

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:82

Att bli utsatt eller utsätta sig för HIV
Uppfattningar om HIV i Södra Sudan

Sara Andersson



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att bli utsatt eller utsätta sig för HIV
Uppfattningar om HIV i Södra Sudan

Författare: Sara Andersson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Distriktssköterskeutbildning

Handledare: Eva Robertson

Examinator: Angela Bång

Sammanfattning

Omkring 33 miljoner människor lever idag med HIV. I Södra Sudan är epidemiologiska data mycket bristfälliga, men även om dessa tyder på att prevalensen är låg, så är riskfaktorerna många för att spridningen snabbt kan accelerera. Uppsatsens syfte är att ta reda på hur studenter och hälsoarbetare erfar HIV i Södra Sudan. Utifrån en kvalitativ ansats har sudanesiska studenter och sudanesiska och utländska hälsoarbetare skriftligen svarat på ett antal öppna frågor. Totalt deltog femton personer i studien, alla med erfarenhet av att undervisa i eller delta i workshops om HIV. Resultatet analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Följande kategorier framkom i resultatet: Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV, Att uttrycka rädsla på olika sätt, Att förmedla gripbar kunskap om HIV och Att samarbeta för förändrad syn på HIV. Den röda tråden, temat, som band samman kategorierna var, ”för att inte bli utsatt för HIV behövs samhällsförändring men för att inte utsätta sig behövs beteendeförändring”.

Det finns många missuppfattningar om HIV och mycket stor rädsla. Behovet av kunskap är stort, och den behöver utgå från människors livsvärld, tillgänglig på ett språk som människor förstår. Preventiva insatser måste omfatta såväl samhällsnivå som

individnivå. I ett samhälle sargat av konflikter behövs förändringar i samhällsstrukturer för att minska risker människor utsätts för, som de inte själva kan påverka. På individnivå behövs beteendeförändringar för att minska de risker människor själva utsätter sig för.

Nyckelord: HIV, Sudan, stigma, prevention, beteendeförändring

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning	2
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
HIV/AIDS globalt	1
FN:s Milleniemål	2
Sudan	2
Befolkning	2
Historia	2
Krigets konsekvenser	3
Sociala förhållanden	3
HIV-prevalens	4
Avgörande faktorer för spridning av HIV.	4
Ojämn spridning av HIV	4
Riskfaktorer i Södra Sudan	5
Prevention	6
Kunskap	6
Förändrat sexuellt beteende	6
Prevention i Södra Sudan	7
Förändring av system	8
Stigma och diskriminering	8
Hälsofrämjande arbete	10
PROBLEMFÖRMULERING	12
SYFTE	12
METOD	12
Ansats	12
Deltagare	12
Datainsamling	13
Dataanalys	13
Etiska överväganden	14
RESULTAT	15
Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV	15
Konsekvenser av samhällsproblem	15
Köns- och genusroller	16
Riskbeteenden	16
Att uttrycka rädsla på olika sätt	17

Attityder	17
Rädsla för HIV-positiva	18
Stigma	18
Att förmedla gripbar kunskap om HIV	19
Missuppfattningar om HIV	19
Kulturellt betingade föreställningar	20
Behov av kunskap	20
Förhindra att själv bli smittad	21
Kunskapsförmedling	22
Att samarbeta för förändrad syn på HIV	22
Samhällets ansvar	22
Stöd	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion	25
Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV	25
Att uttrycka rädsla på olika sätt	26
Att förmedla gripbar kunskap om HIV	27
Att samarbeta för förändrad syn på HIV	28
Förslag till fortsatt forskning.....	29
Slutsatser.....	29
REFERENSER	31
Förkortningar.....	36
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INLEDNING

Runt om i världen lever omkring 33 miljoner människor med HIV. Viruset har en förmåga att bryta ner såväl människors immunförsvar som nationers utveckling. FN har satt upp ett Milleniemål till år 2015, då man vill att antalet människor som smittas reduceras och att kunskapen om HIV har ökat, inte minst bland unga människor. I Södra Sudan är HIV-prevalensen förhållandevis låg, med undantag för vissa områden. Riskfaktorerna för att smittspridningen skall eskalera är dock många och insatser för att förhindra det är av största vikt. En av distriktssköterskors viktiga uppgifter är att arbeta hälsofrämjande, och hälsofrämjande arbete har en nära koppling till prevention. Under ett års tid fick jag möjligheten att arbeta som "Health Adviser" i Södra Sudan och då framförallt med arbete inriktat på HIV-prevention. Innan studien påbörjades samlades information in, med hjälp av en enkel enkät som studenter fått fylla i. Det ledde till ett intresse att veta mer om hur människor i Södra Sudan kan erfara HIV.

BAKGRUND

HIV/AIDS globalt

Sedan början av 1980-talet, då de första fallen av HIV rapporterades, har omkring 25 miljoner människor världen över avlidit på grund av AIDS och i de länder som drabbats värst har förväntad medellivslängd kraftigt sjunkit. Ett exempel på detta är Zambia där medellivslängden sjönk från 54 år i mitten av 1980-talet till 37 år 2002 (Ndubani, 2002). Viruset dödar främst människor i arbetsför ålder som förväntas ta hand om sina familjer, utgöra landets arbetskraft och stå för dess utveckling. Nya forskningsmetoder som UNAIDS och WHO använder sig av visar trots allt på en ljusning. I vissa länder i södra Afrika, Latinamerika och Asien minskar antalet nya fall av HIV och livslängden för HIV-positiva har ökat vilket bland annat är ett resultat av ökad tillgång till brosmsmediciner. Longitudinella studier visar att median-livslängden från smittotillfälle till död är 11 år, om inga brosmsmediciner ges. År 2007 uppskattades 33 miljoner människor leva med HIV. Även om antalet människor som lever med HIV procentuellt sett inte ökar, så har den totala mängden av HIV-positiva ökat eftersom människor fortfarande smittas och eftersom det nu finns tillgång till behandling. I Afrika, söder om Sahara, bor 67 % av alla HIV-positiva människor i världen och 75 % av alla som dör i AIDS (UNAIDS, 2008).

FN:s Milleniemål

Förenta Nationerna, FN, har utformat åtta så kallade Milleniemål, vilka alla världens länder och ledande utvecklingsorganisationer har antagit. Målen har deadline år 2015. Mål nummer sex fokuserar på HIV/AIDS: Bekämpa HIV/AIDS, malaria och andra sjukdomar. För att det här målet skall ha uppnåtts år 2015 skall spridning av HIV/AIDS ha stannat upp och börjat avta. Ett sätt att utvärdera målet är att undersöka hur omfattande kunskap om HIV människor i åldersgruppen 15-24 år har. FN, UNAIDS och WHO definierar ”omfattande” kunskap som vetskap om att det är möjligt att skydda sig själv mot HIV genom konsekvent användande av kondom, samt att man vet att en person som ser frisk ut kan ha HIV och vara smittsam (UN, 2008).

Sudan

Befolkning

Sudan – Afrikas till ytan största land – har enligt folkräkningen 2008 ca 39 miljoner invånare varav 79 % bor i Norra Sudan och 21 % bor i Södra Sudan. Befolkningen är uppdelad i olika stammar och totalt talas omkring 125 olika språk. Det gör Sudan till ett av världens mest sammansatta länder, etniskt sett. I Norra Sudan är majoriteten av befolkningen muslimer och största delen av dem araber. I Södra Sudan är majoriteten svarta och talar nilotiska språk (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

Historia

År 1956 blev Sudan självständigt efter att ha varit under brittisk-egyptiskt styre. Redan långt innan dess fanns spänningar mellan norra och Södra Sudan. Araber och muslimer i norr bedrev slavhandel med afrikanska slavar i söder. När landet blev självständigt var det otänkbart för södern att arabisk-muslimska Khartoum i norr skulle styra över dem och dessutom låta införa sharialagar över hela Sudan, vilket var på förslag. I Södra Sudan är majoriteten av invånarna kristna eller animister. Följden blev att ett inbördeskrig bröt ut, vilket pågick 1955-1972. 1983 startade kriget på nytt. Kriget stod då mellan Sudans regering och rebellrörelsen Sudan's People Liberation Movement/Army (SPLM/A). Bakomliggande faktorer var, förutom vilken roll religionen skulle få spela, bland annat oenighet om naturtillgångar, makt samt vilket självstyre Södra Sudan skulle få ha. 2004 upphörde kriget som utspelats i Södra Sudan. År 2005 kunde man slutligen enas om ett så kallat

Comprehensive Peace Agreement, CPA. Södra Sudan fick nu ett visst mått av självständighet och undantogs sharialagar. Enligt grundlagen som antogs i samband med att CPA fattades består Sudan av en federation med två delstater; Norra Sudan och Södra Sudan. År 2011 planeras en folkomröstning äga rum då Södra Sudan skall rösta om eventuellt självstyre. Även om stridigheter mellan regimen i norr och SPLM/A har upphört så pågår ständigt lokala konflikter i söder, såsom boskapsfejder. Uppskattningsvis dog 2500 personer under 2009 i dessa strider och ca 350 000 människor tvingades fly från sina hem (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

Krigets konsekvenser

Många sudaneser har betalt ett mycket högt pris för den över 20 år långa konflikten. Över 2 miljoner människor dog, tre miljoner sydsudaneser drevs på flykt inom landet och kanske ytterligare en miljon personer flydde från Sudan till angränsande länder (UNMIS, 2009). Till följd av kriget kom även svältkatastrofer och någon ekonomisk utveckling i södern har inte varit möjlig. Infrastruktur i form av vägar, skolor och sjukhus saknas (Utrikespolitiska Institutet, 2010). Att sjukdomsördan är hög och utbildningsnivån generellt är låg, är också resultat som kan härledas till många år av krig (Kitungulu, Tegang, Suji and Jervase, 2009). I Juba, huvudstad i Södra Sudan, förstördes alla vatten- och avloppsledningar under 1960-talet, under första omgången av inbördeskriget. Människor hämtar sedan dess dricksvatten i Nilen men tömmer också avfall i Nilen. Ett resultat av detta är årligen återkommande kolerautbrott (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

