

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

2014

Kotimäki Maija & Lahti Heidi

SWAZIMAAN NUORTEN NAISTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN

– ympäristön, tiedonjaon ja -saannin rooli HIV:n
ehkäisyssä



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja (AMK)

Huhtikuu 2014 | 50+3

Ohjaaja: Tt Tiina Nurmela

Kotimäki Maija & Lahti Heidi

SWAZIMAAN NUORTEN NAISTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN

– YMPÄRISTÖN, TIEDONJAON JA -SAANNIN ROOLI HIV:N EHKÄISYSSÄ

Seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen kyky reagoida aistimuksiin ja virikkeisiin. Seksuaalikäyttäytyminen riippuu siitä, millaisessa ympäristössä nuori kasvaa. Seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttavat muun muassa uskonto ja kulttuuri. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä seksuaali- ja HIV-tiedonsaantimahdollisuuksia nuorille naisille Swazimaassa tarjotaan. Tavoitteena oli selvittää asiantuntijahaastattelujen avulla, mihin nuoret naiset saatua tietoaan käyttävät ja miten siihen vaikuttavat ympäröivät tekijät. Tavoitteena oli löytää sellaisia asioita jotka tarvitsevat muutosta naisten seksuaalikäyttäytymisen ja HIV-tilanteen parantamiseksi.

HIV ja AIDS ovat suuria ongelmia Saharan etelän puoleisessa Afrikassa. Korkeimmat HIV-tilastot löytyvät Swazimaasta, jossa myös elinajanodote on alhainen. Naisilla 52 vuotta ja miehillä 55 vuotta. WHO:n mukaan 20 - 24 -vuotiaat naiset kuuluvat HIV-riskiryhmään ja ovat alttiita HIV-tartunnoille. Lisäksi uskonto, kulttuuri ja kasvatuserä vaikuttavat siihen, millainen käsitys näillä nuorilla naisilla on seksuaalisuudesta, seksistä ja seksuaalikäyttäytymisestä. Tämä vaikuttaa osaltaan HI -viruksen leviämiseen. Erilaiset järjestöt toimivat hallituksen tukena HIV tilanteen parantamiseksi

Opinnäytetyön tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin keväällä 2014, haastattelemalla HIV:n ehkäisyn parissa työskenteleviä asiantuntijoita. Haastattelun kysymykset pohjautuivat kirjallisesta tiedosta, viitekehyksestä ja neljästä tutkimusongelmasta. Haastattelut litteroitiin ja käännettiin suomen kielelle, josta tehtiin sisällön analyysi.

Tuloksista selvisi, että tiedon perille saattaminen on edelleen iso ongelma, tietoa kyllä tarjotaan monin eri keinoin, mutta annetun tiedon käyttö on alhaisella tasolla. Tiedonjaossa ongelmana on, ettei tietoa jaeta oikealla tavalla, oikealle kohderyhmälle. Lisäksi naisten asema on heikko suurimmassa osassa Swazimaata. Miehet tekevät usein päätökset naisten puolesta. Kulttuurillisesti naiset hyväksyvät miehen päätäntävällän.

ASIASANAT:

Swazimaa, seksuaalisuus, HIV, HIV -ehkäisy, seksuaaliterveyden edistäminen, hoitotyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered Nurse (RN)

April 2014 | 50+3

Instructor: TtT Tiina Nurmela

Kotimäki Maija & Lahti Heidi

YOUNG WOMEN SEXUAL BEHAVIOUR IN SWAZILAND

– ROLE OF ENVIRONMENT AND GIVING AND GETTING THE INFORMATION IN PREVENTION OF HIV

Sexuality is natural ability for human being to react for sensations and impulses. Sexual behaviour depends on what kind of environment young person is growing. Example religion and culture are affecting to sexual behaviour. The purpose of this thesis was to find out what kind of information they are giving about sexuality and HIV to young women in Swaziland. The aim was to find out how young women are using that information in practice and how surrounding factors are affecting for that by interweaving experts. The aim was to find which type of things needs to be changed to improve young women sexual behaviour and HIV situation.

HIV and AIDS are big problems in Sub-Saharan Africa. Highest statistics of HIV are in Swaziland. There is also a low average of life expectancy. At women it is 52 years and at men it is 55 years. WHO is saying that 20 -24 –year's old young women belong to the risk group of HIV and they are subjected to HIV. Also religion, culture and parenting methods are affecting which type of impression these young women have about sexuality, sex and sexual behaving. This is also acting the part in spreading of HIV. Different organisations are helping the government to improve the HIV situation.

Interview was used to collect information from experts who were working with HIV counselling and prevention. It was made in spring 2014. Questions were based on written knowledge, frame of reference and four research problems. Interviews were transcribed, translated into Finnish and analyzed.

The result showed that getting the information is still a big problem. They are offering information in many ways, but the using of information is at low level. The problem of giving information is that is the information gave in a right way for the right group. Also women status is weak almost everywhere in Swaziland; men are making almost every decision. Culturally, women accept their position.

KEYWORDS:

Swaziland, sexuality, HIV, prevention of HIV, promotion of sexual health, nursing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SEKSUAALISUUS	8
2.1 Seksuaaliterveys	9
2.2 Nuoren naisen seksuaalisuus	10
2.3 Seksuaalikasvatus	12
3 NUORTEN NAISTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN SWAZIMAASSA JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	14
3.1 Swazimaalaisen kulttuurin vaikutus seksuaalikäyttämiseen	15
3.2 Uskonnon vaikutus seksuaalikäyttämiseen	16
3.3 Nuorten naisten seksuaaliterveys Swazimaassa	18
3.4 Uskomusten ja asenteiden vaikutus ehkäisyn käyttöön eteläisessä Afrikassa	21
4 HIV	22
4.1 HIV:n leviäminen ja tartuntatavat	22
4.2 Oireet ja hoito	23
4.3 Sairaanhoidajan rooli HIV -positiivisen potilaan hoidossa	24
4.4 Erilaisten järjestöjen tehtävät	25
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT	27
6 TUTKIMUSMENETELMÄT	28
6.1 Teemahaastattelu	28
6.2 Teemahaastattelurunko	29
6.3 Kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu	30
6.4 Aineiston käsittely ja analysointi	30
7 TULOKSET	32
7.1 Swazimaalaisten nuorten naisten seksuaali- ja HIV-tietämys	32
7.1.1 Tiedon jako	32
7.1.2 Nuorten naisten hakeutuminen tiedon pariin	33
7.1.3 Swazimaalaisten nuorten naisten tietämyksen taso	33
7.2 Swazimaalaisen kulttuurin ja uskonnon heijastuminen nuorten naisten seksuaaliasenteisiin ja – käyttäytymiseen	34

7.2.1 Kulttuuri ja uskonto ohjaavat seksuaalikäyttäytymistä	34
7.2.2 Kulttuurin ja uskonnon vaikutus seksuaalikäyttäytymiseen	35
7.3 Swazimaan nuorten naisten keskuudessa kulkevat seksuaalisuuteen liittyvät asenteet ja uskomukset	36
7.3.1 Nuorten naisten parissa liikkuvat asenteet ja uskomukset	36
7.3.2 Asenteiden ja uskomusten heijastuminen seksuaalikäyttäytymiseen	36
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	38
8.1 Tutkimuksen eettisyys	38
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	39
9 POHDINTA	44
LÄHTEET	47

LIITTEET

- Liite 1. Haastateltavan suostumuslomake
- Liite 2. Haastattelun kysymykset englanniksi

KUVIOT

Kuvio 1. Teemahaastattelurunko	29
--------------------------------	----

1 JOHDANTO

HIV ja AIDS ovat suuria ongelmia Saharan etelän puoleisessa Afrikassa. Korkeimmat HIV -tilastot löytyvät Swazimaasta, jossa myös elinajanodote on alhainen, naisilla 52 vuotta ja miehillä 55 vuotta. WHO:n mukaan 20 - 24 -vuotiaat naiset kuuluvat HIV-riskiryhmään ja ovat alttiita HIV-tartunnoille. Tiedonjako on kehittynyt huomattavasti vuosien varrella ja sitä pyritään parantamaan jatkuvasti erilaisten järjestöjen taholta. Tietoa pyritään jakamaan kaikkialle ja saattamaan kaikkien ulottuville. Tähän liittyen on tärkeää saattaa perille riittävästi ymmärrettävää tietoa HI -viruksen vakavuudesta. Lisäksi pyritään selvittämään ihmisille ehkäisyn merkitys ja ettei ehkäisy ole moraalisesti väärin. (WHO 2012a; WHO 2013a.)

Uskonto, kulttuuri ja kasvatustavat vaikuttavat voimakkaasti nuorten naisten seksuaalikäyttäytymiseen. Erilaisia uskomuksia ja myyttejä on paljon, tämä vaikuttaa negatiivisesti esimerkiksi kondomin käyttöön. Valtaosa Swazimaalaisista on kristittyjä, mutta myös etnisten uskontojen vaikutus näkyy asenteissa ja uskomuksissa. Kristittyjen ja erityisesti köyhien kohdalla tämä näkyy selvästi. Usko Jumalaan ja uskon antaman voiman vuoksi HIV -lääkkeistä kieltäytyminen on yleistä. Uskottaan, että Jumala parantaa HI -viruksen, eivätkä siihen tarkoitettut lääkkeet. Vaikka pieni osa Swazimaalaisista on katolilaisia, vaikuttaa sekin omalta osaltaan HIV:n leviämiseen. Katolilaisessa uskonnossa on ehkäisyn käyttö kiellettyä ja sen vuoksi tartuntojen määrä lisääntyy. (WHO 2013a; Brusila 2008, 137.)

Seksuaalisuus on tärkeä osa jokaisen kehitystä ja seksuaaliterveys on sen mukainen, miten kukin itse siihen suhtautuu. Seksuaalikasvatus on erilaista ympäri maailmaa ja naisten käsitys seksuaalisuudesta saattaa toisinaan olla kovinkin kummallinen. Tällä on suuri merkitys HI -viruksen leviämiseen. Esimerkiksi Swazimaassa miesten asema on huomattavasti parempi, kuin naisten. Miehet ovat se perheen ja parisuhteen pää, joka tekee päätökset lähes jokaiseen asiaan liittyen. Heidän päätösvaltansa vaikuttaa myös seksuaalikäyttäytymiseen ja sen vuoksi myös HIV:n leviämiseen. Tilannetta kuitenkin pyritään muuttamaan

ja erilaiset järjestöt jakavat tietoa ja toimivat HIV-ehkäisyn parissa. Esimerkiksi Unicef on aloittanut vuonna 2011 ohjelman, jossa seksuaalivalistusta ja -kasvatusta annetaan peruskouluikäisille nuorille. Ohjelman tarkoituksena on selvittää nuorille seksuaalisuuden oikea merkitys ja jokaisen oikeus vaikuttaa omaan seksuaalisuuteensa ja seksuaalikäyttäytymiseensä. (UNICEF 2011.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiantuntijahaastatteluiden avulla mitä seksuaali- ja HIV-tiedonsaantimahdollisuuksia nuorille naisille Swazimaassa tarjotaan. Tavoitteena oli selvittää mihin nuoret naiset saatua tietoaan käyttävät ja miten siihen vaikuttavat uskonto ja kulttuuri asiantuntijoiden kuvaamina. Haastattelu tapahtui englanniksi HIV -ehkäisyn parissa työskentelevien asiantuntijoiden parissa, joista neljä oli sairaanhoitajia ja yksi nuoriso-ohjaaja.

2 SEKSUAALISUUS

”Seksuaalisuus on ihmisen synnynnäinen kyky ja valmius reagoida psyykkisesti ja fyysisesti aistimuksiin ja virikkeisiin kokemalla mielihyvää ja valmius pyrkiä näihin kokemuksiin” (Väestöliitto 2013e). Seksuaalisuutta voidaan kuvata tunteena, kokemuksena omasta itsestä. Seksuaalisuus koetaan eri tavoin ja sitä voidaan ilmaista eri tavoin, kuten ajatuksin, uskomuksin, asentein ja arvoin. Nämä heijastuvat myös ihmissuhteisiin. (Korhonen & Närhi 2011, 8.)

Ihminen ilmentää seksuaalisuutta ajattelussa, puheessa, tunteissa, arvoissa, normeissa ja käyttäytymisessä. Seksuaalisuutta muovaavat monet eri tekijät. Näitä tekijöitä on psykologiset, biologiset, kulttuuriset, sosiaaliset, poliittiset, historialliset, uskonnolliset, taloudelliset ja henkiset tekijät. Seksuaalisuuteen kuuluu biologisen sukupuolen lisäksi paljon muutakin; seksuaalinen kehitys, seksuaalinen suuntautuminen, sukupuoli-identiteetti ja suvun jatkaminen. (Väestöliitto 2013e.)

Seksuaalisuus on elämää ylläpitävä voima, joka kantaa läpi elämän, syntymästä kuolemaan. Seksuaalisuus vaikuttaa tapaan elää, tuntea, ajatella ja rakastaa. Seksuaalisuus kehittyy ja kasvaa koko elämän ajan. (MLL 2013.) *”Seksuaalisuus mahdollistaa rakkauden, läheisyyden, hellyyden, intohimon sekä romanttiikan ilmaisun ja kokemisen”* (Ryttyläinen & Valkama 2010, 7). Parhaimmillaan seksuaalisuus on tyydytyksen lähde, kuitenkin on muistettava, että seksuaalisuus voi olla myös turhautumista ja kärsimystä. (Ryttyläinen & Valkama 2010,13).

Seksi on osa seksuaalisuutta. Seksillä tarkoitetaan seksuaalista toimintaa, johon liittyy ajatuksia, tunteita, mielikuvia, haluja ja tarpeita. Seksi on seksuaalisuuden ilmaisua, kontaktien hakemista, nautinnon tavoittelemista, nautinnon kokemista ja yhdyntöjen harrastamista. (Ryttyläinen & Valkama 2010,14.)

