användes i olika kombinationer som ses i sökschemat. Artiklar hittades också via redan funna artiklars referenslistor samt sökning på författarnamn. Inklusionskriterier var

att artiklarna skulle vara publicerade de senaste tio åren för att ge en uppdaterad bild samt skrivna på engelska för språkförståelsen. För att studierna skulle vara relevanta för litteraturstudiens syfte valdes studier med en tydlig koppling till psykoneuroimmunologi. Samtliga relevanta artiklar funna i CINAHL hittades även via sökning i Medline, varför sökväg från CINAHL ej beskrivs vidare.

För vidare granskning valdes 19 artiklar ut. Två av artiklarna hittades via sökning på författarnamn funna i de andra artiklarnas referenslistor, resterande 17 via sökning i Medline (se sökschema). Av de 19 utvalda artiklarna exkluderades fem stycken då de inte svarade på syftet. De 14 återstående artiklarna kvalitetsgranskades. För att granskningen skulle väga tyngre behandlade författarna artiklarna var för sig, med en modifierad version av *Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod* enligt Willman et.al. (2011), bilaga G. Frågor gällande blindning av patienter, forskare och vårdpersonal ströks då detta var otydligt beskrivet i artiklarna och skulle ge ett missvisande resultat. Varje kriterium i protokollet som uppfylldes gav en poäng. Poängsumman varje artikel uppnådde, räknades sedan om i procent av den totala möjliga poängsumman. Därefter delades artiklarna in i tre olika kvalitetsgrader beroende på hur många procent de uppnått. Kvalité I: 80-100%, II: 70-79% och III: 60-69% (Willman et al., 2011). Två artiklar valdes bort på grund av bristande kvalitet, ytterligare två valdes bort då de inte besvarade studiens syfte och en på grund av att den var en understudie till en av de valda artiklarna. Fyra av de återstående nio artiklarna bedömdes till kvalitetsgrad I och fem artiklar bedömdes till kvalitetsgrad II. Artiklarna som behandlats i föreliggande litteraturstudies resultat har markerats med en asterix (*) i referenslistan.

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2	Urval 3
Medline, limits					Kvalitetsgranskade	
#1	HIV	114734	0	0	0	0
#2	Psychoneuroimmunology	489	0	0	0	0
#3	Psychological stress	43401	0	0	0	0
#4	Mind body therapies	10212	0	0	0	0
#5	CBSM	40	0	0	0	0
#6	#1,#2,#3	15	12	7	5	3
#7	#1, #2	25	7	0	0	0
#8	#1,#4	63	11	3	3	3
#9	#1,#5	17	12	8	4	1
Totalt:		-	42	17	12	7

Dataanalys

Analys av artiklarna gjordes genom att artiklarna lästes och sammanfattades i matriser. Vid läsning eftersöktes olika mönster som kunde ses i artiklarna, samt likheter och skillnader. Utifrån detta skapades teman för resultatet (Polit & Beck, 2009). Temana bygger på de olika interventionernas likheter och olikheter.

Forskningsetiska avvägningar

Litteraturstudien bygger till största delen på artiklar där författarna fört ett etiskt resonemang och/ eller att studierna har blivit granskade och godkända av någon form av etisk kommitté. Helsingforsdeklarationen samt den svenska lagen avseende etikprövning har beaktats:

World Medical Association (WMA) har tagit fram Helsingforsdeklarationen som fastslår etiska principer för medicinsk forskning som involverar människor. Viktiga principer som behandlas är forskarens ansvar att i första hand se till forskningspersonens hälsa, att tillhandahålla forskningspersonen med komplett information så att denne ska kunna ge ett informerat samtycke. Det är viktigt att forskningspersonen upplyses om att deltagandet är frivilligt och att vården inte kommer påverkas oavsett medverkan eller inte samt att delaktigheten kan avbrytas utan orsak eller förklaring när som helst (WMA, 2008).

I Sverige finns lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Denna lag innebär att en etikprövningsnämnd ska granska och godkänna forskningen innan den påbörjas (SFS 2003:460, 6§).

Resultat

Psykosociala interventioner

Samtliga studier undersökte psykosociala interventioners inverkan på hälsan hos personer med HIV. De psykosociala interventioner som identifierades var yoga, tai chi, cognitive behavioral stressmanagement (CBSM), mindfulnessbased stressreduction (MBSR), mantra och spiritual growth. Gemensamt för samtliga interventioner var att de syftade till att förbättra stresshanteringen hos deltagarna. Interventionerna skilde sig dock åt avseende tillvägagångssätt för att uppnå förbättrad stresshantering och tre teman kunde urskiljas: *Medvetna rörelser*, *Omstrukturering av tankar* samt *Andlig medvetenhet*. Varje tema belyser interventionernas tillvägagångssätt samt deras effekt på den psykiska och fysiska hälsan.

Medvetna rörelser

I två av studierna användes interventioner där fysiska rörelser var av framstående karaktär. Interventionerna som undersöktes var yoga (Cade et al., 2010) respektive tai chi (McCain et

al., 2008). Båda dessa tekniker består i att utföra specifika kroppsövningar, i form av *medvetna* rörelser och ställningar för respektive teknik. Genom rörelserna läggs stort fokus på medveten kontrollerad andning. Det som förenar tai chi och yoga och gör dem intressanta för den här formen av studier är att man i båda teknikerna kopplar samman fysiska rörelser med psyket. Tai chi var enligt McCain et al. (2008) intressant som intervention på grund av dess potentiella effekt som stresshanteringsmetod och eftersom den faller in under psykoneuroimmunologins ramverk. Cade et al. (2010) valde yoga som intervention på grund av att medveten andning i samband med rörelser och fokuserat sinne bedömdes optimera interaktionen mellan det autonoma nervsystemet och det endokrina systemet.