Sociala förhållanden

Fattigdomen i Södra Sudan är stor, trots landets stora tillgångar i form av bördig jordbruksmark och naturtillgångar som mineraler och olja (Kitungulu et al, 2009). Majoriteten av de människor som varit på flykt från Sudan har nu återvänt till Södra Sudan. Regeringens möjligheter att möta dessa människors basala behov har varit klart begränsade. Bristen på sjukvårdspersonal, utrustning, lokaler och mediciner är betydande, och hela hälso- och sjukvården har så gott som kollapsat (Roberts, Damundu, Lomoro & Sondorp, 2008). Landminor är ett stort hinder för återvändande flyktingar att börja bruka jorden igen. De sudaneser som återvänder får pengar till mat av FN under sina första tre månader (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

Arrangerade äktenskap förekommer över hela Sudan och många av de flickor som gifts bort är mycket unga. Hemgifterna är kostsamma för många män och samtidigt eftersträvansvärda för många familjer med försörjningssvårigheter. Även om skolgång numer är obligatoriskt börjar bara omkring 60 % i skola och endast ca 50 % fullföljer grundskola. Färre flickor än pojkar går i skola vilket bland annat relateras till brist på skoltoaletter samt tradition att gifta bort döttrar tidigt. Många barn är tvingade att genom arbete hjälpa till med familjens försörjning (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

Var sjunde gravid kvinna dör i någon form av förlossningskomplikationer. Det är den högsta andelen i världen (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

HIV-prevalens

Det är svårt att uppskatta hur hög HIV-prevalensen är i Södra Sudan på grund av att inbördeskriget har förstört landets infrastruktur. Det finns mycket begränsade epidemiologiska data, men även om dessa tyder på att förekomst av HIV fortfarande är begränsad så finns det många riskfaktorer som kan accelerera spridningen. Ministry of Health (MoH) och South Sudan Aids Commission (SSAC) uppskattar att prevalensen ligger runt 3,1 %, med stora variationer runt om i landet (UNGASS, 2008). United Nations Fund for Population Activities, UNFPA, anser att HIV är en bomb som riskerar att explodera i Södra Sudan (UNFPA, 2006).

Avgörande faktorer för spridning av HIV.

Ojämn spridning av HIV

De flesta aspekter rörande sexuellt beteende verkar inte skilja sig mycket åt, vid jämförelser mellan Afrika och övriga världen. Ändå bor majoriteten av alla HIV-positiva i Afrika, söder om Sahara och även inom Afrika är skillnaderna stora mellan olika länder och grupper. Dessa skillnader kan i kombination med andra riskfaktorer öka på spridningen av HIV. Hanson (2007) har tittat på varför viruset sprids så ojämnt och varför människors beteende förändrats så lite genom åren, trots epidemins förödande konsekvenser. En av de bakomliggande indirekta faktorerna till den ojämna fördelningen anser Hanson vara sexuellt beteende vilket bland annat innefattar att ha flera samtidiga sexuella relationer, brist i användandet av

kondom, könssjukdomar och då framför allt HSV-2, mängd viruskopior/CD4-celler samt tillgång till bromsmediciner. Bakomliggande faktorer är också brist på jämställdhet mellan könen, såsom polygami eller stora ålderskillnader i relationen. Hammarskjöld (2004) anser däremot att man inte bara kan betona sexuellt beteende som anledning till att vissa regioner drabbas värre än andra. Man måste också se att socioekonomiska och sociokulturella faktorer är av grundläggande betydelse för smittspridningen. Både Hammarskjöld (2004) och Hanson (2007) anser bristande jämlikhet mellan könen vara en avgörande faktor för spridning av HIV. Kvinnor har inte möjlighet att kontrollera sin egen sexualitet, på samma sätt som männen. Exempel på socioekonomiska faktorer som också påverkar smittspridning är, att många män tvingas arbeta långt hemifrån, att kvinnors dåliga ekonomi tvingar dem att sälja sexuella tjänster för att överleva samt att unga kvinnor utnyttjas sexuellt av äldre män (Hammarskjöld, 2004).

Kulturella traditioner kan ha negativt inflytande på spridning av HIV. Exempel som att flera män har rättighet att ha sexuellt umgänge med samma kvinna eller att kvinnor i mycket ung ålder har sin sexualdebut, är traditioner som förvärrar spridning av HIV. Sådana här traditioner är särskilt djupt rotade på landsbygden (Hanson, 2007).

Riskfaktorer i Södra Sudan

Att risken för spridning av HIV är stor beror bland annat på missuppfattningar om HIV, att det finns gott om sociala och kulturella tabun samt att människor rör sig mycket i landet (UNFPA, 2006). Risken förstärks ytterligare av att flera av de länder som gränsar till Sudan har en mycket hög HIV-prevalens. Government of South Sudan (GoSS) har identifierat olika riskgrupper som är särskilt sårbara när det gäller risk för att smittas/ha smittats av HIV. Till dessa hör sudanesiska flyktingar som återvänder från närliggande länder med hög HIV-prevalens, internflyktingar, människor i uniformsyren, f d soldater, lastbilschaufförer och prostituerade. Lastbilschaufförer är borta från sina familjer under långa perioder och ofta benägna att missbruka alkohol vilket kopplas samman med ökat sexuellt riskbeteende. I takt med att landet blir mer tillgängligt ökar resande och handel, och därmed också riskerna för smittspridning (Kitungulu et al, 2009).

Andra faktorer som bidrar till spridning är riskbeteende associerat till fattigdom samt kulturella traditioner och sedvänjor (Lomoro Damian & Yona Damundu, 2006). Exempel på hur fattigdom kan leda till ett ökat riskbeteende är kvinnor som är i behov av pengar och erbjuder sex för pengar till lastbilschaufförer som passerar samhället där de bor. Därmed utsätter de både sig själva och sina familjer för risk (Kitungulu et al, 2009). Förekomst av könssjukdomar i kombination med dålig tillgänglighet till sjukvård förvärrar också smittspridningen. Allra viktigast för att förhindra smittspridning på dessa grunder är, enligt Lomoro Damian och Yona Damundu (2006) att sprida kunskap om hur man skyddar sig och om var man kan få hjälp.

Prevention

Kunskap

En förutsättning för att kunna förhindra smittspridning är att ha adekvat kunskap om hur viruset smittar samt vad man kan göra för att förhindra smittspridning. Riktig information är ett första steg mot ökad medvetenhet om viruset och att hjälpa människor att kunna skydda sig mot HIV. Missuppfattningar om HIV är vanliga vilket ökar risker människor utsätter sig för och försvårar det preventiva arbetet. Det finns många olika missuppfattningar, men några verkar vara återkommande, såsom att man kan få HIV genom myggbett, på samma sätt som man får malaria, eller genom att man äter mat från samma tallrik som någon annan (Lomoro Damian & Yona Damundu, 2006; Tompkins, Smith, Jones & Swindells, 2006). Å andra sidan visar en studie gjord av Ndubani (2002) i Zambia, att adekvat kunskap inte är synonymt med korrekt handlande. En absolut majoritet av de unga män som intervjuades visste att användande av kondom är ett skydd mot HIV, men få av dem använde kondom. Motiveringarna kunde bland annat vara att kvinnorna ansåg att kondomer var för prostituerade och inte för dem, eller att kondomer var ett hot mot manligheten eftersom användande av kondom kunde försämra potensen (Ndubani, 2002).

Förändrat sexuellt beteende

Om Damian och Damundu (2006) lyfter fram kunskap och riktig information som första prioritet för att förhindra ytterligare spridning av HIV, så anser Hanson (2005) istället att fokus i svårt drabbade låginkomstländer måste sättas på ett förändrat sexuellt beteende för att få bukt med spridningen av HIV. När man vill försöka förändra ett beteende måste man veta

vad som ligger bakom beteendet. Så kännetecknas till exempel manlighet, i en studie från Zambia (Ndubani, 2002), av att våga ta risker och att man som ogift har flera sexuella relationer för att pröva sig fram och utveckla sin sexuella potens. Denna inställning kan minska unga mäns mottaglighet av information om säker sex, menar Ndubani (2002). Därför handlar beteendeförändringar inte bara om individen utan måste också inriktas på normer och mönster unga människor emellan.

I många av de mest utsatta områdena handlar det om hela sociala system som måste förändras. Det innebär till exempel att försöka förhindra att människor har flera samtidiga sexuella relationer under lång tid eller att gifta män och kvinnor tvingas leva åtskilda. I en studie gjord i Uganda har man undersökt huruvida kunskap om HIV förändrat riskbeteendet hos vissa särskilt utsatta grupper, såsom långtradarchaufförer, prostituerade och bartender (Ntozi, Najjumba Mulindwa, Ahimbisibwe, Ayiga & Odwee, 2003). Det framkom att medvetenheten om HIV hade ökat och att kondom numer användes som ett skydd mot HIV. I övrigt hade deras sexuella beteende inte förändrats i större utsträckning (Ntozi et al, 2003). Det resultatet stämmer inte med vad Pool, Kamali och Withworth fått fram när de studerat vad som föranlett beteendeförändringar (2006). De ger nämligen exempel från Uganda, både på minskat antal partners och på ökad användning av kondom, i syfte att förhindra att bli smittad av HIV. Kunskapen hade bland annat inhämtats genom erfarenhet av egna familjemedlemmar som avlidit i AIDS. Enligt UNAIDS måste syftet med preventionsprogram vara att minska mängden av sexuella relationer oavsett om de är samtidigt förekommande eller i följd, samt att betona den ökade risken med samtidiga sexuella relationer; även dem som av samhället ses som helt legitima (UNAIDS, 2008).

Prevention i Södra Sudan

I en Behavioral Monitoring Survey (BMS) gjord 2008, framkom att drygt hälften av kvinnorna i åldern 25 år och uppåt har hört talas om kondomer och en tredjedel vet var man kan få tag i en kondom. Motsvarande siffror för männen i Juba är 73 % respektive 45 %. Mindre än 10 % av deltagarna i ovanstående studie kunde sägas ha en tillräcklig kunskap om HIV där uppgiften var att identifiera tre sätt att skydda sig mot HIV samt att veta att man inte kan bli smittad genom myggbett eller genom att äta från samma tallrik som någon annan. De tre sätten att skydda sig när det gäller sexuellt överförd smitta är, enligt studien, Abstinence (= att

avhålla sig från sex) **Be faithful** (vara trogen en HIV-negativ partner) och **Condom use** (användande av kondom) vilket kallas ABC-metoden (Kitungulu et al, 2009).