2.1 Seksuaaliterveys

”Seksuaaliterveys on fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila suhteessa seksuaalisuuteen; se ei ole pelkästään sairauden tai vajeatoiminnan poissaoloa” (Väestöliitto 2013e). Seksuaaliterveys kuuluu omana osana ihmisen kokonaisterveyteen (Ryttyläinen & Valkama 2010,7). Seksuaaliterveys rikastaa ja vahvistaa positiivisesti persoonallisuutta, kommunikaatiota ja rakkautta. Seksuaaliterveyteen kuuluu ruumiillinen, emotionaalinen, älyllinen ja sosiaalinen ulottuvuus.

Seksuaaliterveys voidaan jakaa kolmeen peruselementtiin. Yksi elementeistä on kyky nauttia ja kontrolloida seksuaalisuutta ja lisääntymiskäyttäytymistä. Toisena on oikeus olla vapaa pelosta häpeästä, syyllisyydestä, vääristä uskomuksista ja psyykkisistä tekijöistä, jotka negatiivisesti vaikuttavat seksuaaliseen kanssakäymiseen. Kolmantena on oikeus olla vapaa seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen vaikuttavista orgaanisista häiriöistä, taudeista ja vajeista. Seksuaaliterveys on yhteydessä kulttuuriin, aikaan sekä yhteiskunnan arvoihin ja normeihin.(Virtanen 2002, 12–13.)

Jotta hyvä seksuaaliterveys toteutuisi, tarvitaan positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuutta kohtaan. Se antaa mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin, joihin ei sisälly pakottamista, riistoa tai väkivaltaa. Hyvä seksuaaliterveys kunnioittaa ja suojaa kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia. (Väestöliitto 2013e.) Seksuaaliterveyttä voidaan edistää yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Tehtävänä on tukea yksilöitä kokonaisvaltaiseen, elämänmittaiseen seksuaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi se ohjaa yhteisöjä seksuaaliterveyden edistämiseen tukemalla voimavaroja ja verkostoja. Yhteiskunnallisella tasolla seksuaaliterveyden edistäminen perustuu hallintoalojen vastuuseen ja tavoitteisiin sekä seksuaalisuuden huomiointiin toimintaohjelmissa ja strategioissa. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 21.)

Seksuaalisiin oikeuksiin kuuluu oikeus ilmaista itseään seksuaalisena, ainutlaatuisena yksilönä. Lisäksi on oikeus kokea mielihyvää tuottavaa seksuaalisuutta oman suuntautumisen, identiteetin ja arvojen mukaisesti, sekä oikeus suojautua

sukupuolitaudeilta ja ei-toivotuilta raskauksilta. Seksuaaliset oikeudet oikeuttavat vapauten ja itsenäisyyteen seksuaalikäyttäytymisessä. Seksuaalioikeudet koskevat kaikkia sukupuolesta, ihonväristä, seksuaalisesta suuntautumisesta tai terveydentilasta riippumatta. (Väestöliitto 2013c.)

Seksuaaliseen sukupuolikäyttäytymiseen vaikuttaa kulttuuri, aikakausi, uskonto, lainsäädäntö, arvot, normit, yleiset mielipiteet ja vallitsevat käytänteet. Seksuaalinen sukupuolikäyttäytyminen on toimintaa, joka käsittää ajattelun, tunteet, fantasiat, arvot, moraalin, valinnan vapauden, seksuaalisuutta ilmentävän toiminnan, kumppanin valinnan, sukupuolisen aktiivisuuden sekä erilaiset seksuaalisuuden variaatiot. (Virtanen 2002, 58.)

Terveyttä ja turvallisuutta vaarantavaa toimintaa on seksuaalinen riskikäyttäytyminen, jossa vaaraan asetetaan joko oma, kumppanin tai molempien terveys (Väestöliitto 2010,1). Seksuaaliseksi riskikäyttäytymiseksi luokitellaan muun muassa käyttäytyminen, joka nostaa seksitautien tarttumisvaaraa sekä kasvat-
taa ei-toivotun raskauden alkamisen riskiä. Seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen vaikuttaa neljä teemaa; seksuaalinen käyttäytyminen, yhdyntöjen aloittamisikä, sosiaalinen painostus ja luottamus parisuhteessa. (Mngadi ym. 2004, 15–20.)
Seksuaaliseksi riskikäyttäytymiseksi lasketaan muun muassa ehkäisyn laiminlyönti, seksin harrastaminen toistuvasti päihtyneenä, seksin harrastaminen useiden kumppaneiden kanssa ja seksin myyminen. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen kulkee yleensä yhdessä muiden terveyttä ja turvallisuutta vaarantavien terveystottumuksien kanssa. (Väestöliitto 2010, 1-3.)

2.2 Nuoren naisen seksuaalisuus

Nuoruusikä tarkoittaa ikäkautta, jossa lapsuudesta siirrytään aikuisuuteen. Nuoruusiän aikana tapahtuu sekä fyysisiä että psyykkisiä muutoksia. Ikäkauden aikana nuori irrottautuu vanhemmistaan ja turvautuu enemmän ikätovereihinsa. Nuoruusiässä sopeudutaan kehon fyysisiin muutoksiin ja jäsennetään omaa seksuaalista identiteettiä: seksuaalisuus kypsyy ja oma seksuaalisuus hyväksytään. Nuoruusikä alkaa hormonitoiminnan lisääntyessä ja fyysisen kehittymisen

alkaessa, ikäkausi päättyy kun aikuisen persoonallisuuden rakenteet vahvistuvat. Ikävuosina nuoruusikä sijoittuu 12–22-ikävuoteen. (Kosunen & Ritamo 2004, 61; Ryttyläinen & Valkama 2010, 86-88; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Nuoruusikä jaetaan kolmeen vaiheeseen; varhaisnuoruus 12–14-vuotiaana, keskinuoruus eli varsinainen nuoruus 15–17-vuotiaana ja jälkinuoruus 18–22-vuotiaana. Kehityserot ovat suuria eri yksilöiden välillä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 86; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Nuoruudessa yksi päätavoite on löytää ja selkiyttää oma sukupuoli- ja seksuaali-identiteetti (Ryttyläinen & Valkama 2012, 13). Seksuaalisuus liitetään omaan kehoon ja seksuaalisuudelle löytyy eroottinen lataus. Nuoruudessa seksuaalisuus rakentuu, kehittyy ja löytää muotonsa. (Ryttyläinen & Valkama 2012, 84.) Usein nuorista seksuaalisuuteen liittyvät asiat ja kokemukset tuntuvat hämmäntäviltä (Ryttyläinen & Valkama 2010,88).

Varhaisnuoruudessa hormonitoiminta aktivoituu ja aiheuttaa muutoksia kehossa. Varhaisnuoruuteen kuuluu usein ujoutta, arkuutta ja epävarmuutta, yksityisyyden tarve kasvaa. Keskinuoruudessa muuttuneeseen kehonkuvaan sopeudutaan ja oma persoonallisuus selkiytyy. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 86-87.) *”Keskeistä on seksuaalisuuden kehittyminen, vanhemmista irrottautuminen ja ikätovereiden kanssa oleminen”* (Ryttyläinen & Valkama 2010, 87). Tässä vaiheessa nuoruutta tehdään virhearviointeja sekä koetaan halua valloittaa ja näyttää. Jälkinuoruudessa minäkuva vahvistuu ja lujittuu sekä kokonaispersoonallisuus eheytyy kaaoksen ja ristiriitaisuuksien vähentyessä. Tässä iässä seurustelu on yleistä ja nuoret haluavat hankkia seksikokemuksia. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 87-88.)

Nuoruusiässä opetellaan seurustelutaitoja, ja usein nuorilla on lyhyitä seurustelukokeiluja. Painostus ystävien tai seurustelukumppanin taholta saattavat kannustaa ajatuksiin olla seksuaalisesti kokeneempi kuin nuori itse haluaisi. (MLL 2013.) Sosioekonomiset tekijät, perherakenne, suhteet, murrosiän kypsyminen sekä useat persoonalliset ominaisuudet yhdistetään nuorten seksuaaliseen aktiivisuuteen (Mngadi ym. 2004, 16). Nuorilla seksuaalikokeilut usein etenevät tietyssä järjestyksessä; suutelu, koskettelu ja hyväily vaatteet päällä, koskettelu

ja hyväily ilman vaatteita, sukupuoliyhdyntä, suuseksi sekä myöhemmin mahdollisesti anaaliseksi (THL 2013a).

Nuorten seksuaaliterveyden mittareita on seksuaalitieto, yhdyntöjen aloitusikä, teiniraskauksien ja aborttien määrä, ehkäisyn käyttö sekä sukupuolitautien ja sukuelinten sairauksien esiintyvyys. Lisäksi mittareina toimii seksuaalisen väkivallan yleisyys, seksuaalinen tyytyväisyys sekä oireiden puuttuminen ja hyvinvointi. (THL 2013a.) Viimeisen kymmenen vuoden sisällä aikuistuvien naisten seksuaalinen käyttäytyminen on muuttunut runsaasti. Nuorilla naisilla on aikaisempaa enemmän tietoa omasta seksuaalisuudesta sekä he myös harrastavat enemmän seksiä ja hakevat tietoisesti seksiseuraa. (Heusala 2003, 218-219.)

2.3 Seksuaalikasvatus

Seksuaalikasvatuksen tarkoitus on edistää sukupuolten ja yksilöiden välistä tasa-arvoa sekä seksuaaliterveyttä. Siihen kuuluu valistus, opetus ja neuvonta. (Väestöliitto 2013d.) Seksuaalikasvatuksessa tulisi olla kokonaisvaltainen, laaja ja monipuolinen lähestymistapa. Hyvä seksuaalikasvatus lisää tietoa, taitoa, kykyä, mahdollisuuksia, vastuullisuutta ja huolenpitoa. Lisäksi se lisää ehkäisykäyttöä, vähentää seksuaalista riskikäyttäytymistä ja viivästyttää yhdyntöjen aloittamista. (THL 2013b.)

Hyvä seksuaalikasvatus antaa tietoa seksuaalisuudesta seksuaalisuuden eri näkökohdista, kertoen ihmiskehosta, lisääntymisestä, ehkäisystä ja sukupuolista kanssakäymisestä. Lisäksi se antaa tietoa neuvonta- ja terveydenhuoltopalveluista. Se myös mahdollistaa tietoon ja asioiden ymmärtämiseen perustuvien päätösten tekemisen. Se mahdollistaa puhumisen seksuaalisuudesta, tunteista ja suhteista. Lisäksi antaa mahdollisuuden ihmissuhteiden luomiselle sekä opettaa vastuullisuutta ja huolenpitoa itsestä ja kumppanista. Tavoite on opettaa kasvamaan hyväksi vanhemmaksi, edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa sekä opettaa kunnioittamaan seksuaalisuuden moninaisuutta ja seksuaalioikeuksia. (THL 2013b.)

Tehokas seksuaalikasvatus kohdistuu vähentämään riskikäyttäytymistä, perustuu teoreettisiin lähtökohtiin ja antaa selkeän tavoitteiden mukaisen viestin esimerkiksi ehkäisymenetelmien käytöstä. Se antaa perusteellista tietoa seksuaalikäyttäytymisen riskeistä ja miten riskit voidaan välttää sekä sisältää harjoituksia sosiaalisen paineen vastustamiseksi. Lisäksi se opettaa keskustelu- ja vuorovaikutustaitoja sekä ottaa nuoret aktiivisesti mukaan keskusteluun. Nuorten kehitys ja tausta on tärkeä huomioida. Tehokas seksuaalivalistus on riittävän pitkä sekä kouluttaa opettajat tai ohjaajat toteuttamaan seksuaalikasvatusta laadukkaasti. (Kosunen & Ritamo 2004, 129.)

”Seksuaaliohjauksella tarkoitetaan tavoitteellista, tilannekohtaista, kaikissa hoitotilanteissa tapahtuvaa sekä kaikille hoitotyössä toimiville kuuluvaa ammatillista vuorovaikutusta” (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142). Seksuaaliohjauksessa keskeistä on tiedon antaminen sekä asiakkaan ja potilaan seksuaalisuuden hyväksyminen. Seksuaalineuvonta lähtee asiakkaan tai potilaan tarpeista ja on aina yksilöllistä sekä tavoitteellista toimintaa, joka käsittelee seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.)

3 NUORTEN NAISTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN SWAZIMAASSA JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Swazimaa on eteläisen Afrikan pienimpiä valtioita. Vuonna 2012 siellä asui noin 1,2 miljoonaa kansalaista, joista noin puolet oli naisia. Swazimaan asukkaista HIV-positiivisia oli 26,5 %. 15–24-vuotiaista naisista 20 % oli HIV-positiivisia (samanikäisistä miehistä luku oli noin 10 %). (Unicef 2013.)

Swazimaalaisessa yhteisössä perhe on erittäin tärkeässä asemassa. Myös moniavioisuus on mahdollista. Swazimaalaisen miehen sosiaalinen status on riippuvainen vaimojen ja eritoten lasten määrästä. Mies on perheen päänä Swazimaalaisessa kulttuurissa. Mitä useampi poika on perheessä, sitä korkeampi on perheen status. Swazimaalaiselle perhe on tärkeä, koska se luo turvaa myös eläkepäiville ja vanhuuteen. (Ehlers & Ziyane 2007, 5.)