De båda interventionerna yoga och tai chi krävde att forskningspersonerna deltog i övningarna under en längre sammanhängande period (10 veckor för tai chi och 20 veckor för yoga). Varje tillfälle varade en timme (två till tre gånger i veckan i yogastudien respektive en gång i veckan i tai chi- studien) och deltagarna uppmuntrades även att utöva tekniken hemma. Interventionerna ansågs i sin grund vara så pass fysiskt krävande att de modifierades något för att kunna möta undersökningspersonernas fysiska begränsningar samt minska bortfallsantalet (Cade et al., 2010; McCain et al., 2008). Tai chi- interventionerna leddes av en forskare som utbildats av en tai chi- mästare. Varje rörelse förmedlar en specifik del av filosofin bakom tai chi och har en specifik mening för just den rörelsen. Genom rörelserna uppmanades deltagarna att utforska olika perspektiv och reaktioner på stress. Rörelserna som undervisades var inriktade på individuell utveckling av: fokuserad andning, mjuka rörelser och ställningar, samt aktiv tillämpning av medveten avslappning (McCain et al., 2008). Yogaformen som gavs var Ashtanga Vinyasa vilket innebär att utföra rörelser förenat och koordinerat med andningen. Yogaformen följer progressiva steg som av utövaren kräver följsamhet, självbehärskning och fysisk smidighet som främjar kroppslinjering och balans (Cade et al., 2010).

Medvetna rörelser - effekter på hälsan

I både yogastudien och tai chi- studien undersöktes immunstatusen hos deltagarna genom att mängden CD4- lymfocyter i blodet mättes innan interventionen påbörjades samt efter det sista övningstillfället. Jämförelser gjordes med en kontrollgrupp. I yogastudien mättes även virusmängd (HIV-1 RNA). Efter interventionen sågs i tai chi- studien en signifikant

förbättring av CD4-lymfocyter medan yogastudien inte visade någon signifikant skillnad i immunstatus. Samtliga deltagare i yogastudien medicinerades med cART och virusmängden var redan vid start så låg att den inte gick att påvisa hos 90 % av deltagarna, några signifikanta skillnader kunde alltså inte mätas. Majoriteten (87 %) av deltagarna i tai chi-studien gick också på någon form av antivirala läkemedel (Cade et al., 2010; McCain et al., 2008).

Interventionernas inverkan på den psykiska hälsan mättes i båda studierna med olika validerade instrument (*se bilaga 1, för beskrivning av mätinstrument*). Gynnsamma skillnader kunde ses i båda studierna även om det i yogastudien bara sågs en trend av förbättrat emotionellt välbefinnande (*se bilaga 1, MOS SF-36*) (Cade et al., 2010; McCain et al., 2008). Tai chi-studien visade att deltagarna förbättrade sina copingstrategier genom att de blev mindre känslomässigt styrda och mer problemfokuserade efter att ha genomgått interventionen (*se bilaga 1, DIS*). I tai chi-studien kunde också en signifikant förbättring av livskvalité ses i deltagarnas svar vid jämförelse med kontrollgruppen (*se bilaga 1, FAHI*). Däremot sågs ingen förändring i psykologiskt obehag kopplat till HIV (*se bilaga 1, IES*) (McCain et al., 2008). Deltagarna i yogagrupperna upplevde mindre smärta än kontrollgruppen vid start, men kontrollgruppens smärta minskade mer än yogagruppens. Efter de 20 veckorna som interventionen pågick, upplevde yogagrupperna mer smärta än kontrollgruppen, men trots det visade de båda grupperna likvärdiga poäng på totalt emotionellt välbefinnande (*se bilaga 1, MOS SF-36*) (Cade et al., 2010).

Omstrukturering av tankar

Två av interventionerna som identifierades i föreliggande litteraturstudie syftade till att deltagarna genom olika övningar skulle omstrukturera sina tankar för förbättrad stresshantering. Interventionerna som undersöktes var ett mindfulnessprogram, så kallat Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (Creswell, Myers, Cole & Irwin, 2009; SeyedAlinaghi et al., 2012) samt olika former av kognitiv beteendeterapi kallad Cognitive Behavioral Stress Management (CBSM) motsvarande kognitiv beteendemässig stresshantering (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008).

Interventionen MBSR var ett åtta veckor långt program med intensiv träning av mindfulness. Programmet är enligt Creswell et al. (2009) och SeyedAlinaghi et al. (2012) framtaget av Kabat- Zinn och innehåller övningar som sittande meditation, kroppsskanning och lätt yoga eller kroppsmedvetenhet och medveten stretching. Övningarna används för att omforma människors vana eller relation till hur de reagerar på psykologisk stress. Exempel kan vara, hur man reagerar på tankar, svåra känslor, kroppsupplevelser, relationer till andra och hur man minskar den psykologiska och beteendemässiga stressreaktionen. Deltagarna undervisas i hur de ska kunna använda teknikerna i sitt vardagliga liv samt uppmuntras att även göra detta (Creswell et al., 2009; SeyedAlinaghi et al., 2012).

De interventioner av CBSM- art som användes i de granskade studierna innehöll ett flertal olika tekniker. Gemensamt för de fem interventionerna av CBSM- art var övningar i progressiv muskelavslappning och kognitiva omstruktureringstekniker (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008). Flertalet studier innehöll även övningar i meditation, fokuserad andning samt coping- strategier för stresshantering (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008). Två av studierna (McCain et al., 2003; McCain et al., 2008) använde sig av samma protokoll som grund för utförandet av interventionen vilken utöver ovan nämnda tekniker innehöll stretching i yogaform och guddad visualisering. Samtliga interventioner pågick från en och en halv till två och en halv timme per tillfälle, i mellan åtta och 12 veckor. Som en del av interventionen ombads deltagarna i samtliga fem studier att dagligen träna på de olika övningarna (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008).

I studierna med syfte att omstrukturera tankar för förbättrad stresshantering gjordes mätningar på den eventuella psykiska och fysiska effekten. Mätningar gjordes preinterventionellt, postinterventionellt samt i några studier även efter sex, nio, 12 respektive 15 månader. Interventionerna i studierna leddes av personal med olika grad av psykologisk- eller kognitiv beteendeterapi respektive mindfulness- utbildning (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008; SeyedAlinaghi et al., 2012).

I MBSR- studien av SeyedAlinaghi et al. (2012) medicinerade deltagarna inte med antivirala läkemedel vilket skiljer sig från de övriga studierna, där övervägande antalet deltagare medicinerade.