Förändring av system

Enbart biomedicinskt och västerländskt synsätt inte är tillräckligt för att stävja spridningen av HIV i södra Afrika. Till detta räknas bland annat spridning av information, kondomer, utbildning och Voluntary Counselling and Testing (VCT). Samtidigt som dessa åtgärder genomförs måste man ha ett större perspektiv; man måste se till sociokulturen, till den politiska variationen och ekonomins inflytande. Faktorer som ekonomiska orättvisor, fattigdom, ojämlikhet mellan könen och förskingring av allmänna medel påverkas av det politiska och ekonomiska systemet. Uganda är det mest kända exemplet på hur en nation genom öppenhet och acceptans av HIV-epidemin, i kombination med resurser har ingripit och lyckats minska både stigma och HIV-incidens (Bond, 2004). Ugandas framgång har dock ifrågasatts av andra forskare, såsom Parkhurst (2002). Hon menar att de data som tyder på att incidensen minskat är feltolkade. Exempelvis har data från ett framgångsrikt område fått tala för hela Uganda och vidare har positiva siffror från mödrahälsovård i städer ansetts gälla även för landsbygden.

Det verkar som om sociokulturella miljöer med en hårdare kontroll över sexuell aktivitet, såsom i många muslimska länder, har en lägre HIV- prevalens. I Tanzania har till exempel Zanzibar åtta gånger lägre prevalens än man har på fastlandet. Det kan också vara ett resultat av mindre sexuella nätverk och färre samtida sexuella relationer (Hanson, 2007). Forskning visar att manlig omskärelse verkar vara en skyddande faktor vilket i de områden det är vanligt förekommande kan minska incidensen av HIV (Hammarskjöld, 2004; Hanson, 2007)

Stigma och diskriminering

En stigmatiserad person är en människa som, enligt Svenska Akademiens Ordlista, är socialt brännmärkt (Svenska akademien, 2007). Stigma relaterat till sjukdom har historiskt sett visat sig vara vanligast då sjukdomen är infektiös och har en latent fas, när den inte går att bota och har ett progressivt förlopp samt när smittspridningen anses vara möjlig för den smittade att kontrollera. Dessa kriterier stämmer väl överens med HIV/AIDS (Bond, 2004).

Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2008) beskriver hur en människa som är frisk har ett naturligt förhållningssätt till livet och ofta tar en god hälsa för given. När en människa däremot blir sjuk förändras situationen, och man hamnar utanför sitt vardagliga sammanhang. Om sjukdomen pågår en längre tid kan det rent av leda till att patienten hamnar utan sammanhang över huvud taget (Dahlberg et al, 2008).

Hand i hand med HIV/AIDS-epidemin går en epidemi av okunnighet, rädsla och förnekande som till följd får stigmatisering och diskriminering av människor som lever med HIV, deras familjer samt grupper i samhället som anses vara avvikande, moraliskt sett. Inte sällan stigmatiseras människor enbart för att de misstänks ha HIV. De behöver inte ens själva ha tagit ett HIV-test eller avslöjat ett eventuellt positivt resultat. En undersökning gjord i Zambia 1998 (Bond, 2004) visade att endast omkring sex till tio procent av alla HIV-positiva vet om att de smittats av HIV. Ytterst få av dessa berättar för någon annan om sitt status. Människor stigmatiseras till exempel för att de har symtom av sjukdomar eller på grund av ett sexuellt beteende som samhället anser vara avvikande (Bond, 2004).

Stigma, fördomar, diskriminering och kränkning av mänskliga rättigheter är allvarliga hinder för att motverka spridning av HIV och få kontroll över den epidemi som spridit sig över jorden. Följderna blir bland andra att människor avskräcks från att gå till VCT, eller att få behandling. Risken är att problemen blir ännu större. En bakomliggande orsak till stigmatisering är människors rädsla för det som upplevs som omöjligt att behandla och dessutom är smittsamt och associerat till död. Det finns också en rädsla för andra människors fördomar och eventuella angrepp om det skulle framkomma att någon är HIV-positiv (Heywood, 2004). Åsikter som att HIV anses vara ett straff för något man gjort fel eller att den som smittats av HIV förtjänar att lida, är uttryck för stigmatisering som framkommit, vilket får mycket negativa konsekvenser (Tompkins, Smith, Jones & Swindells, 2006). Forskning visar att människor i södra Afrika som lever med HIV ofta behåller det som en hemlighet av rädsla för att bli utstötta, övergivna eller få utstå mycket psykiskt lidande. Deras rädsla bekräftas ofta ytterligare genom dåligt bemötande och negativ attityd från sjukvårdspersonal, arbetsgivare och familjemedlemmar (Heywood, 2004).

Cameron (2001) påstår att en ökad tillgänglighet av medicinering kommer att minska stigmatisering av HIV-positiva. Nya bromsmediciner har strukit ut likhetstecknet mellan AIDS och död och på grund av det genombrott som medicinerna har fått blir det nu lättare att bryta ner stigmatisering och fobier som gör det svårt att tala öppet om HIV-prevention och att praktisera det, anser Cameron (2001). Om många människor tar ett HIV-test och tillgänglighet av bromsmediciner ökar så att människor kan få behandling så kommer bilden av HIV/AIDS förändras. I takt med att fördomar byts ut mot kunskap kommer diskriminering att minska och positiva effekter av läkemedel kommer att reducera rädslan som är förknippad med sjukdomen (Haywood, 2004).

Hälsofrämjande arbete

Den huvudsakliga målsättningen för omvårdnad är hälsa ur den enskildes perspektiv, och i det hälsofrämjande arbetet har sjuksköterskan en viktig och central uppgift. Begreppet hälsofrämjande har en nära koppling till prevention, vilket har som syfte att påverka livsstilsfaktorer. Till grund för prevention ligger kunskaper om vad som orsakar sjukdom och målet är att förhindra att sjukdomen bryter ut (Svensk sjuksköterskeförening, 2008).

Socialstyrelsen (2009) har i sin kompetensbeskrivning för sjuksköterskor även formulerat vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som åligger en distriktssköterska. I hennes ansvar ingår bland annat förebyggande arbete vilket även inkluderar folkhälsoarbete och att ta initiativ till och genomföra åtgärder som främjar hälsa och förebygger sjukdom. Genomförandet kan ske både individuellt och i samarbete med organisationer, myndigheter eller andra yrkeskategorier. En distriktssköterska skall också kunna identifiera hälsorisker i miljö och livsföring samt ta initiativ till åtgärder.

Begreppet hälsofrämjande är, enligt Svedberg (2007) tätt sammankopplat med hälsoutbildning, vilket framför allt har som syfte att förmedla kunskap till den enskilde och påverka dennes livsstil och beteende för att förebygga sjukdom och främja hälsa. Genom att arbeta utifrån ett *livsvärldsfenomenologiskt perspektiv* så ser man till det sammanhang som den enskilde lever och verkar i; den så kallade livsvärlden (Friberg, 2003). Det är för individen ofta något självklart, något som tas för givet. När livsvärlden utgör ansatsen i arbetet är målet att försöka utforska och förstå världen, så öppet som möjligt utan att förminska eller förringa den företeelse som undersöks (Dahlberg et al, 2008). Syftet med

hälsofrämjande arbete är att förbättra hälsotillståndet för både individer och grupper av människor. Det görs genom stöd till människor att förbättra sin hälsa samt att hjälpa dem få bättre kontroll över hälsan (Ewles & Simnett, 2008). WHO har följande definition av hälsofrämjande arbete:

” Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behavior towards a wide range of social and environmental interventions” (WHO, 2010).

Denna definition ser hälsofrämjande arbete som en process på väg mot ett mål. Till grund för målet ligger filosofin att människan har möjlighet att stärka sin egen förmåga (Ewles & Simnett, 2008).

International Council of Nurses anser att sjuksköterskor har ett ansvar att arbeta för att alltid och överallt säkerställa och aktivt främja människors hälsa (Pavlish & Ho, 2009).

År 2006 utvecklade Health Association of South Sudan en vision gällande hälsa i Södra Sudan. Målet är en hälsosammare nation, färre ojämlikheter gällande hälsa och bättre livskvalitet. För att nå det behövs till exempel tillgång till rent dricksvatten, god sanitet, utbildning och säkerhet för alla medborgare. Vidare förväntas människor kunna ta ansvar för sin egen hälsa genom stöd av hälsovården. Smittsamma sjukdomar skall reduceras, liksom mödradödlighet och malnutrition. Vaccinationskampanjer bör nå alla barn under fem år och förväntad livslängd öka. Korruption skall också minska i omfattning. Denna vision ligger till grund för hur pengar och resurser skall fördelas (Joseph, 2008). När det gäller hälsofrämjande arbete relaterat till HIV i Södra Sudan så har regeringen bildat South Sudan Aids Commission för att koordinera detta arbete (Hakim, 2010).

I maj, 2010, etablerades ett college för utbildning av sjuksköterskor och barnmorskor i Södra Sudan. Av dem som nu arbetar med hälsoarbete (omkring 4600 personer) har endast 10-20% mer än nio månaders utbildning. Dessa är dessutom ojämnt fördelade i landet, och en mycket allvarlig brist på utbildad personal råder ute på landsbygden. Målsättningen är att 100 sjuksköterskor och barnmorskor från alla stater i Södra Sudan skall ha utbildats år 2015 (Bucyabahiga, 2010).

PROBLEMFORMULERING

FN har utformat ett Millennium-mål som syftar till att minska spridning av HIV, och för att det skall kunna bli verklighet måste människor få kännedom om att HIV finns, hur det sprider sig samt hur man skyddar sig. Södra Sudan har under många år sargats av inbördeskrig vilket bland annat lett till att skolgång och infrastruktur har blivit eftersatt. Få undersökningar är gjorda för att undersöka människors kunskap om HIV och siffror som anger prevalens är osäkra. Däremot är riskfaktorerna många vilket gör att intensivt preventivt arbetet är att betrakta som nödvändigt. För att fördjupa förståelsen för hur situationen ser ut i Södra Sudan när det gäller syn på och uppfattningar om HIV, har jag valt att fördjupa mig i hur studenter och hälsoarbetare erfar HIV. Om ett hälsofrämjande arbete skall kunna bedrivas framgångsrikt måste utgångspunkten vara de berörda människors livsvärld.

