

Prevention av HIV/AIDS i Etiopien

Anina Aukea

Piia Törmänen

Examensarbete/Degree Thesis

Vård10/Nursing10

2014

Förnamn Efternamn

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Vård10:	
Identifikationsnummer:	
Författare:	Anina Aukea, Pii Koponen
Arbetets namn:	Prevention av HIV/AIDS i Etiopien
Handledare (Arcada):	Solveig Sundell
Uppdragsgivare:	
	PADET
<p>Sammandrag:</p> <p>Examensarbetet ingår i vårdprogrammet på Arcada - Nylands svenska yrkeshögskola. Examensarbetet är ett beställt arbete av PADET (Professional Alliance for Development). PADET är en etiopisk icke-vinstdrivande och icke-statlig humanitär organisation som grundades 1998 av en grupp frivilliga professionella inom statliga och icke-statliga organisationer. I vår studie vill vi utreda vad som skett inom HIV-prevention i Etiopien under åren 2005-2013. Vi vill veta vilka metoder som används och hur dessa har förverkligats. Frågeställning: Vad har gjorts för att bekämpa HIV-smittan i Etiopien? Arbetet är en kvalitativ forskning där vi analyserar textens innehåll, både systematiskt och objektivt med deduktiv ansats. Vi tillämpar Purnells teori genom att välja fyra stycken kategorier och med hjälp av dessa tolkar vi innehållet av artiklarna.</p> <p>Resultat: Eftersom det finns lite arbetskraft och anläggningar, kan man genom att sammanlå flera hälsovårdsservice erbjuda vård med mindre kostnader. Frivillig HIV-rådgivning och -testning har ökat snabbt inom landet som en kamp mot HIV-epidemin. Den frivilliga HIV-rådgivningen och -testningen är den centrala beståndsdelen när det gäller HIV-prevention och en port till HIV-vård och -behandling. Tack vare ART (anti-retroviral behandling) har det skett märkbar förbättring och därmed ökad överlevnad för patienter som lever med HIV. Flera studier hävdar att ART dramatiskt ökar immunologiskt försvar mot AIDS-relaterade sjukdomar. ART har markant ökat livslängden och omvandlat HIV från en terminal infektion till en kronisk sjukdom. Prostitution ökar spridningen av HIV. Genom att erbjuda rådgivning till klienter som testat sig för HIV och personer som har HIV/AIDS kan man möjligen också minska HIV-epidemin.</p>	
Nyckelord:	HIV/AIDS, Etiopien, Hälsovård, Rådgivning, prevention, PADET
Sidantal:	50
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Nursing10:	
Identification number:	
Author:	Anina Aukea, Piia Törmänen
Title:	Prevention av HIV/AIDS i Etiopien
Supervisor (Arcada):	Solveig Sundell
Commissioned by:	
	PADET
Abstract:	
<p>The thesis is part of the nursing program at Arcada - University of Applied sciences. The work is commissioned by PADET (Professional Alliance for Development). PADET is an Ethiopian non-profit, non-governmental humanitarian organization founded in 1998 by a group of volunteer professionals in governmental and non-governmental organizations. In our study we want to investigate what occurred in HIV prevention in Ethiopia during 2005-2013. We want to know which methods are used and how they were accomplished. Our research question is: What have been done to prevent HIV-infection in Ethiopia? The work is a qualitative research in which we analyze the content of the text, both systematically and objectively with an deductive approach. We apply Purnell's theory by selecting four categories and by using these, we interpret the contents of the articles. Results: Due to limitations in manpower and facilities, by merging various health-care services, care may be offered at lower costs. Voluntary HIV counseling development and testing has grown rapidly within the country as a struggle against the HIV epidemic. Voluntary HIV counseling and -testing is a key element when it comes to HIV prevention and a gateway to HIV care and treatment. Thanks to ART (life-long antiretroviral therapy), there have been noticeable improvements and thus increased survival rates for patients living with HIV. Several studies claim that ART dramatically increases the immunological defense to AIDS-related illnesses. ART has significantly increased the lifespan and has transformed HIV infection from a terminal to a chronic disease. Prostitution increases the spread of HIV. Offering counseling to clients who test for HIV and people with HIV/AIDS may possibly also reduce the HIV epidemic.</p>	
Keywords:	HIV/AIDS, Ethiopia, Healthcare, Counseling, Prevention, PADET
Number of pages:	50
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLL/CONTENTS

1	Bakgrund	7
1.1	Etiopien.....	7
1.2	HIV/AIDS	8
1.3	Traditionernas inverkan på hälsa	10
1.4	Tidigare forskning och historisk överblick	11
2	Purnells modell för kulturell kompetens	13
2.1	Grundläggande antaganden.....	14
2.2	Beskrivning av Purnells modell	14
2.2.1	<i>Cirkelns tolv områden</i>	15
2.2.2	<i>Tillämpning av Purnells modell</i>	16
3	Syfte och frågeställningar	17
4	Metod	17
4.1	Inkluderingskriterier:	Error! Bookmark not defined.
5	Etiska reflektioner	30
6	Resultat	30
6.1	Överblick och anlag.....	30
6.2	Högriskbeteenden	33
6.3	Graviditet	35
6.4	Hälsovård	36
7	Diskussion	42
8	Kritisk granskning	45
	Källor /References	47

Figurer

Figur 1. Larry Purnells modell för kulturell kompetens 2002.....16

Figur 2. Visualisering av datainsamlingen anpassad efter Purnells modell.....19

Tabeller

Tabell 1. Tabell över artiklarna.....22

INLEDNING

Examensarbetet är ett beställt arbete av PADET (Professional Alliance for Development) som är en etiopisk icke-vinstdrivande, icke-statlig humanitär organisation som grundades 1998 av en grupp frivilliga professionella inom statliga och icke-statliga organisationer. PADET skapades för att tjäna de fattiga, utsatta och utslagna delar av befolkningen, särskilt barn, ungdomar och kvinnor. PADETs uppdrag är att stödja dessa grupper genom att främja deltagande i hållbar utveckling med inriktning av understödande av sexuell och reproduktiv hälsa, livsmedelsförsörjning och HIV/AIDS-vård. Organisationen vision är att invånare i Etiopien kommer att få ett transformerat samhälle, där barn och ungdomar samt kvinnor har ett anständigt liv. (PADET 2008)

År 2011 levde cirka 790.000 invånare i Etiopien med HIV/AIDS och cirka 54.000 personer dog i AIDS. Som en parentes kan nämnas att i Finland har 627 blivit HIV-infekterade fram till idag. (THL 2014) Vårt intresse ligger i att utreda vilka insatser som gjorts för HIV-preventionen i Etiopien under åren 2005-2013.

Som metod att närma oss ämnet valde vi att göra en innehållsanalys av 17 artiklar som behandlar HIV-preventionen i Etiopien. En av artiklarna var en intervju med Etiopiens hälsovårdsministern. Vi sökte svar på frågan om vad som har gjorts för prevention av HIV-smittan i Etiopien och hur dessa metoder tjänat landet och minskat spridning av HIV. För att kunna förstå de faktorer som påverkar HIV-smittan i landet, måste vi betrakta Etiopien som ett land och människorna som lever där samt deras kultur. Vi kommer att beskriva vad HIV/AIDS är och sjukdomens påverkan på människan och samhället.

Vi har arbetat med studien 3 månader tillsammans och 3 veckor var för sig. Vi har olika starka och svaga sidor. Med hjälp av varandras styrkor har vi nu fått vårt examensarbete färdigt. Anina har jobbat mer med disposition, tabeller, bilder och presentation. Piia har skrivit mer på bl a resultatet och hon har arbetat mer med artiklarna. Vi har gått igenom allt material tillsammans. Genom ett bra samarbete har vi lärt utav varandra.

1 BAKGRUND

I bakgrunden kommer vi att presentera Etiopien som ett land med dess människor samt de faktorer som påverkar HIV-smittan och -preventionen i landet. Vi kommer även att förklara vad HIV/AIDS är.

1.1 Etiopien

Etiopien ligger i nordöstra Afrika och har en befolkning på cirka 85 miljoner människor. Landets huvudstad är Addis Abeba med 3,3 miljoner invånare. Etiopiska höglandet har högsta enhetliga bergsområde i Afrika. Här existerar både högslätter och dalsänkor slutna av bergstoppar som når 4 kilometer över havet. Etiopien ligger i den tropiska zonen och temperaturen varierar mellan 16-30 grader. Det är stora växlingar i regnmängderna och de hettande varma låglänta delarna av landet är väldigt utsatta för torka. Etiopien är ett stort jordbruksland som gång på gång drabbats av torka och svält. Landet har lidit av svåra svältkatastrofer flera gånger. Majoriteten av befolkningen bor på landsbygden. (Landsguiden 2011)

Religionsfrihet gäller i landet. Mindre än hälften är kristna, var tredje är muslim och en del mindre folkgrupper utövar traditionella religioner. Av Etiopiens hela befolkning kan endast 30 % läsa och skriva (kvinnor 18 %, män 40 %). År 2010 nämndes Etiopien som ett av den minoriteten av afrikanska länder som hade kommit nära FNs millenniemål vad gäller offentligt tillträde till grundskoleutbildning. De regionbestämda skillnaderna är dock stora. Klyftan mellan flickor och pojkar som får börja studera har minskat. Skolåldern börjar vid sju år. Barn som fortsätter sina studier till högstadiet och gymnasium har ökat, men här kan man se en större skillnad mellan könen. (Landsguiden 2011)

Landets sociala förhållanden har förbättras, men landet lider fortfarande av matbrist och dödlighet i smittosamma sjukdomar. Medellivslängden är ca 55 år och mer än fyra av tio etiopier är under 15 år. Smittosamma sjukdomar som malaria, tuberkulos och AIDS

är omfattande hälsoproblem. AIDS har dock inte samma spridning i Etiopien som i en del av andra länder i Afrika. År 2009 var mellan 1.4 och 2.8 % av vuxna HIV-smittade. Kvinnorna är mer drabbade av smittan än män; stadsbor mer än landsbygdsbor. Engagemang görs nu för att minska spridningen av HIV genom informationskampanjer och ökad utdelning av bromsmediciner (ART). (Landsguiden 2011).

Hälsovården i Etiopien är outvecklad. År 2005 hade endast hälften av befolkningen tillgång till hälsocentral och det finns en läkare per 50.000 invånare. Fattigdomen är överväldigande. En fjärdedel av befolkningen lever på en dollar (mindre än en euro) om dagen och situationen blir värre med den snabba befolkningsökningen. Barnadödligheten i landet är hög. (Nationalencyklopedin 2013).

1.2 HIV/AIDS

På slutet av 1970-talet anmäldes de första fallen av AIDS i USA. Viruset uppfanns hos homosexuella unga män som drabbades av många lunginflammationer. Undersökningar som gjordes gav bevis för att denna patientgrupp hade grava störningar i immunförsvaret. Det svaga immunförsvaret orsakade att tämligen ofarliga virus, svampar och parasiter gav upphov till dödliga infektioner för dessa patienter. (Sandström 1994:222)

Eftersom tecken på sjukdom kommer sent efter smittan, smittas sjukdomen vidare omedvetet. Viruset fick namnet HIV (Human Immunodeficiency Virus) i 1986. Viruset smittar oftast via samlag, men kan också föras vidare från mor till barn eller via blod. (Eskola et al. 1998:538 & Reunala et al. 2003:76)

År 2002 fanns det 42 miljoner människor som levde med HIV-smittan. De flesta smittade levde i utvecklingsländer och 47 % av dem var kvinnor. Största orsaken till HIV-smittan i världen är oskyddat sexuellt umgänge. Via blod överförd smitta sker till största del genom intravenösa droger. Faktorer som påverkar HIV-smittans spridning är sex utan kondom och många olika sexpartners samtidigt. Länder där kvinnornas ställning är låg, ligger de i riskzon för HIV. HIV smittar via spermier, vaginas och livmoderns vätskor samt andra vävnadsvätskor i kroppen. Hur stor risken är att bli smittad varierar mellan olika sexuella aktiviteter. Risken att bli smittad är stor då man har analsex. Kvinnor

har större risk att bli smittade av traditionella vaginala penetrationer än män och sex under menstruation ökar risken för både kvinnan och mannen. Modern kan smitta sitt barn under en graviditet, förlossning eller under amning. Den största risken för att barnet blir infekterat är i de fall där modern antingen har just blivit smittad (i ett primärinfektionskede) eller är i slutskedet av sjukdomen. (Reunala et al. 2003:81 ff.). HIV diagnostiseras via blod-, saliv- och urinprov. Ett säkert svar får man först 3 månader efter smittan har skett. (Aaltonen et al. 2011:26)

Efter att man blivit smittad uppstår symptom som liknar mycket symptom för mononukleos (pussjukan). Därefter medföljs en längre symptomfri period. Den symptomfria perioden kan pågå även i tio år, men infektionen leder alltid till AIDS och efter en tid till död. (Eskola et al. 1998:538)

Fasen då symptomen första gången uppenbarar sig kallas en primärinfektion eller en akut sjukdomstid.