Omstrukturering av tankar- effekter på hälsan

För att kunna påvisa interventionernas eventuella verkan på framskridandet av HIV mättes CD4- antalet, som speglar hur väl immunförsvaret fungerar, i flertalet undersökningar (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; Creswell et al., 2009; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008; SeyedAlinaghi et al., 2012). Även mätning av viralt RNA (HIV- 1 RNA, virusmängd) var vanligt förekommande (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; Creswell et al., 2009; McCain et al., 2003). För att påvisa stressnivån i kroppen mättes kortisolhalten i tre av studierna (Antoni et al., 2005; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008). De biologiska markörerna uppmättes i urin (kortisol), blod (CD4-lymfocyter, virusmängd) och saliv (kortisol).

Signifikanta skillnader mellan kontrollgrupp och interventionsgrupp i mängden CD4-lymfocyter uppmätta i blodet sågs i fyra av studierna (Antoni et al., 2005; Creswell et al., 2009; McCain et al., 2008; SeyedAlinaghi et al., 2012). Samtliga skillnader som sågs var till interventionernas fördel. I en av studierna sågs en ökning av CD4-lymfocyter i interventionsgruppen direkt efter avslutad intervention och fortfarande efter nio månader (SeyedAlinaghi et al., 2012) medan det i Antoni et al. (2005) studie sågs signifikanta skillnader först vid uppföljning 6-12 månader efter påbörjad intervention. Studierna av Antoni et al. (2006), Berger et al. (2008) och McCain et al. (2003) fann dock inga förändringar av lymfocyt mängd relaterat till interventionen.

Virusmängd är en indikator på HIV- infektionens utveckling samt hur väl den antivirala medicineringen fungerar (McCain et al., 2003). Signifikanta skillnader i viralt RNA kunde ses mellan CBSM- gruppen och kontrollgruppen i en av studierna (Antoni et al., 2006) där virusmängden signifikant minskade hos CBSM- deltagarna medan kontrollgruppens virusmängd var oförändrad vid 15- månaders- uppföljning. 15 månader efter interventionen kunde CBSM- deltagarnas genomsnittliga virusmängd inte längre påvisas till skillnad från deltagarna i kontrollgruppen (Antoni et al., 2006). Studierna av Antoni et al. (2005), Creswell et al. (2009) och Berger et al. (2008) visade ingen skillnad på virusmängd postinterventionellt mellan interventions- och kontrollgruppen.

Stressnivån i kroppen speglas av kortisolnivån i saliv eller urin (Antoni et al., 2005). Studierna av McCain et al. (2003) och McCain et al. (2008) visade ingen signifikant skillnad av kortisolmängden i saliven varken inom interventionsgruppen eller mellan interventions- och kontrollgruppen. Deltagare i CBSM- gruppen i studien av Antoni et al. (2005) visade mindre kortisol i urinen än kontrollgruppens deltagare postinterventionellt. Kortisolreduktionen bland deltagarna som observerades under interventionen var signifikant relaterad till ökningen av CD4-lymfocyter vid 12- månaders- uppföljning (Antoni et al., 2005).

Antoni et al. (2006) studie och studien av SeyedAlinaghi et al. (2012) visade en koppling mellan deltagare med högre närvarofrekvens vid gruppmötena och större minskning av virusmängd respektive lymfocyt- buffring. Berger et al. (2008) studie visade att fler deltagare från CBSM- gruppen fortfarande medicinerade med cART vid studiens slut vilket visar på att CBSM även kan förbättra personens följsamhet (compliance) till sin medicinska behandling.

Interventionernas inverkan på den psykiska och fysiska hälsan mättes även med olika validerade instrument (*se bilaga 1, för beskrivning av mätinstrument*). MBSR- gruppen i SeyedAlinaghi et al. (2012) studie rapporterade bättre fysisk hälsa (*se bilaga 1, MSCL*) vid 12- månaders- uppföljning, både jämfört med före interventionen och jämfört med kontrollgruppen. Däremot sågs ingen signifikant skillnad över tid i studien av McCain et al. (2008) när parametern fysiska symtom mättes (*se bilaga 1, rHCMSS*). Dock visade McCain et al. (2003) i sin studie att de CBSM- deltagare med färre fysiska symtom skattade sitt känslomässiga välmående högre än kontrollgruppen postinterventionellt.

I två studier (McCain et al., 2003; McCain et al., 2008) mättes användningen av coping- strategier med fokus på antingen känslor eller problem (*se bilaga 1, DIS*). Minskad användning av känslofokuserad coping och ökad användning av problemfokuserad coping innebär en mer effektiv coping- strategi. McCain et al. (2003) studie visade ingen signifikant skillnad i användningen av mer effektiva coping- strategier. Däremot, sågs i studien av McCain et al. (2008) en signifikant förbättring inom CBSM- gruppen från postinterventionen till sexmånaders- uppföljning med en minskad användning av känslofokuserad coping, till skillnad från kontrollgruppen som under samma tidsperiod ökade sin känslofokuserade coping.

Livskvalité (*se bilaga 1, FAHI*) mättes i två studier (McCain et al., 2003; McCain et al., 2008). McCain et al. (2008) studie fann ingen signifikant skillnad av total livskvalité varken

inom interventionsgruppen över tid eller av interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. Då samma studie visat på minskning av känslolokaliserad coping för CBSM-gruppen, undersöktes delskalan känslomässigt välmående vidare, vilken visade att CBSM-gruppen signifikant förbättrats från preintervention till sex månaders uppföljning (McCain et al., 2008). McCain et al. (2003) fann dock att CBSM- gruppen visade både signifikant bättre känslomässigt välmående och total livskvalité postinterventionellt än kontrollgruppen. Även Berger et al. (2008) mätte livskvalité i sin studie (*se bilaga 1, MOS- HIV*). Både den fysiska och psykiska hälsan förbättrades signifikant i Berger et al. (2008) CBSM- grupp, preinterventionellt till 12- månaders- uppföljning samt i jämförelse med kontrollgruppen.