SYFTE

Syftet är att beskriva hur studenter och hälsoarbetare erfar HIV i Södra Sudan.

METOD

Ansats

Ansatsen som användes var en kvalitativ metod för att uppfylla studiens syfte; att ta reda på hur studenter och hälsoarbetare erfar HIV (Lundman och Hällgren Graneheim 2008). Öppna skriftliga frågor användes för att fokusera på deltagarnas livsvärld (Kvale & Brinkman, 2009). De svar som kom in analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, vilket är ett bra redskap när forskaren systematiskt går igenom materialet för att identifiera mönster och tema (Polit & Beck, 2008). Målet med kvalitativ innehållsanalys är att öka kunskap och förståelse för det fenomen som studeras (Hsieh & Shannon, 2005).

Deltagare

Deltagare i studien är två utländska hälsoarbetare, elva sudanesiska studenter och två sudaneser med erfarenhet av att arbeta med hälsoarbete i form av HIV-prevention. Ursprungligen tillfrågades två icke-sudaneser och fem sudaneser med erfarenhet av hälsoarbete, men två av sudaneserna fick förhinder att svara och den tredje lämnade i stället ut

frågeformuläret till elva studenter som deltagit i en workshop om HIV. De personer som tillfrågades var människor jag kommit i kontakt med genom mitt arbete med HIV-prevention i Södra Sudan, 2008-2009. Inklusionskriterier var att på något sätt ha arbetat med HIV-prevention, vara engelsktalande och ha tillgång till internet. Erfarenheterna ser olika ut, såsom till exempel hälsoarbete inom NGOs eller inom kyrkan. Deltagarna benämns informanter.

Datainsamling

För att få en fördjupad kunskap om vad som är lämplig hälsoundervisning för studenter i Södra Sudan använde jag, innan studien påbörjades, en enkät på en yrkesskola. 94 studenter i en yrkesskola i Juba svarade i september 2008 på denna enkät. Det visade sig vara svårt att ställa lättförståeliga frågor utan att svaren styrdes och därmed blev resultatet svårtolkat. Tydligt var i alla fall att okunskapen om HIV är stor. Till exempel trodde en fjärdedel av studenterna att en man kan bli fri från HIV om han har samlag med en oskuld och nästan en tredjedel av dem menade att det är möjligt att se på en människa om hon har HIV. 8 av 10 studenter visste var de kunde få tag på kondomer. Resultatet som framkom i enkäten var utgångspunkt för denna studie, då önskemålet är att fördjupa kunskapen om hur hälsoarbetare och studenter erfar HIV, i Södra Sudan.

I september, 2010, togs en första e-postkontakt där de presumtiva informanterna fick uppge om de var intresserade av att medverka i studien och i så fall ta del av ett öppet frågeformulär och skriva ner sina svar och sedan skicka tillbaks dem till mig. Till dem som svarat ja skickades information om studien (bilaga 1) och frågor (bilaga 2). Informanterna ombads att svara in om två veckor. Svaren skickade sedan tillbaks med e-post, tillsammans med inskannade samtyckesblanketter. Studenternas svar och informerade samtycken skannades in av deras lärare och e-postades sedan till mig. En av informanterna ombads därefter att förtydliga ett av sina svar, och återkom med tydliggörandet i ett nytt e-postmeddelande.

Dataanalys

Det insamlade materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, vilket är ett tillvägagångssätt som beskrivs av Lundman och Hällgren Graneheim (2008).

Arbetet med att analysera inleddes med att analysenheten lästes igenom ett flertal gånger, för att få en känsla för textens helhet. Meningsenheter togs fram och försågs i samråd med handledaren med koder. Vid fortsatt resonering och reflekterande över meningsenheterna strukturerades de upp i kategorier och tema. Konsensus nåddes. Koden stod som en etikett på en meningsenhet och koder med liknande innehåll samlades ihop till kategorier. Kategorierna i sin tur som omfattade det manifesta, beskrivande innehållet i arbetet. Temat är slutligen den tolkande nivå som binder samman kategorierna till en helhet. Genom att innehållets mening tolkas kan en djupare förståelse nås (Lundman och Hällgren Graneheim 2008).

I tabellen nedan exempel görs hur analys av materialet gått till väga.

Tabell 1. Översikt av meningbärande enhet, kod, kategori och tema.

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori	Tema
<p>Krig, konflikt som får stora mängder människor på flykt och där de hamnar på ställen där det sociala nätverket upplösts (läger, slumområden).</p> <p>Många familjer tvingas leva på olika ställen då familjen bor hemma i byn och sköter om odlingarna och livet där. Mannen arbetar inne i stan för att kunna få en inkomst. Ofta kan problemet i längden bli att mannen hittar en älskarinna inne i stan eller går till prostituerade.</p> <p>Ekonomiska problem har gjort det svårt att sprida ut information om HIV i landet.</p>	Konsekvenser av samhällsproblem	Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV	För att inte bli utsatt för HIV behövs samhällsförändring men för att inte utsätta sig behövs beteendeförändring
<p>Att man som kvinna inte kan säga nej till sex även om man vet eller misstänker att ens man eller partner kan vara smittad.</p> <p>Det finns kulturella barriärer; änkor ärvs och polygami är utbrett.</p>	Köns- och genusroller		
<p>Att trohet och avhållsamhet är något som är svårt att följa trots att man kanske själv vill pga tryck från andra människor och upplevelsen att man inte kan säga nej till sexualdriften.</p> <p>Traditionella seder, såsom särskilda tatueringar, omskärelse eller att samma rakblad används till flera personer</p>	Riskbeteenden		

Etiska överväganden

Vid ett forskningsprojekt kräver respekten för individen att information ges på ett sätt så att det blir tydligt för deltagaren att han/hon har rätt att vara anonym, har rätt till

självbestämmande och att deltagande är helt frivilligt (Olsson & Sörensen, 2004). Enkäterna ifylldes anonymt och frivilligt, efter att skolledningen gett sitt godkännande.

När det gäller insamling av data från informanterna har Vetenskapsrådets fyra allmänna krav efterföljts (Vetenskapsrådet, 2002). Det första är kravet på information, vilket innebär att informanterna får veta vad syftet är med studien, att deltagandet är frivilligt och att de närsomhelst kan avbryta studien. Det andra kravet innebär att samtycke inhämtas från informanterna. Tredje kravet innebär att alla svar behandlas konfidentiellt, så att inte obehöriga får tillgång till det. Det fjärde och sista kravet är nyttjandekravet vilket innebär att de insamlade uppgifterna endast får användas till avsett forskningsändamål. Denna grupp ombads skriva under att de fått information om frivillighet samt möjlighet att närsomhelst avbryta sitt deltagande.

RESULTAT

När de svar som informanterna lämnat in analyserades, togs hänsyn till den kulturella kontexten. Fokus lades på det manifesta innehållet, vilket var det som skrivits ner av informanterna och det framkom då fyra kategorier med tillhörande koder. De fyra kategorierna är (I) *Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV* (II) *Att uttrycka rädsla på olika sätt*, (III) *Att förmedla gripbar kunskap om HIV* och (IV) *Att samarbeta för förändrad syn på HIV*. Resultatet stärks av citat från informanterna.

Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV Konsekvenser av samhällsproblem

Informanterna diskuterade olika svårigheter som finns för att förhindra ytterligare spridning av HIV. Till exempel tvingar krig och konflikter människor att fly och då upplöses också människors sociala nätverk, och många hamnar i läger eller slumområden. En av följderna blir då att skolgång blir eftersatt och många får inte möjlighet att gå i skola över huvudtaget, vilket gör att analfabetismen är hög. Skriftlig information om HIV/AIDS når inte ut till dessa grupper och eventuell skolundervisning når långtifrån alla. Att informationen om HIV/AIDS inte når ut till de grupper som bäst behöver den, påpekade ett par av informanterna. Bland annat är det svårt att nå människor som är i rörelse, som på flykt. En annan grupp som informanterna anser behöva information är de som arbetar som prostituerade. De har många

sexuella kontakter och utsätts för stora risker. Brist på pengar gör det svårt att ha kampanjer om HIV så att informationen når ut över hela Sudan. En annan konsekvens av dålig ekonomi är att familjer tvingas leva splittrade:

”Många familjer tvingas leva på olika ställen då familjen bor hemma i byn och sköter om odlingarna och livet där. Mannen arbetar inne i stan för att kunna få en inkomst. Ofta kan problemet i längden bli att mannen hittar en älskarinna inne i stan eller går till prostituerade.”

Köns- och genusroller

När informanterna beskrev olika svårigheter för att bromsa upp spridning av HIV framkom att kvinnor utsätts för större risker än män. Kvinnan har lägre status än mannen och har inte rätt att bestämma över sin egen kropp. Efter att ha gift sig så ses hon som mannens ägodel, vilket är ett resultat av att han betalat en (ofta mycket dyr) hemgift för henne.

”... att man som kvinna inte kan säga nej till sex även om man vet eller misstänker att ens man eller partner kan vara smittad...”

Som en följd av att kvinnan ses som mannens egendom så ärvs hon, om maken dör, av makens familj (och blir då normalt ny hustru till en av den bortgångne makens bröder). Ytterligare exempel på hur kvinnan har en underordnad roll är, att unga kvinnor eller flickor tvingas till äktenskap, inte sällan med äldre män. Polygami är vanligt förekommande över hela Sudan. Då kvinnan där har en underordnad roll utsätter det henne för ökad risk att få HIV, eftersom maken kan ha flera samtidiga sexuella relationer. Vidare påpekade informanterna att våldtäkt är en risk som kvinnor utsätts för, såväl inom äktenskapet som utanför. För att komma till rätta med risker som kvinnor utsätts för behöver deras situation stärkas både ekonomiskt, politiskt och socialt och på alla övriga områden, framhöll en informant. Det skulle även leda till ett ökat oberoende.

Riskbeteenden

Informanterna berättade om olika riskbeteenden som finns för att påskynda spridning av HIV. Några talade om risk med att ha flera sexualpartners. Otrohet, till exempel, menade någon annan, har lett till att människor sprider HIV vidare även inom äktenskapet. Flera av dem pekade på att unga människor utgör en särskilt stor riskgrupp.