Symtom under primärinfektion:

- Feber och svettningar
- Muskelvärk
- Trötthet
- Hosta
- Halsvärk
- Kräkningar och illamående
- Huvudvärk som kan likna migrän
- Diarré (Sandberg 1994:233)

En del av patienterna kan få neurologiska symptom, eftersom viruset drabbar också nervsystemet. Utslag eller andra tecken på sjukdom i könsorganen framkommer däremot inte i detta skede. (Reunala et al. 2003:84 f.)

Kliniska symptom hos patienten framträder som hudeksem, sår i munnen, rodnad i halssenen, svullna tonsiller eller lymfkörtlar. Detta skede varar i cirka en till tre veckor och ett

fåtal behöver sjukhusvård under primärinfektionen. En intensiv primärinfektion överensstämmer med en sämre prognos. (Sandström 1994:233)

Under kroniska fasen lider patienten inte av symtom och fasen kan, som tidigare nämnts, räcka i många år. Den asymtomatiska tiden kan brytas av långvariga eller kortare tider med symtom som inte kan associeras till någon annan orsak och därmed betraktas vara HIV-relaterade. Dessa symtom kan vara till exempel svaghet, trötthet, avmagring, svettningar om nätter, långvarig diarré, febercykler och lindriga förändringar i personligheten. Symtomen kan reduceras och påverkar inte personens arbetsförmåga, men de sänker livskvaliteten. (Sandström 1994:234 f.)

Om sjukdomen skrider i en långsam takt, är mängden av CD4-celler normal och mängden av virus i blodet liten. Tecken på att sjukdomen skrider snabbt är lågt antal CD4-celler och högt virusantal i blodet. När patienten börjar få ospecifika symtom betyder det i de flesta fall att sjukdomen har framskridit. Patienten drabbas av infektioner som patienten tidigare inte har lidit av. AIDS-skedet etablerar då patienten utvecklar en svår infektion. I USA klassificerar man AIDS enligt mängden av CD4-celler i blodet. Samma klassificering används i de flesta länderna. Förrut, när man hade inlett medicinering av HIV-infekterade, levde patienterna efter att ha diagnostiserats med AIDS i cirka ett till två år. Utvecklingen av läkemedel har bromsat sjukdomens gång i de länder läkemedlen finns tillgängliga. (Aaltonen et al. 2011:21 f.)

Till behandling av HIV använder man antiretroviral behandling. Antiretroviral terapi (ART) består av minst tre olika ARV-läkemedel för att man maximalt ska kunna minska viruset och stoppa utvecklingen av sjukdomen. Med hjälp av ARV, har det skett en ökning i livslängden och lidandet har minskat. (WHO 2014)

1.3 Traditionernas inverkan på hälsa

I Etiopien ser man människan som en helhet bestående av tre delar: andlig, fysisk och mental. Hälsa ses som en gåva från gud och religionen håller människan frisk. (Kassaye

2006) Det är vanligt att tänka att ett barn är en gåva från gud. Det anses vara bra att skaffa så många barn som möjligt så att barnen kan tjäna pengar till föräldrarna i framtiden och trygga deras tillvaro. (Natolie et al. 2008)

Traditionell medicin används av 80 % av befolkningen vid behandling av sjukdomar. Istället för att ta sig till en läkare går etiopier till en andlig helare eller till en som utövar traditionell medicin. (Kasseye 2006) Med traditionell medicin menar man användning av bland annat växter, djur, andlig terapi, mineralbaserade mediciner och olika tekniker utförda för hand med avsikt att vårda, diagnostisera och förebygga sjukdom. (WHO 2013)

Det finns ojämlikheter mellan kvinnor och män i Etiopien. Mest syns det i kulturens sätt att förhålla sig till kvinnas rättighet till sin sexualitet. En kvinna i Etiopien anses vara kvinnlig först efter könsstympling. Männens attityder försvårar kampen mot kvinnlig omkäreelse. Män vill till exempel inte gifta sig med en kvinna som inte är stympad. Att HIV-smittan överförs genom könsstympling är teoretiskt möjligt, speciellt inom områden med hög HIV-förekomst och där instrumenten används utan ordentlig sterilisation. Det kan vara svårt att förstå risken för seriösa infektioner från smutsiga instrument, speciellt i ett land där religionen formar människornas värderingar och där gammalmodiga traditoner hör till, såsom stympling och barnnäktenskap. (Global.Finland 2011) Behovet att involvera män för att kunna förbättra hälsan av kvinnor i Etiopien var tydligt demonstrerat i en studie: Reducing harmful traditional practices in Adjibar, Ethiopia: Lessons learned from Adjibar Safe Motherhood Project. (Natolie et al. 2008)

1.4 Tidigare forskning och historisk överblick

I Etiopien har prostitution tidigare i historien, såsom i dagens läge, involverat mobilitet. I medeltiden reste kvinnor som bjöd på sexuella tjänster tillsammans med kejsaren och hans läger. På 1930-talet, under det italienska erövrandet, reste etiopiska kvinnor till militärläger. När de befann sig på lägren, undersöktes kvinnorna för sjukdomar/smittan och de som var friska sattes på bordell. Med jämna mellanrum gjordes medicinska

undersökningar. På 1990-talet reste kvinnor till hamnstäder där det fanns efterfrågan på prostituerade på grund av sjömännen. Också sjömännens mobilitet påverkade spridningen av sjukdomar. Även om prostitution och dess association med spridning av sjukdomar har en lång historia i Etiopien, är det sedan 1980-talet som AIDS har varit en aktuell fråga inom politiken. (Blerk 2007)

I en studie: "Sexually transmitted diseases in Ethiopia" från 1981 forskar man om de sociala faktorerna och hur de påverkar kvinnorna i landet. Ökad migration, urbanisering och förändrad kvinnoroll har lett till en ökning av prostitution. Sexuellt överförbara sjukdomar i utvecklingsländer vållar oro för dem som ansvarar för kontroll och utrotning av smittosamma sjukdomar. Kvinnorna som bär på könssjukdomar är hälsofara för sig själva, sina familjer och samhället. De flesta är omedvetna om konsekvenserna. I artikeln kommer det fram att kvinnorna anses vara orsaken till att smittorna sprids. Kvinnorna blir igenkända som onda och lösaktiga personer som inte förtjänar respekt. (Plorde 1981)

I studien beskrivs också de kulturella orsakerna för migration bland Amhara-befolkningen. Faktorer såsom population, ekonomi, äktenskapsvanor och kvinnans status är orsaker till migration och urbanisation. Dessa ökar svaga familjerelationer, samhällsrelationer och skapar sexuell lösaktighet som orsakar spridningen av könssjukdomar. Bättre vård och medicinska tjänster är avgörande för långsiktig kontroll av sexuellt överförbara sjukdomar. (Plorde 1981)

På 70-talet skedde en markreform då det provisoriska militärrådet meddelade att all mark runt om landet skulle bli nationaliserad. Många bönder blev besvikna av den plötsliga nationaliseringen och lämnade marken och kom aldrig tillbaka. Dessa förhållanden har tvingat fruar, särskilt de med barn att försörja, att söka nya partners eller arbete, vilket fick dem att löpa en stor risk att smittas av och sprida sexuellt överförbara sjukdomar. (Plorde 1981)

På grund av att det största antalet kvinnor bodde vid vägarna och i marknadsbyar fanns det många möjligheter för män (som reser genom eller för sina varor till marknaden) att tillbringa tid med kvinnorna och därmed riskera smittas av och sprida sexuellt överför-

bara sjukdomar. Enligt den traditionella kulturen har en kvinna i Etiopien två möjligheter att förbättra sin ekonomiska situation. Hon kan gifta sig och om hon skiljer sig, blir hälften av parets ägodelar hennes. Hennes andra alternativ är att vara singel, brygga och sälja alkoholdrycker i byn och fungera som en ”tillfällig fru” till resenärerna. Med båda dessa möjligheter kan kvinnan samla kapital och på så sätt bli inflytelserik i samhället, men i det andra alternativet riskerar hon att smittas av och sprida sexuellt överförbara sjukdomar. Många kvinnor var missnöjda med sina tunga uppgifter såsom att hämta vatten, ved och dynga och ville sträva efter att komma uppåt. Det är särskilt attraktivt för kvinnor på landsbygden att börja sälja och brygga alkoholdrycker. (Plorde 1981)

På 70-talet fanns det drygt 70 sjukhus, drygt 60 hälsocentraler och närmare 500 hälsostationer i Etiopien. Alla låg under den standard som WHO hade satt och hade dålig medicinsk utrustning och brister i personalen. (Plorde 1981)

2 PURNELLS MODELL FÖR KULTURELL KOMPETENS

Larry Purnell har studerat i USA till sjukskötare och är doktor inom administrativ hälsovårdsservice. Han har skrivit 14 böcker varav en heter *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Boken är översatt till tio olika språk. Han har också hållit presentationer på fyra kontinenter och i 15 länder. (Radcliffe health 2013)

Purnells modell har använts i tretton år inom social- och hälsovård. Modellen tillämpas av social- och hälsovårdsstudenter för att lättare förstå kulturella skillnader hos patienter. Modellen är mångdimensionell och ger en kulturspecifik förståelse. Modellen är översatt till fyra olika språk. En kulturell kompetens inom hälsovård ger medvetenhet om patientens omgivning, existens, upplevelser och tankar. Genom att ta hänsyn till dessa faktorer, kan vårdaren lättare beakta patientens mångdimensionella tillvaro och omgivning. (Purnell 2002)

2.1 Grundläggande antaganden

Det är viktigt att professionella inom hälsovård har likvärdig kunskap om olika kulturer. Vårdare behöver både allmän och specifik fakta om kulturen för att kunna bedöma vårdbehovet och för att kunna ge individanpassad vård till patienter. Vårdare kan öka sin kunskap om olika kulturer genom att observera och möta personer med olika bakgrund. För att uppnå god vård måste vårdaren reflektera över olika värden, tron och attityder. Kulturell kännedom förbättrar även vårdarens självkännedom och är en pågående utvecklingsprocess. För att hälsovården skall vara effektiv, bör detta beaktas runt om i världen. (Purnell 2002)

Kulturen påverkar starkt hur människan tolkar och upplever sin hälsa. Alla kulturer är lika värda och kulturskillnader ska tas till beaktan. Det finns centrala likheter mellan alla kulturer trots skillnader mellan varandra. I ett stabilt samhälle utvecklas kulturen långsamt. (Purnell 2002)

Om patienten deltar i sin egen vård och får vara med och bestämma, kommer hennes hälsa att förbättras. Varje individ har rätt till att bli respekterad oberoende av kulturell bakgrund. Fördomar kan minskas genom kulturell förståelse. (Purnell 2002)