Swazimaassa HIV:tä sairastavien määrä oli vuonna 1992 vain 3,9 %. Vuonna 2004 luku oli jo 42,6 %. Huonon HIV/AIDS-tilanteen vuoksi Swazimaan hallitus on asettanut tavoitteita HIV-tilanteen parantamiseksi. Tavoitteet perustuvat terveys- ja sosiaaliministeriön (Ministry of Health and Social Welfare) politiikkaan, joka pyrkii takaamaan Swazimaan hoitopalveluiden korkeaa laatua. (Mavundla ym. 2008, 470.) Etelä-Afrikassa 15–19-vuotiaista 6,7 % naisista ja 2,5 % miehistä on HIV-positiivisia. Kun taas 20–24-vuotiaista naisista jo 21,1 % ja miehistä 5,1 % on HIV-positiivisia. (Chipps & Simpson 2012, 2.)

Swazimaalaiset nuoret ovat seksuaalisesti aktiivisia omissa sosiaalisissa ryhmissään, miehet ovat naisia aktiivisempia. Seksuaalisuus koetaan aikuismaaisena käytöksenä. Swazimaalaiset aloittavat seksuaalisen kanssakäymisen nuorella iällä, keskimäärin arviolta 16–17-vuotiaina. Swazimaassa nuoret naiset aloittavat seksuaalisen kanssakäymisen miehiä nuorempana, 11–13-vuotiaina. (Mngadi ym. 2004, 20.) Naisista 65 % käytti ehkäisyä vuonna 2012 (Unicef 2013).

3.1 Swazimaalaisen kulttuurin vaikutus seksuaalikäyttäytymiseen

Kulttuurit asettavat rajoja ja ihanteita, myös seksuaalisuuteen liittyen. Seksuaalikulttuuri määrittelee millaisia seksuaalisten aktiviteettien ja pyrkimysten tulisi olla. Seksuaalikulttuuri määrittää, mitä pidetään sopivana ja mitä haitallisena. Seksuaaliset käsitykset muuttuvat tieteellisten tutkimusten tuoman tiedon leviessä ihmisten keskuudessa. Seksuaalikulttuurin tiedot, tavat ja arvot siirtyvät eteenpäin sukupolvelta toiselle. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2012.)

Swazimaassa suuri este ehkäisyn käytölle on miesten asema perheen päänä. Useat miehet eivät halua käyttää moderneja ehkäisykeinoja. Swazimaalaiset miehet näkevät ehkäisyn valkoisen miehen keksintönä, jonka tarkoitus on säännöstellä Afrikkalaisten ihmisten määrää. Ehkäisyn myös koetaan sotivan kulttuuria ja Jumalan tahtoa vastaan. Kun miehet tarvitsevat apua perheen terveyteen liittyvissä asioissa, kuten ehkäisyssä, he kääntyvät vanhempien naisten puoleen. Swazimaalaisen naisen ei oleteta konsultoivan terveydenhuollon tarjoajia ehkäisyn tiimoilta ilman vanhemman naispuolisen perheenjäsenen läsnäoloa. Ehkäisyn käyttö on Swazimaassa kulttuurinen ristiriita. Perinteitä noudattavat yhteisöt suosivat perinteisiä raskaudenehkäisykeinoja, kuten pidättäytyvyys, keskeytetty yhdyntä, yrtit ja imetys. (Ehlers & Ziyane 2007, 6-8.)

Swazimaassa ajatellaan, että naisen tehtävä on synnyttää mahdollisimman monta lasta miehelleen. Vanhemmat miehet ajattelevat, että 18-vuoden iässä naisen tulisi hankkia lapsia. Nuoremmat miehet ajattelevat, että ideaali ikä olisi 21 vuotta. Jos nainen epäonnistuu tehtävässään, on hän häpeäksi perheelleen. (Ehlers & Ziyane 2007, 8-9.) Etelä-Afrikassa arviolta 20 % naisista on synnyttänyt 18-ikävuoteen mennessä. 20-ikävuoteen mennessä luku nousee 40 %:tiin. Teiniraskauksista kaksi kolmasosaa on suunnittelemattomia ja ei-toivottuja. (Chipps & Simpson 2012, 2.)

3.2 Uskonnon vaikutus seksuaalikäyttäytymiseen

Uskontojen perimmäiseen tarkoitukseen kuuluu suojella yksilöä ja yhteisöä, siksi uskonnot pyrkivät ohjaamaan ja säätelemään ihmisen käyttäytymistä (Brusila 2008, 9). Kaikki valtauskonnot antavat ohjeita myös seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden toteuttamiseen. Useissa uskonnoissa käsitellään runsaasti naisen seksuaalisuutta koskevia ohjeita, jotka vaikuttavat myös naisen asemaan omassa kulttuurissaan. (Korhonen & Närhi 2011, 8-9.) Swazimaassa vaikuttaa pääasiallisesti kaksi uskontokuntaa, katolilaisuus sekä protestanttiset uskonnot. Nämä uskonnot ovat yhdessä muokanneet swazimaalaisten käsityksiä seksuaalisuudesta ja seksuaalisesta käyttäytymisestä. Lisäksi Swazimaassa vaikuttaa edelleen vahvasti Afrikan etniset uskonnot.

Katolilaisessa kirkossa korostetaan oikeutta ja velvollisuutta noudattaa omatuntoa. Omatunnon tulee rakentua Jumalan sanaan pohjautuen. (Brusila 2008, 135.) Katolilaista etiikkaa ohjaa luonnollinen moraalilaki, joka määrää mikä on totuus ja mikä on oikein. Ainoastaan kirkon opetusvirka voi tulkita tätä lakia. Viimeinen kirkolliskokous käytiin 1960-luvulla, joka vaikuttaa olennaisesti katolilaisuudessa vallitseviin käsityksiin ja normeihin. Katolilaisen kirkon käsitys seksuaalisuuteen liittyvistä asioista perustuu Raamattuun ja kirkolliseen traditioon. (Korhonen & Närhi 2011, 16.)

Katolilaisen kirkon mukaan Jumala on luonut ihmisen omaksi kuvakseen. Tähän ajatteluun pohjautuu myös käsitys siitä, että seksuaalisuus on olennainen ja myönteinen osa ihmisyyttä. Kun seksuaalisella kanssakäymisellä tavoitellaan pelkästään nautintoa, ilman tarkoitusta lisääntyä tai yhtyä kumppaniin, on seksuaalisuus vääristynyttä. Katolilaisen näkemyksen mukaan jokaisen tulee elää siveydessä, vasta avioliitossa ihminen on oikeutettu seksuaaliseen kanssakäymiseen puolisonsa kanssa. Seksuaalinen kanssakäyminen avioliiton ulkopuolella rikkoo persoonien arvokkuutta ja sukupuolisuuden arvoa. (Brusila 2008, 136-139.)

Katolilaisen käsityksen mukaan seksuaaliseen kanssakäymiseen kuuluu lisääntyminen, sen vuoksi Katolilainen kirkko ei hyväksy keinotekoisia ehkäisymene-

telmiä. Katolilainen kirkko ei voi myöskään hyväksyä kondomia, vaikka se suojaakin sukupuolitaudeilta. (Brusila 2008, 138-139.) Ainoastaan sellainen sukupuoliyhdyntä, joka on avoin elämän jatkumiselle, on sallittua. Katolilaisuudessa tärkein keino sukupuolitautilien leviämisen ehkäisemiseksi on pidättäytyminen seksistä avioliittoon asti sekä uskollisuus avioliitossa. Ainoa sallittu ehkäisymenetelmä on niin sanotut varmat päivät. (Korhonen & Närhi 2011, 17–18.)

Katolilainen kirkko suhtautuu yhteiskunnan antamaan seksuaaliseen valistukseen varautuneesti. Katolilainen kirkko pelkää, että yhteiskunnan tarjoama seksuaalivalistus vaarantaa siveyden ja avioliiton seksuaalisen pyhyden. Katolilainen kirkko kannattaa seksuaalikasvatuksen tulevan vanhemmilta. (Brusila 2008, 142.)

Protestanttisissa kirkoissa säädösten perustana on Raamattu, mutta myös ihmisen omaa ajattelua pidetään arvossaan. Protestanttisille kirkoille on ominaista uudistua ajatusten ja asenteiden muuttuessa. Protestanttisissa kirkoissa seksuaalisuus nähdään Jumalan lahjana ihmiselle. Seksuaalisuuden nähdään kuuluvan ihmisarvoiseen elämään, oli sillä lisääntymistarkoitus tai ei. Avioliitto on ideaali, muttei ehdoton seksuaalisuuden toteuttamiselle. (Korhonen & Närhi 2011, 26.)

Protestanttisissa kirkoissa opetetaan ihmisiä suojelemaan ihmiselämää sikiövaiheesta alkaen, raskauden keskeytys on hyväksyttyä joissakin harvoissa tilanteissa, kuten, jos raskaus vaarantaa terveyden. Ehkäisyn käyttö taas on sallittua, myös avioliiton sisällä. Ehkäisystä huolimatta protestanttiset kirkot korostavat vastuuta kumppanista sekä mahdollisesti syntyvästä lapsesta. Protestanttisen kirkon mukaan ehkäisymenetelmien parantuminen on rohkaissut nuoria liian varhaiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen. (Korhonen & Närhi 2011, 28–29.)

Vaikka etnisten uskontojen kannattajia on verrattain vähän, silti niiden vaikutus Afrikkalaisessa kulttuurissa on edelleen erittäin suuri. Monet afrikkalaiset harjoittavat etnisiä uskontoja pääuskontojen ohella. Afrikkalaiset uskonnot liittyvät usein heimojärjestelmään, eikä uskontoa luetella omaksi elämänalueeksi. Sek-

suaalista toimintaa pidetään sallittuna ihmiselämän nautintona. Avioliittoa edeltävään seksuaaliseen kanssakäymiseen suhtaudutaan joustavasti, kuten avioliiton ulkopuolisiinkin suhteisiin. (Korhonen & Närhi 2011, 54–56.)

Swazimaassa etniset uskonnot painottavat jälkeläisten tärkeyttä. Yksi syy sille, miksi ehkäisyä ei voida hyväksyä, on se, että esi-isien uskotaan syntyvän uudelleen. Vanhemmat toimivat siltoina esi-isiin, jotka syntyvät lapsien myötä perheisiin. Mikäli nainen käyttää ehkäisyä, esi-isät eivät pääse syntymään uudelleen. Tämä saattaa uskomusten mukaan nostattaa esi-isissä vihaa, joka saattaa johtaa sairauksiin, huonoihin satoihin ja pysyvään hedelmättömyyteen. (Ehlers & Ziyane 2007, 5.)

Suuri sosiaalinen painostus seksikokemuksista ja massamedian korostama fyysinen viehättävyys ovat ristiriidassa uskonnollisen kasvatuksen sekä yhteisöllisten odotusten kanssa Swazimaassa (Mngadi ym. 2004, 16). Media ei aina tue yksilön seksuaaliterveyttä, vaan se voi muodostaa epärealistisia odotuksia. Mediaa voidaan käyttää esimerkiksi apuna seksuaalivalistuksessa. Ongelmana on se, millaisen kuvan se seksuaalisuuteen liittyvistä asioista muodostaa. (Väestöliitto 2014.)

3.3 Nuorten naisten seksuaaliterveys Swazimaassa

Swazimaassa on neljä erilaista pääsyytä sille, miksi kondomia ei käytetä. Ehkäisy on pysynyt vieraana konseptina, ja sillä koetaan olevan tiedostamattomia sivuvaikutuksia. Lisäksi miehille ei ole kunnollista paikkaa, jossa he voisivat keskustella ehkäisystä. Moni sairaanhoitaja on asiakkaita nuorempi, ja kulttuurissa ei pidetä sopivana, että nuorempi nainen keskusteleeh ehkäisystä vanhemman miehen kanssa. Lisäksi miehet suosivat perinteisiä ehkäisymenetelmiä. (Ehlers & Ziyane 2007, 6.)

Nuorilla kondomin käyttöön vaikuttaa se, ettei ole riittävästi kokemusta kondomin käytöstä. Moni aikuistuva swazimaalainen nuori kertoo, että kondomin käyttäminen on epämiellyttävää, teennäistä ja estää suoran kontaktin yhdynnässä. Luottamus vaikuttaa negatiivisesti kondomin käyttöön. (Mngadi ym. 2004, 16-)

21.) *"One cannot suck a candy in its wrapping paper and I cannot eat a banana in its skin, I trust my partner"* (Mngadi ym. 2004, 18-19). Swazimaalaiset naiset välttelevät miehiä, jotka käyttävät kondomia, koska tällaisia miehiä ei pidetä seksuaalisesti sitoutuneita naiseen (Ehlers & Ziyane 2007, 8).

Eräässä Swazimaalaisessa tutkimuksessa romanttisen suhteen syyksi paljastui usein rahallinen ja materialistinen hyöty (Mngadi ym. 2004, 20). *"Our peers just enjoy having a secret lover who they call a sugar daddy"* (Mngadi ym. 2004, 20). "Sugar daddy" tarkoittaa poikaystävää, joka antaa rahallista ja materiaalista turvaa. Joillakin saattaa olla useampi kumppani juuri taloudellisista syistä. (Mngadi ym. 2004, 20–21.)

Taloudelliset syyt vaikuttavat swazimaalaisten nuorten naisten seksin harrastamisen määrään, lisäämällä sitä. Heillä ei myöskään välttämättä ole valtaa päättää kondomin käytöstä suhteessa, jossa he ovat taloudellisista syistä. Osa swazimaalaisista nuorista naisista kertoo hankkineensa poikaystävän vain siksi, että heidän ystävänsä ovat jo olleet seksuaalisessa kanssakäymisessä pojan kanssa. Seksiä usean kumppanin kanssa ei pidetä yleisenä. Seksi usean kumppanin kanssa on kuitenkin yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa. (Mngadi ym. 2004, 20-21.)