I de fem studierna (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006; Berger et al., 2008; McCain et al., 2003; McCain et al., 2008) vars intervention var av CBSM- art mättes deltagarnas oro och nedstämdhet genom olika skalor. I studierna av McCain et al. (2003) och McCain et al. (2008) mättes psykologisk stress i form av oroande tankar (*se bilaga 1, IES*). Studierna visade inga signifikanta skillnader preinterventionellt till postinterventionellt. Berger et al. (2008) studie visade däremot minskad depression och oro i interventionsgruppen, både preinterventionellt till 12- månaders- uppföljning, samt i jämförelse med kontrollgruppen (*se bilaga 1, HADS*). Antoni et al. (2006) studie visade en signifikant minskning av nedstämdhet preinterventionellt till postinterventionellt hos CBSM- gruppen medan kontrollgruppen endast visade en tendens till minskning under samma tidsperiod (*se bilaga 1, POMS*). Minskningen av virusmängd kunde kopplas ihop med de signifikanta minskningarna av nedstämdhet som CBSM- gruppen rapporterade under interventionen oberoende av hur väl deltagarna följde sin medicinska behandling (Antoni et al., 2006). Även i Antoni et al. (2005) CBSM- studie visade interventionsdeltagarna mindre nedstämdhet än kontrollgruppens deltagare. Minskningen av nedstämdhet bland deltagarna som observerades under interventionen var signifikant relaterad till en större ökning av CD4-lymfocyter vid 12- månaders- uppföljning (Antoni et al., 2005). Antoni et al. (2006) studie mätte olika dimensioner av nedstämdhet (*se bilaga 1, BDI*). Studien observerade ingen interventionsrelaterad förändring under interventionen. Däremot sågs signifikanta minskningar av depressiva symtom (sorg, hopplöshet, missnöje och skuld) hos interventionsdeltagarna vid granskning av enbart den affektiva dimensionen av nedstämdhet. I MBSR- studien av SeyedAlinaghi et al. (2012) uppvisade interventionsdeltagarna färre psykologiska symtom vid sexmånaders- uppföljning i jämförelse med före interventionen (*se bilaga 1, SCL-90R*).

Andlig medvetenhet

I två av studierna användes interventioner som kan kopplas till andlighet. Båda studierna bygger på idén att minska stress hos respondenterna genom att öka den andliga medvetenheten, andligt välbefinnande och tilltro. Minskad stress skulle i sin tur kunna påverka mekanismer rörande framskridandet av HIV (Bormann, Aschbacher, Wetherell, Roesch, & Redwine, 2009; McCain et al., 2008). Bormann et al. (2009) studerade interventionen att utöva mantran, att under dagen upprepa en andlig mening eller ett andligt ord för sig själv i syfte att minska psykologisk ohälsa och öka det andliga välbefinnandet. McCain et al. (2008) undersökte andlig utveckling eller ”Spiritual Growth” vilket innebar att deltagarna skulle öka utforskningen av det andliga jaget samt medvetenhet kring meningen med andlighet och att kunna uttrycka sin andlighet.

Båda interventionerna pågick i 10 veckor.Handledningen för deltagarna i mantrastudien bestod i träning kring att välja ett- och regelbundet utföra ett mantra med syfte att kunna hantera stress. Deltagarna fick undervisning i form av föreläsningar, hemläxor, läsning och diskussion samt förslag på adekvata mantran. De uppmanades att repetera mantran vid rofyllda tider på dygnet för att de skulle börja associera mantrat med lugn och ro. När denna association skapats uppmuntrade deltagarna att använda mantrat i stressiga situationer för att bryta stressreaktionen (Bormann et al., 2009). Interventionen för andlig utveckling var designad för att underlätta den personliga utforskningen av andlighet och det andliga jaget, samt öka medvetenheten kring meningen med andlighet. Varje interventionstillfälle var utformat för att angripa en specifik sida av andlighet och innehöll bland annat den intellektuella processen att förstå vad andlighet är, samt förhållandet mellan själen, sig själv, medmänniskor, naturen, Gud eller en högre makt. Interventionen verkade också för att främja andligheten i det dagliga livet (McCain et al., 2008).

Andlig medvetenhet - effekter på hälsan

I båda studierna mättes kortisolnivån i saliv före och efter interventionen samt vid ett uppföljningstillfälle. McCain et al. (2008) mätte också mängden CD4-lymfocyter i blodet.

Poweranalyser visade att mantra- studien uppnådde medelstor effekt med 36 deltagare i interventionsgruppen och 35 deltagare i kontrollgruppen medan studien av McCain et al. (2008) gav högre effekt (87 % - 99 %) med 68 deltagare i interventionsgruppen och 57 i kontrollgruppen. I studien av McCain et al. (2008) sågs inga signifikanta skillnader av kortisolnivån. Detta kunde dock ses i mantra- studien där en koppling mellan tillit/tilltro (som mättes med FACIT-SpEx version 4, *se bilaga 1*) och kortisolnivå kunde ses i form av att högre tillit/tilltro innebar lägre kortisolhalt, samtidigt som tilliten/tilltron ökade efter hand som interventionen pågick (Bormann et al., 2009). CD4- mängden i blodet ökade signifikant för personerna som genomgått den andliga utvecklingsinterventionen (McCain et al., 2008).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Vid datainsamlingen hittades ett flertal artiklar som undersökte psykosociala interventioners effekt på psykisk hälsa hos personer med HIV. Syftet med föreliggande litteraturstudie var att undersöka psykosociala interventioner och dess effekt på både den psykiska och fysiska hälsan. Kopplingen mellan psykisk och fysisk hälsa var kärnan i litteraturstudien. Artiklar som undersökte psykosociala interventioners effekt enbart på psykisk hälsa exkluderades eftersom kopplingen mellan psykisk och fysisk hälsa då inte berörs. Samtliga studier utom en (Creswell et al., 2009) undersökte både fysiska och psykiska parametrar. Studien av Creswell et al. (2009) togs med trots att den enbart undersökte fysisk effekt, eftersom kopplingen mellan psykosociala interventioner och fysisk hälsa behandlades.

Vid bearbetning av resultatet uppstod svårigheter kring de olika mätinstrument som mätte den fysiska och psykiska hälsan på olika sätt. För att förenkla denna del någots lades en förklaring till varje mätinstrument i *bilaga 1*. I avsnittet *Omstrukturering av tankar* berörs ett flertal av mätinstrumenten och för att inte dra felaktiga slutsatser rörande de olika instrumenten har en mindre integrering av de olika artiklarna gjorts.

