

Seksuelle risikofaktorer og HIV-epidemi. **En observasjonsstudie i Zimbabwe 2005.**

Forfattere: Cathrine Hetty Næss og Catrine Hem, kull V-02.



Fra St Mary's maternity unit.

Medisinsk hovedoppgave 2007.
Veileder: Babill Stray-Pedersen

Innholdsfortegnelse

- Abstract..... s. 3
- Innledning.....s. 4
 - Problemstilling
 - Vårt fokus
 - Studiereise
- Bakgrunn..... s.5
 - Situasjonen i Zimbabwe
 - HIV-epidemien i landet
- Materiale og metode..... s. 10
 - Datainnsamling i Zimbabwe
 - Spørreundersøkelse
 - Litteratursøk
- Resultater.....s. 13
 - Resultater fra egen spørreundersøkelse
 - Tidligere innsamlede resultater
 - Seksuelle risikofaktorer
 - Sammenligning av våre resultater mot litteratur
- Diskusjon..... s. 23
 - Generelle utfordringer med oppgaven
 - Svakheter ved den type studier oppgaven er basert på
 - Problemer med datainnsamling i Zimbabwe
 - Mulige uklarheter i spørsmålene i spørreundersøkelsen vår
- Konklusjon..... s. 27
- Referanser..... s. 28

Abstract

Background. We visited Harare, Zimbabwe in the summer of 2005 to do research for this project. Our aim was to learn about the HIV-epidemic in one of the worst affected countries in the world, and more specific about what drives the epidemic, focusing on sexual risk behaviour. We assumed that sexual risk behaviour was highly correlated to the extent of the epidemic.

Method. We interviewed 21 women in three different supportgroups in suburbs around Harare. The women were interviewed about openness in the relationship according to HIV-testing, openness about HIV in the relationship, prevention and some background information. We also collected information about the same 21 women from a HIV-preventing research project, "Better help for african mother and child", lead by Professor Babill Stray-Pedersen at Rikshospitalet, Oslo and effectuated by Edith N. Kurewa, a midwife in the obs/gyne department in Parirenyatwa Hospital, Harare. In addition, we did a literature search on the topic after we came home.

Results. Most of the women we interviewed reported that they didn't find it difficult to talk about HIV with their partners. All of them had told their partner whether they were HIV-positiv or not, but some had delayed to tell about it because of fear of stigma. In bigger studies, we get the impression that it's often quite hard to talk about HIV with the partner and using prevention is very casual and dependent of what the man want. Few of the women we interviewed had used condom/ femidom consequently, but many of them used it now and then. They had an average sexual debut at 18,6 years of age (equals the average of the general population), they had an average of 1,9 lifetime sexual partners and a very high HIV-prevalence (81 %).

Conclusion. There is some evidence that there has been a change in sexual behaviour, and that this is reflected in a reduction in new HIV-cases. Sexual risk behaviour is a very complex area with factors in the personal-, interpersonal- and more distal context. It plays a role in the epidemic, but it's hard to conclude to what extent because it's qualitative knowledge and it's dependent on the responders' ability to report facts and not on what they think they should answer. Our findings can reflect that being in a support group makes it easier to talk about HIV, but our population was quite small, and therefore we can not conclude on anything at a statistical ground.

Innledning

Problemstilling

Hvordan arter HIV-epidemien seg i Zimbabwe og hvilke seksuelle risikofaktorer er med på å drive epidemien i et av verdens hardest rammede land?

Vårt fokus

Vi har valgt å vektlegge seksuelle risikofaktorer, da det har vært gjennomført en rekke studier på området og det er vår (og andres) antagelse at seksuell risikoatferd i høy grad bidrar til den utbredte HIV-forekomsten i et land som Zimbabwe. Man mener også at en observert nedgang i prevalens blant gravide kvinner (1) kan tilskrives en endring i seksuell risikoatferd gjennom, utbredt kondombruk blant de som har tilfeldig sex og redusert antall seksualpartnere (1). Det er studier som indikerer at det kan være en underrapportering av høyrisikoatferd og at slike forhold spiller en større rolle enn det som fremkommer i studier (2). Dette ser man bl.a. ved at noen som oppgir aldri å ha hatt sex, tester positivt for HIV (3 og 4).

Opgaven er til en stor grad basert på egne resultater, i tillegg til dokumenterte opplysninger fra litteratursøk. De stedene hvor synspunkter reflekterer selvopplevde hendelser og meninger, vil dette komme klart fram.