Naisilla on vähän sananvaltaa miten, milloin ja millä ehdoilla seksiä harrastetaan. Naimisissa olevat naiset eivät aina voi pyytää miestä käyttämään kondomia. Eräässä tutkimuksessa todettiin, että kaikki naiset eivät edes halua käyttää kondomia. (Casale ym. 2011, 213-216.) *"... sometimes you ask them (girls) to use the condom then the girls refuse. They say, "Oooh, that's old fashioned to use a condom during sex. You just must leave it. You can't eat sweets in the paper"* (Casale ym. 2011, 216). *"... if you use a condom then the girls say "Everybody has got it, so what's the use of using the condom?" so the guys end up not using condoms"* (Casale ym. 2011, 217).

Monet asiat eteläisessä Afrikassa asettavat nuoret naiset seksuaalisille riskeille, kuten trendi aloittaa parisuhde vanhemman miehen kanssa, joka on todennäköisemmin HIV positiivinen. Lisäksi nuoret naiset pitävät useita kumppaneita

yhtäaikaisesti ja ovat useassa parisuhteessa samaan aikaan. Kuitenkaan nuoret naiset eivät käytä riittävästi kondomia, eikä heillä ole riittävä taitoa harjoittaa turvallista seksielämää. (Karim & MacQueen 2007, 80.)

Etelä-Afrikan nuorista hälyttävä luku käyttäytyy seksuaalisesti riskialttiisti. 38 % lukiolaisista on seksuaalisesti aktiivisia, heistä 13 % on aloittanut seksuaalisen kanssakäymisen 14-vuotiaana tai aikaisemmin. 16 % seksuaalisesti aktiivisista nuorista harrastaa seksiä alkoholin käytön yhteydessä, 14 % huumeiden käytön yhteydessä. Vain 31 % käyttää kondomia. Jopa 19 % nuorista tulee raskaaksi tai saattaa jonkun raskaaksi. Kuitenkin 65 % nuorista on saanut valistusta HIV:stä. (Chipps & Simpson 2012, 1.)

Kumppanin luotettavuuden korostaminen on seksuaaliterveyden, infektioiden ehkäisyn ja ei-toivottujen raskauksien kannalta tärkeässä asemassa Swazimaassa. Sairaanhoitajien tulisi käyttää kaikki tilaisuudet hyväksi ohjaamisessa ja neuvonnassa. Nuorten opettavaisista ryhmätilaisuuksista näyttäisi tutkimusten mukaan olevan hyötyä seksuaalikasvatuksen kannalta. (Mngadi ym. 2004, 21-22.)

Seksuaalivalistuksen näkökulmasta HIV-neuvonta ja –testaus on tärkeä HIV:n ehkäisyn ja hoidon kannalta. HCT-palvelut (HIV Counseling and Testing) on luotu tarjoamaan Swazimaan kansalaisille tällaisia palveluita. HCT-palvelut tulee olla jokaisen ulottuvilla ja pääsyn palveluiden pariin pitäisi olla esteetön. (Matseke ym. 2009.) Huonon HIV tilanteen vuoksi Swazimaahan on perustettu vapaaehtoinen HIV- neuvonta ja -testaus palvelu, Voluntary Counselling and Testing . Palvelu tarjoaa neuvontaa, joka auttaa asiakasta tekemään tietoisien päätöksen HIV-testauksesta. Lisäksi se pyrkii ehkäisemään käyttäytymistä, johon saattaa kuulua riskejä. Palvelun tarkoitus on auttaa asiakkaita tekemään päätöksiä, jotka estävät HIV:tä leviämästä. Palvelu myös tarjoaa lääkkeitä HIV:n leviämisen ehkäisemiseksi ja HIV:n hoitoon. (Mavundla ym. 2008, 470-471.)

3.4 Uskomusten ja asenteiden vaikutus ehkäisyn käyttöön eteläisessä Afrikassa

Ehkäisyä voi olla raskauden ehkäisy, seksitautien ehkäisy sekä pahan mielen ja katumuksen ehkäisy (Väestöliitto 2013a). Ainoat keinot ehkäistä seksitautien tarttuminen ovat riskitilanteiden välttäminen ja kondomin käyttäminen yhdynnöissä (Väestöliitto 2013b). Oikein käytettynä kondomi ehkäisee sekä sukupuolitaudeilta että ei-toivotuilta raskauksilta. Ehkäisymenetelmän tulee olla riittävän luotettava. Keskeytettyä yhdyntää, varmoja päiviä ja jälkiehkäisyä ei lasketa ehkäisyksi. (Väestöliitto 2013a.) Ehkäisyn valintaan vaikuttavia tekijöitä on: ikä, paino, tupakointi, terveydentila ja säännöllinen lääkitys (Tiitinen 2013). Mitä positiivisempi kuva nuorilla on ehkäisystä, sitä todennäköisemmin he ehkäisyä käyttävät (Kooverjee & Patel 2009, 552).

Moni swazimaalainen aikuistuva nuori on tietoinen kondomin hyödyistä. Kondomi kuitenkin symbolisoi pahetta yhteiskunnassa enemmän kuin terveysvaikutuksia. Moni nuori uskoo, että kondomit on tarkoitettu prostituoiduille sekä niille, jotka harrastavat syrjähyppyjä. Se että ehdottaa kondomin käyttämistä kumppanilleen kuvastaa luottamuksen puuttumista ja antaa syyn epäillä, että kumppanilla on sukupuolitauti. (Mngadi ym. 2004, 20.) *”People who like to use condoms are sick, they are trying to avoid disclosing their illness ”* (Mngadi ym. 2004, 20).

Erään Etelä-Afrikassa toteutetun tutkimuksen mukaan osa nuorisosta kokee kondomin käytön hyödyttömänä, sillä HIV on niin laajalle levinnyttä. Nuorten keskuudessa on levinnyt myös käsitys, että kondomit ovat valkoihoisten hyökäys mustia kohtaan. Uskotaan, että valkoihoiset ovat tahallaan tehneet reikiä mustien käyttämiin kondomeihin, jotta ne eivät suojaa mustia HIV-tartunnoilta. Nuorten keskuudessa liikkuvat oudot uskomukset, vaikuttavat alentavasti kondomin käyttöön, vaikka kondomit ovat halpoja ja helposti saatavilla. (Casale ym. 2011, 217-218.)

4 HIV

HI-virus on lentivirusryhmään kuuluva virus, joka tuhoaa elimistön puolustusjärjestelmää, kyseessä on siis vakava immuunikatoa aiheuttava virus. Yleisemmin käytetään lyhennettä HIV, joka tulee englannin kielen sanoista human immunodeficiency virus eli ihmisen immuunikatovirus. HI -viruksen aiheuttama immuunikadon myöhäisintä vaihetta kutsutaan nimellä AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). HI-virus on uusi virus josta ensimmäiset havainnot on tehty vasta 1980 -luvulla. Maailmassa on noin 42 miljoonaa HIV-tartunnan saanutta, joista noin 30 miljoonaa asuu Saharan Eteläpuoleisessa Afrikassa. (Terveyskirjasto 2007.)

4.1 HIV:n leviäminen ja tartuntatavat

HIV leviää äidistä lapseen, sukupuoli- ja veriteitse. Terveen ihon läpi virus ei pääse siirtymään ihmisestä toiseen, joten tartuntavaaraa ei ole normaaleissa sosiaalisissa kontakteissa. Yleisimmin tartunta leviää suojaamattomassa yhdynnässä ja varmimmin peräsuolen kautta, jonka limakalvo rikkoutuu helpommin, kuin emättimen. HI-virusta esiintyy kantajalla peräsuolen ja emättimen seinämässä ja leviää sieltä siittimen kautta eteenpäin. Tämän vuoksi myös seksivälineet on oltava henkilökohtaisia. Myös sukupuolielinten tulehdukset lisäävät viruksen leviämistä. Suuseksin yhteydessä tartunta on myös mahdollinen ja suurempi riski tartunnan saannin kannalta on sillä, joka on saanut siemennestettä suuhunsa. Näin ollen kondomin käyttö on ratkaisevassa asemassa HIV:n ehkäisyssä. (Terveyskirjasto 2007.)

Veriteitse leviäminen on yleisintä huumeiden käyttäjien parissa ja yhteinen huumeneulojen käyttö on yleisin syy siihen. Myös terveydenhuoltoalalla tapahtuneet pistostapaturmat lisäävät riskiä saada HIV tartunta. Siksi on oltava erityisen varovainen käsiteltäessä neuloja ja muita teräviä välineitä, joita on käytetty virusta kantavan potilaan hoidossa. Ihon kunnosta on myös pidettävä huoli, ni-

mittäin rikkoutunut iho ei estä tartunnan leviämistä. Ehjä iho suojaa tartunnalta hyvin, mutta on hyvä lisätä suojaa hanskoja käyttämällä. (Terveyskirjasto 2007.)

4.2 Oireet ja hoito

Noin joka toinen HIV tartunnan saanut sairastuu aluksi (n.1-2 viikon kuluttua tartunnasta) äkilliseen kuumetautiin, joka muistuttaa mononukleoosia. Elimistö ei ole vielä tässä vaiheessa muodostanut HI-viruksen vasta-ainetta. Elimistö reagoi voimakkaasti HI-virukseen ja alkaa muodostaa vasta-aineita, jotka ovat mitattavissa noin kahden kuukauden kuluttua verestä. Tästä syystä tartunnan saanut on ensioireiden jälkeen oireeton useita vuosia. Ajan myötä T-auttajasolujen määrä elimistössä laskee ja elimistön puolustuskyky heikkenee. Iho-oireet ovat yleisiä HIV – tartunnan saaneella. Yleisimpiä näistä ovat vyöruusu (Herpes zoster), erilaiset syylät ja hiivasienitulehdukset. HIV – potilailla tulehduksen sijainti voi olla normaalista poikkeava. Myös ennestään olevat tulehdukset saattavat puhjeta uudelleen ja niitä on vaikeampi hoitaa HI-viruksen takia. HI-viruksen aiheuttama immuunikadon myöhäisintä vaihetta kutsutaan AIDS:ksi. AIDS – lyhenne tulee sanoista Acquired Immune Deficiency Syndrome eli hankittu immuunipuutosoireyhtymä. Hankitulla tarkoitetaan, ettei tauti ole perinnöllinen. (Terveyskirjasto 2007.)

HI-virusta ei voida kokonaan elimistöstä poistaa ja näin ollen siitä ei voi koskaan täysin parantua. Kuitenkin nykyisin käytettävällä ART – lääkityksellä (antiretroviral treatment) taudin etenemistä voidaan hidastaa. ART – lääkitys aloitetaan kun CD4+ lymfosyyttien (T-solun alaluokkaan kuuluva) määrä on alle 350 solua/kuutio millimetrissä. Aloitettu lääkitys on elinikäinen. (WHO 2012b.)

Raskaana olevilla naisilla, joilla CD4 -arvo on alle 350, aloitetaan kolminkertainen ART -lääkitys. Lisäksi näille naisille aloitetaan AZT profylaksia (atsidotymiidiini), jota jatketaan viikko synnytyksen jälkeen. Heti lapsen synnyttyä annetaan lapselle suun kautta otettava (nevirapiini) lääke ja samaa lääkitystä jatketaan päivittäin seuraavan kuuden viikon ajan. Naiset, joilla CD4 -arvo on yli 350,

saavat ART profylaksian ennen synnytystä ja lääkitys lopetetaan yhden viikon kuluttua rintaruokinnan lopetuksesta. (The Lancet 2013.)

4.3 Sairaanhoidajan rooli HIV -positiivisen potilaan hoidossa

Potilaan saatua tietää HIV-positiivisuudestaan, sairaanhoidajan rooli korostuu entisestään. Ensimmäiset hetket ovat useasti potilaalle sekavia elämää järkyttävän uutisen vuoksi. Tällöin hoitajan on oltava myötätuntoinen, empaattinen ja hoitajan on rohkaistava potilasta jatkamaan eteenpäin. Tuloksesta toivuttuaan potilas saattaa reagoida aggressiivisesti hoitajaa kohtaan, itkeä, huutaa tai olla reagoimatta lainkaan tilanteeseen. Sairaanhoidajan rooli on haastava tällaisissa tilanteissa ja tilannetajua on löydyttävä, jotta välttyttäisiin turhilta väärinkäsityksiltä. Samanaikaisesti potilaalle on annettava tilaa ja aikaa sulatella asiaa, kuin myös tukea ja lohduttaa häntä. Sairaanhoidajan on osattava myös tulkita potilaan sanatonta viestintää. Se voi kertoa paljon ja muuttaa potilaan kertomisen merkitystä. On kenties jotain mitä potilas haluaa kertoa, mutta ei kykene tai halua sitä ääneen sanoa. Silloin hoitaja voi johdatella potilasta ja kenties saada hänet näin helpommin puhumaan. (HIV tukikeskus 2012.)

Potilas voi tuntea itsensä turvattomaksi ja siksi keskustelutilanteessa pyritään oikeanlaisen tunnelman luomiseen. Sairaanhoidajan on tärkeää saada potilas tuntemaan olonsa kaikesta huolimatta turvatuksi. Potilaan pitää myös saada olla täysivaltaisesti mukana päätöksiensä teossa ja potilaan päätöksiä pitää kunnioittaa. On huomioitava, potilaan tausta, elinympäristö ja asenteet. Ne voivat olla eriävät hoitajan mielipiteiden kanssa, mutta on silti muistettava kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Tällainen tilanne saattaa tuottaa sairaanhoidajassa turhautumisen tunteita, mutta kuitenkin ne eivät ole potilaalle näytettäviä tunteita ja siksi sellaiset tunteet on pyrittävä pitämään salassa. (HIV tukikeskus 2012.)