2.2 Beskrivning av Purnells modell

Modellen är en föreställning av flera teorier och en undersökning baserad på samlad information från organisationer, administrationer och kommunikation. Där ingår utvecklingsteorier såsom antropologi, sociologi, psykologi, anatomi, fysiologi, biologi, ekologi, nutrition, farmakologi, religion, historia, ekonomi och politisk vetenskap samt språkvetenskap. (Purnell 2002)

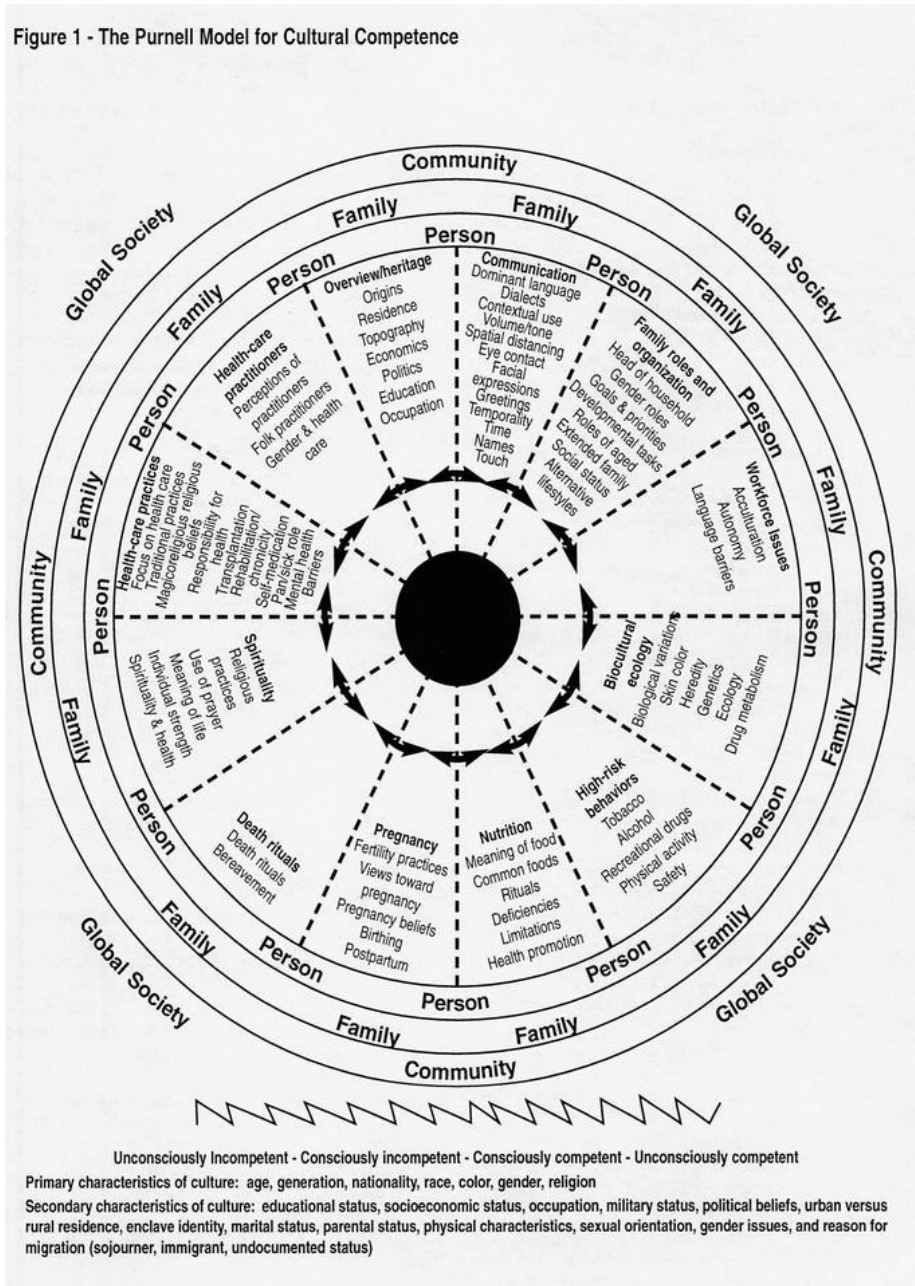
Modellen är en cirkelformad (se figur 1. på s. 16). I cirkeln går man utifrån inåt och man börjar från det världsomfattande samhället till det kommunala samhället, familjer, personen och beskrivning av personen. Det centrala innehållet i cirkeln är formad som tolv stycken sektorer eller kategorier som innehåller de olika områden inom en kultur. Om-

rådena påverkas av varandra och är därmed inte solitära. Kärnan i cirkeln är tom och representerar okunskap om kulturella grupper. Kärnan relaterar till vårdaren som är novis inom kulturer. Man ser på människan olika beroende på varifrån man kommer. I västerländska kulturen ser man på den enstaka individen, medan i andra kulturer kan personen ses som en del av en grupp eller en familj. (Purnell 2002)

2.2.1 Cirkelns tolv områden

- **Överblick/anlag:** Omfattar bland annat landets ursprung, dess politisk och ekonomi.
- **Kommunikation:** Omfattar språk, dialekter, kroppsspråk, tonläge och känslor.
- **Roller inom familjen och organisation:** Omfattar bland annat könsroller, roller inom familjen, prioriteringar och social status.
- **Arbetskraft:** Omfattar självbestämmanderätt, språkhinder, könsroller och etiska beaktanden.
- **Biologisk kultur och ekologi:** Omfattar bland annat hudfärg, etik, genetik och ämnesomsättning.
- **Högriskbeteende:** Användning av droger, alkohol och tobak. Självdestruktivt beteende och riskfullt sexuellt beteende.
- **Nutrition:** Omfattar bland annat matvanor, tabun, ritualer och betydelsen av föda.
- **Graviditet:** Omfattar bland annat fertilitet, preventivmedel, åsikter kring graviditet, behandling av postpartum.
- **Ritualer gällande döden:** Synsättet på döden inom de olika kulturerna, förberedelse inför döden och förlust av närståendes död.
- **Spiritualism:** Omfattar bland annat religion, individuell styrka och livsmening.
- **Hälsovård:** Omfattar bland annat prevention, individens ansvar för den egna hälsan, självmedicinering, åsikter av mentala ohälsan, tron på medicin, traditioner, organ donation, organtransplantation och patientens sjukdomsbild.
- **Vårdaren:** Omfattar bland annat status, kön och traditioner.

Figure 1 - The Purnell Model for Cultural Competence



Figur 1. Larry Purnells modell för kulturell kompetens 2002

2.2.2 Tillämpning av Purnells modell

Vi valde använda av oss modellen då den innefattar delområden i cirkeln som kunde hjälpa oss i vår kvalitativa innehållsanalys. Eftersom cirkeln är väldigt omfattande och har tolv olika delområden valde vi att koncentrera oss i de fyra av sektorerna som var mest relevanta i sökningen på svar till våra forskningsfrågor. Genom Purnells modell

kan vi få mer förståelse om kulturen och spridningen av HIV/AIDS i Etiopien. Vi ansåg att de fyra sektorer vi valde är mest relevanta, då dessa inverkar mest till HIV/AIDS spridningen. De fyra delområdena är:

1. **Överblick och anlag**
2. **Högriskbeteenden**
3. **Graviditet**
4. **Utförande av hälsovård**

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

I vår studie vill vi utreda vad som skett inom HIV-prevention i Etiopien under åren 2007-2013. Vi vill veta vilka metoder som används och hur dessa har förverkligats. Vilka är riskerna och hoten inom HIV-spridning och hur kan man minska dem? Vem löper den största risken att infekteras och hur kan det hindras? Var ligger problemen i dagens Etiopia gällande HIV/AIDS?

Syftet är också att klargöra vad som varit bra med dessa metoder. Genom att forska inom ämnet kan vi öka kunskapen om HIV-preventionen och fundera kring dessa metoder och deras inverkan på HIV-statistiken i Etiopien.

Frågeställning: Vad har gjorts för att bekämpa HIV-smittan i Etiopien?

4 METOD

I det här stycket beskriver vi vår datainsamlingsmetod. Vi började vårt arbete genom att ta reda på hur Etiopien med sina invånare ser ut som land. Vi sökte även fakta om den etiopiska kulturen och religionen. Sedan ville vi utvidga vår kunskap om HIV/AIDS och skriva det viktigaste om sjukdomen för att också läsaren skall få en uppfattning om sjukdomen. Därefter började vi söka artiklar och använde sökorden: HIV, AIDS, Ethiopia, ART, HIV/AIDS, mortality, prevention, counseling, PMTCT, sexually transmit-

ted infections och sexual behavior. Sökningarna begränsades först till åren 2005-2013. För att få den nyaste informationen valde vi artiklar från 2007 framåt. Vi hade som krav till en början att alla artiklar skulle vara ”Peer Reviewed”, men tyvärr lyckades det inte med databasen ”SAGE journals”, där vi tog två artiklar. Alla de artiklar vi valde ansåg vi vara relevanta för vårt arbete.

Databaser som vi använde:

- Cinahl
- Google scholar
- SAGE journals online
- Free medical journals

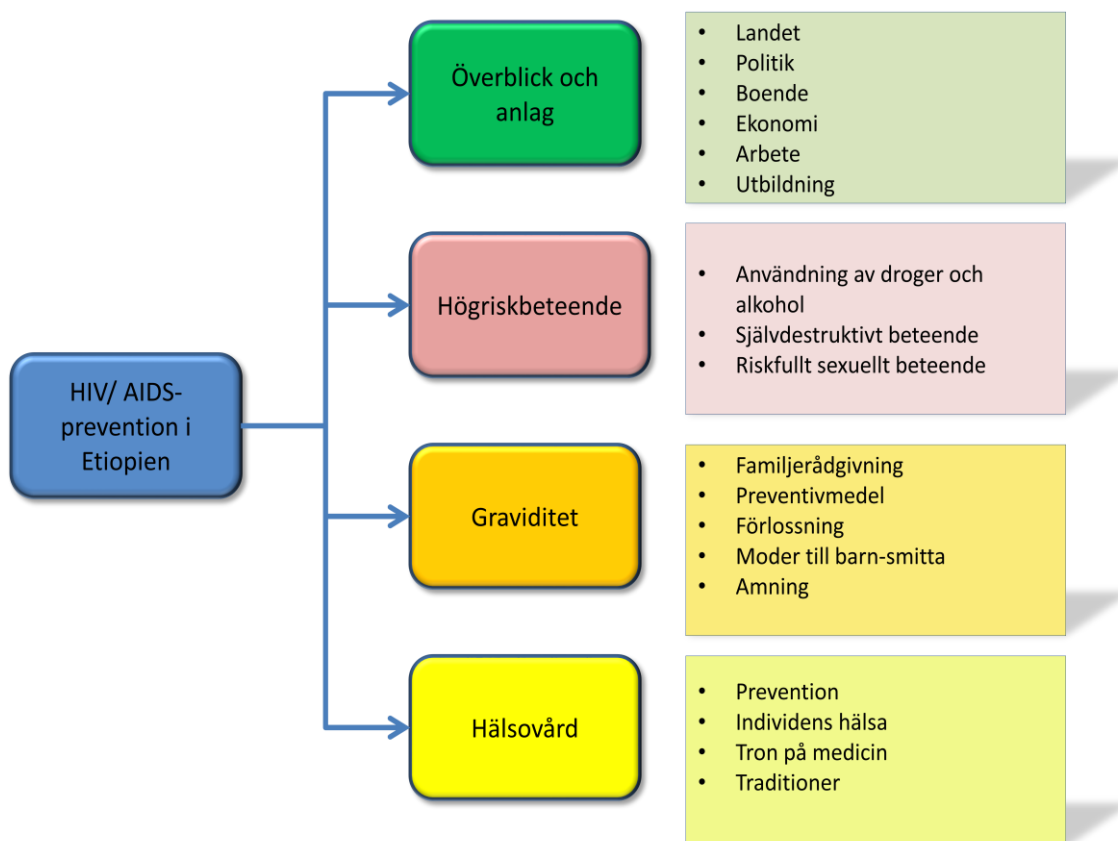
Inkluderingskriterier:

- ✓ Behandlar HIV/AIDS i Etiopien
- ✓ Svar på frågeställningen
- ✓ De nyaste artiklarna (år 2005-2013)
- ✓ Tillförlitlig databas
- ✓ Kostnadsfria artiklar

I vårt examensarbete använder vi oss av en kvalitativ forskningsmetod där vi analyserar textens innehåll. Det finns olika metoder att analysera kvalitativ data, men alla dessa metoder har liknande drag. Alla kvalitativa analyser börjar med insamling av rådata. Datan skall därefter delas in, vilket betyder att helheten skall uppdelas i enskilda element. Efter att man delat in rådatan, bör man jämföra resultaten/fakta man funnit och se vad som är likt eller olik. Då man gör en innehållsanalys vill man förenkla och berika data. (Jacobsen 2012:141 f.)