”Unga människor som studerar och försöker hitta sig själv är en annan grupp. De

har ofta flera partners vilket ökar risken”.

Grupptricket kan vara stort och man kan också uppleva att det inte går att säga nej till sexualdriften även om man kanske egentligen själv skulle vilja. Detta beskriver informanterna som anledningar till att det kan vara svårt att vara trogen sin partner eller att avhålla sig från sex.

En annan typ av riskbeteende som omnämndes är drogmissbruk. Vid användning av orena sprutor utsätter sig människor för risk att smittas med HIV. Under påverkan av droger finns också möjlighet att människor utsätter sig för risker som de annars inte skulle ha gjort. Därför är drogmissbruk farligt, av flera olika anledningar.

Det finns också traditioner som gör att människor utsätts för risk att smittas av HIV.

Informanterna gav exempel på riskfyllda beteenden, såsom tatueringar och omskärelser, då samma rakblad används till flera personer.

Att uttrycka rädsla på olika sätt

Attityder

Att attityderna som finns till HIV och till dem som lever med HIV skiftar, framkom tydligt hos informanterna. Den negativa attityden är dock dominerande och barriärer behöver brytas ned för att komma tillrätta med dessa attityder och de fördomar som florerar. En sådan barriär är brist på medvetenhet om HIV. Brist på medvetenhet leder till att människor har en sämre attityd gentemot dem som lever med HIV. Om människor däremot har god kunskap om HIV, så blir attityderna istället positiva.

”Där medvetenhet finns har människor en positiv inställning till dem som har HIV och där medvetenhet inte finns har de negativa känslor för den HIV-positiva.”

Exempel på negativa attityder är att alla HIV-positiva är prostituerade eller syndare och får därmed skylla sig själva. Rädsla för fördomar gör att människor inte avslöjar för andra att de är HIV-positiva. Det behövs mycket information, menade flera av informanterna. Människor behöver också få hjälp att tala om HIV så att ämnet inte blir så laddat. Svårigheten utgörs bland annat av att det många gånger handlar om en sexuellt överförd smitta, förklarade en av informanterna. Det gör det känsligare att tala om. Om man kan inse att det är en kronisk sjukdom som många andra, så skulle attityder kunna förändras till det positiva, och det vore

inte lika laddat längre. Risk för spridning av HIV ökas på grund av att det är så tabubelagt att tala om HIV, menade en informant. Att det är tabubelagt kan ta sig uttryck i att man inte vill ange AIDS som dödsorsak utan i stället bara säger vilken följsjukdom det var som den döde avled i. På grund av det förstår inte alltid människor att AIDS är en verklighet även i ens egen omgivning, vilket borde göra att man är mer rädd om sin egen hälsa.

Rädsla för HIV-positiva

Flera av informanterna beskrev en rädsla som finns gentemot dem som lever med HIV. De gav exempel på hur människor medvetet smittat andra med HIV, i syfte att hämnas eller att inte behöva dö ensamma. Det är, enligt en av informanterna, anledningen till varför en del av dem som lever med HIV håller det hemligt.

”De som är infekterade säger att de inte vill dö ensamma utan bestämmer sig för att medvetet sprida sjukdomen till andra.”

En av informanterna berättade om en situation från hans hemby där en HIV-positiv kvinna, vars man avlidit några år innan kvinnan diagnostiserades, injicerat infekterat blod i sina fyra barn. Kvinnan ville inte dö ensam och var också orolig för hur det skulle gå för hennes barn om de skulle bli föräldralösa. I det här fallet visar handlandet på en chock, och informanten ville tydliggöra hur viktigt det är att någon som fått veta att hon/han har HIV får stöd och vägledning. Det finns också en rädsla för människor som använder bromsmediciner. De som tar bromsmediciner kommer troligen att leva längre och kan då hinna sprida HIV till ännu fler.

Stigma

Rädslan för att avslöja att man lever med HIV är mycket stor. Alla informanterna beskrev stigmatisering som ett problem. Rädsla för att ta ett HIV-test är stor, vilket bland annat beror på fruktan för att resultatet. Visar det sig att man är HIV-positiv leder det många gånger till att man fryses ute från familj, vänner och samhälle och kommer att möta hat, menade några av informanterna. Att isoleras från familj och samhälle är inte bara en fråga om att känna sig ensam och utanför, utan handlar om överlevnad. Utan arbete eller familj finns oftast inget annat socialt skyddsnet som tar hand om någon som blir sjuk. Därför ser sig en del av de HIV-positiva som levande döda, beskrev ett par av informanterna.

”Mycket beror på rädslan hur familjen, vänner och människor i samhället ska

reagera när de får höra om att en person är infekterad. Stigmatiseringen är stor och man är rädd att frysas ute”.

Att åsikten att HIV-positiva ska isoleras är vanligt förekommande, berättade flera informanter. De kan till exempel förflyttas till speciellt avsedda områden eller kvarter, för att minska risken att de smittar andra. Diskriminering förekommer också i andra former, såsom att de inte alltid har arvsrätt eller förlorar sina jobb när det framkommer att de har HIV, berättade någon. Att bli diskriminerad och stigmatiserad leder till rädsla som gör det svårt för den smittade att stiga fram och få hjälp. I förlängningen leder rädslan för att ta ett HIV-test eller för att stiga fram också till att risken för smittspridning ökar; människor väljer att inte veta och lever vidare som vanligt, framkom i intervjuerna. Det stigma som är associerat till HIV/AIDS gör att människor håller diagnosen för sig själva, istället för att kunna hjälpa till att förhindra ytterligare smittspridning, till exempel genom att hjälpa till i kampanjer mot HIV, berättade en informant.

Att förmedla gripbar kunskap om HIV

Missuppfattningar om HIV

En vanlig missuppfattning som flera av informanterna påpekade är tron att HIV sprids av myggor (som malaria). Framförallt lever den tron kvar ute i byarna. Det gavs också exempel på uppfattningar om att vanligt umgänge med en infekterad person kan vara riskfyllt. Det kunde handla om att äta mat från samma tallrik, att hälsa i hand eller att använda samma toalett.

”Luftburen smitta, smittar vid beröring, genom mat, genom små hål i kondomer, toalettstolar smittar, använda samma husgeråd, kläder smittar etc”.

Enligt informanterna vet många att HIV är en sexuellt överförd smitta, men inte alla vet att viruset även har andra smittvägar, såsom från mor till barn eller vid användande av smutsiga sprutor. Det råder tveksamhet till att använda kondom eftersom det hos en del människor finns bristande tilltro till effekten pga. att man tror att den kan bli kvar inne i kvinnan eller pga. att den anses ha små hål i sig så att virus kan passera ändå, förklarade informanterna. Andra missuppfattningar de lyfter fram är att omskurna personer inte kan smittas av HIV eller att viruset bara kan överföras om de två parterna har samma blodgrupp. En av informanterna berättade att HIV sprids från djur till människa när en dam hade sex med ett djur, i USA. Det var hans egen bild av ursprunget till HIV.

Några av informanterna sa att det finns en tro att ett positivt HIV-test innebär att livet närsomhelst kommer ta slut.

”Han eller hon kommer att dö närsomhelst”

En annan, enligt informanterna, vanligt förekommande missuppfattning, är att det går att se på en del människor att de har HIV. Framförallt är det smala människor, personer med tuberkulos eller astma, de som har återkommande infektioner samt människor som lever ett promiskuöst liv som får diagnosen HIV satt, utan att de testats positiva för HIV.

Kulturellt betingade föreställningar

Motvilja att använda kondom beror inte bara på missuppfattningar om hur en kondom fungerar. Det finns också kulturella föreställningar som gör att människor inte är intresserade av kondomer. Till exempel berättade en av informanterna att användande av kondom ses som ett dåligt omen för att kunna få barn i framtiden. En annan sa att äldre personer anser att användande av kondom gör att människans kontroll över sin sexualitet minskar. Det finns människor som anser att HIV-infektion är ett resultat av förbannelse eller häxkraft.

”HIV är ett resultat av häxkraft”

En informant berättade om tron på ett botemedel för män som drabbats av HIV: Om en HIV-positiv man har sex med en jungfru, så kommer han att bli frisk.

Behov av kunskap

Kunskap om HIV är något som alla människor har rätt till, menade en informant och föreslog att kampanjer för att öka medvetenheten om HIV skulle genomföras så att alla hushåll skulle få besök. Att budskapet framförs på stamspråk, var det flera av informanterna som betonade vikten av. Informationen skall heller inte ges enbart i städerna utan även nå ut på landsbygden, för där är behoven stora. De mest sårbara grupperna bör också vara mål för kampanjer. Till dessa grupper ansågs till exempel ungdomar och prostituerade höra.

”Att det är svårt för människor som lever längst ute i byarna att kunna förstå vad HIV är för något, vad det innebär och att man kan smittas av det. Man lever i sin egen lilla värld och kan inte riktigt förstå vad det handlar om förrän någon/några i byn redan har drabbats”.

Människor behöver bland annat kunskap om varför det är viktigt att veta sitt HIV-status, vilka råd man skall ge till gravida HIV-positiva kvinnor och vad som händer när man drabbats av

HIV, ansåg informanterna. En av dem påpekade också att kunskap om hur relationer mellan man och kvinna fungerar, behöver fördjupas. Ett annat ämne som måste diskuteras och finnas med vid seminarier och dylikt är framtiden, menade en informant. Det är viktigt att veta vilka konsekvenser spridning av HIV får för nästa generation och för landet. Ökad kunskap kan resultera i att både rädsla och fördomar minskar.

Förhindra att själv bli smittad

Den av metoder som av informanterna oftast angav för att förhindra ytterligare smittspridning är användande av kondom. Vilken syn människor i allmänhet har på användande av kondom skiftar. En del ansåg människor generellt vara negativa och att det finns ett tabu att tala om kondomer. Andra menade däremot att motståndet börjat vända mot en mer positiv inställning, speciellt bland unga. I städer är det lätt att få tag på kondomer, såsom på apotek, kliniker, hotell, sjukhus och i en del affärer. Däremot är det på landsbygden inte alltid så lätt att få tag på kondomer. Även om det finns att få tag på, så är det kostsamt för många, inte minst för arbetslösa. Någon av informanterna hävdade däremot att de flesta unga människor, både män och kvinnor, alltid har kondomer i sina fickor eller handväskor. Tillgänglighet till kondomer är inte synonymt med användande. Ett argument som framfördes mot användande är att den sexuella njutningen inte blir lika stor.