Potilaan erilaisuus vaikuttaa myös sairaanhoidajan asenteisiin ja hoitotapaan. Ihon väri, vamma, erilainen pukeutumistyyli ovat kaikki siihen vaikuttavia tekijöitä. Hoitajalla saattaa myös olla huonoja kokemuksia aikaisemmasta hoitosuh-

teesta, mutta silti on pyrittävä olla yleistämättä ja hakematta syyllistä tilanteeseen. Jokaiselle potilaalle on annettava mahdollisuus. (HIV tukikeskus 2012.)

Helpottamaan henkisesti raskasta työtä, sairaanhoitajan on hyvä saada myös käsitellä näitä asioita itse. On tärkeää, että myös hoitaja saa tukea ja ymmärrystä vaikeissa ja haastavissa tilanteissa. Apu voi olla työkaverit, työnohjaus tai vaikkapa psykologi, jonka kanssa omia tuntemuksiaan voi rauhassa käydä läpi. Tällainen toiminta helpottaa sairaanhoitajan työtä ja auttaa jaksamaan pidempään. (Sairaanhoitajaliitto 2005.)

Sairaanhoitajien tarkoituksena ei pelkästään ole tukea ja auttaa jo tartunnan saaneita potilaita. Myös ennaltaehkäisy on tärkeä osa hoitotyötä eteläisessä Afrikassa. Hoitajat antavat tietoa ja neuvoa klinikoilla ja sairaaloissa ja voivat toimia myös erilaisten järjestöjen mukana. Tietoa jakavat myös muuhun ammattiryhmään kuuluvia asiantuntijoita muun muassa opettajat kouluissa, lääkärit, hyväntekeväisyystyöntekijät ja monet muut. HIV ennaltaehkäisytyö koostuu monesta eri osa-alueesta ja siihen voivat vaikuttaa kaikki, iästä, sukupuolesta, ammatista tai ihon väristä huolimatta.

4.4 Erilaisten järjestöjen tehtävät

Swazimaan HIV- ja AIDS- tilanne puhututtaa ihmisiä ja järjestöjä ympäri maailmaa. Kuitenkin asiaan on voimakkaasti puututtu, erityisesti eri järjestöjen taholta. Swazimaassa toimii tällä hetkellä monta erilaista järjestöä, jotka eri ohjelmien avulla pyrkivät saamaan HIV- tilanteen kuriin. Ohjelmilla on erilaiset toimintatavat, mutta päämäärä on sama. Esimerkiksi WHO aloitti vuonna 2003 Mother-to-child transmission of HIV -ohjelman, jossa lääkityksen avulla pyritään estämään HIV- tartunta äidiltä lapselle. Ohjelma kestää viisi vuotta ja sen päätarkoituksena on estää kokonaan HIV: tartunta äidistä lapseen. Tämän hetkisen lääkityksen avulla on tässä onnistuttu hyvin ja jo 96 % HIV- positiivisten äitien lapsista syntyy HIV- negatiivisena. Toisaalta halutaan myös puuttua nuorten HIV - tietämykseen ennen HIV -tartunnan saantia. Siksi Unicef on aloittanut ohjelman vuonna 2011, jossa nuorille annetaan ala- ja yläasteella seksuaalivalistusta.

Tämän avulla pyritään ennaltaehkäisemään teini-iän raskauksia ja HIV-tartuntoja. Nuorille halutaan tehdä myös selväksi seksuaalisuuden merkitys ja se, että jokainen on oikeutettu vaikuttamaan omaan seksuaalisuuteensa. (IPPF 2013; WHO 2013b; UNICEF 2011.)

WHO (World health organization) on suuri järjestö, joka vaikuttaa ohjelmillaan voimakkaasti myös Swazimaan terveyskehitykseen. WHO:lla on kymmeniä erilaisia ohjelmia ympäri maailmaa. Merkittävin Swazimaassa niistä on HIV- ja AIDS –ehkäisy ohjelma. Merkittäviä tuloksia on saatu PMTCT –ohjelman (Mother-to-child-transmission) avulla, jolla pyritään estämään HIV –tartunta äidistä lapseen. (WHO 2013.)

Amerikkalainen järjestö Usaid (United States Agency for International Development) on keskittynyt kolmeen erilaiseen osa-alueeseen HIV ja AIDS tilanteen parantamiseksi kymmenessä eri Afrikan valtiossa. PREPFAR:in (Presidents Emergency Plan for AIDS Relief) rahoituksella USAID/SA toimii tiimeittäin eri valtioissa viiden eri osa-alueen parissa, jotka ovat seuraavat: terveysalan palvelujen laadun kehitys, paikallisten ehkäisykeinojen vahvistus (erityisesti siirtolaisten ja heikossa asemassa olevien lasten), palvelujen saattaminen kaikkien ulottuville, tiedon jaon kehittäminen ja tiedon saatavuus kaikille alueille. (USAID 2012.)

IPPF (International planned parenthood federation) toimii monialaisena järjestönä eteläisessä Afrikassa ja myös Swazimaassa. Sen toiminta sisältää mm. seuraavanlaisia osa-alueita: ehkäisy, naisten terveys, seksuaalioikeudet, abortti, ihmisoikeudet ja HIV ja sen kanssa eläminen. (IPPF 2013.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää asiantuntijahaastatteluiden avulla mitä tiedonsaantimahdollisuuksia nuorille naisille Swazimaassa tarjotaan. Lisäksi myös mihin nuoret naiset saatua tietoaan käyttävät sekä miten siihen vaikuttavat uskonto ja kulttuuri asiantuntijoiden kuvaamina. Tavoitteena oli löytää sellaisia asioita, jotka tarvitsevat muutosta naisten seksuaalikäyttäytymisen ja HIV-tilanteen parantamiseksi. Tutkimustulosten avulla on mahdollista löytää uusia ideoita, joilla voidaan vaikuttaa nuorten asenteisiin ja uskomuksiin esimerkiksi seksuaalivalistuksen yhteydessä.

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia tiedonsaantimahdollisuuksia swazimaalaisilla nuorilla naisilla on tarjolla seksuaalisuuteen liittyvistä asioista asiantuntijoiden kuvaamana?
2. Miten swazimaalaiset nuoret naiset käyttävät HIV -tietämystään asiantuntijoiden kuvaamana?
3. Miten uskonto ja kulttuuri heijastuvat swazimaalaisten nuorten naisten seksuaaliasenteissa asiantuntijoiden kuvaamana?
4. Millaisia asenteita ja uskomuksia swazimaalaisilla nuorilla naisilla on seksuaalisuuteen liittyen asiantuntijoiden kuvaamana?

6 TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Teemahaastattelu

Tämä opinnäytetyön aineiston keruu toteutettiin teemahaastattelujen avulla. Se noudattaa kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen periaatteita. Laadullisella tutkimuksella saadaan pehmeitä, rikkaita, syvällisiä ja ilmiötä aidosti kuvaavia tuloksia (Janhonen & Nikkonen 2001,8). Laadullisen tutkimuksen päämäärä on saada monipuolinen kuvaus tutkittavana olevasta aiheesta. Ennen aineiston keruuta hankitaan aiheesta teoriatietoa. (Burns & Grove 2011, 73; Aira & Seppä 2010, 805-807.)

Teemahaastattelu etenee ennalta valittujen teemojen pohjalta. Teemojen ympärille on kerätty tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelu nostaa haastateltavien omat kokemukset esille. Teemahaastattelun idea on löytää ratkaisuja vallitseviin tutkimusongelmiin. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 75.) Laadullisten haastattelujen kysymykset pidetään avoimina, eikä niihin odoteta mitään tiettyä vastausta (Burns & Grove 2011, 85).

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus auttaa selvittämään asenteita, uskomuksia ja käyttäytymisen syitä. Sen avulla selvitetään ilmiöitä, ja siihen vaikuttavia tekijöitä. (Aira & Seppä 2010, 805.) Kyseessä on systemaattinen tutkimus, jolla on subjektiivinen lähestymistapa. Tarkoitus on kuvailla kokemuksia ja antaa niille merkitys. (Burns & Grove 2011, 73.) Haastattelulla saadaan monitahoisia vastauksia. Haastattelemalla kyetään selventämään ja syventämään vastauksia, esitetyt lisäkysymykset mahdollistavat lisätiedon saamisen. Haastattelu antaa kuvaavia esimerkkejä tutkimukseen. (Hirsijärvi & Hurme 2011, 35–36.)

Haastattelun etuna pidetään joustavuutta; kysymys voidaan toistaa, väärinkäsityksiä pystytään oikaisemaan, ilmauksia kyetään selventämään ja haastattelu mahdollistaa keskustelun tiedonantajan kanssa. Haastattelu mahdollistaa henkilöiden valitsemisen, joilla on kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 73-74.)

6.2 Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko pohjautuu tutkimusongelmiin ja teoreettiseen viitekehukseen. Teoreettinen viitekehys muodostui pikkuhiljaa opinnäytetyön tekemisen aikana. Tästä muodostui kolme teemaa, joiden pohjalta on luotu kysymyksiä. Näillä kysymyksillä pyrittiin saamaan vastauksia tutkimusongelmiin. Teemojen sisälle on luotu varsinaiset haastattelukysymykset haastatteluja varten. Haastattelujen kysymykset ovat tässä työssä liitteenä (liite 3).

Teemojen kautta on pyritty selvittämään swazimaalaisten nuorten naisten seksuaali- ja HIV-tietämystä. Sekä miten swazimaalainen kulttuuri ja uskonto heijastuvat nuorten naisten seksuaaliasenteisiin ja –käyttäytymiseen. Lisäksi millaisia seksuaalisuuteen liittyviä asenteita ja uskomuksia nuorten naisten keskuudessa liikkuu.



Kuvio 1. Teemahaastattelurunko

6.3 Kohderyhmä ja tutkimusaineiston keruu

Haastattelut toteutettiin Swazimaassa, jossa haastateltavina oli HIV ennaltaehkäisyssä parissa työskenteleviä asiantuntijoita. Haastattelu tehtiin viidelle HIV:n parissa työskentelevälle asiantuntijalle, joista neljä oli sairaanhoitajia ja yksi nuoriso-ohjaaja. Kaikki asiantuntijat ovat työskennelleet nuorten naisten ja HIV:n parissa yli viisi vuotta. Heistä kolme oli naisia ja kaksi oli miehiä. Ikähaarukka haastateltavien kesken oli 30 - 45 vuotta. Asiantuntijoita haettiin pääasiallisesti klinikoilta. Kaksi sairaanhoitajista työskenteli kirkon alaisessa organisaatiossa, kaksi kansallisessa organisaatiossa ja nuoriso-ohjaaja hallituksen alaisena. Haastattelut tehtiin englanniksi ja haastattelut nauhoitettiin.

Haastattelutilanteet poikkesivat toisistaan. Esimerkiksi kansallisessa organisaatiossa haastateltavat sairaanhoitajat haastateltiin yhtä aikaa, kun taas muut sairaanhoitajat ja nuoriso-ohjaaja haastateltiin yksitellen. Yhtä aikainen haastattelu tuotti hyvää vuorovaikutusta haastateltavien kesken ja keskustelua syntyi enemmän. Haastateltavat pystyivät täydentämään toistensa vastauksia. Suurin riski oli, että sairaanhoitajat ottaisivat liikaa vaikutteita toistensa vastauksista, eivätkä toisi tarpeeksi rohkeasti omia mielipiteitä esille.

Kirkon alla toimivat sairaanhoitajat tuntuivat pelkäävän vastaamista erityisesti uskontoon liittyviin kysymyksiin. Oli vaikeaa saada suoria vastauksia näihin kysymyksiin ja osaan kysymyksiin ei saanut vastausta.

6.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Haastatteluista saadulle aineistolle tehtiin sisällönanalyysi. Haastattelut kirjoitettiin sanatarkasti paperille ja analysoiminen tapahtui tulkitsemalla kirjoitettua tekstiä. Sisällönanalyysiä käytetään yleisesti laadullisen aineiston analysoimiseen (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91).

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa päätetään mistä ollaan kiinnostuneita ja saadusta aineistosta poimitaan keskeiset asiat. Kerätty aineisto luokitel-

laan. Luokittelun jälkeen eritellään valittuihin teemoihin vastaava aineisto. Lopuksi tehdään yhteenveto saaduista tuloksista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91-93.) Tällainen analyysitapa on induktiivinen; aineistoon tutustutaan perusteellisesti haastattelukysymysten pohjalta luotujen teemojen kautta. Analysoinnissa pyritään ymmärtämään teemoista nousseita ilmiöitä, ja näihin ilmiöihin yritetään löytää vastauksia ja selityksiä. (Aira 2005,1075-1076)

Laadullisen aineiston analyysissä tärkeää on aluksi pelkistää kerätty aineisto. Pelkistämisen jälkeen ryhmitellään saatu aineisto ja luodaan teoreettisia käsitteitä. Tärkeää on aloittaa haastattelujen kuuntelemisesta ja ”aukikirjoittamisesta”. Tämä mahdollistaa perehtymisen sisältöön, jolloin voidaan etsiä pelkistetyt, olennaiset ilmaisut, ja kerätä ne yhteen. Yhteen kerätyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia sekä muodostetaan luokkia. Tämän jälkeen on mahdollista muodostaa johtopäätöksiä ja käsitteitä. On tärkeää, että aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta vain olennainen tieto. Saaduista käsitteistä muodostetaan vastaus asetettuihin tutkimusongelmiin. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 108-112.)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin äänittämällä haastattelut nauhoille. Äänitteistä litteroitiin saatu aineisto paperille, ja se käännettiin suomen kielelle. Tästä tehtiin sisällön analyysi. Kerätty aineisto luokiteltiin teemojen mukaan paperille, ja teemoihin sopimaton materiaali kerättiin erilliseen osioon. Teemoihin sopimaton materiaali käytiin myöhemmin läpi, ja osa siitä sisällytettiin soveltavasti analyysivaiheessa työhön. Luokittelun pohjalta analysoitiin vastauksia, kirjoitettiin tulokset sekä esitettiin johtopäätökset ja kehittämissuhteet.