Eftersom vi utgår från Purnells modell är arbetet gjort med deduktiv ansats. Med detta menar vi att vi har dragit logiska slutsatser. Eftersom vi utgår från Purnells kategorier har vi sökt data på ett snävare sätt. Vi har inte försökt styra de data vi har forskat. Vår frågeställning om *vad har gjorts för att bekämpa HIV-smittan i Etiopien* behandlar ett brett område och eftersom vi redan vet lite om ämnet sedan tidigare, ansåg vi det lämpligast att använda kvalitativ forskningsmetod med deduktiv ansats.

Vi har tillämpat Purnells modell genom att välja fyra stycken från modellens sektorer. Dessa sektorer/delar har vi färgkodat nedan (se figur 2). Med hjälp av dessa har vi sedan tolkat innehållet i artiklarna. På basen av dessa fyra delar har vi begränsat oss vidare till de underkategorier som vi ansåg var de viktigaste. Dessa kom också fram i artiklarna vi analyserade.



Figur 2. Visualisering av datainsamlingen anpassad efter Purnells modell

Cinahl:

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "counseling" AND "HIV".

Vi valde endast år 2008-2013, Peer Reviewed och fulltext artiklar, sökningen gav oss 15 träffar varav vi valde artikeln:

- *Toward Universal Access to HIV Counseling and Testing and Antiretroviral Treatment in Ethiopia: Looking Beyond HIV Testing and ART Initiation*

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "HIV". Vi valde endast år 2008-2013, Peer Reviewed och fulltext artiklar. Sökningen gav oss 76 träffar varav vi valde artiklarna:

- *HIV and family planning service integration and voluntary HIV counseling and testing client composition in Ethiopia*
- *HIV infection and contraceptive need among female Ethiopian voluntary HIV counseling and testing clients.*

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "HIV/AIDS" AND "mortality". Vi valde endast år 2008-2013, Peer Reviewed och fulltext artiklar. Sökningen gav oss 3 träffar varav vi valde andra artikeln:

- *The economic impact of HIV/AIDS mobility and mortality on households in ADDIS ABABA, Ethiopia*

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "HIV/AIDS" AND "prevention". Vi begränsade sökningen till åren 2007-2013 och vi satt Peer Reviewed och fulltext artiklar. Sökningen gav oss 3 resultat varav vi valde första och andra artiklarna:

- *Effects of a Theory-Based audio HIV/AIDS Intervention for Illiterate rural Females in Amhara, Ethiopia*
- *Using the theory of planned behavior to understand the motivation to learn about HIV/AIDS prevention among adolescents in Tigray, Ethiopia*

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "HIV" AND "PMTCT". Vi begränsade sökningen år 2005-2013 och vi satt Peer Reviewed och fulltext artiklar, sökningen gav oss ett enda resultat:

- *Technologies of hope? Motherhood, HIV and infant feeding in eastern Africa*

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "AIDS". Vi begränsade sökningen till åren 2005-2013 och vi satt Peer Reviewed och fulltext artiklar. Sökningen gav oss 15 resultat varav vi valde den 5. Artikeln:

- *AIDS, mobility and commercial sex in Ethiopian: Implications for policy*

-Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia". Vi satt Peer Reviewed och att artiklarna skall vara i fulltext. Sökningen gav oss 141 resultat varav vi valde artikel nr 3, 20, 29 & 36:

- *Implications of adopting new WHO guidelines for antiretroviral therapy initiation in Ethiopia*
- *Peer counselors' role in supporting patients' adherence to ART in Ethiopia and Uganda*
- *Voices on adherence to ART in Ethiopia and Uganda: a matter of choice or simply not an option?*
- *Ethiopia extends health to its people*

Free medical journals.com:

Sökningen gjordes med rubriken Infectious Diseases varav vi valde tidningen: Sexually Transmitted Infections. Som sökord hade vi "Ethiopia". Sökningen gav 130 resultat varav vi valde artikel nummer 3 och 46:

- *Passive sentinel surveillance system for sexually transmitted diseases in primary healthcare sites in Ethiopia, 1991-3*
- *What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs*

SAGE journals online:

Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia" AND "HIV". Sökningen gav 222 resultat varav vi valde artiklarna:

- *Outcomes of antiretroviral treatment: A comparison Between Hospitals and Health Centers in Ethiopia*
- *Barriers to Antiretroviral Treatment in Ethiopia: A Qualitative Study*

Google Scholar:

Sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia", "ART" och "sexual behavior". Sökningen begränsades till åren 2007-2013 och gav 17.400 resultat varav vi valde artikel nr 17:

- *Is the sexual behavior of HIV patients on antiretroviral therapy safe or risky in Sub-Saharan Africa? Meta-Analysis and Meta-Regression*

Författare Titel	Källa Databas	År Land	Metod	Syfte	Resultat
Yibeltal, A. et al Toward Universal Access to Hiv Counseling and Testing and Antiretroviral Treatment in Ethiopia: Looking Beyond HIV Testing and ART Initiation	AIDS PATIENT CARE Cinahl	2010 Etiopien	Kvantitativ och kvalitativ forskningsmetod	Att finna varför inte HIV-positiva patienter inte fortsätter med sin vård	Forskningen visar att vården inte försätter på grund av känsla av friskhet, användning av traditionell medicin, transportsvårigheter, -kostnader och logistiska problem till och från vården
Tekola, F. et al The economic impact of HIV/AIDS mobility and mortality on households in Addis Ababa, Ethiopia	AIDS Care Cinahl	2008 Etiopien	Tvärsnittsstudie	Att undersöka hur hushållets ekonomiska situation skiljer sig från en AIDS patients död eller död av annan orsak	Visar att fattiga hushåll är mer benägna att uppleva en död pga AIDS mer svår. De är mer sårbara för den socioekonomiska effekten av en död. HIV-programmen bör riktas mot de fattiga.

Molla, M., et al Applicability of the theory of planned behavior to intended and self-reported condom use in a rural Ethiopian population	AIDS care Cinahl	2007 Norge	Kvantitativ forskningsmetod	Analysera ifall "theory of planned behavior" - TPB tillämpar sig för att förutsäga avsedd och rapporterad kondomanvändning med regelbunda eller tillfälliga partners på landsbygden i Etiopien.	Studien visade att TPB ger en rätt beskrivning av processens underliggande syfte, men var sämre på att redovisa om själva rapporteringen av kondomanvändningen.
Bradley, H., et al HIV infection and contraceptive need among female Ethiopian voluntary HIV counseling and testing clients	AIDS care Chinahl	2010 Etiopien	Tvärsnittsstudie	Syftet var att uppskatta den frivilliga rådgivningen och testningskvaliteten och preventivmedelsanvändning.	Nästan 34 % av de kvinnliga kunder av rådgivningen hade inte fått sitt önskade preventivmedel. Kvinnor med HIV är mer benägna att prata om preventivmedel med rådgivarna än de som är friska.

Bradley, H., et al HIV and family planning service integration and voluntary HIV counseling and testing client composition in Ethiopia	AIDS Care Chinahl	2008 Etiopien	Tvärsnittsstudie	I studien analyseras sammanslagning av familje- och HIV-rådgivning. Genom att undersöka data samlat från VCT (Voluntary Counseling and Testing) klienterna.	Genom att sammaslå dessa rådgivningar skulle HIV-screening ske också till dem som inte själv tar initiativ för att testa sig för HIV. Kvinnor under 25 år ligger mer i riskzon för att bli smittade av HIV.
Van Blerk, L. AIDS, mobility and commercial sex in Ethiopia: Implications for policy	AIDS Care Chinalh	2007 Stor Brittanen	Kvalitativ forskningsmetod	Syftet med studien är att visa vad för slags stödstrukturer bör byggas för att minska på HIV/AIDS-pandemin	Forskningen visar att prostituerade är mycket rörliga, flyttar för att locka en bredare eller annorlunda kundbas, för äventyr och för att dölja sjukdomar som kan vara förknippade med aids.
Bogale, G., et al Effects of a Theory-Based audio HIV/AIDS Intervention for Illiterate rural Females in Amhara, Ethiopia	AIDS Education and Prevention Cinahl	2011 Etiopien	Kvasiexperimentell studie	Studies syfte var att undersöka effekterna av HIV/AIDS- audio-information riktade till landsbygdens analfabetiska kvinnor	Forskningen drar slutsatsen att audio-information förebygger HIV/AIDS-insatser. Detta kan spela en viktig roll för landsbygdens analfabeter (kvinnor) i förebyggandet av HIV/AIDS.

<p>Gebreeyesus, H., et al</p> <p>Using the theory of planned behavior to understand the motivation to learn about HIV/AIDS prevention among adolescents in Tigray, Ethiopia</p>	<p>AIDS Care</p> <p>Cinahl</p>	<p>2007</p> <p>Etiopien</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetod</p>	<p>Syftet med denna studie var att få insikt i de faktorer som motiverar ungdomar att lära sig om HIV/AIDS samt att bedöma undervisningsplanens preferenser.</p>	<p>Motivation att lära sig var främst relaterad till sociala normer och var inte relaterad till självtillit för att diskutera HIV/AIDS i klassen. Att det ofta diskuteras om ovilja att diskutera sexualitet och kondomanvändning i läroplaner i Afrika söder om Sahara, tycks vara mer relaterat till befintliga negativa sociala normer än till brist på självtillit. Studenter med hög motivation att lära sig om HIV/AIDS var mer attraherade till en fristående kursdesign.</p>
<p>Blystad, A & Moland, K. M.</p> <p>Technologies of hope? Motherhood, HIV and infant feeding in eastern Africa</p>	<p>Anthropology & Medicine</p> <p>Google Scholar</p>	<p>2009</p> <p>Norge</p>	<p>Kvalitativ forskningsmetod</p>	<p>Ett stort antal HIV-positiva mödrar lever med en känd hiv-positiv diagnos utan kunskap om hur man hindrar viruset från att sprida till sin avkomma. ”Preventing Mother-to-child Transmission of HIV, s.k. PMTCT-program sattes upp för att sprida kunskap till mödrarna.</p>	<p>Inom PMTCT-programmet och bland intervjuerna kom det fram att mödrarna i programmet hade börjat uppleva starka rädslor om amning, modersmjölken och omvårdnaden av sitt barn. I programmet hade mödrarna börjat ifrågasätta sin moderliga kärlek då mjölken var kopplad till HIV och död. Programmet ansågs illa anpassat.</p>

Mahy, M., et al What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs	Sexually transmitted infections Free medical journals	2010 Schweiz	Kvantativ forskningsmetod	Värdera reduktionen av nya HIV-infektioner hos barn härledda av prevention enligt MTCT (PMTCT) över det senaste årtiondet och för att planlägga den potentiella inverkan av förverkligande det nya WHO, PMTCT-riktlinjer mellan 2010-2015 samt överväga vilka insatser fodras att i praktiken avlägsna MTCT.	Mellan 2000 och 2009 minskade det årliga antalet av nya HIV-infektioner hos barn med 24 % i de 25 länder som var med i undersökningen . I fall dessa länder genomför WHO PMTCT riktlinjer mellan 2010 -2015 och sörjer för mer effektiv ARV-profylax eller -behandling upp till 90 % av HIV-positiva gravida kvinnor, kommer en miljon nya HIV-infektioner hos barn förhindras tills år 2015.
Konings,E., et al Implications of adopting new WHO guidelines for antiretroviral therapy initiation in Ethiopia	Bull World Health Organ Cinahl	2012 Etiopien	Tvärsnittsstudie	Att bedöma konsekvenserna av genomförandet av WHO's riktlinjer 2010 för ART-initiering hos vuxna och ungdomar med HIV infektion.	Nya riktlinjer för WHO skulle öka det totala antalet patienter med ART i de 19 vårdcentralerna i Etiopien med ca 30 % från 3.583 till 4.640.
Gusdal, A. K., et al Peer counselors' role in supporting patients' adherence to ART in Ethiopia and Uganda	AIDS Care Cinahl	2011 Etiopien	Kvalitativ semi-strukturead Intervjuvstudie	Syfte var att undersöka rådgivares arbete och deras roll för att stödja patienterna att hålla sig fast till antiretroviral behandling (ART) i resursfattiga områden i Etiopien och Uganda.	Rådgivarna gav patienterna möjlighet att prata med någon som också levde med HIVoch som hade en positiv och livsbejakande attityd gentemot sin situation.