Studiereise

I juni og juli 2005 var vi 5 uker i Zimbabwe i forbindelse med innsamling av data til denne oppgaven. Vi tilbrakte det meste av tiden i Harare, hovedstaden i Zimbabwe. Vår veileder, Babill Stray-Pedersen, leder et HIV-forebyggende forskningsprosjekt blant fattige kvinner i området rundt Harare. Vår kontaktperson i Zimbabwe var jordmor Edith N. Kurewa, som er tilknyttet Babill Stray-Pedersens prosjekt og var til stor hjelp for oss under oppholdet. Vi samlet inn data ved å intervjuer kvinner tilknyttet prosjektet i områdene rundt Harare. Vi samlet også inn bakgrunnsinformasjon via prosjektets journaler, og gjorde et forsøk på å intervjuer kvinner innlagt ved gynekologisk avdeling ved Parirenyatwa Hospital i Harare. Underveis fikk vi sett og opplevd mye i tillegg til oppgaveskriving, og vi satt igjen med mange sterke inntrykk fra et land i økonomisk og politisk uføre med en av de høyeste HIV-prevalensene i verden.

Bakgrunn



Zimbabwe

Situasjonen i Zimbabwe

Da vi var i Zimbabwe, fikk vi fort inntrykk av at landets aviser var mer eller mindre styrt av regjeringen. På vei til sykehuset leste vi hver dag "the Herald", som hadde stor underholdningsverdi. Vi fikk bl.a. vite at det var Englands statsminister Tony Blair sin skyld at det ikke hadde regnet det siste året og at han derfor var skyld i dårlige avlinger og en truende hungersnød. Mugabe hevdet også at folket ikke sultet, at de ikke trengte internasjonal hjelp i Zimbabwe – da ville de kveles av all maten (noe han litt senere tok tilbake..) Det som var mindre behagelig å innse, var at også våre medier i Norge blir manipulert. Journalister hadde ikke lenger adgang til Zimbabwe. Vi hadde bl.a. besøk av en utsending fra FN mens vi var der, som vi mener ble ført grundig bak lyset. Mugabe viste henne de nye byggeprosjektene, men ikke så mye av de omfattende ødeleggelsene. Og resultatet av byggeprosjektene, fikk hun i hvert fall ikke se da de var helt i starten av byggeprosessen, men det ble i hvert fall lovet at det skulle bygges 100 nye hus pr dag som skulle gis til befolkningen. Noe de fleste anså for urealistisk å få til og kun tomme løfter. For å kunne forstå litt av bakgrunnen for situasjonen i landet i dag, er det på sin plass å kaste et blikk bakover i historien.

Shona er den største befolkningsgruppen (ca 74 %) og de har vært bosatt i Zimbabwe i over 1000 år. Ndebele er den nest største etniske gruppen (18 %). De invaderte landet i 1850-årene og dannet et kongedømme i dagens Matabeleland (området rundt Bulawayo). Det er i tillegg til disse små minoriteter (Tonga, Shangaan, Venda). Europeere koloniserte området i 1890-årene og utgjør i dag mindre enn 1 % av befolkningen (tall fra 2002, sannsynligvis knapt målbar minoritet i 2007). (5)

I 1888 kom Cecil Rhodes på banen. Han inngikk en avtale med ndebelenes konge Lobengula med intensjon om å utvinne gull o.a. mineraler i landet. Året etter skrev han også kontrakt med BSAC (British South Africa Company) for å okkupere og administrere deler av Mashonaland og område ble okkupert av hvite i 1895, senere utvidet til dagens Zimbabwe, tidligere kalt Rhodesia. I årene etter forsøkte shonaene og ndebelene å gjøre opprør, men disse ble slått ned og lederne henrettet. BSAC holdt kontrollen i landet frem til 1922. Landet ble etter en folkeavstemning dette året erklært som en selvstyrt britisk koloni. Fra 1953 til 1963 ble landet innlemmet i Den sentralafrikanske føderasjonen, men i 1963 ønsket landets statsminister uavhengighet fra England med et hvitt minoritetsstyre og Rhodesia ble erklært uavhengig fra 1965. I årene som fulgte, var det apartheid-lignende tilstander i landet. Det var stor misnøye blant den svarte majoriteten i landet, og med hjelp av opprørsstyrker i Zambia og Mosambik ble til slutt motstanden så stor at styresmaktene innså de måtte innsette svarte ledere. Etter de frie valgene i 1980 ble dermed Robert Mugabe valgt til statsminister og hans parti ZANU ble det ledende. Han har vunnet alle valg siden, men det er holdepunkter for at disse ikke har gått redelig for seg, i form av valgfusk, trusler og utrensning av opposisjon (6).