”Att använda kondom är som att äta godis utan att ta av pappret”

”Inom äktenskapet känns det för många mycket främmande eftersom man där skall vara trogen och att vilja använda kondom innebär att man varit otrogen.”

Att vara trogen sin partner är också något som angavs av flera informanter som ett viktigt sätt att skydda sig mot HIV. Några rekommenderade att folk som skall gifta sig eller inleda en sexuell relation först bör ta ett HIV-test. I den så kallade ABC-metoden som flera av informanterna lyfte fram och betonade (Abstain from sex, Be Faithful to your partner and Condom use) ingår även att avhålla sig från sex, som en mycket säker preventionsmetod.

”Frivillig rådgivning och testning, och gärna öka antalet par som får rådgivning/testas”

Kunskapsförmedling

Många av informanterna tyckte att HIV-positiva ungdomar ska finnas med, när det planeras och genomförs workshops om HIV. Om de som lever med HIV uppmuntrades att vara mer öppna med att de är HIV-positiva och att tala med andra om det så skulle det i förlängningen kunna leda till att färre smittas, ansåg en informant. Att det även finns hälsopersonal med vid workshops ger tyngd åt undervisningen, inte minst på landsbygden. Eftersom sex är den absolut vanligaste smittvägen är det viktigt att man talar om det på ett sådant sätt som unga människor förstår och känner igen sig i. För att en workshop skall bli framgångsrik bör den vara participativ och inte föreläsande. Flera informanter tyckte att diskussioner och frågestunder är viktiga och att använda sig av visuella hjälpmedel såsom film eller drama ökar också möjligheterna för att undervisningen skall bli framgångsrik. Grupparbete med efterföljande presentationer är en annan metod som föreslogs

”... visuella hjälpmedel, drama och uppmuntran från HIV-positiva människor”

En av dem tyckte att certifikat bör delas ut efter avslutad workshop, för att uppmuntra deltagarna till att dela med sig av sina kunskaper till människor i sin omgivning.

Att samarbeta för förändrad syn på HIV

Samhällets ansvar

För att synen på HIV skall förändras behövs samarbete, förklarade flera av informanterna. Det behövs samarbete mellan regeringen, NGOs, olika FN-organ och kyrkor. Alla ledande organisationer måste finnas med i det preventiva arbetet. Tystnad och ointresse hos dem som leder landet hämmar arbetet.

”Alla organisationer involveras i HIV kampanjer; kyrkan, regeringen, institutioner, NGOs, lokalbefolkning etc.

Informanterna gav exempel på hur de tycker att samhället ska gå till väga för att förändra synen på HIV. Till exempel bör HIV bli ett ämne som prioriteras i undervisningen i alla skolor. Vidare bör det upprättas VCT i alla kommuner, så att det finns möjlighet för alla människor att testa sig, till exempel innan de skall gifta sig eller inleda en sexuell relation, ansåg en av informanterna. Det får inte bara vara en möjlighet för dem som bor i städer. En del av samhället som omnämndes av många informanter är kyrkan. Kyrkan spelar en stor roll i samhället och når många människor. Därför har även kyrkan en viktig uppgift i HIV-arbete.

Samhällets har också ansvar för hälso- och sjukvård, där det bland annat ingår att se till att alla använder rena sprutor i sjukvården och att det finns ungdomsvänliga kliniker.

Stöd

Människor som lever med HIV har rätt att bli behandlade med respekt och utan diskriminering som vilka andra människor som helst, menade flera av informanterna. De har också ett stort behov av kärlek och stöd för att orka med att leva med sin sjukdom. De organisationer som arbetar hälsofrämjande måste tillsammans med regeringen se över hälso- och sjukvården till förmån för HIV-positiva för att förbättra deras omständigheter, så att de kan leva ett gott liv och även få en värdig avslutning på livet, ansåg en av informanterna. Behov som lyftes fram var till exempel att få bra mat, och tillgång till bromsmediciner samt behandling av opportunistiska sjukdomar. De måste också ha arvsrätt, som alla andra, sa en informant. Rådgivning för att få mod att avslöja sitt status och därmed få möjlighet till bättre hjälp, var ett förslag som några informanter kom med.

”Människor med HIV ska behandlas som alla andra människor och även få den hjälp och stöd de behöver för att kunna må så bra som möjligt. De behöver all kärlek och omsorg man kan ge för att orka leva med sin sjukdom”.

För att stödja dem som lever med HIV föreslog flera informanter att stödgrupper bildas. En sådan stödgrupp kan utgöras av flera personer som har HIV, vilket skulle kunna vara en hjälp att få modet att våga berätta för andra att man är smittad. Stödgrupper kan till exempel kyrkan stå till tjänst med. Kyrkans stödjande uppgift betonas av flera av dem. Människor som lever med HIV kan genom kyrkan också få någon att samtala med, andlig rådgivning och hjälp att få hoppet tillbaka.

”Kyrkan kan i områden med många smittade göra en enormt positiv insats med stöd och organisering av grupper, mikrokrediter, inkomstbringande aktiviteter etc.”

Ett tema framkom vid analys av materialet:

För att inte bli utsatt för HIV behövs samhällsförändring men för att inte utsätta sig behövs beteendeförändring.

Strukturer i samhället måste förändras för att människor inte skall hamna i situationer där de

inte kan förhindra att utsättas för risken att smittas av HIV. När det gäller att utsätta sig själv eller andra för risken att smittas av HIV behövs beteendeförändring hos individen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I kvalitativ forskning vill forskaren ställa sig utanför och betrakta objektet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys, vilket enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2008) är en metod som fokuserar på tolkning av texter. Den text som analyseras bör ses i sitt sammanhang. Det innebär att tolkningen som görs bland annat måste ta hänsyn till informanternas livsvillkor och rådande kultur. För att få en bred beskrivning tillfrågades därför både studenter som deltagit i workshops om HIV och människor med erfarenhet av att arbeta med hälsoarbete och då framförallt med HIV-prevention. En av den kvalitativa innehållsanalysens fördelar är att den kan anpassas till datamaterial av skiftande kvalitet och till studentens kunskap och erfarenhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

När kvalitativa studier bedöms tittar man enligt Forsberg och Wengström (2003) bland annat på studiens trovärdighet och rimlighet. Eftersom uppsatsen skrivits av endast en student har resonemang förts med handledaren för att nå konsensus vid tolkning av texten. Detta för att styrka arbetets trovärdighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). I resultatredovisningen har citat från informanterna lagts in för att styrka studiens rimlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Redan i inledningen av arbetet med att analysera informanternas svar, aidentifierades texten och skillnad har heller inte gjorts på svar från dem som arbetat med hälsoarbete respektive från studenterna. Citat bifogade i resultatet har använts med försiktighet för att inte kunna röja någons identitet, vilket beskrivs av Kvale och Brinkmann (2009).

När det gäller begränsningar i metoden kan studentens oerfarenhet av att sätta samman enkäter ses som en begränsning. Därför har heller inte hela resultatet av enkäten redovisats här, utan fick stället ligga till grund för de frågor som sammanstälts i ett frågeformulär och som därefter e-postats ut till informanterna. En annan begränsning är att varken studenten

eller sudaneserna har engelska som modersmål (Kvale, 2008). Detta kan ha påverkat möjligheten att skriva, förstå och svara på frågorna. En annan svaghet är att informanterna har svarat skriftligt och att det av praktiska skäl inte gick att genomföra intervjuer. Hade intervjuer kunnat genomföras hade det varit lättare att ställa följdfrågor och få fram känslan och det uttalade som kan komma fram (Kvale, 2008).

Resultatdiskussion

I denna studie framkommer att samarbete mellan regeringen, organisationer och kyrkor är viktigt för att så kraftfullt som möjligt förhindra ytterligare spridning av HIV. Genom gemensamt agerande kan människor i olika sammanhang och på olika orter nås och kunskap förmedlas på ett sätt som är tillämpligt för individen. En ökad kunskap leder i sin tur till minskad rädsla för det som är okänt och kan förhoppningsvis leda till beteendeförändringar. Om rädslan för dem som lever med HIV minskar och då även stigmatiseringen kommer dessa människor att må mycket bättre och våga berätta om sitt status och kan då få mer av den hjälp de behöver. I förlängningen kommer färre människor att smittas av HIV.

Att negativa omständigheter i livssituationen ökar risken att smittas av HIV

Det framkommer i resultatet att i ett samhälle sargat av ständiga konflikter utsätts människor för risker att smittas av HIV. Dessa risker har individen inte alltid möjlighet att påverka. Brist på skolgång och utbildning menar informanterna, gör att människor har svårare att tillägna sig kunskap om HIV. Fattigdom är, enligt Hammarskjöld (2004) en av de främsta anledningarna till att HIV spridits så snabbt över södra Afrika. Med fattigdom följer minskade möjligheter att utbilda sig och människor har mindre kunskap om hur de skall skydda sig. De har dessutom sämre möjligheter att ändra riskfyllda beteenden. När människor i ett samhälle förutom att leva i fattigdom även lever med ständiga konflikter, såsom attacker från rebeller och stamstridigheter, så ökar folkvandringen, tillgång till sjukvård minskar och riskerna för spridning av HIV ökar. För att påverka dessa risker krävs insatser på samhällsnivå (Hanson, Wodak, Fiamma & Coates, 2008).. Utsattheten påverkas, enligt informanterna också av att män och kvinnor inte är jämlika. Detta kan, enligt dem, bland annat ses i äktenskap där en kvinna inte har rätt att säga nej till sex. Då utsätts hon för risk att smittas med HIV, även om hon både skulle ha kunskap om HIV och tillgång till kondomer (Hansson, 2007). När våldtäkt

används som ett maktmedel i konflikter eller i relationer så utsätts kvinnan för risker, omöjliga för henne att påverka (Hanson et al, 2008 ; Pavlish & Ho, 2009).