Gusdal, A.K., et al Voices on adherence to ART in Ethiopia and Uganda: a matter of choice or simply not an option?	AIDS Care Cinahl	2009 Etiopien	Kvalitativ intervju studie	Denna uppsats undersöker det hur HIV-patienter håller sig fast till antiretroviral behandling (ART) i de resursbegränsade sammanhangen i Uganda och Etiopien, där ART tillhandahålls kostnadsfritt.	Två huvudteman kom fram: 1. Patienter kämpar med sina grundläggande behov med att betala ART-relaterade kostnader och hur de upplever brist i stödsystemet. 2. Patienter känner ett personligt ansvar att hålla sig fast vid behandlingen och hur de har men resurserna hindrar försök att tillhandahålla hög kvalitet av handledning i ART-anordningarna
Balcha, T.T. & Jeppsson, A. Outcomes of antiretroviral treatment: A comparison Between Hospitals and Health Centers in Ethiopia	Journal of the International Association of Physicians in Aids Care SAGE journals	2010 Sverige	Tvärsnittsstudie	Syfte med studien var att analysera skillnaden på utfallet av ART mellan sjukhus och hälsocentraler	I resultatet konstaterar man från september 2006 till februari 2007 att det fanns 1.709 HIV-positiva patienter som påbörjat ART-behandlingen på två sjukhus och tre hälsocentraler i Oromia, Etiopien. Av dessa patienter 1.044 (61 %) levde fortfarande och ingick behandlingen efter en 24 månaders check-up.

Balcha, T. T., et al Barriers to Antiretroviral Treatment in Ethiopia: A Qualitative Study	Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care SAGE journals	2011 Etiopien	Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer	Syfte med studien var att beskriva de viktigaste orsakerna till varför patienterna gav upp ART-behandlingen på sjukhus och hälsocentraler i Oromia, Etiopien.	Ekonomi, transport, näring mm orsaken varför patienterna gav upp med ART
Berhan, A. & Berhan, Y. Is the sexual behavior of HIV patients on antiretroviral therapy safe or risky in Sub-Saharan Africa? Meta-Analysis and Meta-Regression	AIDS Care Google Scholar	2012 Stor Brittanien	Tvärsnittsstudie	Syfte var att studera ART-naiva och ART-erfarna deltagare genom att använda longitudinella studier som undersökt beteendet hos samma personer före och efter ART-start	I allmänhet visade denna studie en betydande minskning av riskfyllt sexuellt beteende bland människor med ART i Afrika söder om Sahara.

Tabell 1. Tabell över artiklarna

5 ETISKA REFLEKTIONER

Etik inom forskning hör till alla skeden inom vetenskapligt arbete. Vetenskapliga forskningar bör göras enligt etiska riktlinjer och enligt en strikt vetenskaplig metod. Det krävs skolning för uppgiften och förmåga att göra etiska eftertänkta beslut/skrifter. Under hela forskningsprocessen bör man göra etiska övervägande för att nå goda forskningsresultat. (Eriksson 1992)

Vårdaren har ansvar för att främja hälsa och förbygga sjukdom. Vårdaren bör söka ny kunskap dels om det är något hon inte förstår, dels för egen utveckling. Vårdaren bör då ta ansvar att forska inom området. Den kunskap som erhålls genom forskning bör komma till användning av så många människor som möjligt. (Eriksson 1992)

” Att inte söka kunskap, att inte forska är oetiskt i situationer där man står inför uppenbara problem, olösta frågor eller någonting som man inte förstår.” (Eriksson 1992)

Vårt arbete följer god vetenskaplig praxis och vi har arbetat på ett forskningsetiskt sätt under hela processen. Vi har varit ärliga och noggranna för att få ett rimligt resultat. Studien har planerats omsorgsfullt. Materialet vi har använt oss av har studerats med varsamhet och ur ett etiskt perspektiv.

6 RESULTAT

6.1 Överblick och anlag

Denna del omfattar bland annat det hur landet ser ut och var i landet man bor, dess politik och ekonomi, arbete samt utbildning. I stycket behandlas på så sätt hälsovårdssystemet, rådgivning och ART, antiretroviral behandling, framför allt i förhållande till ekonomin, vilket kom fram i artiklarna som vi har analyserat.

Eftersom det finns endast lite utbildad arbetskraft och få anläggningar, kan man genom att sammanslå olika hälsovårdsservice erbjuda vård med lägre kostnader. Etiopien är ett land med bristande resurser inom hälsovårdsservice. Dessutom bor 85 % av befolkningen på landsbygden. Förutom hälsovården, som staten står för, finns det frivilliga rådgivningar. Frivillig HIV-rådgivning och -testning har ökat snabbt inom landet som en kamp mot HIV-epidemin. Den frivilliga HIV-rådgivningen och -testningen är den centrala beståndsdel, när det gäller HIV-prevention och är en port till HIV-vård och -behandling. (Bradley, et al. 2010)

Det mest aktuella inom HIV-vården är ART. Detta kommer fram i flera artiklar som vi har analyserat. Introduktionen av ART har räddat miljoner människor runt omkring i världen ända sen den lanserades år 1996. I södra Sahara lanserades ART 2002. Detta bidrog till minskning i dödsfall med 19 % bland de HIV-infekterade mellan år 2004-2012. (Berhan 2012). En livslång ART har därmed markant ökat livslängden och omvandlat HIV från en terminal infektion till en kronisk sjukdom. (Gusdal 2011)

World Health Organization (WHO) lanserade ett mål om att behandla 3 miljoner HIV-patienter före 2005. Initiativet togs år 2003 och ledde till ett hastigt stigande i ART-program. Personer som behandlades med ART steg från 25 % till 67 % fram till 2005. (Gusdal 2009)

Beslut gällande ART fodrar forskning både från en hälsovårdssynvinkel och från det individuella perspektivet. En sådan forskning redovisas i artikeln "Voice on adherence to ART in Ethiopia and Uganda: a matter of choice or simply not an option?" Forskarna kommer fram i studien att det finns två huvudteman. Den första visar hur patienter kämpar med sina grundläggande behov med att betala ART-relaterade kostnader och hur de upplever brist i stödsystemet. I den andra visar man hur patienter har kämpat och känner ett personligt ansvar att hålla sig fast vid behandlingen och hur de har förtroende i ARV samt hur de bristande resurserna hindrar försök att tillhandahålla hög kvalitet av handledning i ART-anordningarna. (Gusdal 2009)

Största orsaken till att patienterna slutade med ART-behandlingen var svårigheter att möta grundläggande behov. De tvingades välja mellan livsräddande ART eller pengar

till mat. ART var gratis i båda länderna, men eftersom transportererna var dyra är det viktigt att ge patienterna mera läkemedel med sig för en längre period. Bättre laboratorieutrustning skulle också minska antalet besök. (Gusdal 2009)

Studier gjorda i Afrika och Asien hävdar att HIV/AIDS morbiditet och mortalitet orsakar förlust av produktiv arbetstid och lägre inkomster. Fattiga hushåll kommer med större sannolikhet att uppleva dödsfall orsakad av AIDS och är därmed mer utsatta för socioekonomiska påverkan. På grund av detta är det viktigt att inrikta HIV-reducerande program till fattiga hushåll. (Tekola, et al. 2008)

Patienternas undergivenhet, hjälplöshet, förlust av sociala självständighet och känslan av att inte ha något alternativ var ofta anslutna till deras oförmåga att arbeta eller på annat sätt oförmåga att försörja sina behov. Dessa svårigheter orsakade att patienterna avstod från ART även om de hade viljan och förstod konsekvenserna av avståendet. (Tekola et al. 2008)

I en intervju från 2009 med hälsoministern i Etiopien berättar han hur man lyckats öka tillgången av HIV/AIDS-vård från 1 % till 50 % på bara tre år. Hälsoministern nämner bland annat att deras taktik, som baserar sig på kommunala hälsovårdsarbetare, har bidragit till goda resultat. Han påpekar också att 150.000 personer behandlas med ART jämfört med 1.000 personer år 2005. Studier visar också att allt fler personer är medvetna om HIV/AIDS. Till sist nämner hälsoministern att genom ett ändrat beteende och användning av rådgivningarnas service, sker det också en minskning av HIV/AIDS. (WHO 2009)

Från resultaten av artiklarna kan vi se att det vore väldigt viktigt att koncentrera HIV-vård och -rådgivning till de fattiga. Effekterna av HIV/AIDS är olika för de fattiga och de rika och de fattiga drabbas hårdare på grund av de ovan nämnda orsakerna.

Kampen mot AIDS har underlättats tack vare ART. Genom att utveckla landets hälsovårdspolitik kan man bekämpa sjukdomen och minska infektioner. Genom rådgivning kan man öka medvetandet om HIV och på sätt påverka människornas beteende.

6.2 Högriskbeteenden

I denna del ingår användning av droger och alkohol samt annat självdestruktivt och riskfullt sexuellt beteende. I denna del koncentrerar vi oss på att analysera närmast prostitution som tydligast kommit fram i de artiklarna vi har undersökt.