Vid läsning av föreliggande litteraturstudies resultat bör följande beaktas: Stressnivån hos forskningspersonerna i de olika studierna var olika hög vid påbörjan av undersökningen och visade då hög respektive normal stressnivå. Resultatet av interventionen kan därför bli påverkat. Två av studierna involverade enbart män (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006). Resterande studier var inriktade på både män och kvinnor, men av deltagarna var antalet män övervägande. Sju studier utfördes i USA, en i Iran och en i Schweiz. Resultatet kan därmed inte generaliseras till någon specifik befolkningsgrupp eller kön.

Samtliga studier i föreliggande litteraturstudie var utförda med kvantitativ ansats. För att få en helhetsbild med både subjektiva beskrivningar och objektiva mätningar hade en kombination av kvantitativa och kvalitativa artiklar varit önskvärt. Tyvärr återfanns inga kvalitativa artiklar som besvarade syftet, vilket medför att den helhetssyn Watson (1993) eftersträvar inte fullständigt kan uppnås i föreliggande litteraturstudie. För att kunna redogöra för personers uppfattning av något i en litteraturstudie krävs både kvalitativa och kvantitativa studier, vilket alltså inte var möjligt i föreliggande litteraturstudie (Willman, 2011).

Samtliga artiklar var skrivna på engelska. Vid analysarbete krävdes översättning till svenska vilket kan ha påverkat ordens betydelse än den mening de olika studieförfattarna avser.

Sjukdomen HIV är relevant som studiesyfte då den både innebär psykisk stress utöver det vanliga och fysisk sårbarhet på grund av försämrat immunförsvar.

Diskussion av framtaget resultat

Föreliggande litteraturstudie åskådliggör de psykosociala interventioner som idag används för att förbättra hälsan hos personer med HIV. I resultatet kunde tre teman avseende de psykosociala interventionernas tillvägagångssätt urskiljas; *Medvetna rörelser*, *Omstrukturering av tankar* samt *Andlig medvetenhet*. Det finns dock ingen skarp gräns mellan de olika temana, då alla berör essentiella delar av psykosocialt välmående så som stresshantering och medvetenhet kring kropp och sinne samt kopplingen däremellan. I varje tema sågs indikationer på att ökat psykiskt välbefinnande följs åt av fysiska markörer på förbättrad hälsa. Tillsammans speglar de psykosociala interventionerna Watsons (1993) beskrivning av vad hälsa innebär: ”*andlig, kroppslig och själslig enhet och harmoni*” (s.65).

Resultatet var dock svårt att utläsa med stöd av Watsons (1993) definition av hälsa då studierna enbart var av kvantitativ ansats och djupgående upplevelser hos deltagarna inte kunde lyftas.

Den fysiska hälsan hos personer med HIV försämras genom försvagat immunförsvar. Personens psykiska hälsa påverkas även negativt genom den stress som det innebär att ha en kronisk samt potentiellt dödlig sjukdom. Sålunda kan försämrad fysisk hälsa leda till försämrad psykisk hälsa. Försämrad psykisk hälsa leder i sin tur till försämrad fysisk hälsa och en ond cirkel har uppstått. Enligt vår åsikt är det viktigt att bryta cirkeln och dessutom utnyttja kunskapen om att psykisk och fysisk hälsa hör ihop, det vill säga vända riktningen i cirkeln ”åt andra hållet” och i och med detta öka det psykiska välbefinnandet. När personen mår psykiskt bättre förbättras även den fysiska hälsan och den goda cirkeln är sluten. Utifrån vårt resultat ses att psykosociala interventioner skulle kunna vara en viktig del för att vända den onda cirkeln, vilket även styrks av Ziemssen och Kern (2007). För att cirkeln ska gå i rätt riktning krävs att fysisk och psykisk hälsa behandlas tillsammans, det går inte att enbart se det ena eller det andra. Detta helhetsperspektiv är enligt vår mening precis vad som behövs i den personcentrerade vård som Socialstyrelsen (2009) efterfrågar. I dagens vårdverksamhet kan det vara svårt att förena naturvetenskapliga med humanvetenskapliga synsätt, men i likhet med Egidius och Norberg (1983) förespråkar vi att dessa behandlas utan motsättning i relation till varandra.

Vid analys av studierna sågs motstridiga resultat på interventionernas effekt på hälsan, dock sågs ingen försämring i någon av interventionsgrupperna med undantag för yogastudien där smärtan ökade hos interventionsdeltagarna. Ashtanga Vinyasa är en krävande yogaform som i vidare forskningsstudier skulle kunna ersättas av en mindre fysisk krävande yogaform för att smärtupplevelser ska kunna undvikas. Att övriga former av interventioner som behandlats i föreliggande litteraturstudie, inte förefaller vara skadliga för hälsan anses vara av betydelse då vårdpersonal kan föreslå dessa vid möte med personer med HIV då ingenting tyder på att de försämras. Ett positivt resultat sågs i interventionsgrupperna vid mätning av CD4- lymfocyter (som gjordes i tio psykosociala interventioner av 11). I sex av de tio psykosociala interventionerna ökade lymfocytantalet vilket innebär en förbättrad immunstatus (Antoni et al., 2005; Creswell et al., 2009; McCain et al., 2008; SeyedAlinaghi et al., 2012). Mätning av CD4-lymfocyter är en viktig indikator på framskridandet av HIV eftersom det framförallt är dessa celler som angrips (Smittskyddsinstitutet, 2009a). Ökning av CD4- lymfocyter tyder på

att progressionen av HIV stannar upp. I en Reviewstudie utförd av Carrico och Antoni (2008) föreslås vidare forskning kring psykosociala interventioner då det skulle kunna innebära en förbättring av sjukdomsprognosen för personer med HIV, vilket bekräftas även i vårt resultat.