Sisällönanalyysi mahdollistaa aineiston systemaattisen ja objektiivisen käsittelyn. Sisällönanalyysi pyrkii saamaan tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin tarkoitus on kuvata aineiston sisältö sanallisessa muodossa; aineiston järjestäminen selkeään, tiiviiseen muotoon, kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota. Hajanaisesta aineistosta on kyettävä saamaan yhtenäinen ja selkeä kuvaus informaatiosta. Analyysi tuo aineistoon selkeyttä, jolloin voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 103-108.)

7 TULOKSET

7.1 Swazimaalaisten nuorten naisten seksuaali- ja HIV-tietämys

7.1.1 Tiedon jako

Kysyttäessä missä tietoa jaetaan, kansallisen organisaation sairaanhoitajat vastasivat, että nykypäivänä Swazimaassa tietoa tarjotaan eripuolilla maata, erityisesti kaupungeissa. Swazimaassa on neljä maakuntaa, jonka mukaan osa organisaatioista on työalueensa jakanut. Tällä hetkellä ”Sexual Productive Unit” vastaa osaksi sairaanhoitajien koulutuksesta, ohjaamalla sairaanhoitajia parempaan tiedonlevitykseen sekä ohjaamalla sairaanhoitajia ottamaan oikeanlaisen lähestymistavan nuoriin. Tavoitteena on, että nuoret pitäisivät sairaanhoitajia niin sanottuina ”tukihenkilöinä”, joille olisi helppo puhua. Kirkon alla toimivat sairaanhoitajat vastasivat, että tietoa tarjotaan erilaisilla klinikoilla ympäri maata.

Millaista seksuaalineuvontaa nuorille tarjotaan, kaikki haastateltavat kertoivat, että seksuaalivalistukseen sisältyy anatomia, fysiologiset muutokset, yleisimmät seksitaudit sekä ehkäisyvälineet ja niiden käyttötarkoitukset. Sairaanhoitajat opastavat nuoria pitämään itsestään huolta, niin fyysisesti, kuin henkisesti. Lisäksi sairaanhoitajat kertoivat antavansa perheneuvontaa nuorille, jotta he voisivat välttää ei-toivottuja raskauksia. Aikaisemmin perheneuvonta oli sallittua vain raskaana oleville naisille. Seksuaalivalistusta annetaan erityisesti kouluissa toimivien yksiköiden kautta. Kirkon alla työskentelevät sairaanhoitajat kuitenkin kokivat, että kouluterveydenhuollon kanssa on ongelmia.

Kansallisen organisaation sairaanhoitajat kertoivat, että HIV testeihin pääseminen on helppoa ja kaikki HIV – palvelut sekä ehkäisyvälineet ovat ilmaisia joka puolella maata sekä selkeästi esillä. Lisäksi tehdään kotikäyntejä asiakkaiden luokse ja erilaisten tapahtumien yhteydessä palveluita tarjotaan myös suuremmille ryhmille esimerkiksi yrityksille.

Tällä hetkellä Swazimaassa toimii ohjelma, jonka tarkoituksena on saada nuoret säilyttämään neitsyytensä pidempään. Ohjelma on sidoksissa Swzilaiseen kulttuuritapahtumaan Reed Dance:en, jossa kuningas valitsee itselleen kerran vuodessa uuden vaimon neitsyiden joukosta. Lisäksi ohjelman tarkoituksena on antaa nuorille seksuaalivalistusta ja HIV – neuvontaa, kertovat kansallisen organisaation sairaanhoitajat.

7.1.2 Nuorten naisten hakeutuminen tiedon pariin

Sairaanhoitajien kertoivat, että kahdessa suurimmassa kaupungissa toimii FLAS – klinikka (Family Life Association), joka toimii nuorisokeskuksen tavoin. Klinikka järjestää nuorisotapaamisia vertaisryhmissä, joissa nuoret saavat tietoa esimerkiksi fysiologisista kehon muutoksista naiseksi kasvamisen yhteydessä. Kaikki haastateltavat kertoivat nuorten hakevan käytännössä tietoa klinikoilta, Internetistä, ystäviltä sekä kouluista. Internetin koettiin olevan hallitsevin tiedonlähde nuorten naisten keskuudessa. Kansallisen organisaation sairaanhoitajat mainitsivat, että ennen Internetiä, seksivalistus on ollut hankalaa kielimuurin vuoksi. SiSwatin kielessä ei ole sanoja esimerkiksi sukupuolielimille, vasta englannin kielen yleistymisen myötä tähän ongelma on helpottunut.

Kirkon alla toimivat sairaanhoitajat kokivat, että nuoret hakeutuvat huonosti palveluiden piiriin pelkän HIV –tiedon saannin vuoksi. Klinikkoille yleisin hakeutumisen syy on muut terveydelliset ongelmat, mutta HIV –testausta tarjotaan joka tapauksessa kaikille potilaille.

7.1.3 Swazimaalaisten nuorten naisten tietämyksen taso

Vaikka tietoa on paljon tarjolla, sairaanhoitajat kokivat, että tieto ei kulje perille asti. Tietoa ei osata hyödyntää oikealla tavalla tai sitä ei alun alkaenkaan ole ymmärretty. Nuoriso-ohjaaja koki, että tiedonjakotapaa voisi muuttaa nuorille mielekkäämmäksi, jotta oppiminen olisi helpompaa. Hän mainitsi, että olisi hyvä

ottaa mallia esimerkiksi hauskoista mainoksista, jotka hauskuuden vuoksi jää nuorten mieliin paremmin. Tätä keinoa voisi hyödyntää tiedonjaossa.

Kaikki sairaanhoitajat, sekä nuoriso-ohjaaja sijoittivat asteikolla yhdestä kymmeneen nuorten naisten HIV -tietämyksen kahdeksaan. Yksi tarkoittaa, etteivät naiset tiedä mitään, ja kymmenen, että naiset tietävät kaiken. He perustelivat arvionsa sillä, että tietoa on saatavilla joka puolella; radiossa, televisiossa, Internetissä sekä mainostauluissa. Lisäksi tietämyksen tasoon vaikuttaa nuorten päivittäiset kokemukset HIV:n aiheuttamista ongelmista. Eri organisaatiot järjestävät erilaisia tapahtumia HIV – tiedon levittämisen avuksi. Suurin vaikuttava tekijä on kouluterveydenhuollon, sekä seksuaalivalistuksen puute. Tarjolla on runsaasti tietoa, mutta on vaikeaa määrittellä kuinka tietoa hyödynnetään käytännössä. Tästä esimerkkinä: uusia HIV – positiivisia ilmaantuu HIV – rekisteriin jatkuvasti. Myös ongelmaksi koetaan kulttuurilliset asenteet, jolloin nainen ei aina voi hyödyntää saamaansa tietoa, esimerkiksi kondomin käytöstä, miehen päätäntävällän takia. Tietoa tarjotaan kaikille tasapuolisesti; sukupuoleen, säätyyn, varallisuuteen tai sairauteen katsomatta. Kuitenkin HIV – positiivisten asemaa korostetaan, sillä he ovat avainasemassa ehkäistäkseen HIV leviämisen.

7.2 Swazimaalaisen kulttuurin ja uskonnon heijastuminen nuorten naisten seksuaaliasenteisiin ja – käyttäytymiseen

7.2.1 Kulttuuri ja uskonto ohjaavat seksuaalikäyttäytymistä

Kirkon alla toimivat sairaanhoitajat kertoivat, että Afrikkalaisessa kulttuurissa naisen kuuluu sitoutua yhdelle miehelle, mutta miehellä sen sijaan voi olla useampi partneri. Sairaanhoitajat, jotka työskentelivät kansallisessa organisaatiossa, kokivat, että nykyisin swazi-kulttuurissa on menossa niin kutsuttu identiteettikriisi, ja vaikutteita otetaan muualta maailmalta. Kirkko kannustaa nuoria pidättäytymään esiaviollisesta seksistä ja olemaan uskollinen kumppanilleen. He

myös kokivat, että paikoittain kirkon toiminta näkyy voimakkaammin, erityisesti pienissä kylissä.

7.2.2 Kulttuurin ja uskonnon vaikutus seksuaalikäyttäytymiseen

Nuoriso-ohjaaja koki, ettei tänä päivänä ei ole päivänselvää kumpi partnereista on HIV:n tartuttajana, kun kysymys oli naisten seksuaalikäyttäytymisestä ja kulttuurin vaikutuksesta siihen. Kaikki muut olivat toista mieltä tästä asiasta. He kokivat, että miehet ovat pääsyy HIV-tartuntojen leviämiseen, koska heillä on useampia partnereita yhtä aikaa.

Kaikki haastateltavat kertoivat, että pääuskonto Swazimaassa on kristityt. Ero ei tehty katolilaisen ja luterilaisen uskontojen välillä. Kansallisen organisaation alla toimivat sairaanhoitajat kokivat, että uskonnon vaikutusta on vaikeaa arvioida eikä sen koeta vaikuttavan ehkäisymenetelmän valintaan.

Asiantuntijoilla oli erilainen näkemys yhdyntöjenaloittamisesta. Kirkon alla toimivien sairaanhoitajien mukaan seksielämä aloitetaan keskimäärin 14–15-vuotiaana. Toisaalta kansallisen organisaation sairaanhoitajat, sekä nuoriso-ohjaaja koki kyseisen iän olevan 16 - 18.

Kaikkien asiantuntijoiden mukaan naiset ilmentävät seksuaalisuuttaan kävelytyylin, sekä esimerkiksi itsestään huolehtimisen avulla. Kansallisen organisaation sairaanhoitajat kertoivat myös, että nykypäivänä nuoret ilmaisevat itsestään paljon teknologian avulla. Tekstiviesteillä ja sosiaalisen median avulla nuoret naiset tuovat seksuaalisuuttaan julki. Lisäksi naiset haluavat olla hyviä äitihahmoja, sekä kodinhengettäriä, mutta nuorten äitien osuus katukuvassa on pienentynyt viimeisen vuosikymmenen aikana.

7.3 Swazimaan nuorten naisten keskuudessa kulkevat seksuaalisuuteen liittyvät asenteet ja uskomukset

7.3.1 Nuorten naisten parissa liikkuvat asenteet ja uskomukset

Kaikki asiantuntijat kokivat, että nuoret naiset kokevat usein miehen olevan johdossa, sen sijaan, jos nainen yrittää samaa, mies kokee naisen käytöksen röyhkeäksi. Toinen kansallisen organisaation sairaanhoitajista kuvaili asiaa näin: "Where I did get this bitch". Lisäksi he kertoivat ihmisten uskovan, että ehkäisytablettien käyttö tekee naisen lihavaksi ja aiheuttaa mielialan vaihteluita, joiden ajatellaan lopuksi johtavan eroihin. Asiantuntijoiden mukaan nuoret naiset uskovat ettei ensimmäisestä yhdyntäkerrasta voi tulla raskaaksi.

Lisäksi yllätävän useasti tuotiin haastatteluissa esille, että nuoret kokevat kondomeissa olevan HIV -taudin aiheuttavia matoja. Nuori-ohjaaja totesi: "*Because they saw worms you know when you put water in oil and then you see that stuff in the sun. They thought that condoms had HIV worm*".

Kansallisen organisaation sairaanhoitajat kokivat, että nuorten asenne kondomin käytön suhteen olisi muuttumassa: "*No balloon, no party*".

7.3.2 Asenteiden ja uskomusten heijastuminen seksuaalikäyttäytymiseen

Yleisesti myös koetaan, että vain miehellä on oikeus päättää kondomin käytöstä. Jos vaimo ehdottaa miehelleen kondomin käyttöä, mies kuvittelee vaimon pettävän häntä.

Kondomi jätetään useasti käyttämättä ensimmäisellä yhdyntäkerralla, koska kondomin uskotaan myös olevan pääsyy yhdyntäkipuihin. Pääsyy, miksi kondomia ei käytetä, koettiin olevan luottamuskyky. Pariskunnan luottaessa toisiinsa, kondomi jätetään käyttämättä. Erityisesti nuoriso-ohjaaja oli tätä mieltä.

Kirkon alla toimivat sairaanhoitajat kokivat, että nuorten naisten asenne alkoholin käyttöön on muuttunut. Lisääntynyt alkoholin käyttö on vaikuttanut naisten seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen. Tästä syystä naiset päätyvät usein harrastamaan seksiä tuntemattomien miesten kanssa ilman kondomia. Sen sijaan kondomin käyttö naisilla nähdään prostituoidun kuvana, kansallisen organisaation sairaanhoitajat kertoivat. Nuoret naiset myös hakevat rahallista turvaa vanhemmilta miehiltä, hakeutumalla seksisuhteeseen heidän kanssaan.

PMTCT -ohjelman Swazimaassa koettiin toimivaksi, mutta ongelmana on, miten saadaan terveinä syntyneet lapset pysymään HIV – negatiivisina jatkossakin. Kansallisen organisaation sairaanhoitajat kertoivat pyrkivänsä vaikuttamaan nuorten asenteisiin kondomin suhteen.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tässä opinnäytetyön tutkimuksessa on sitouduttu noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkimustuloksia esittäessä ei ole vääristelty havaintoja tai käytetty lainauksia luvattomasti. Tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, ja koko kerättyä aineistoa on pyritty hyödyntämään tulosten kuvaamisessa. Tutkimus on tehty käyttämällä tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja raportointimenetelmiä. Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen on saatu lupa Turun ammattikorkeakoululta.