Landet hadde en økonomisk oppsving på 80-tallet, og utviklet et av Afrikas beste skole-/helsesystemer, noe som i dag har gjort at befolkningen i Zimbabwe har et generelt høyt utdannelsesnivå. Andelen av personer over 15 som kan skrive og lese engelsk er 90.7 % totalt sett, for menn 94.2 %, og for kvinner 87.2 % (estimat fra 2003) (7).

Det hvite mindretallet i landet ble lenge tolerert da de ikke blandet seg inn i politikken og økte landets velstand, men da misnøyen mot regimet økte, var Mugabe og hans regjering nødt til å gjøre noe for å øke populariteten. Det hjalp heller ikke på økonomien at det sørlige Afrika opplevde den verste tørken på 100 år. Dette resulterte i flere landreformer fra 2000, hvor jorda ble tatt med makt uten kompensasjon fra de hvite og gitt til de svarte. Men de som fikk jord, var Mugabes støttespillere og de dyrket ikke jorda effektivt (6). I tillegg bidro denne tvangsoverdragelsen av jorden til en sterk prisstigning av landbruksprodukter, noe som medførte en inflasjon som i dag er på 1600 % (8). Tidligere var landet en stor eksportør av matvarer, men den feilslåtte jordbrukspolitikken de siste årene har ført til at landet nå er avhengig av å importere mat. Prosentandelen av befolkningen som lever for mindre enn 2 \$ per dag er beregnet til 83,0 % (9). I tillegg er 80 % arbeidsløse som følge av nedgangstidene (8). Et annet problem er mangel på tilgang til helsetjenester og dyre medisiner.

Chitungwitza var et fattig, og da vi var der, ganske rasert område sør for Harare. I motsetning til det myndighetene ville fremstille i media, var det ikke bare skurene og de "ulovlige butikkene" som ble ødelagt under operasjon "Restore order", men også mursteinshus, altså permanente bosettinger. Tanken var at det skulle bygges 100 nye hus pr dag og disse skulle gis bort til de husløse, men hvorfor rive først og det midt på vinteren når det var aller kaldest og i tillegg transportere folk langt ut på landsbygda? Noen mente også at de hadde revet husene til folk i områder som ikke stemte på riktig parti (dvs ZANU-PF, Mugabes parti). Det var i hvert fall stor enighet om at valget som var gjennomført i april samme år ikke hadde gått redelig for seg. Det var så å si ingen av de vi møtte som sympatiserte med Mugabe.

På klinikken i Chitungwitza satt det mange kvinner i gangene og inne på 10-manns rom lå det kvinner som var i gang med å føde. Det var svært lite utstyr å se, og jeg tror f.eks. ikke at keisersnitt ville komme på tale. Disse kvinnene hadde ikke råd til å legge seg inn på sykehus.

Edith drev et prosjekt ledet av Babill Stray-Pedersen, hvor hun fulgte opp kvinner i fattige områder over noen år, opplyste dem om HIV og tilbød gratis HIV-testing. Hun støttet også

disse kvinnene i forskjellige økonomiske prosjekter. Kvinnene møttes 1 gang i uken og delte det de hadde klart å tjene med hverandre. Frem til nå hadde de bl.a. samlet inn klær som de solgte på markedet, men markedet var nylig blitt rasert og virksomheten forbudt. I stedet for å sette seg ned og synes synd på seg selv, valgte de å gå nye veier, og de fant ut at de ville starte å produsere peanøttsmør som de så ville selge. Edith ga dem et lite lån så de hadde råd til å kjøpe den første ladningen med peanøtter. Man skulle kanskje tro at i en slik situasjon ville de prøve å få så mye penger som mulig, men de hadde en økonomiansvarlig som hadde regnet på hvor mye de trengte og de ba ikke om mer.

Turen til Zimbabwe er noe kommer vi til å huske resten av livet, kanskje er det den sterkeste opplevelsen vi står igjen med etter endt medisinstudium. Som en misjonær en gang sa til oss "den røda sanda er det nesten umulig å få ut av skoa". Man blir revet mellom eventyr, ønsket om å hjelpe, vanskelige forhold, få ressurser, sterke personligheter, bunnløs fattigdom, grådighet og korrupsjon, løgner og større sannheter, galskap og overlevelsesinstinkt.