En interventionsmetod som vid första anblick, enligt vår mening upplevdes som långsökt i syfte att förbättra hälsan hos personer med HIV, var interventioner avseende andligt välbefinnande. Dessa interventioner, såväl mantra- studien som spiritual growth- studien, visade sig dock ha positiva effekter på biologiska markörer, kortisol respektive CD4-lymfocyter. Ett resultat som illustrerar att det krävs eftertänksamhet innan en metod döms ut för att den uppfattas som annorlunda. Den gemensamma nämnaren för samtliga interventioner var att reducera stress. Det är dock svårt att fastslå exakt vad i de olika interventionerna som gav effekt. Det positiva resultat som metoderna med andliga inslag visade kan vara en indikation på att andlighet är en viktig del av människors hälsa, vilket även Watson (1993) menar. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor beskrivs att vårdtagarens andliga behov bör tillgodoses, såväl som de fysiska, psykiska, sociala och kulturella behoven. Vi upplever att det inom dagens somatiska vård ofta är svårt att som sjuksköterska ha tid att se till mer än de fysiska behoven. De andliga, sociala, kulturella och psykiska behoven riskerar då att komma i andra hand och när tid inte finns, tillgodoses de bristfälligt. En tanke är att om mer fokus lades på att tillgodose de psykiska, andliga, kulturella och sociala behoven hos personer med HIV skulle detta medföra att mindre tid och resurser behövde läggas på att tillgodose de fysiska behoven då psykisk hälsa följaktligen främjar fysisk hälsa.

Enligt vår mening finns det många studier inom området med alltför få deltagare för att signifikanta resultat ska kunna ses. Därför efterfrågas fler studier med större stickprovsantal, deltagare av båda kön samt interventionsmetoder som beskrivs väl och kan replikeras. Även kvalitativa studier efterfrågas för att en helhetsbild ska kunna ges. SeyedAlinaghi et al. (2012) MBSR- studie anses vara exceptionell i sin utformning med tydlighet och stort stickprovsantal i jämförelse med de övriga studierna som ingår i föreliggande litteraturstudie. Något som gjorde studien särskilt intressant var att interventionsgruppens lymfocytantal förbättrades trots att deltagarna inte påbörjat någon antiviral medicinering. Lymfocytantalet är som nämnts avgörande för när antiviral medicinering påbörjas samt för dosering av densamma (Ericson & Ericson, 2009).

Resultatet av SeyedAlinaghi et al. (2012) kan alltså innebära att personer med HIV som utövar mindfulness, skulle kunna leva längre utan medicinering och därmed slippa biverkningar som beskrivs av Steen & Degré (2011) i form av psykiska störningar, metabola rubbningar och ökad risk för hjärt- kärlsjukdom. Med minskad förbrukning av läkemedel och därmed färre biverkningar skulle hälsan för personen med HIV kunna förbättras och även kostnaderna för samhället bli mindre. Psykosociala interventioner anses vara en kostnadseffektiv och icke- skadlig alternativ metod till läkemedel då förbättringar av CD4-lymfocyter till och med kan ses i upp till nio månader efter interventionen (SeyedAlinaghi et al., 2012). Ett resultat som styrker möjligheten att förskjuta medicineringsstart framkom i CBSM- studien av Antoni et al. (2006) där virusmängden i interventionsgruppen sjönk till den grad att den inte längre gick att påvisa vid 15- månaders- uppföljning. Enligt vår mening är mindfulness och CBSM dessutom metoder som personen kan utöva själv och då på egen hand påverka sin fysiska hälsa vilket skulle kunna minska känslan av hjälplöshet och öka känslan av delaktighet. De två ovan nämnda studierna (Antoni et al., 2006; SeyedAlinaghi et al., 2012) visar även att ökad frekvens av deltagande i interventionerna också ökade den positiva effekten på sjukdomsprogressen. Interventionens innehåll i sig var alltså inte enbart det som gav effekt utan även utövandefrekvensen hade betydelse. Detta ses som intressant då det återigen innebär att personen själv kan påverka sin sjukdomssituation, det vill säga vara delaktig genom att avgöra hur ofta han/hon utövar interventionen. Delaktighet är enligt Willman (2010) fundamentalt för en personcentrerad vård och minskar beroendeförhållandet mellan vårdtagare och vårdgivare. Enligt vår åsikt kan utövandet av psykosociala interventioner bidra till att minska beroendeförhållandet mellan vårdtagare och vårdgivare eftersom möjligheten för utövaren att påverka sin situation då ökar. Att positiva resultat kunde ses vid flera av de olika interventionerna, tyder på att det inte enbart interventionen i sig gav effekt utan att det var själva deltagandet i en intervention som hade betydelse. Något som skulle kunna innebära att det inte är vad man gör utan att man gör något, som gör skillnad, vilket öppnar upp för ett bredare spektrum av interventioner.

I en Reviewstudie efterfrågar Antoni (2003) skräddarsydda psykosociala interventioner, vilket är en uppfattning vi delar. Samtliga interventionsmetoder som behandlats i föreliggande litteraturstudie behöver undersökas ytterligare då ett flertal goda effekter har setts. Förslag på vidare forskning kan vara att renodla de interventionsmetoder som verkar ha effekt och standardisera utformningen av forskningsstudier så att jämförelser lättare kan göras och

evidenta slutsatser dras. I sin tur kan detta leda till framtagandet av erkända metoder, som sedan bör individanpassas.

De fysiska och psykiska förbättringar på hälsan som visas i resultatet kan ses som motiv för att applicera psykosociala interventioner i vården av personer med HIV. HIV Sverige (2013b) arbetar för att främja sekundärpreventionen av HIV, vilket syftar till att öka självkänsla, självförtroende samt förmågan att ta hand om sin egen hälsa, vilket enligt vår mening de psykosociala interventionerna bidrar med. För att den här sortens interventioner ska kunna börja tillämpas i högre utsträckning krävs mer kunskap om dess verkan, fokus på dess potential samt ökad acceptans för den här formen av metoder. Det behövs mer forskning och kunskapsspridning i ämnet för att nå dit.

Carrico och Antoni (2008) menar att psykosociala interventioner bör ges som tilläggsbehandling till antivirala läkemedel. Det är en uppfattning som vi delar då psykosociala interventioner inte kan ersätta antivirala läkemedel fullständigt i behandlingen av HIV. I likhet med Balbin et al. (1999) menar vi samtidigt att vårt eget immunförsvar är det grundläggande i bekämpningen av sjukdomar och med hjälp av psykosociala interventioner kan vårt eget immunförsvar stärkas.