Tutkimusetiikkaa ohjaavat laissa määritetyt säädökset jotka perustuvat muun muassa potilaan itsemääräämisoikeuteen, ihmisarvon kunnioitukseen, yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen (ETENE 2012). Laissa on määritelty, mitkä ovat ihmisen perusoikeudet ja miten niitä kuuluu noudattaa. Lisäksi säädöksiä löytyy henkilötieolaista, potilasvahinkolaista ja lääkelaista. Näiden pohjalta perustuu etiikka hoitotyössä sekä terveys- ja sosiaalialalla. (Finlex 2010.)

TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta) määrittelee, mitkä ovat hyvän tieteellisen käytännön periaatteet: tutkimuksen kaikissa vaiheissa on tutkijoiden toimittava rehellisesti ja luotettavasti, sekä oltava huolellisia ja tarkkoja (TENK 2002). Toinen Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla eettisyyden asiantuntijana toimiva työryhmä on ETENE (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta), joka perustettiin vuonna 1998. Sen pääasiallisena tehtävänä on antaa lausuntoja ja suosituksia, toimia asiantuntijana lainsäädäntöä kehittäessä, tiedon haku ja sen jakaminen koskien terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä ja myös seurata terveydenhuollon kehitystä eettisestä näkökulmasta.

Tutkimuksen tekemiseen pyydettiin suullisesti lupa ensin eri organisaatioiden ylemmältä taholta, jotka järjestivät sopivanlaiset asiantuntijat haastatteluja var-

ten. Organisaatioiden johdolle kerrottiin tarvittavat tiedot tutkittavasta aiheesta ja tutkimuksen luonteesta. Kun suostumus oli saatu, hankittiin vapaaehtoiset osallistujat haastatteluja varten.

Tutkimuksen tulee perustua tutkittavan tietoiseen suostumukseen. Hänen on myös oltava tietoinen tutkimuksen luonteesta ja mitä asioita tutkimuksessa tutkitaan. Tutkijan on annettava tutkittavalle myös mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus milloin tahansa. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 178.) Haastattelun alussa tämä kerrottiin haastateltaville sekä lisäksi, että haastattelu suoritetaan anonyymisti, eikä tutkimuksessa tuoda haastateltavien tietoja esille niin, että heidät voisi sieltä yksilöllisesti tunnistaa. Haastatteluihin osallistuneet allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastatteluja.

Opinnäytetyön tutkimuksessa päädyttiin haastattelemaan alan asiantuntijoita, joilla on kokemusta käytännön työstä nuorten naisten ja HIV:n parista. Heille on muodostunut näkemys tutkittavasta aiheesta, eivätkä haastattelukysymykset ole heille liian henkilökohtaisia. Itse nuorien naisten haastattelu erityisesti seksuaalikäyttäytymisestä olisi saattanut olla liian henkilökohtaista ja eettisesti epäilyttävää. Kysyttäessä uskonnosta, kulttuurista ja asenteista liikutaan eettisesti epäilyttävällä alueella. Kysymykset eivät saa olla liian henkilökohtaisia, ja haastateltaville on annettava lupa olla vastaamatta kaikkiin kysymyksiin. Tämä on otettu huomioon kysymyksiä asettaessa ja haastatteluja tehdessä.

Osa haastatteluista toteutettiin ryhmissä. Tällöin pitää olla tarkkana, että noudatetaan hyvää eettistä lähtökohtaa. Kysymyksiä ei aseteltu liian henkilökohtaisiksi, jottei haastattelutilanteissa loukattaisi yksilöiden yksityisyyttä ja henkilökohtaisia näkemyksiä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan mitata tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on

tutkittu sitä, mitä on luvattu tutkia. Eräänä laadullisen tutkimuksen validiteetikriteerinä voidaan pitää triangulaatiota. Triangulaatio tarkoittaa, että erilaiset metodit, tutkijat, tiedonlähteet tai teoriat yhdistetään tutkimuksessa, ja niitä vertailaan keskenään. Triangulaatio sallii, että erilaiset tutkimustulokset voivat olla voimassa yhtä aikaa. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, kuinka toistettavia tutkimustulokset ovat. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136-143.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska teemahaastattelu mahdollistaa monipuolisten ja kuvaavien vastausten saamisen. Haastattelu antaa syvällistä tietoa. Lisäksi haastattelu mahdollistaa lisäkysymysten esittämisen ja asioiden täsmentämisen. Tässä tutkimuksessa haluttiin tutkia kuinka asiantuntijat näkevät nuorten swazimaalaisten naisten seksuaalikäyttäytymisen, seksuaalitetämymyksen ja HIV-tietämyksen tason, sekä kuinka nuoret naiset soveltavat saamaansa tietoa. Haastatteluilla haluttiin saada mahdollisimman monitasoisia vastauksia.

Haastattelun heikkoutena on se, että se vie paljon aikaa. Haastattelijan on oltava sitoutunut tekemään haastatteluja, mutta myös haastateltavien on annettava aikaansa. Haastattelut on tarpeellista sopia etukäteen, aikojen sovittaminen yhteen voi toisinaan olla hankalaa. Tässä tutkimuksessa haastattelujen aikoja pyrittiin sopimaan etukäteen, ja useamman asiantuntijan läsnäolo sallittiin haastattelutilanteissa ajankäytön tehostamiseksi. Toinen heikkous haastatteluissa on haastattelutilanteen järjestäminen. Haastattelutilanne ei saa olla ahdistava, eikä haastatteluun saa tulla ulkopuolisia häiriöitä. Tässä tutkimuksessa haastattelut suoritettiin asiantuntijoiden työpaikalla, niin, että häiriötekijät suljettiin haastattelutilanteiden ulkopuolelle.

Teemahaastattelulla pyritään vastaamaan asetettuihin tutkimusongelmiin. Tutkimusongelmien pohjalta rakennetaan teemat, joiden ympärille kerätään kysymyksiä. Ennen teemojen asettamista aihealueeseen perehdyttiin tarkasti, käyttämällä luotettavia sekä kotimaisia että kansainvälisiä teoksia, artikkeleja ja tutkimuksia lähteinä. Tarkan perehtymisen jälkeen mietittiin tutkimusongelmia ja rakennettiin teemahaastattelurunko. Tutkimusongelmat, teemahaastattelurunko ja haastatteluissa esitetyt kysymykset on esitetty tässä työssä. Haastattelujen avulla saatiin monipuolisia vastauksia kaikkiin asetettuihin tutkimusongelmiin. Tämän perusteella tutkimus tutki sitä, mitä oli tarkoitus.

Haastattelukysymysten tekoa hankaloitti se, että kysymykset muotoiltiin ensin suomeksi ja sen jälkeen käännettiin englannin kielelle. Käännettäessä tuli ottaa huomioon, ettei kysymysten merkitys kärsi. Haastattelussa käytettävät kysymykset esitettiin yhdellä asiantuntijalla, joka antoi ehdotuksensa joidenkin kysymysten uudelleen muotoilemiseksi. Kysymyksiä muokattiin ja kysymykset esitettiin asiantuntijalle. Tavoitteena oli varmistaa, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja loogisia sekä hakevat vastausta haluttuun aiheeseen. Haastattelutilanteessa esitettiin tarvittaessa lisäkysymyksiä. Myös haastateltaville annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä haastattelun aikana.

Asioiden kääntäminen kielestä toiseen on luettavuuden kannalta kyseenalainen tekijä. On varmistuttava siitä, että asioiden merkitys ei kärsi ja käännetty tulos on alkuperäisen kanssa vastaava. Kysymysten ja litterointien kääntäminen oli työlästä, ja siihen käytettiin paljon aikaa, jotta käynnösten jälkeen saataisiin mahdollisimman luotettava ja ymmärrettävä lopputulos, merkitystä muuttamatta.

Haastattelutilanteet vaihtelivat. Osa haastatteluista toteutettiin yksilöhaastatteluina ja osa ryhmähaastatteluina. Ryhmässä toteutetuissa haastatteluissa on aina se riski, että vastauksiin otetaan vaikutteita muiden vastauksista. Tässä opinnäytetyöntutkimuksessa ryhmähaastatteluista oli kuitenkin se etu, että haastatteluista tuli keskustelevia. Haastateltavat uskalsivat olla eri mieltä asioista ja he myös täydensivät toistensa vastauksia.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu haastatteluaineiston laadusta (Hirsjärvi & Hurme 2011, 185). Tässä opinnäytetyössä kaikkia haastatteluun valittuja on haastateltu samoin periaattein yhteisten teemojen ja kysymysten mukaan. Tallenteet on pyritty nauhoittamaan mahdollisimman laadukkaaksi ja litterointi on tehty suoraan tallenteista. Kaikki käytettävissä olevat tulokset on pyritty tuomaan esille tässä työssä. Koko aineiston hyödyntäminen analysoinnissa lisää työn luotettavuutta (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 292).

Haastattelutilanteet pyrittiin järjestämään niin, että syntyisi mahdollisimman vähän häiriötekijöitä. Haastattelut toteutettiin haastateltavien työympäristössä, rauhoitetuissa tiloissa. Kuitenkin ääninauhoille oli tallentunut esimerkiksi ulkoa

kuuluvaa puutarhurin työskentelyä, vaikka haastattelutilanteessa hänen työskentelynsä ei ollut häirinnyt. Tällaiset häiriötekijät ääninauhoilla vaikeuttivat litterointia, joka pyrittiin kuuntelemaan mahdollisimman tarkasti. Häiriötekijöiden myötä luotettavuus kärsii, mutta nauhoitteista pyrittiin saamaan kaikki merkittävä esille.

Ennen aineiston analysointia litteroitu teksti käännettiin suomen kielelle. Saadusta aineistosta muokattiin toimiva kokonaisuus. Tuloksilla on pyritty vastaamaan mahdollisimman tarkasti esitettyihin tutkimusongelmiin. Tutkimustulokset on esitetty totuudenmukaisesti, ja tulkinnassa on pyritty puolueettomuuteen. Tuloksia esittäessä on käytetty suoria lainauksia alkuperäisistä haastatteluista, vaikka haastattelukielenä on ollut englanti. Haastattelutekstien esittäminen lainauksin raportissa on luotettavuuden merkki (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Tässä opinnäytetyössä ei vääristellä havaintoja, ei annasteta toisten kirjoittamia tekstejä tai käytetä luvatonta lainaamista.

Tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi. Uskottavuus edellyttää, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja miten johtopäätöksiin on päädytty, lisäksi mitä rajoituksia ja vahvuuksia tutkimuksella on (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Haastateltavat asiantuntijat valittiin eri toimipaikoista ja he työskentelivät erilaisissa työtehtävissä. Mukana oli sairaanhoitajia sekä nuoriso-ohjaaja. Kaikkia yhdisti työskentely nuorten naisten ja HIV:n parissa. Valintaan ei vaikuttanut sukupuoli, uskonto tai kertynyt työkokemus.

Osa haastatteluihin osallistuneista asiantuntijoista työskenteli kirkon alaisessa organisaatiossa. Kysyttäessä uskontoon liittyviä kysymyksiä, he miettivät tarkkaan, mitä voisivat sanoa, ja toisinaan jättivät vastaamatta. Tämä on otettu huomioon tuloksia esittäessä. Vastauksia on vertailtu niiden asiantuntijoiden vastauksiin, jotka eivät työskennelleet kirkon alaisissa organisaatioissa. Haastateltavien työskentely erilaisissa organisaatioissa lisää työn luotettavuutta, ja tuo näkökulmaa monelta tasolta.

Haastatteluista saatiin ajankohtaista tietoa swazimaalaisten naisten seksuaali- ja HIV-tietämyksestä sekä seksuaalisuuteen vaikuttavista tekijöistä ja seksuaa-

likäyttäytymisestä. Haastatteluista selvisi, minkälaisia ongelmia Swazimaassa edelleen on HIV:n leviämisen ehkäisyn kannalta. Tulosten perusteella voidaan esittää ratkaisuja seksuaalivalistuksen ja HIV-tietämyksen parantamiseksi.

Reliabiliteetin tutkimiseen ei tämän tutkimuksen osalta ole resursseja. Tutkimus on reliaabeli, mikäli haastattelua toistamalla saadaan samankaltaisia tuloksia.

9 POHDINTA

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja antoi paljon uusia näkemyksiä. Kirjallisuuskatsaus toi esille mielenkiintoisia asioita, mutta myös herätti paljon uusia kysymyksiä. Tämä toi haastetta siihen, että työ pysyisi jo suunnitellulla aihealueella, eikä kasvaisi liian suureksi. Luotettavuuden osalta, haastavinta oli vieraan kielen käyttö. Sekä haastateltavat, että haastattelijat käyttivät englantia yhteisenä kielenä, mutta tämä ei ollut kummallekaan osapuolelle äidinkieli. Tämän vuoksi haastatteluiden yhteydessä, sekä käänöksissä tuli olla erittäin huolellinen ja pitkäjänteinen.

Haastattelun teossa suurimpia vaikeuksia ilmeni haastattelun eri vaiheiden yhteydessä. Välillä oli hyvin vaikeaa saada kysymyksiin vastauksia ilman, että johdatteli haastateltavaa vastaamaan oletetulla tavalla. Myös eri järjestöjen väliset erot olivat huomattavia. Kirkon alaisilta sairaanhoitajilta oli vaikea saada puolueetonta vastausta uskontoon liittyvissä kysymyksissä. Haastattelutilanteessa huomasin selkeästi, että heidän oli mietittävä useaan kertaan, mitä sanoisivat, vai sanoisivatko mitään. Vaikka heitä muistutti, ettei identiteetti tulisi missään julki, vastaaminen oli vaikeaa.

Haastattelujen kerääminen oli oletettua helpompaa ja haastateltavat olivat erittäin yhteistyökykyisiä. Paikalliset puhuivat englantia hyvin ja heitä oli helppo ymmärtää. Oli mukava huomata, kuinka he pääsääntöisesti vastasivat avoimesti, eivätkä pyrkineet vastaamaan muiden johdattelemana. Haastavinta oli litteointi. Välillä oli vaikeuksia ymmärtää, mitä haastateltavat sanoivat ja tuoda asia oikein kirjoitettuna paperille.