HIV-epidemien i landet

Zimbabwe er svært hardt rammet av HIV/AIDS-epidemien, med en beregnet HIV-forekomst for innbyggere mellom 15 og 49 år på 20,1 % (spredning 13,3-27,6 %) (9). Ifølge WHO's HIV/AIDS-rapport fra 2006, er det beregnet at omkring 1 700 000 mennesker lever med HIV i Zimbabwe (9). Zimbabwe har i dag drøye 12 900 000 innbyggere (10). Gjennomsnittlig levealder i Zimbabwe var pr 2004 36 år, med en spredning på 33-39 år (10). Pr 2004 var dette den laveste gjennomsnittlige levealderen i verden, noe som i stor grad tilskrives HIV-epidemien.

Den store forekomsten av HIV/AIDS er en ekstra byrde for dette landet som sliter med å bygge seg opp. De som blir rammet av epidemien, er nettopp de som er i arbeidsdyktig og fruktbar alder. De gruppene som i hovedsak er smittet, er kvinner i 20-årene, menn i 30-årene og barn under 5 år. I en undersøkelse fra Manicaland fra 1998-2000 fant man prevalens opp mot 50 % for kvinner 23 til 25 år, det samme blant menn 30 til 34 år. Livstidsrisikoen var omtrent den samme for begge kjønn (5). Kvinner har 5-7 ganger økt sannsynlighet for å bli smittet med HIV sammenlignet med menn i samme alder. Det har vist seg at det er større sårbarhet hos unge kvinner og at de oftere har asymptomatiske kjønnsykdommer (11). Praksis som tørr sex (dvs de vasker vagina med noe for at den skal bli tørr og skape større nytelse for mannen) eller tvungen sex, øker kvinnelig mottagelighet for HIV ved at slimhinnene utsettes for større skader og HIV-viruset dermed lettere passerer over i blodbanen (4). WHO's beregninger viser at 1 100 000 barn under 17 år i Zimbabwe er foreldreløse på grunn av epidemien (9).

HIV kan overføres seksuelt, enten heteroseksuelt eller homoseksuelt, ved blodsmitte, (f.eks. ved blodtransfusjoner eller intravenøst narkotikamisbruk med urent utstyr), eller ved vertikal smitte fra mor til barn under svangerskap, fødsel eller amming. I utviklingsland er det heteroseksuell smitte som står for hovedvekten av spredningen av viruset (anslagsvis 90 % smittes gjennom heteroseksuell sex her (12)), etterfulgt av vertikal smitte og smitte via blodprodukter og urent utstyr.

HIV-epidemien beregnes internasjonalt til å omfatte 38,6 millioner mennesker (33,4-46,0 millioner) (9). I 2005 regner man med at 2,8 millioner (2,4-3,3 millioner) mennesker døde av AIDS (9). HIV-prevalens i det sørlige Afrika er minst 5 ganger høyere enn i vestlige deler av

Afrika. Øst-/ Sentral-Afrika er i en mellomposisjon. Bortsett fra i Sør-Afrika, er det flest smittede i byene, færre på landsbygda (13).

Det er lite som tyder på at det er en nedgang i HIV-prevalens i det sørlige Afrika, en liten nedgang er riktignok observert i Zimbabwe, Malawi (13) og Uganda (2). I alle andre land i regionen er situasjonen uforandret el det er en liten økning i prevalens (13). Nedgangen man har sett kan være en reell nedgang som f.eks skyldes en endring i seksuell atferd (forsinket seksuell debut, reduksjon i tilfeldig sex og mer konsistent bruk av kondom ved tilfeldig sex, som en følge av opplysningskampanjer (2)) el det kan være uttrykk for at HIV-epidemien i landet er på vei inn i et nytt stadium som ledd i en epidemis naturlige forløp.

Faser i en epidemis naturlige forløp er faktorer som endringer i insidens og prevalens, endringer i profilen for den sårbare delen av befolkningen, endringer i sosialt og kulturelt miljø og endringer gjennom effekten av offentlige helseintervensjoner (5).