Bland de riskbeteenden som framkommer i resultatet är en del konsekvenser av individens val, såsom att människor frivilligt har flera olika partner eller inte använder kondom för att det reducerar njutningen. När människor har kunskap och ändå väljer att utsätta sig för risker bör preventivt arbete fokuseras på beteendeförändring (Svedberg, 2007). Drogmisbruk är ett riskbeteende som kan vara relaterat till krig och konflikt. Ett behov av att dämpa psykisk stress kan tillgodoses genom att missbruka alkohol eller använda intravenösa droger (Uhart & Wand, 2009). Ifrån Uganda och Kenya kommer prostituerade till Juba, Södra Sudans huvudstad, och tillsammans med soldater som nu får regelbunden betalning, fritid och möjligheter att köpa sex och alkohol utgör de riskgrupper för spridning av HIV (Utrikespolitiska Institutet, 2010).

Det finns, enligt informanterna risker som är relaterade till traditioner. Dessa är inte enkla för individen att påverka. Till exempel är systemet att en änka ärvs av den döde mannens bror något som fungerar som ett slags försäkringssystem för kvinnan, och utan den försörjningen klarar hon sig inte. Sådana frågor måste lösas på samhällsnivå, och i förlängningen kommer risken som där finns att sprida HIV att minska (Hansson, 2007).

Att uttrycka rädsla på olika sätt

Enligt studenter och hälsoarbetare i Södra Sudan påverkas människors syn på HIV av vilken medvetenhet de har om HIV. Där medvetenhet finns minskar rädsla. Fortfarande är dock rädslan stor, både för att smittas med HIV och för dem som lever med HIV. Det framkommer i studien att rädslan kan ta sig många olika uttryck. Bland friska personer finns rädsla för dem som lever med HIV, att de medvetet skall föra viruset vidare som en hämnd eller som en krisreaktion. Med stöd och rådgivning för dem som får veta att de har HIV kan riskerna minska att krisreaktioner tar sig sådana drastiska uttryck. Stöd till förbättrad hälsa och kontroll över sin hälsa är en viktig del i hälsofrämjande arbete (Ewles & Simnett, 2008). Bristerna är fortfarande stora i Södra Sudan, men initiativ har tagits och målet är en jämlik hälsa för alla (Joseph, 2008). Det är dock en lång väg kvar tills det finns sjuksköterskor i hela

Södra Sudan som kan arbeta för att alltid och överallt säkerställa och aktivt främja människors hälsa (Pavlish & Ho, 2009).

Det framkommer i studien att bland dem som lever med HIV finns en rädsla för att avslöja sitt status och för de konsekvenser som det kan få, såsom stigmatisering i olika former. För att komma tillrätta med rädsla krävs både kunskap och attitydförändringar (Heywood, 2004). Så länge människor stigmatiseras kommer många att inte avslöja sitt status eller att låta bli att testa sig av rädsla för konsekvenserna. En HIV-diagnos blir ett hot mot överlevnaden, både för att brist på bromsmediciner är stor vilket kan leda till utveckling av AIDS och sedermera död, men också för att stigmatisering kan leda till isolering (Cameron, 2001). Staten har inget skyddsnet att erbjuda, utan ansvaret vilar på familj och vänner. Finns där inget stöd att hämta blir isolering en fråga på liv och död. I vissa sammanhang finns dock kyrkan eller NGOs till hjälp för dem som lever med HIV (UNGASS, 2010). Enligt Greeff, Uys Holzemer, Makoae, Dlamini, Kohi et al (2008) är det omöjligt att få bukt med spridningen av HIV, om inte stigmatisering begränsas.

Att förmedla gripbar kunskap om HIV

Bristen på kunskap påpekades av informanterna i denna studie. I Södra Sudan är kunskaperna om HIV generellt mycket dåliga. En undersökning gjord bland sudanesiska hushåll, 2006, visar att kunskapen om hur man förhindrar att smittas av HIV är mycket dålig i de flesta delstaterna. I Central Equatoria, där bland annat Juba ligger, är kunskaperna något högre. Mer än en tredjedel av befolkningen kunde dock inte identifiera någon form av preventionsmetod. Missuppfattningar om HIV är vanliga, vilket gör att människor utsätter sig för risker utan att veta om det (Lomoro Damian & Yona Damundu, 2006). Behovet av kunskap är stort och kunskapsförmedlingen måste ske med utgångspunkt i människors livsvärld; i det vardagliga och det som människor känner till, och på ett språk som människor talar (Friberg, 2003). Det handlar, enligt informanterna, både om att tala det stamspråk som är människornas modersmål och att tala om sexualitet med unga människor, så att de känner igen sig.

Att undervisa är mer än att ge information eller instruktioner. I en undervisningssituation finns ett medvetet mål att försöka få tillstånd en förändring hos en annan människa och undervisningen används som redskap (Socialstyrelsen, 2009). Det går inte bara att kopiera ett

västerländskt synsätt och tro att information och kondomer kommer att lösa alla problem (Bond, 2004). Människor som själva lever med HIV ansågs av informanterna i denna studie vara särskilt viktiga att ha med i workshops om HIV. Deras vittnesbörd kan inspirera andra att våga ta ett HIV-test och visa på att livet fortsätter, trots allt. Han eller hon blir också ett tydligt exempel på att vederbörande inte är en "levande död" eller troligen kommer att dö närsomhelst, som några av informanterna uttryckte det. Det framkom också att det är viktigt att deltagare får möjlighet att ställa sina frågor och genom drama, där människor känner igen sig, kan de applicera kunskapen på sin egen situation.

Att samarbeta för förändrad syn på HIV

En epidemi av HIV får konsekvenser på alla områden i ett samhälle, och därför är samarbete på alla nivåer A och O för att förändra synen på HIV och förhindra vidare utbredning. Att samarbete bör omfatta landets ledning, organisationer, kyrkor och institutioner framkommer i studien. Enligt Becker, Theodosis och Kulkarni (2008) orsakar HIV-epidemin allvarliga utmaningar för länder söder om Sahara och inte minst post-konfliktländer, som Södra Sudan. Ett misslyckande att få bukt med epidemin minskar länders möjligheter att motverka kriser och är även ett hot mot utveckling. I Sudan kan rekonstruktion och återhämtning efter kriget försvåras om epidemin får ta fart. (UNAIDS, 2008). Om gott samarbete föreligger finns möjlighet att bättre stödja dem som lever med HIV så att de får samma rättigheter som alla andra. Då finns också möjlighet att arbeta ännu bredare med prevention och förhindra ytterligare nyinsjuknanden. Människor som har olika former av ledande positioner är viktiga att involvera i preventivt arbete. Deras åsikter och uttalanden kan väga tungt för de människor de samlar kring sig. Så är till exempel präster, pastorer och andra religiösa ledare viktiga för många människor. Deras öppenhet och acceptans blir då vägledande för hur andra människor skall förhålla sig (Bond, 2004).

För att alla människor skall få grundläggande kunskap om HIV krävs omfattande insatser. Informanterna anser till exempel att alla skolor skall ha HIV som prioriterat ämne och att VCT skall finnas tillgängligt för alla som önskar ta ett HIV-test. Svårigheter, menar de, består bland annat i att människor ständigt är i rörelse på grund av konflikter såsom stamstridigheter eller angrepp från rebellrörelser. Även om HIV blir ett prioriterat ämne i alla skolor, så går långtifrån alla barn i skola och vuxna måste nås av information där de befinner sig och

anpassad till deras situation (Utrikespolitiska Institutet, 2010). Lomoro Damian och Yona Damundu (2006) menar att könssjukdomar i kombination med att tillgängligheten till sjukvård är dålig förvärrar smittspridningen. För att komma tillrätta med smittspridningen menar de att människor behöver kunskap om hur man skyddar sig och om var man kan få hjälp. Det är tyvärr inte till stor hjälp om närmaste klinik ligger flera mil bort eller om man vet hur man skyddar sig, men ens partner vägrar lyssna. Socioekonomiska och sociokulturella faktorer är avgörande att arbeta med för att framgångsrikt främja hälsa bland invånarna i Södra Sudan (Hammarskjöld, 2004).

Denna studie fokuserar på Södra Sudan och på hur situationen där ser ut, med avseende på HIV. Av det som framkommit är en del kunskap generell och har betydelse för folkhälsoarbete även utanför Sudan. Så måste till exempel hänsyn alltid tas till människans livsvärld; hur världen ser ut ifrån hennes perspektiv (Dahlberg et al, 2008). Sociokulturella faktorer spelar där en stor roll. För att ta ett exempel, så går det inte att tro att information om och god tillgång till kondomer alltid är den bästa lösningen för att förhindra spridning av HIV, om en man ändå har rätt att mot sin hustrus vilja bestämma att kondom inte skall användas (Bond, 2004). För att nå människor och hjälpa dem till en positiv förändring är det nödvändigt att möta dem där de är och utifrån deras situation. Samhället har stort inflytande på individen (Friberg, 2003).

Förslag till fortsatt forskning

I studien framkom att kvinnor lever med större risk att bli utsatta för HIV än vad män gör. Det vore intressant att i fortsatt forskning studera genusperspektivets roll vid arbete med HIV-prevention. Vilka åtgärder bör vidtas för att mest framgångsrikt förbättra kvinnors hälsa och minimera risker kvinnor utsätts för? Ett annat intressant område att studera vore att se hur beteendeförändring påverkas av att människor lever i ett samhälle med ständiga konflikter. Hur kan man framgångsrikt motivera till beteendeförändring i ett samhälle där människor inte vet om de kommer att överleva morgondagen?

Slutsatser

Syftet med studien var att ta reda på hur studenter och hälsoarbetare i Södra Sudan erfar HIV. Att det i samhället finns en stor rädsla för HIV och människor som lever med HIV framkom. Vidare

blev det tydligt att missuppfattningarna är många och att kunskapsbehovet är stort. Åtgärder för att komma tillrätta krävs omgående för att förhindra ytterligare smittspridning. Dessa åtgärder måste omfatta motivation till beteendeförändring för att minska risker individen utsätter sig för då han eller hon kan smittas av HIV. Det behövs också förändring av samhällsstrukturer för att minska risken att bli utsatt för HIV, inte minst hos kvinnor. Hur en människa påverkas av att leva i ett samhälle sargat av konflikter får konsekvenser för hennes förmåga att tillägna sig kunskap och möjlighet att förändra sitt beteende. Rädsla utgör ett stort hinder för prevention vilket leder till ökad risk för smittspridning. Kunskap förmedlad på ett sätt som människor förstår kan vara en hjälp att minska rädsla, fördomar och risker människor utsätter sig för. Preventivt arbete måste därför ske sammanlänkat på samhällsnivå och på individnivå för att resultatet skall bli så optimalt som möjligt.