Haastatteluissa erinäisissä kohdissa tuli eroja vastaajien vastausten välillä. Suurin erottava tekijä oli uskontoon liittyvät kysymykset, jotka olivat haastavia erityisesti Pelastusarmeijan sairaanhoitajille. Uskonnon vaikutus näkyi heidän olemuksessaan haastattelun aikana ja oli huomattavissa, kuinka he miettivät mitä meille sanoisivat, kenties aistittavissa oli pelkoa tai kunnioitusta Jumalaa kohtaan. Kuitenkin selvisi, että kaiken kaikkiaan selkein ongelma HIV:n ehkäi-

syssä on nuorten suhtautuminen kondomin käyttöön ja kondomin käyttöön liittyvät asenteet. Oli merkillistä huomata, miten Euroopassa ei tunnuta käsittävän, kuinka erilainen näkemys muualla maailmassa voi ihmisillä olla. Haastatteluissa useimmin esille nousi luottamus kysymys. Kondomi jätettiin käyttämättä, kun pariskunnan välillä vallitsi luottamus. Myös miehen päätäntävalta on vaikuttava tekijä naisen tekemisien kanssa. Useasti esille nousi, ettei mies halua käyttää kondomia, koska hän ”haluaa tuntea” naisen, eikä kondomia. Yksi hätkähdyttävimmistä asioista oli uskomukset, jotka vallitsivat nuorten keskuudessa. Jokaisessa haastattelussa tuli esille, kuinka nuoret uskovat kondomien sisältävän matoja, jotka aiheuttavat HIV:n. Selvisi, etteivät he tienneet, että öljy ei liukene veteen ja muodostaa tästä syystä madon muotoisia öljyvanoja. Lisäksi nuoret vahvasti uskoivat, ettei ensimmäisestä yhdyntäkerrasta ole mahdollista tulla raskaaksi. Tästä syystä moni nuori altistui HI – virukselle.

Uskonnon vaikutus ei koettu olevan niin voimakas, mitä olisi voinut kuvitella. Kirkko kannustaa nuoria pidättäytymään esiaviollisesta seksistä, sekä pysymään neitsyenä pidempään. Kehitystä on tapahtunut viimeisten vuosikymmenien aikana. Myös kulttuurin koettiin vaikuttavan positiivisesti nuoriin, mutta miehen asema on edelleen alistava monessa osassa Swazimaata. Korkeammin koulutettujen välillä tämä ei ole niinkään varmaksi sanottua ja niinkuin eräässä haastattelussa tuli julki, Swazimaassa käydään kulttuurillista identiteettikriisiä. Kulttuuriin tulee yhä enemmän länsimaisia vaikutteita, jotka omalta osaltaan muovaavat kulttuuria uuteen suuntaan.

Lisäksi meille tarjottiin mahdollisuus osallistua erään HIV –järjestön työpajaan, missä oli tarkoitus kehittää järjestön toimintaa HIV –tilanteen parantamiseksi. Järjestöllä oli jo olemassa olevia ohjelmia, mitä pienissä työryhmissä yritettiin parannella ja tarvittaessa muuttaa. Kuitenkin paljastui paljon tiedon puutteita jo aivan perustasolla. Oli myös surullista huomata, ettei tietoa ole edes asiantuntijoilla tarpeeksi. Kehittämisideat olivat hienoja, mutta tiedon puutteen vuoksi ne jäävät puolitiehen. Tässä heräsi myös kysymys, kenelle tietoa kuuluu antaa: heille, jotka eivät ole sitä saaneet, vai heille, jotka jo sitä levittävät.

Paljon vielä on tehtävä, että enemmän nuoria saataisiin tiedonjakajien piiriin. Nuoret eivät tunnu ottavan asiaa vakavasti, tai pelko HIV:sta on liian kova. Sek-suaalivalistusta ei tarjota ennen, kuin ylä-asteella, jolloin osa nuorista on jo aloit-tanut seksielämän. Vaikka seksuaalineuvontaa annetaan eripuolilla maata, ei sitä ole tarpeeksi saatavilla. Matkat ovat liian pitkiä, eivätkä nuoret lähde seksi-valistuksen takia pitkiä välimatkoja kulkemaan.

Kehittämissideana olisi, että tiedonjako tapaa muutettaisiin. Asiantuntijat, jotka tietoa levittävät, eivät tunnu itsekkään tietävän täysin mistä asioissa on kyse. Kenties Swazimaa tarvitsee lisää asiantuntijoita, jotka kouluttavat tiedonjakajia ja pitävät huolen siitä, että tieto on oikeaa ja ajankohtaista.

Myös kondomin käyttöön tulisi enemmän kiinnittää huomiota. Nuoria pitäisi va-listaa jo nuoresta pitäen seksuaalineuvonnan yhteydessä ja kannustaa heitä käyttämään kondomia enemmän. Tärkeintä tähän olisi jo puuttua varhaisessa vaiheessa, jolloin nuorten asenteeseen voisi vielä vaikuttaa. Tällöin heidän ope-tusympäristönsä muuttuisi ja he kasvaisivat erilaisten asenteiden ympäröimänä.

LÄHTEET

Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 221/2005, 1073-1077.

Aira, M. & Seppä, K. 2010. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen Lääkärilehti 9/2010, 805- 810.

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2012. Lasten ja nuorten seksuaalikasvatus vanhemmuuden näkökulmasta. Helsinki: Duodecim. Viitattu 4.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00956&p_haku=SEKSuaalisuus#s3.

Brusila, P. 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Duodecim.

Burns, N. & Grove, S. 2011. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. United States of America: Elsevier Saunders.

Casale, M.; Flicker, S.; Nixon, S. & Rubincam, C. 2010. Is 80% a passing grade? Meanings attached to condom use in an abstinence-plus HIV prevention programme in South Africa. AIDS care 2/2011, 213-220.

Chippis, J. & Simpson, B. 2012. The effectiveness of life skills education and HIV prevention for secondary schools in South Africa: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews 10/2012, 118-127.

Ehlers, V. & Ziyane, I. 2007. Swazi Men's Contraceptive Knowledge, Attitudes, and Practices. Journal of Transcultural Nursing 1/2007, 5-11.

ETENE 2012. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2006. ETE-NEEn toiminta. Eettisyyttä terveydenhuoltoon ETENE1998-2002. Viitattu 22.10.2013
<http://www.etene.fi/fi/toiminta>.

Finlex. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 23.10.2013
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Heusala, K. 2003. Naisen seksuaalisuus. Helsinki: Like.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

HIV tukikeskus 2011. Ammattilaisille. Materiaalia. HIV-hoitotyön käsikirja. Viitattu 16.10.2013
http://www.hivtukikeskus.fi/wp-content/uploads/2012/08/hiv_kasikirja_2011_web2.pdf.

IPPF 2013. Young people's sexuality. Viitattu 21.9.2013. <http://ippf.org/our-work/what-we-do/adolescents/sexuality>.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki:SanomaPro.

- Karim, Q. & MacQueen, K. 2007. Practice Brief: Adolescents and HIV Clinical Trials: Ethics, Culture, and Context. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2/2007, 78-82.
- Kooverjee, T. & Patel, C. 2009. Abortion and Contraception: Attitudes of South African University Students. *Health Care for Women International* 30/2009, 550–568.
- Korhonen, E. & Närhi, R. 2011. Uskonnot ja seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto.
- Kosunen, E. & Ritamo, M. 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Saarijärvi: Stakes.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Matseke, G.; Mzolo, T.; Majaja, M. & Peltzer, K. 2009. Determinants of knowledge of HIV status in South Africa: result from a population-based HIV survey. *BMC Public Health* 9/2009, 174.
- Mavundla, T.; Mkhabela, M. & Sukati, N. 2008. Experiences of nurses working in voluntary counseling and testing services in Swaziland. *Journal of association of nurses in AIDS care* 6/2008, 470-479.
- MLL 2013. Seksuaalinen kehitys. Viitattu 30.10.2013
http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/15_18-vuotias/seksuaalinen_kehitys/.
- Mngadi, P.; Nxumalo, M. & Zwane, I. 2004. Adolescents' views on decision-making regarding risky sexual behaviour. *International Nursing Review* 51/2004, 15-22.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013. Nuoruusikä kehitysvaiheena. Viitattu 30.10.2013
<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=28692>.
- Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita.
- Sairaanhoitajaliitto 2005. Ammatilliset urapalvelut. *Sairaanhoitaja-lehti*. 1/2005. Muut artikkelit. Se on sellaista tulipalon sammuttamista” Miten sairaanhoitajat kokevat työnsä mielenterveystoimisto. Viitattu 16.10.2013
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2005/muut_artikkelit/se_on_sellaista_tulipalon_sammu/.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi.
- TENK 2012. Ohjeet ja julkaisut. [Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut). Viitattu 22.10.2013
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut.
- Terveyskirjasto 2007. HIV. Terveellistä seksiä. HIV –tartunta. Viitattu 18.9.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00009
- The Lancet 2013. Barbara Shubbald. HIV prevention: new pilots for beleaguered Swaziland. Viitattu 18.9.2013 <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960033-1/fulltext>.

- THL 2013a. Nuoret ja seksuaalisuus. Viitattu 30.10.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/amis/seksuaaliterveys/nuoret_ja_seksuaalisuus.
- THL 2013b. Seksuaalikasvatus. Viitattu 30.10.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/amis/seksuaaliterveys/seksuaalikasvatus
- Tiitinen, A. 2013. Raskauden ehkäisy. Viitattu 30.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165.
- UNICEF 2011. Statistics. Viitattu 25.6.2013
http://www.unicef.org/infobycountry/swaziland_statistics.html.
- UNICEF 2013. Swaziland. Viitattu 13.4.2014
http://www.unicef.org/infobycountry/swaziland_statistics.html
- USAID 2012. Our programs. Health program overview. Viitattu: 21.9.2013
http://sa.usaid.gov/southern_africa/node/60.
- Virtanen, J. 2002. Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY.
- Väestöliitto 2010. Väestöliiton seksimittari. Viitattu 30.10.2013
<http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/1238789/Seksimittarin+kaikki+osat.pdf>.
- Väestöliitto 2013a. Ehkäisy. Viitattu 30.10.2013
<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/>.
- Väestöliitto 2013b. Kondomi ehkäisee seksitaudit. Viitattu 30.10.2013
<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/seksitautienehkaisy/>.
- Väestöliitto 2013c. Seksi. Viitattu 30.10.2013 <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/>.
- Väestöliitto 2013d. Seksuaalikasvatus. Viitattu 30.10.2013
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalikasvatus/>.
- Väestöliitto 2013e. Tietoa seksuaalisuudesta. Viitattu 20.9.2013
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>.
- Väestöliitto 2014. Tietoa seksuaalisuudesta. Sanakirja. Viitattu 14.4.2014
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/sanakirja/>
- WHO 2010. Data on the HIV/AIDS response: Prevention of mother-to-child transmission by country. Swaziland. Viitattu 18.9.2013
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.627?lang=en>.
- WHO 2012a. Countries. Swaziland. Statistics. Viitattu 16.4.2014.
<http://www.who.int/countries/swz/en/>
- WHO 2012b. HIV/AIDS. Viitattu 7.6.2013
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>.
- WHO 2012c. Preventing mother-to-child transmission of HIV in Swaziland. Viitattu 16.4.2014 http://www.who.int/features/2012/pmtct_swaziland/en/.

WHO 2013a. Countries. Swaziland. Country cooperation strategy. Viitattu 21.9.2013.
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_swz_en.pdf.

WHO 2013b. HIV/AIDS. Topics. Mother-to-child-transmission. Viitattu 22.9.2013
<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/>.

WHO 2013c. Mother-to-child transmission of HIV. Viitattu 18.9.2013
<http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/>.

Permission of interviewee

I am aware that the interview is entirely voluntary. I have the right to stop the interview, where the interview at any time. I may choose to make the researcher more specific questions and I can not be answering to certain questions. My identity is not allowed to bring up any stages of the analysis.

I agree to the interview.

Place and date

Signature

Haastattelun kysymykset englanniksi

Tässä liitteessä on esitelty haastatteluissa käytössä olevat kysymykset. Kysymykset on jaoteltu kolmeen eri teemaan.

Part 1

1. Which places Swaziland is offering sexual and HIV counseling?
2. Which places young girls are getting sexual and HIV information and counseling in practice if they need that?
3. How much young Swazi women are using HIV services?
4. Which type of sexual counseling they are offering in Swaziland? What is the main purpose with counseling?
5. What kind of differences there are between poor and rich people to get the sexual and HIV counseling in Swaziland?
6. How do young Swazi women use the information they get in practice?
7. On a scale of one to ten, how would you rate the knowledge of young girls on HIV and AIDS? Why ?

Part 2

1. Which ways Swazi culture and religion is guiding sexual behavior with young women?
2. In which ways you can see the effect of religion and culture in sexual behavior with young women?
3. How do you think the sexual behavior has changed during the last decades in Swaziland?
4. What do you think is the effect of culture and religion on the types of birth control used by the young women?
5. How easily young women can have birth control?

Part 3

1. Which type of attitudes and beliefs do young Swazi women have about sexuality?
2. How attitudes and beliefs are affecting to young Swazi women sexual behavior?
3. What is the average age when Swazi girls start their sex life?
4. How do young Swazi women bring out their sexuality?

5. What type of risk behavior is brought about by the socialization young women receive on sexuality?
6. What is the most popular birth control equipment among young women?
7. How popular it is to use a condom?
8. What kind of reasons are there for not using condoms?
9. How easily women can suggest to a man to use condoms?
10. What are those mistakes that young people are doing when using condom?