I Etiopien sker de flesta HIV-smittorna genom oskyddat sexuellt umgänge mellan heterosexuella ungdomar. Unga kvinnor är mera utsatta för att bli smittade av HIV-infektion än män. (Bogale 2010) Det har framkommit en positiv korrelation till ett tidigt äktenskap, en hög åldersskillnad och HIV-infektion i vissa delar av söder om Sahara. Risken för HIV-infektion ökar också för kvinnor som varit gifta och därpå blir änkor, frånskilda eller övergivna. (Natoli et al. 2008)

Prostitution ökar spridningen av HIV som det konkret redovisas i artikeln ”AIDS, mobility and commercial sex in Ethiopia: Implications for policy”. En kvinna berättar att hon måste flytta för att kunna dölja sin HIV-status. Prostituerade kvinnor flyttar på sig för att de är sjuka. Om det framkommer att kvinnan är smittad av en sexuellt överförbar sjukdom eller är HIV-positiv tvingas hon att byta ort för att få nya kunder. Detta illustrerar också att kvinnor utsätter sina kunder för en risk. (Van Blerk 2007)

Forskningen fastställer även att de prostituerades mobilitet är viktig att beakta i AIDS-politiken. Vandrande kvinnor i södra Afrika kommer mer sannolikt att anta riskfullt sexuellt beteende, använda färre kondomer och har därmed högre risk att smittas av HIV. Det framkommer i artikeln att det inte skrämmer de prostituerade att avstå från kondomanvändning, eftersom de redan är smittade. Det är också förväntat att kondomanvändning är avvikande hos människor som lever i annorlunda socio-kulturella omgivningar. (Molla et al. 2007) De prostituerade ger lätt efter och låter bli att använda kondom, ifall kunden så önskar, särskilt ifall kunden betalar mer för akten. (Van Blerk 2007) Sammanräknat konstaterade de flesta prostituerade, som intervjuades i artikeln, att sannolikheten att de skulle använda kondom även vid samlag med sin pojkvän var liten. (Van Blerk 2007)

I studien "Is the sexual Behavior of HIV Patients on Antiretroviral therapy safe or risky in Sub-Saharan Africa? Meta-Analysis and Meta-Regression" överväger man ifall HIV-patienter som är med i ART har säkert eller riskfullt sexuellt beteende. Då patienterna får ART, stiger deras välmående och hälsa. Därmed återfår de sina sexuella begär. Rapporterna som är gjorda inom ämnet är inte överensstämmande. Sexstudier, afrikanska och icke-afrikanska, har påvisat att patienter med ART har med större sannolikhet oskyddat sex. Sedan finns det tvärsnittsstudier och långtidsstudier som påvisar att det riskfulla sexuella beteendet har minskat efter ART.

En studie utfördes genom att jämföra det sexuella beteendet hos patienter som behandlas med ART och hos personer med HIV-infektion som inte behandlas med ART. Studien kom inte fram till ett klart svar. Det skedde ingen märkbar statistisk minskning av oskyddat sex bland personer som är på ART i välfärdsländer, men i utvecklingsländer, såsom i länder i öster om Afrika, minskade det riskfulla sexuella beteendet. En av bakomliggande orsakerna kan vara att ART dramatiskt ökade deras hälsa och välmående och gav ett hopp om ett långt liv. En annan kan vara patienternas tidigare upplevelser av lidandet samt den rådgivning om att inte utsätta sig själv eller andra inför samma risk för infektion. Den positiva reaktionen bland ART-patienterna i östra Afrika är en följd av goda möjligheter att besöka kliniker, vilka försörjer patienterna med ny kunskap om HIV och ART. En studie gjord i sex olika HIV-kliniker har visat att god "ART-lojalitet" medför ett minskat riskfullt sexuellt beteende. (Berhan et al. 2012)

I början visade sig sjukdomen mest i städerna, men nu har HIV blivit allmänt spridd. UNAIDS (2005) rapporterar att även om Etiopiens HIV-förekomst är lägre jämfört med Sydafrika, sker det nu en hastig spridning till landsbygden där största delen av befolkningen bor. (Van Blerk 2007) HIV-smittan överförs via män som bor på landsbygden, till exempel bönder, affärsmän och studerande, som har samlag med prostituerade i städerna. (Bogale 2010)

Genom att lokalisera ART-behandlingen till hälsocentraler på mindre orter, har också diskriminering minskat. Detta kan bero på att människor är nu mera familjära med sjukdomen och behandlingen då det sker på hemorten. Däremot visade alkohol- och khat-användning ha en klar negativ inverkan på ART. Personer som använder droger eller

alkohol kan inte ta medicinerna. Av denna orsak kunde personer med missbrukarproblemm avstå vården. (Balcha et al. 2011)

6.3 Graviditet

I denna del behandlar vi viktiga aspekter inom familje- och HIV-rådgivning samt moder till barn-smittan.

Genom att erbjuda familjerådgivning till klienter som testat sig för HIV och personer som har HIV/AIDS kan man möjligen också minska HIV-epidemin. (Bradley et al. 2010) Detta är en av flera orsaker varför det skulle vara bra att förena familjerådgivning och HIV-rådgivning. Genom föreningen kan man också minska moder till barn-smittan. (Bradley et al. 2010) På rådgivningen upplyser man även de smittade att använda preventivmedel och annars undvika riskfullt sexuellt beteende. (Bradley et al. 2010)

I artikeln "What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs" beskrivs det hur UNAIDS och andra parter strävar till att minska moder till barn-smittan. Deras mål är att under år 2009-2015 att minska smittan till mindre än 5 %. (Mahy et al. 2010)

Enligt UNAIDS studie år 2004 var nästan hälften av det HIV-smittade i fertil ålder. (Bradley et al. 2008) För att förhindra moder till barn-smittan föreslog FN ett omfattande fyra punkters angrepp: 1) HIV-prevention bland kvinnor i fertil ålder 2) Att förhindra graviditeter bland HIV-smittade kvinnor 3) Att förhindra HIV-smittan från moder till barn 4) Att försörja lämplig behandling, vård och stöd till mödrar med HIV och deras barn samt familj. Alla punkterna är viktiga för att nå det gemensamma målet att minska HIV-smittan bland barn. (Bradley et al. 2008)

I länder där amning är vanligt och mödrarna inte har ARV är risken att modern överför HIV till barnet i överlag 20-45 % och 15-25 % att smittan sker under förlossning samt 5-20 % att detta sker under amning. (Bradley et al. 2008)

I utvecklingsländer där är alla de fyra punkterna väl genomförda, försörjs gravida HIV-positiva kvinnor med det mest effektiva ARV. Amningen är begränsad och tack vare detta har mängden av moder till barn-infektioner minskat till 2 %. (Mahy et al. 2010)

Effektiv prevention av moder till barn-smittan kräver en omfattande metod som kombinerar olika sätt att ingripa. Goda framsteg har gjorts genom att försörja HIV-smittade gravida kvinnor med ARV. Kvinnorna har fått vård och stöd. Däremot har det varit en större utmaning att minska nya HIV-smittor bland fertila kvinnor och minska oönskade graviditeter bland kvinnor som redan är smittade av HIV. (Mahy et al. 2010)

6.4 Hälsovård

I denna del behandlas bl a prevention, individens ansvar för den egna hälsan, självmedicinering, åsikter om den mentala ohälsan, tron på medicin, traditioner och patientens sjukdomsbild.

Det är bevisat att spridningen av AIDS till folkgrupperna på landsbygden kan sammankopplas med det höga antalet oskyddade samlag utanför äktenskap. (Molla et al. 2007) Det första samlaget sker i allt yngre ålder och följderna av det är sjuklighet och dödlighet vid abort eller HIV/AIDS. Undervisning kunde vara ett effektivt sätt att minska HIV/AIDS-epidemin samt smittan av andra sexuellt överförbara sjukdomar. (Molla et al. 2007) I Etiopien finns det tyvärr många tabubelagda åsikter kring sexualitet och sexualundervisningen i skolorna existerar knappt. (Molla et al. 2007)

I studien *"Applicability of the theory of planned behavior to intended and self-reported condom use in rural Ethiopia"* framkommer det att män hade mer positiv inställning till kondom än kvinnor, kände mer normativ påverkan, upplevde känsla av kontroll samt hade större erfarenhet av att använda kondom. (Molla et al. 2007) Det är viktigt att informationen om sexuell och reproduktiv hälsa riktas till både män och kvinnor i alla åldrar för att skapa en stödjande miljö till förbättring. (Natoli et al. 2008)

Den grundläggande delen av arbetet för HIV/AIDS-vård och behandling är frivillig rådgivning och testning. Rådgivningsarbete är också viktigt för att minska spridning av viruset genom information om riskfullt sexuellt beteende. (Bradley et al.2008)

ART-behandling har ökat livskvaliteten och -längden samt förvandlat HIV från en terminal infektion till en kronisk sjukdom. Utmaningen av hälsovården var att stärka tillgängligheten till ART-behandling. På grund av brist på hälsovårdspersonal har man utvecklat ett sätt att närma sig personer med HIV och informera om ART. Patienter dvs. ”People living with HIV” (PLWH), som redan genomgår ART-behandling, agerar som rådgivare och kan därmed framstå som förebilder till personer som inte ännu påbörjat behandlingen. (Gustal 2011) Frivilliga PLWH-rådgivare ger patienterna en möjlighet att individuellt diskutera med personer som också lever med HIV. Rådgivarna har en positiv och livsbejakande attityd på sin egen situation och är villiga att dela med sig sin personliga berättelse om hopp:

“We serve as a bridge between the ART clinic and patients. We transfer the feelings and options of patients to the ART clinic. Many people could not accept that they are HIV-positive. By sharing what we have, we try to change their attitude.”(Gustal 2011)

“If we are confident and disclose our HIV-status people will respect us. If we are shy to tell people, they will think we have a plan to infect others. In this case therefore they will stigmatize and discriminate us. If we are open, our community will support us.” (Gustal 2011)

En utmaning var vården var lokaliserad till städerna, då rådgivning och hjälp behövdes på landsbygden var de minsta insatserna fanns. Genom att utöka tillgången till HIV-rådgivning, -testning och antiretroviral behandling, ART har man minskat sjukligheten och dödligheten hos personer som lever med HIV/AIDS. Antalet människor som kom för att testas har ökat med tio gånger tre år efter att rådgivningarna påbörjats. (Gustal 2011)

Endast 61 % av de som var HIV-positiva fortsatte med vården efter det hade blivit testade. Forskningar påvisar att vården inte fortsattes på grund av känsla av friskhet, traditionell medicin, transportkostnader eller dålig logistik till och från vården. Trots den snabba ökningen av HIV-rådgivning, -testning och antiretroviral behandling är detta inte tillräckligt. Strategierna bör utvecklas och genomföras för att förbättra sammanhållningen och fortblivningen av vården. (Yibeltal et al. 2010)

Enlig UNAIDS-rapport från år 2008 ligger epicentrum av epidemin i Afrika söder om Sahara. Där bor 68 % av alla HIV-positiva människor. (Blacha & Jeppsson 2010)

Preventionen av HIV/AIDS är utmanande i Etiopien på grund av brister i hälsovårdssystemet och i de mänskliga resurserna. Ett långsiktigt hållbart system bör åtgärdas. Enligt resultat har ART likadan inverkan i både industri- och utvecklingsländer. Problemet ligger inte i läkemedlets effekt. I utvecklingsländerna ligger problemet bland annat i hälsovårdssystemet och dess effektivitet. (Yibeltal et al. 2010)

Tack vare ART har det skett en märkbar förbättring och därmed ökad överlevnad för ”patienter som lever med HIV” (PLHIV). Flera studier hävdar att ART dramatiskt ökar immunologiskt försvar mot AIDS-relaterade sjukdomar. (Blacha & Jeppsson 2010)

År 2005 fanns det 242.500 människor i Etiopien som var i behov av ART. 40 % av dem levde på landsbygden med begränsad tillgång till hälsovård. Samma år dog det 134.500 personer på grund av HIV. Samma år lanserades kostnadsfri ART-behandling och slutligen skedde en gradvis utökning av vård och behandling på sjukhusen. Trots detta kunde inte alla PLHIV delta i vården på grund av de långa distanserna till sjukhusen. Att begränsa vården till sjukhusen påverkade också negativt. Det är bevisat att lokalisering av ART ökar kvaliteten av den allmänna hälsovården. Det positiva med lokaliseringen är förbättring av mänskliga resurser, utvecklingen av infrastruktur, inköpsledarskap, diagnostik, övervakning och utvärdering. År 2006 tog Federala HIV/AIDS-prevention och kontrollbyrån första steget mot samarbetet med de inhemska och internationella aktieägare för att lokalisera ART från sjukhusen till hälsovårdscentralerna som ligger på landsbygden. (Blacha & Jeppsson 2010)