Slutsats

Tre teman avseende de psykosociala interventionernas tillvägagångssätt kunde urskiljas; *Medvetna rörelser*, *Omstrukturering av tankar* samt *Andlig medvetenhet*. De var i sin utformning olika men hade alla en gemensam inriktning med målet att förbättra förmågan hos deltagarna att hantera stress samt öka medvetenheten av kropp och sinne. Den inverkan de psykosociala interventionerna hade på hälsan hos personer med HIV var i ett flertal fall positiv och i andra fall oförändrad med effekter som förbättrad immunstatus och psykisk hälsa. För att få en helhetssyn, vilket synnerligen krävs vid vård av personer med HIV då det är en komplex sjukdom, bör mer uppmärksamhet ges till det psykiska välbefinnandet, då det enligt litteraturstudiens resultat kan ha stor inverkan på den fysiska hälsan.

Kliniska implikationer

Psykosociala interventioner har i studier visat sig ha potential att förbättra dagens vård för personer med HIV. Potentialen ligger i att behandlingen med antivirala läkemedel skulle kunna senareläggas eller minskas, vilket i sin tur skulle resultera i färre biverkningar, mindre lidande för personen samt mindre kostnader för samhället. Metoder som psykosociala interventioner kan bidra till att personens delaktighet i sin egen vård ökar samt att den psykiska hälsan förbättras vilket kan leda till att framskridandet av HIV skulle kunna dämpas. Ytterligare forskning krävs för att psykosociala interventioner ska kunna tillämpas och utvecklas till vedertagna behandlingsmetoder.

Referenser

- *Antoni, M., Carrico, A., Durán, R., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., & ... Schneiderman, N. (2006). Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress management on human immunodeficiency virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 143-151.
- *Antoni, M., Cruess, D., Klimas, N., Carrico, A., Maher, K., Cruess, S., & ... Schneiderman, N. (2005). Increases in a marker of immune system reconstitution are predated by decreases in 24-h urinary cortisol output and depressed mood during a 10-week stress management intervention in symptomatic HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(1), 3-13.
- Antoni, M.H. (2003). Stress management effects on psychological, endocrinological, and immune functioning in men with HIV infection: empirical support for a psychoneuroimmunological model. *Stress*, 6(3), 173-88.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Balbin, E., Ironson, G. & Solomon, G. (1999). Stress and coping: the psychoneuroimmunology of HIV/AIDS. *Baillieres Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 13(4), 615-33.
- Bauer-Wu, S. M. (2002a). Psychoneuroimmunology. part I: Physiology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 167-170. doi: 10.1188/02.CJON.167-170
- Bauer-Wu, S. M. (2002b). Psychoneuroimmunology. part II: Mind- body interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 243-246. doi: 10.1188/02.CJON.243-246
- *Berger, S., Schad, T., von Wyl, V., Ehlert, U., Zellweger, C., Furrer, H., & ... Gaab, J. (2008). Effects of cognitive behavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and psychosocial parameters of HIV-infected persons. *AIDS (London, England)*, 22(6), 767-775. doi:10.1097/QAD.0b013e3282f511dc

- *Bormann, J., Aschbacher, K., Wetherell, J., Roesch, S., & Redwine, L. (2009). Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: a randomized trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(2), 161-171. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.017
- *Cade, W., Reeds, D., Mondy, K., Overton, E., Grassino, J., Tucker, S., & Yarasheski, K. (2010). Yoga lifestyle intervention reduces blood pressure in HIV-infected adults with cardiovascular disease risk factors. *HIV Medicine*, 11(6), 379-388. doi:10.1111/j.1468-1293.2009.00801.x
- Carrico, A., & Antoni, M. (2008). Effects of psychological interventions on neuroendocrine hormone regulation and immune status in HIV-positive persons: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 575-584. doi:10.1097/PSY.0b013e31817a5d30
- Chu, C., & Selwyn, P. A. (2011). An epidemic in evolution: The need for new models of HIV care in the chronic disease era. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(3), 556-566. doi: 10.1007/s11524-011-9552-y
- *Creswell, J., Myers, H., Cole, S., & Irwin, M. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, And Immunity*, 23(2), 184-188. doi:10.1016/j.bbi.2008.07.004
- Edvardsson, D. (red.) (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Egidius, H. & Norberg, A. (1983). *Teorier i omvårdnadsarbete*. Solna: Esselte studium
- Ericson, E. & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. (4., uppl.) Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur
- Fumaz, C. R., Gonzalez-Garcia, M., Borrás, X., Muñoz-Moreno, J. A., Perez-Alvarez, N., Mothe, B., . . . Clotet, B. (2012). Psychological stress is associated with high levels of

- IL-6 in HIV-1 infected individuals on effective combined antiretroviral treatment. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(4), 568-572. doi: 10.1016/j.bbi.2012.01.001
- Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M., & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22(5), 630-639. doi: 10.1080/09540120903280901
- Henriksson, O. & Rasmusson, M. (2007). *Fysiologi: med relevant anatomi*. (2., uppl.) Lund: Studentlitteratur
- HIV- Sverige. (2013a). *Att leva med hiv*. Hämtat den 12 mars 2013, från <http://www.hiv-sverige.se/for-dig-som-lever-med-hiv/att-leva-med-hiv/>
- HIV-Sverige. (2013b). *Hiv-Sveriges mål*. Hämtat den 12 mars 2013, från <http://www.hiv-sverige.se/om-oss/hiv-sverige/hiv-sveriges-mal/>
- Kemeny, M.E., & Schedlowski, M. (2007). Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. *Brain, Behavior and Immunity*, 21(8), 1009-18.
- Langley, P., Fonseca, J., & Iphofen, R. (2006). Psychoneuroimmunology and health from a nursing perspective. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 15(20), 1126-1129.
- Leserman, J. (2008). Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 70(5), 539-45. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181777a5f
- *McCain, N., Gray, D., Elswick, R., Robins, J., Tuck, I., Walter, J., & ... Ketchum, J. (2008). A randomized clinical trial of alternative stress management interventions in persons with HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 431-441. doi:10.1037/0022-006X.76.3.431
- *McCain, N. L., Munjas, B. A., Munro, C. L., Elswick, R. K., Jr, Robins, J. L., Ferreira-Gonzalez, A., . . . Cochran, K. L. (2003). Effects of stress management on PNI-based outcomes in persons with HIV disease. *Research in Nursing & Health*, 26(2), 102-117. doi: 10.1002/nur.10074