REFERENSER

Becker, J.U., Theodosis, C. & Kulkarni, R. (2008). HIV/AIDS, conflict and security in Africa: rethinking relationships. *Journal of the International AIDS Society*, **11**:3

Bond, V. (2004). The Dimensions and Wider Context of HIV/AIDS Stigma and Resulting Discrimination in Southern Africa. Ingår i A. Sisak (red) *One Step Further – Responses to HIV/AIDS* (s. 29-53) Stockholm: Sida studies

Bucyabahiga, J. (2010). Nursing and Midwifery in Southern Sudan - Undersubscribed in a High Demand Environment. *Southern Sudan Medical Journal* Hämtad 2010-11-08 från <http://www.southernsudanmedicaljournal.com/archive/august-2010/nursing-and-midwifery-in-southern-sudan-undersubscribed-in-a-high-demand-environment.html>

Cameron, E. (2001). the Deafening Silence of AIDS. *Health and Human Rights: An International Quarterly*, (5)1. s. 7- 24

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2008). *Att förstå vårdvetenskap* Lund: Studentlitteratur

Ewles, L. & Simnett, I (2008). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Friberg, F.(2003). Pedagogiska traditioner av betydelse för patientundervisning. Ingår i Pilhammar Andersson, E. (red) *Pedagogik inom vård och omsorg*. (s. 27- 56) Lund: Studentlitteratur

Greeff, M., Uys, L.R., Holzemer, W.L., Makoae, L.N., Dlamini, P.S., Kohi, Chirwa, M.L., Naidoo, J.R. & Phetlhu, R.D (2008) Experiences of HIV/AIDS stigma of persons living with HIV/AIDS and nurses involved in their care from five African countries.

African Journal of Nursing Midwifery. 10(1) (s. 78-108).

Hakim, J.G. (2010). HIV/AIDS: Update on Epidemiology, Prevention and Treatment - including Available South Sudan Literature. *Southern Sudan Medical Journal*. Hämtad 2010-11-08 från <http://www.southernsudanmedicaljournal.com/archive/2009-08/untitled-resource.html>

Hammar skjöld, M. (2004). HIV/AIDS- Is the worse yet to come? Data, spreadpatterns and trends. Ingår i Sisak, A. (red) *One Step Further – Responses to HIV/AIDS* (s. 180-204). Stockholm: Sida studies

Hanson, B.W., Wodak, A., Fiamma, A., & Coates, T.J. (2008). Refocusing and prioritizing HIV programmes in conflict and postconflict settings: funding recommendations. *AIDS*, 22(2)(s. 95–103).

Hanson, S. (2007). *Control of HIV and Other Sexually Transmitted Infections – studies in Tanzania and Zambia*. Stockholm: Karolinska Institutet

Hanson, S. (2005). Is HIV control in sub-Saharan Africa losing focus? The need for simplified, prioritized strategies. *Scandinavian Journal of Public Health*, (33) s. 233-235

Heywood, M. (2004). HIV and AIDS: From the Perspective of Human Rights and Legal Protection. Ingår i A. Sisak (red) *One Step Further – Responses to HIV/AIDS* (s. 11-28). Stockholm: Sida studies

Hsieh, H-F & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, (15) s.1277-1288

Joseph, V.V (2008). Public health and Health policy in South Sudan. *Southern Sudan Medical Journal*. Hämtad 2010-11-08 från <http://www.southernsudanmedicaljournal.com/archive/2008-02/public-health-and-health-policy-in-south-sudan.html>

Kitungulu, B., Tegang, S.P., Suji, O. & Jervase, A. (2009). *Behavioral Monitoring Survey for HIV/STI/FP/Malaria/GBV in Juba, Morobo and Rumbek Southern Sudan*. Family Health International

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. [2:a uppl.]. Lund: Studentlitteratur.

Lomoro Damian, O. & Yona Damundu, E. (2006). *Southern Sudan Household Health Survey (SHHS)*. Juba: MOH-GOSS & SSCCSE

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- sjukvård* (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.

Ndubani, P. (2002). *Young Men's Sexuality and Sexually Transmitted Infections in Zambia*. Stockholm: Karolinska Institutet

Ntozi, J.P.M., Najjumba Mulindwa, I., Ahimbisibwe, F. Ayiga, N., Odwee, J. (2003). Has the HIV/AIDS epidemic changed sexual behaviour of high risk groups in Uganda? *African Health Sciences* 3(3): s. 107 - 116

Olsson, H. & Sörensen, S. (2004) *Forskningsprocessen, Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber

Parkhurst, J. (2002). The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1 prevention. *The Lancet* (360) July 6 s. 78-80.

Pavlish, C. & Ho, A. (2009) Displaced persons' perceptions of human rights in Southern Sudan. *International Nursing Review* 56, s. 416–425.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins.

Pool, R., Kamali, A., & Withworth, J.A.G. (2006) Understanding sexual behavior change in rural southwest Uganda: A multi-method study. *AIDS Care*, 18(5) s. 479-488

Roberts, B., Damundu, E.Y., Lomoro, O. & Sondorp, E. (2008). Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry* 9(7), 10 s.

Socialstyrelsen (2009). Kompetensbeskrivning för Distriktsköterska. Hämtad 2010-09-03 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/13702/1995-70-5_1995706.pdf

Svedberg, P. (2007). *Health promotion intervention in mental health service*. Akademisk avhandling, Lunds Universitet

Svensk Sjuksköterskeförening, SSF. (2008). *Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. 30 s.

Svenska Akademin (2007). *Ordlista*. Hämtad 2010-08-12 från <http://www.svenskaakademien.se/web/Ordlista.aspx>

Tompkins, M., Smith, L., Jones, K. & Swindells, S. (2006). HIV Education Needs Among Sudanese Immigrants and Refugees in the Midwestern United States. *AIDS and Behavior* (10) 3, s. 319-323

Uhart, M. & Wand, G. S. (2009). Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research. *Addiction Biology* 14(1) s. 43-64

UN (2008). *Tracking the Millennium Development Goals* Hämtad 2010-04-19 från <http://www.mdgmonitor.org/goal6.cfm>

UNAIDS (2008). *Report on the Global AIDS Epidemic* Hämtad 2010-08-26 från http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp29_62_en.pdf

UNFPA(2006). *General Profile* Hämtat 2010-04-26 från

http://www.unfpa.org/swp/2006/english/chapter_1/

UNGASS (2008). *Southern Sudan HIV/AIDS Integrated Report (2006-2007)* Juba:

Government of Southern Sudan, Southern Sudan Aids Commission & UNAIDS

UNGASS (2010). *Southern Sudan UNGASS Progress Report (2008-2009)*. Hämtad 2010-11-

09 från http://data.unaids.org/pub/Report/2010/sudan_2010_country_progress_report_en.pdf

UNMIS (2009). *The background to Sudan's Comprehensive Peace Agreement*. Hämtat 2010-

04-26 från <http://unmis.unmissions.org/Default.aspx?tabid=515>

Utrikespolitiska Institutet (2010). *LANDGUIDEN Länder i fickformat*. eLib AB

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer*. Hämtad 2010-09-03 från

http://www.vr.se/download/18.7f7bb63a11eb5b697f3800012802/forskningsetiska_princi

WHO (2010). *Health Promotion*. Hämtat 2010-0901 från

http://www.who.int/topics/health_promotion/en/

Förkortningar

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CPA	Comprehensive Peace Agreement
GoSS	Government of South Sudan
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MOH	Ministry of Health
NGO	Non Governmental Organization
PLWHA	People Living With HIV/AIDS
SSAC	South Sudan Aids Commission
SSCCSE	Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation
SPLM/A	Sudan's People Liberation Movement/Army
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
UNGASS	United Nation General Assembly Special Session on HIV/AIDS
VCT	Voluntary Counselling and Testing
WHO	World Health Organization

BILAGA 1



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

To you who have been asked to participate in the study, **Knowledge about HIV among students in Juba, South Sudan;**

In Juba, the number of people known to be infected with HIV is still quite limited. Since there are many factors that might accelerate the transmission rate, increased knowledge about promotion and prevention is very important. One part of my study has been to inquire students' knowledge about HIV through a questionnaire. And as a complement I ask you to participate and tell your opinion, your view on some open questions regarding people's attitudes and understanding about HIV.

When you decide to participate in the study through giving answers, you answer the questions attached with this document and send them back to me within two weeks. If I have some follow-up questions after receiving your answers, I hope it will be OK to contact you again by e-mail. The answers will be treated confidentially. The participation in the study is of course voluntary and can be terminated at any time, without explanation.

Responsible: I, Sara Andersson, am studying to get a Degree in Primary Health Care, at the University of Borås. This study is a part of my paper. If you have further questions, please don't hesitate to contact me. E-mail address: saraandersson2004@hotmail.com

Supervisor: Eva Robertson, Lecturer, PhD, University of Borås, School of Health Sciences
eva.robertson@hb.se

Informed Consent

Participation in the study is of course voluntary and possible to terminate at any time without further explanation

Name.....

has got information and possibility to ask questions concerning the study, and agree to participate in the study. (If there are difficulties in scanning this document with your signature on it, please write carefully in an email that you have understood the information and that you agree on participation.)

BILAGA 2

Knowledge about HIV among students in Juba, South Sudan

1. What believes/misbelieves do you know/have you heard about concerning transmission of HIV?
2. What factors do you see as major obstacles to prevent further transmission?
3. What needs to be done in order to decrease the numbers of newly infected?
4. What do you think is the general opinion about and attitudes toward condoms in the society?
5. Are condoms easily available?
6. What is the general attitude in the society towards HIV-positive people?
7. How do you think people with HIV should be treated in society? How does the church treat PLWHA?
8. Do you believe that there are certain groups of people that generally are thought to be HIV –positive?
9. What prejudgments have you heard about and what do you think about them?
10. What do you believe is the reason that some people keep their positive status as a secret and what can be done to help them reveal their status?
11. How do you think a successful workshop about HIV should be planned?
12. What questions need to be taken into consideration when you facilitate about HIV for young people?