I artikeln "Outcomes of antiretroviral treatment: A comparison Between Hospitals and Health Centers in Ethiopia" vill forskaren utreda skillnaden av ART mellan sjukhus och vårdcentralerna. I forskningen från september 2006 till februari 2007 fanns det 1.709 HIV-positiva patienter som påbörjat ART-behandlingen på två sjukhus och tre hälsocentraler i Oromia, Etiopien. Av dessa patienter 1.044 (61 %) levde fortfarande och ingick i behandlingen efter en 24 månaders check-up. I de två sjukhusena fanns det 1.457 (85 %) patienter jämfört med 252 (15 %) patienter i de tre hälsocentralerna. Studien förevisar att 835 (57 %) av patienterna på sjukhus var vid liv och pågick behandling efter 24 månaders check-up medan 209 (83 %) patienter på hälsocentralerna hade fortsatt ART-behandlingen. Det här visar att ett större antal patienter oftare slutade behandlingen på sjukhusen än patienterna på hälsocentralerna. I resultat kommer det fram också att 79 % av patienterna på hälsocentralerna och 72 % på sjukhusen kliniskt och immunologiskt mådde bättre. (Blacha & Jeppsson 2010)

Etiopien har gjort stora framsteg genom att öka tillången av vård och behandling av HIV-patienterna. I december 2008 vårdades redan 175.612 HIV-positiva personer i Etiopien på 93 sjukhus och 274 hälsocentraler. (Blacha & Jeppsson 2010)

År 2005 påbörjades ett avgiftsfritt ART-program i Etiopien med följden att ART spred sig inom landet och har funnits nu på både hälsovårdscentraler och sjukhus sedan år 2006. Antalet personer som testade sig för HIV ökade mer än tiotals gånger från att ha varit drygt 400.000 år 2005 till 4,5 miljoner år 2008. Antalet hälsovårdsanstalter som erbjuder ART ökade från 3 anstalter till 353 anstalter på samma tid. Orsaker, som påverkar negativt och får patienter avstå från att HIV-testa sig och påbörja ART på hälsovårdsanstalterna, var bl a bristfällig rådgivning efter testandet, rädslan för stigma, känsla av ohälsa, traditionella mediciner, rädslan för biverkningar av medicinerna, avstånden till vårdanstalterna och brist på förtroende för vården samt brist på stöd. Personer som arbetade inom hälsovårdsanstalterna betonar vikten av att ha rådgivning efter HIV-testningen. I Etiopien förblir 65 % av patienterna med i programmet efter 2 år. (Yibelta et al. 2010)

Flera studier påvisar att HIV-prevention i läroplaner på skolor och universitet kan minska förekomst av riskfullt sexuellt beteende bland ungdomar i Afrikanska länder söder om Sahara. För att undervisningen skall vara effektiv kräver det att man utreder ungdomarnas motivation och behov av undervisning. (Gebreeyesus et al. 2007)

Studenterna är sårbara för HIV-infektion på grund av att oskyddat sex är vanligt bland studerande. Verksamma utbildande ingrepp behövs för att förbättra säkert sexuellt beteende hos studerande. Oftast är undervisningen om sexualitet och kondomanvändning omtvistade och studerandena är därmed ovilliga att delta. I studien "Using the theory of planned behavior to understand the motivation to learn about HIV/AIDS prevention among adolescents in Tigary, Ethiopia" kommer det fram till att studerande hade en positiv inställning om HIV/AIDS-undervisning som en del av läroplanen, 77 % av 89 studerandena ville delta i kurser som lär om HIV/AIDS. (Gebreeyesus et al. 2007)

Insatser för att hjälpa prostituerade att avgå sexindustrin har gjorts av icke statliga organisationer som bjuder på hälsovård till kvinnorna. Organisationerna har förverkligat program där prostituerade kan lära sig färdigheter för att kunna lämna sexindustrin. Andra grupper som arbetar med prostituerade har bildat drop-in center som erbjuder ut-

bildning, rekreation, duschar, handledning, preventiv och läkande hälsovård. (Van Blerk 2007)

En frivillig organisation har bildat ett program där man introducerar kondomer för kvinnor för att ge prostituerade möjligheten till större självkontroll vid samlag med kunder. Dessa olika serviser finns oftast i de kommuner där prostitutionen är starkt framträdande. (Van Blerk 2007)

Även om förekomsten av HIV är bred i Etiopien har man kunnat minska AIDS- förekomsten och mortaliteten under de senaste åren. Detta resultat har man kopplat ihop med ART. Då man introducerade ART-medicinen, gav det bättre syn på hälsa och en längre prognos åt många människor som lever med HIV. I artikeln ”Barriers to Antiretroviral Treatment in Ethiopia: A Qualitative Study” söker forskarna svar på frågan som var ligger de största orsakerna till att patienterna gav upp ART-vården? De gjorde en kvalitativ studie som innehöll semistrukturerade intervjuer med personerna som försörjde patienter med ART och gruppdiskussioner tillsammans med patienterna. Genom att analysera data, som de fick från intervjuerna och gruppdiskussionerna, fick de fram mycket viktig fakta. Tre huvudkategorier kom upp från den kvalitativa analysen: ARV-medicinering som ”långsiktigt stöd under behandlingen”, kostnadsfri ART som ”dyrt”, regelbunden uppföljning som ”stöd vid en eventuell kris”. Under dessa huvudkategorier kommer ännu fram hur patienterna upplever ART-behandlingen. De flesta såg ART som livsviktigt och något som ökade livskvalitet och prognos. De upplevde att ART förbättrade möjligheterna att leva ett bättre liv och det minskade mortaliteten i samhället. (Balcha, et al. 2011)

“Everyday, there used to be a funeral ceremony. Nobody tells you that a person died of AIDS. But, you know, AIDS was pruning our community. It was appalling! With treatment, all that has changed. Although AIDS is incurable, the treatment has supported our lives for a long time. I have never even experienced the unpleasant effects my nurse told me about. And I am living. And this motivates me to keep on treatment.” (Balcha et al. 2011)

Intervjuerna avslöjade också att personer som nyligen fått diagnosen HIV reagerade olika och vissa kunde uppleva stark hopplöshet och ilska. I värsta fall kunde de HIV-infekterade sprida sjukdomen vidare till andra avsiktligt. ART-vårdare berättade att krisen upphörde då dessa personer fick psykosocial rådgivning och information om ART. Något som också kommer fram är att patienter kan agera som handledare och vara stöd till varandra. Genom att dela med sig av erfarenheter och information kunde de stödja varandra och på sätt hålla sig kvar i programmet.

Även dock ARV var kostnadsfri, upplevde patienterna att det var dyrt att delta i ART. Detta berodde på att de hamnade på att betala vissa laboratorieprov själv. Även läkemedel för HIV-följsjukdomar fick de stå för själva. Färderna till och från undersökningar och vården var dyra. Patienterna upplevde också att efter att de påbörjat ARV behövde de mer näringsrik föda som kostade mera än den maten de tidigare har ätit. (Balcha et al. 2011)

Enligt HIV/AIDS-prevention och kontrollbyrån (2006), söker kvinnorna i Etiopien behandling från traditionell helare och köper läkemedel från apotek och affärerna. Enligt statistiken är ca 78 % av etiopiens kvinnor okunniga att läsa och skriva. I studien *Effects of a Theory-Based audio HIV/AIDS Intervention for Illiterate rural Females in Amhara, Ethiopia* kommer de fram till att genom ljud medling kan man nå analafabetiska kvinnor och ge information om HIV prevention. Detta är viktigt att beakta med bekämpningen mot Hiv. (Bogale 2011)

7 DISKUSSION

Genom de redovisade resultaten från artiklarna har svaret på frågeställningen om *vad har gjorts för att bekämpa HIV-smittan i Etiopien* vuxit fram. I artiklarna som vi har studerat kommer det fram att HIV/AIDS-vården har utvecklats i snabb takt på många olika sätt med effekten att spridningen har minskat i lika snabb takt inom landet. Däremot kommer också fram i många artiklar att fattigdom och spridning från urbana områ-

den till landsbygden ökar hela tiden. Det är något som man bör snabbt reagera på och inrikta den förebyggande hälsovården till dessa områden var fattiga bor. Genom ART har den största ändringen skett inom preventionen och vården av HIV/AIDS. ART har inte endast en medicinsk påverkan utan ändrar människornas sätt att tänka och deras sexuella beteendet. I utvecklingsländer ökar det ansvarfullt sexuellt beteende.

Då de finns många analfabetiska kvinnor i Etiopien, har man kunnat nå dessa kvinnor med hjälp av audio media som ger information om HIV-prevention. Forskningen drar slutsatsen att audioinformation förebygger HIV/AIDS-insatser. Detta kan spela en viktig roll för förebyggandet av HIV/AIDS.

Många artiklar påpekade att preventionen av HIV/AIDS är en utmaning i Etiopien på grund av brister i hälsovårdssystemet och i de mänskliga resurserna. Forskning visar varför vården inte pågick med ART, var på grund av känsla av friskhet, användning av traditionell medicin, transportkostnader och de dåliga transportförbindelser till och från vården. Det kom fram att ett långsiktigt hållbart system bör utvecklas. Detta är något man kan forska vidare på hur detta skulle kunna ske praktiskt.

Befolkningen som bor på landsbygden och de fattiga bör beaktas, eftersom resurserna där är snävare. Även fast ART är gratis finns det kostnader relaterade till behandlingen och på grund av detta avslutar många behandlingen. 40 % av Etiopiens befolkning, som är HIV-smittade, bor på landsbygden. Det bör finnas ett sätt att göra vården tillgänglig för alla oberoende var i landet de befinner sig och att möjligtvis ge mediciner för en längre period. Bättre laboratorieutrustning skulle kunna minska på antalet besök till vårdanstalten.

Orsaker som påverka negativt patienter från att HIV-testa sig och påbörja ART på hälsovårdsanstalterna var bland annat: bristfällig rådgivning efter testandet, rädsla för stigma, känsla av ohälsa, användning av traditionella mediciner, rädsla av biverkningar av medicinering, avstånden till vårdanstalterna, brist på förtroende för vården, brist på stöd. Rädsla av stigma kom fram i många av artiklarna vi analyserade och därför vore det bra att förbättra omständigheterna för och synen på de HIV-smittade. Negativa attityder och mobbning borde elimineras för att HIV-smittade skall våga komma fram med

sitt tillstånd. Problematiken ligger på många plan, men Etiopien håller på med många bra projekt på att nå folket som behöver hjälp, till exempel frivilliga rådgivare och sexualundervisning i skolorna så att det kan ske en vidare utveckling i kampen mot HIV-epidemin. Ungdomarna är motiverade till att studera reproduktiv hälsa, men det borde studeras mera på vilket sätt man skulle utföra undervisningen för att nå ungdomarna mest effektivt.

Det finns mycket att jobba med när de gäller HIV/AIDS-prevention i Etiopien. Då vi studerat ämnet ser vi ändå att Etiopien håller på att utvecklas inom den här frågan. Utveckling och stöd till rådgivare är avgörande för framtida ART-program och mer forskning behövs för att ytterligare undersöka faktorer som är viktiga för att upprätthålla och stärka det arbete som rådgivare gör för att minska på HIV-epidemin.

Istället för att ta sig till en läkare, går många etiopier till en andlig helare eller till en som utövar traditionell medicin. Är detta kanske en av orsakerna varför hälsovården är outvecklad i Etiopien? Något som skulle vara bra att forska vidare inom ämnet är könsrollerna i Etiopien och kulturens och religionens inverkan på HIV-smittan och spridning. Det skulle vara viktigt att utreda hur man kan respektfullt nå människorna i Etiopien och få dem att lita på ART. Kvinnornas ställning är bristande i Etiopien och detta bör beaktas. Inom landet sker skönstympling på flickor och risken för kvinnor att bli smittade är redan till en början större. Genom könsstympling ökar man risken ännu mer. Forskning inom kvinnors ställning och HIV skulle ge mera verktyg mot kampen av viruset. Kulturen och religionen påverkar människans sätt att tänka och agera positivt och i vissa fall kan det också ha en negativ inverkan. I resultatet kommer det fram att på grund av religiösa skäl använde människorna inte preventivmedel, då de ser att barn är en gåva från gud.