- Melhus, Å. (2010). *Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor*. (1. uppl.) Stockholm: Norstedt.
- Michaud, V., Bar-Magen, T., Turgeon, J., Flockhart, D., Desta, Z., & Wainberg, M. A. (2012). The dual role of pharmacogenetics in HIV treatment: Mutations and polymorphisms regulating antiretroviral drug resistance and disposition. *Pharmacological Reviews*, 64(3), 803-833. doi: 10.1124/pr.111.005553
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2009). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7. ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quennerstedt, M. (2006). *Att lära sig hälsa*. Diss. Örebro: Örebro universitet
- *SeyedAlinaghi, S., Jam, S., Foroughi, M., Imani, A., Mohraz, M., Djavid, G., & Black, D. (2012). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction delivered to human immunodeficiency virus-positive patients in Iran: effects on CD4⁺ T lymphocyte count and medical and psychological symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 74(6), 620-627. doi:10.1097/PSY.0b013e31825abfaa
- Smittskyddsinstitutet. (2009a). *CD4 test och övriga immunologiska tester*. Hämtad den 7 mars 2013, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/rav/metoder/hiv/cd4-test-och-ovriga-immunologiska-tester/>
- Smittskyddsinstitutet. (2009b). *Kvantifiering av HIV- 1 RNA i plasma*. Hämtad den 7 mars 2013, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/rav/metoder/hiv/kvantifiering-av-hiv-1-rna-i-plasma/>
- Smittskyddsinstitutet & Socialstyrelsen. (2010). *Hiv, STI och juridik i Sverige*. SMI-tryck: 176-2010. Från http://www.smittskyddsinstitutet.se/upload/Publikationer/hivsexprev/hiv_juridik/Hiv_och_STI_juridik_i_Sverige_SMI-tryck_176-2010.pdf
- Smittskyddsinstitutet. (2012a). *Global Aids Response Progress Report 2012. Sweden Unaided 2012*. Från http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_SE_Narrative_Report.pdf

- Smittskyddsinstitutet. (2012b). *Hivinfektion*. Hämtad den 20 september, 2012, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/hivinfektion/>
- Socialstyrelsen. (2011). *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet: Jämförelse mellan landsting 2011*. Solna: Ordförandet AB. Från http://brs.sk1.se/brsbibl/kata_documents/doc40114_1.pdf
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen.(2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72_200912672_rev2.pdf
- Steen, M. & Degré, M. (red.) (2011). *Mikrobiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Danagårds Grafiska. Från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om omvårdnad och god vård* [Broschyr]. Från [http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%C3%A5rdnad%20\(4\).pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%C3%A5rdnad%20(4).pdf)
- Un aids. (2012). *Aidsinfo*. Hämtad den 20 september, 2012, från <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>
- Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad: omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Wärnå-Furu, C. (2012). *Hälsa*. I B. Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 199-212). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A. (2010). *Evidens och personcentrerad omvårdnad*. I B. Edvardsson, D (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s.101-112). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organisation, WHO. (2012). *Hiv/Aids facts sheet*. Hämtad den 20 september, 2012, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>

World Medical Association, WMA. (2008). *World medical association declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Ziemssen, T. & Kern, S. (2007). Psychoneuroimmunology--cross-talk between the immune and nervous systems. *Journal of Neurology*, 254(2), 8-11. doi: 10.1007/s00415-007-2003-8

Bilaga 1 (1)

I åtta av artiklarna användes validerade protokoll för att mäta hälsan. Nedan följer en kort beskrivning av vad de olika instrumenten innebär och mäter.

Dealing With Illness Scale (DIS): används för att utvärdera stressnivåer och coping-mönster. Den speglar patientens upplevda stress, framför allt i relation till tiden sedan HIV-diagnosen samt den senaste månaden. DIS mäter frekvensen av användningen av olika coping-strategier med fokus på antingen problem eller känslor (McCain et al., 2008; McCain et al., 2003).

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being- Expanded scale (FACIT-SpEx version 4): Skala som skattar tre sidor av andligt välmående: tilltro/tillit, mening med livet och andra andliga företeelser som samhörighet, medlidande och förlåtelse (Bormann et al., 2009).

Functional Assessment of HIV Infection (Version 4) Scale (FAHI): används för att mäta livskvalité hos personer med HIV inom olika kategorier som fysiskt välmående, socialt välmående och kognitiva funktioner. Skalan speglar då både generell livskvalité och livskvaliten i relation till HIV-sjukdomen (McCain et al., 2003; McCain et al., 2008).

HIV Medical Outcome Study (MOS-HIV): används för att mäta hälsorelaterad livskvalité där patienten själv uppskattar sin fysiska och mentala hälsa (Berger et al., 2008).

(HIV) Medical Outcome Study Short Form 36 (MOS SF-36): är en kortare variant av ovanstående instrument och mäter hälsorelaterad livskvalité hos HIV infekterade personer (Cade et al., 2010).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): patienten skattar själv sin generella oros- och depressionsnivå under de senaste fyra veckorna (Berger et al., 2008).

Impact of Event Scale (IES): används för att mäta den subjektiva påverkan av att leva med HIV, i form av hur ofta varje oroande tanke kommit upp de senaste sju dagarna. Den mäter inte fysiska symtom (McCain et al., 2003; McCain et al., 2008).

Revised HIV Center Medical Staging system (rHCMSS): är en objektiv skattning på patientens HIV- specifika hälsostatus utifrån anamnes. De fysiska symtom som skalan tar hänsyn till skattar svårighetsgraden av HIV- relaterade symtom, från asymtomatisk till aids (McCain et al., 2003; McCain et al., 2008).

The Profile of Mood States (POMS): används för att mäta nedstämdhet och oro utan hopblandning med HIV-symtom (Antoni et al., 2005; Antoni et al., 2006).

The Beck Depression Inventory (BDI): skattar den somatiska, känslomässiga, beteendemässiga och kognitiva dimensionen av nedstämdhet under de senaste två veckorna (Antoni et al., 2006).

The Medical Symptom Checklist (MSCL): är en skala där patienten själv skattar frekvensen av de fysiska symtom (symtom både relaterade till och inte relaterade till HIV- infektionen) som uppkommit den senaste månaden (SeyedAlinaghi et al., 2012).

The Symptom Checklist- 90- Revised (SCL-90R): egenrapporterad mental hälsa, som baseras på ens psykiska symtom och status de senaste sju dagarna (SeyedAlinaghi et al., 2012).