Eftersom HIV smittar på olika sätt, bör man koncentrera preventivvården av HIV till alla dessa delområden. Moder till barn-smittan är ett av dessa och behandlas i resultatet. Bra resultat har redan fåtts genom att sammanslå familjerådgivning och HIV-service, men man borde satsa ännu mer resurser på att eliminera HIV-smittan för gravida kvinnor genom att hindra HIV-smittade kvinnor från att bli gravida och från att amma. Genom sammanslagningen av dessa har man också kunnat hitta många nya HIV-positiva

och därmed kunnat försörja HIV-positiva gravida kvinnor med ARV. I industriländer har man kunnat minska moder till barn-smittan ner till 2 %.

Prostitution har redan länge varit ett stort problem inom landet. Prostitutionen ökar HIV-spridningen på grund av mobilitet och riskfullt sexuellt beteende. De prostituerade bryr sig inte ifall de blir smittade eller smittar sina kunder/partners. I ett program av en frivillig organisation har det introducerats kondomer för kvinnor för att ge de prostituerade möjligheten till större självkontroll vid samlag. Icke-statliga organisationer har förverkligat program där prostituerade kan lära sig färdigheter för att lämna sexindustrin. Det finns också drop-in center där kvinnorna kan tvätta sig, få preventivmedel och rådgivning. Dessa är placerade på de orter där prostitution är mycket vanligt.

Eftersom slutarbetets språk är svenska, kan inte PADET få direkt nytta av detta arbete utan en översättning. PADET kan förhoppningsvis ändå använda resultatet för att tjäna de fattiga, utsatta och utslagna delar av befolkningen, särskilt barn, ungdomar och kvinnor med inriktning av understödjande av sexuell och reproduktiv hälsa, livsmedelsförsörjning och HIV/AIDS-vård, vilket är målet med vårt arbete.

8 KRITISK GRANSKNING

Valet att forska med den kvalitativa metoden var ett bra val, eftersom vi redan hade lite kunskap inom ämnet och vi hade en önskan om att få mycket information om HIV/AIDS-prevention i Etiopien. Andra fördelar att arbeta med kvalitativ metod är att metoden ger flexibilitet i datainsamlingen. Att understryka de viktiga i artiklarna med färger som står för varje kategori är ett bra sätt att arbeta då man gör en kvalitativ forskning.

När man forskar och använder sig utav en kvalitativ metod, får man reda på innebörden av ett fenomen. Det kan vara negativt att använda sig utav kvalitativ metod, då flexibiliteten kan leda till att undersökningen aldrig blir klar. Vår arbetsprocess tog oss två år. Det var en utmaning att begripa situationen i landet och problemen där, eftersom vi ald-

rig varit i Etiopien eller i Afrika. Vi fick börja med att bekanta oss med Etiopien som ett land och dess befolkning samt traditioner före vi kunde börja söka artiklar och analysera dem.

Studiens starka sidor är att vi inte gjort egna tolkningar av data. Vi har plockat fram det mest relevanta från artiklarna vi behandlat. Resultatet ger information om nuvarande situationen i Etiopien och ger verktyg till utveckling av prevention och vård.

Resultatet är tillförlitligt. Vi hade till en början som krav att alla artiklar skulle vara "Peer Reviewed". Eftersom vi har varit tvungna att använda många databaser, lyckades det tyvärr inte med databasen SAGE journals, men även den anses en tillförlitlig databas. Alla artiklar vi valde ansåg vi vara relevanta för vårt arbete och vi gjorde inga egna slutsatser/tolkningar.

Purnells modell gav oss inte så mycket annat än en bättre uppdelning och mer systematik till resultatredovisning. Däremot har vi lärt oss att forska med god vetenskaplig praxis och lärt oss av Etiopiens kultur och om en nulägesanalys om situationen inom HIV/AIDS-prevention. En resa till Etiopien hade naturligtvis kunnat underlätta för oss att få bättre förståelse i ämnet.

Vi har behandlat bara en liten del av ämnet. Ändå har vi troligen fått fram en bild eller en idé om vad som händer i Etiopien inom HIV/AIDS-prevention just nu. På basen av våra sökord har det kommit fram en hel del vad som händer i landet inom ämnet. Om vi skulle ha haft med flera artiklar skulle vi möjligtvis haft mer synvinklar, men vi bekantade oss med flera artiklar utöver arbetet och dessa hade i stort samma information som vi har i vårt arbete.

Frågan står dock om det eventuellt är ännu något mer insatser man gör för HIV/AIDS-preventionen i Etiopien. I vårt arbete har vi inte utrett vad det finns för olika organisationer som bekämpar HIV/AIDS inom landet och därför uteblir säkert en del av åtgärderna mot HIV. Orsaken till att dessa uteblivit är att det inte direkt kom fram några artiklar om man de olika organisationerna.

KÄLLOR /REFERENCES

Artiklar och forskningar

Balcha, Taye T. & Jeppsson, Andres. 2010, Outcomes of antiretroviral treatment: A comparison Between Hospitals and Health Centers in Ethiopia, *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 9(5), s. 318-324.

Balcha, Taye T. & Jeppsson, Andres & Bekele, Abera. 2011, Barriers to Antiretroviral Treatment in Ethiopia: A Qualitative Study, *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care* 10(2), s. 119-125.

Berhan, Asres & Berhan, Yifru. 2012, Is the sexual behavior of HIV patients on antiretroviral therapy safe or risky in Sub-Saharan Africa? Meta-Analysis and Meta-Regression, *AIDS Research and Therapy* 9, s. 14.

Bradley, H. & Benada, A. & Tsui, A. & Brahmabhatt, H. & Gillespi, D. & Kidanu, A. 2008, HIV and family planning service integration and voluntary HIV counseling and testing client composition in Ethiopia, *AIDS Care* 20(1), s. 61-71.

Bradley, H. & Tsui A. & Kidanu, A. & Gillespie, D. 2010, HIV infection and contraceptive need among female Ethiopian voluntary counseling and testing clients, *AIDS Care*; Vol. 22(10), s. 1295-1304.

Bogale, G. W. & Boer, H. & Seydel, E.R. 2011, Effects of a theory-based audio HIV/AIDS intervention for illiterate rural females in Amhara, Ethiopia, *AIDS Education and Prevention*, 23(1), s. 25-37.

Gebreeyesus Hadera, H. & Boer, H. & Kuiper, W. A. J. M. 2007, Using the theory of planned behavior to understand the motivation to learn about HIV/AIDS prevention among adolescents in Tigray, Ethiopia, *AIDS Care* 19(7), s. 895-900.

Gusdal A.K. & Obua C. & Andualem T. & Wahlström R. & Chalker J. & Focshen G. 2011, Peer counselors' role in supporting patients' adherence to ART in Ethiopia and Uganda, *AIDS Care*, nr 6(23), s. 657-662.

Gusdal, Annelie K. & Obuna, Celestino & Andualem, Tenaw & Wahlström, Rolf & Tomson, Göran & Peterson, Stefan & Ekström, Anna Mia & Chalker, John & Fochsen, Grethe. 2009, Voice on adherence to ART in Ethiopia and Uganda: a matter of choice or simply not an option? *AIDS care*, 21(11), s. 1381-1387.

Kassaye, K.D. & Amberbir, A. & Getachew, B. & Mussema, Y. 2006, A historical overview of traditional medicine practices and policy in Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 20(2), s. 127-134.

Mahy, M. & Stover, J. & Kiragu, K. & Hayashi, C. & Akwara, P. & Lou, C. & Ekpini, R. & Shaffer, N. 2010, What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of HIV? An assessment of current progress and future needs, *Sexually Transmitted Infections*, 86 (suppl. 2), s. ii48-ii55.

Matteelli, A. & Kassa, A. & Gerbase, A. & Farina, C. & Ghidinelli, M. & Chatel, G. & Beltrame, A. & Feleke, W. 2000, Passive sentinel surveillance system for sexually transmitted diseases in primary healthcare sites in Ethiopia, 1991-3, *Sex Transm Infect*; 76, s. 131-133.

Molla, M. & Norderehaug Åstrom, A. & Brehane, Y. 2007, Applicability of the theory of planned behavior to intended and self-reported condom use in rural Ethiopian population. *AIDS care*, 19(3), s. 425-421.

Natoli, Lisa & Renzaho, Andre & Rinaudo, Tony. 2008 Reducing harmful traditional practice in Adjibar, Ethiopia: Lessons learned from the Adjibar Safe Motherhood Project, *Contemporary Nurse* 29, s. 100-119.

Florde, Diane. 1981, Sexually transmitted diseases in Ethiopia-Social factors contributing to their spread and implications for developing countries, *Sexually Transmitted Infection*, nr.57 s. 357-362.

Purnell, Larry. 2002, *The Purnell Model for Cultural Competence*. Pennsylvania: SAGE.

Tekola, F. & Reniers, G. & Mariam, D. Haile & Araya, T. & Davey, G. 2008, The economic impact of HIV/AIDS mobility and mortality on households in Addis Abeba, Ethiopia, *AIDS care*, 20(8), s. 995-1001.

Van Blerk, L. 2007, AIDS, mobility and commercial sex in Ethiopia: Implications for policy, *AIDS care*, 19 (1) s. 79-86.

Yibeltal, A. & Van Damme, W. & Damen, H. M. & Helmut, K. 2010, Toward Universal Access to HIV Counseling and Testing and Antiretroviral Treatment in Ethiopia: Looking Beyond HIV Testing and ART Initiation, *AIDS PATIENT CARE*, 8(24), s. 521-525.

Böcker

Aaltola, Taina et al. 2011, *Hiv-hoitotyön käsikirja*, 3 uppl., Helsingfors: Suomen HIV/AIDS-sairaanhoitajayhdistys ry, s. 21-23.

Eriksson, Katie. 1992, *Broar-introduktion i vårdvetenskaplig metod*, Åbo: Åbo Akademi, s. 7-70.

Eskola, Juha & Huovinen, Pentti & Valtonen, Ville. 1998, *Infektiosairaudet*, 2 uppl., Jyväskylä: Duodecim, s. 538.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2012, *Förståelse, beskrivning och förklaring*, 2:1 uppl., Lund: Studentlitteratur, s. 141-146

Reunala, Timo & Paavonen, Jorma & Rostila, Timo. 2003, *Sukupuolitaudit*, 2 uppl., Tavastehus: Duodecim, s. 76-87.

Sandström, Eric. 1994, *Sexuellt överförbara sjukdomar*. Lund : Studentlitteratur, s. 222-234.

Elektroniskt material

Global.finland. 2011, Tillgänglig:

<http://global.finland.fi/public/default.aspx?contentid=214989> Hämtad 1.8.2014

Landsguiden, utrikespolitiskainstitutet. 2011, Tillgänglig:

<http://www.landguiden.se/Lander/Afrika/Etiopien> Hämtad 26.2.2013.

Nationalencyklopedin. 2013. Tillgänglig:

<http://www.ne.se/etiopien/sociala-förhållanden> Hämtad 17.4.2013

PADET. Professional Alliance for Development in Ethiopia. Tillgänglig:

http://www.padet.org.et/about_padet/about_padet.html Hämtad 26.2.2013

Radcliff Health, Lifelong Learning for Healthcare Professionals. 2013. Tillgänglig:

<https://www.radcliffehealth.com/users/larrypurnell> Hämtad 15.4.2013

THL. Tillgänglig: <http://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/aidssuo.html> Hämtad 12.10.2014

WHO. 2009 Tillgänglig: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-050709/en/>

Hämtad 19.8.2014

WHO. 2014 Tillgänglig: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/> Hämtad:

5.10.2014