Reproduktivt tall (R_t) for en epidemi (dvs hvor mange nye personer en person smitter) er et uttrykk for om epidemien er på frammarsj eller tilbaketog. En verdi over 1 vil dermed si at antall smittede øker. Dette tallet er estimert til å være under 1 hva gjelder HIV i ulike regioner i Zimbabwe, noe som kan tyde på at epidemien er på vei tilbake, i det minste i enkelte områder (2). Til sammenligning er dette tallet estimert til 5 i Sør-Afrika i 2000, som sier at epidemien er på frammarsj her (14).

Reproduktivt tall kan uttrykkes som $R_t = BcD$, B = sannsynligheten for seksuell overføring av smitte fra en infisert partner til en ikke-infisert partner, c = mål for seksuell partnerbytte, D = varigheten av infeksjonen. Denne formelen beskriver overføringsdynamikk for en smittsom sykdom. En studie konkluderte med at B er viktigere enn c for å forklare HIV-epidemien i det sørlige Afrika. I Vest-Afrika er flere menn enn i det sørlige Afrika omskåret, noe som medfører en mindre sannsynlighet for å overføre HIV-smitte el andre STI i Vest-Afrika. Dette gjenspeiles i en lavere HIV-prevalens i Vest-Afrika enn i sørligere deler av Afrika, hvor andelen som omskjæres er lavere. Samtidig er ulcerative kjønnsykdommer, spes genital herpes, vanligere i høyprevalente områder i Øst-/Sør-Afrika (15).

En epidemis naturlige forløp (være seg HIV eller annen sykdom) vil kunne vise en avtagning i nye tilfeller gjennom at totalt færre blir smittet. Antall smittede kan også avta som en følge av at de som befinner seg i høyrisikogruppen dør slik at de smitter færre, i tillegg til at prevalensen synker gjennom flere døde, noe som vil kunne forekomme ca 10-20 år inn i HIV-epidemien. På den annen side kan det da hende at de som befinner seg i en lavere risikogruppe rykker opp og opprettholder en høyrisikogruppe slik at det fremdeles smittes like mange. I gruppen av unge (nysmittede) vil en endring i prevalens i mindre grad reflektere at folk har dødd og i større grad være uttrykk for en endring i eksterne faktorer, som endring i seksuell risikoatferd (16).

I avanserte stadier av en epidemi, er mål på risikoatferd akkumulert over perioden epidemien har vart, den beste prediktoren for et individs infeksjonsstatus. Dette vil eksempelvis si, at for HIV hvor inkubasjonstiden for AIDS er lang, vil alder ved første samleie og totalt antall seksualpartnere være bedre indikatorer for eksposisjon for infeksjon, og om man evt er smittet, enn mål knyttet til kortere tidsintervall (4).

Nedgang i HIV-prevalens i Zimbabwe kan ha sammenheng med endringer i seksuell atferd og behøver ikke være et naturlig forløp av HIV-epidemien (i likhet med trender man har sett i

Uganda, Kenya, visse deler av Haiti). Dette gjelder ikke for alle andre land som er hardt rammet av HIV, hvor man ikke har kunnet påvise en slik sammenheng enten fordi prevalensen ikke har gått ned (urbane deler av Etiopia) eller fordi resultatene er reproduserbare uten å ta hensyn til en endring i seksuell atferd (for eksempel i Cote d'Ivoire, Malawi, Rwanda) (16).



Utenfor klinikken i Epworth

Materiale og metode

Datainnsamling i Zimbabwe

Vår veileder, Babill Stray-Pedersen, er leder for et forskningsprosjekt ("Better help for african mother and child") som arbeider med forebyggende HIV-arbeid blant fattige kvinner i området rundt Harare. Under vår studietur til Zimbabwe, besøkte vi tre klinikker, i Seke North, St. Mary's og Epworth, hvor vi gjennomførte en spørreundersøkelse som inneholdt forskjellige spørsmål om prevensjon, HIV-testing, hvem som bestemte om det skulle brukes prevensjon under samleie o.a. Vi samlet inn ytterligere informasjon om de kvinnene vi hadde intervjuet. Kvinnene var anonymisert gjennom en tall- og nummerkode, slik at vi kunne koble egen data til data i prosjektet.

Vi gjorde også et forsøk på å intervju kvinner som var innlagt ved gynekologisk avdeling ved Parirenyatwa Hospital i Harare. For dette innhentet vi tillatelse fra sykehusets etiske komité, da denne undersøkelsen ikke falt innunder den etiske godkjenningen som allerede forelå for Stray-Pedersens prosjekt. Det viste seg imidlertid at denne populasjonen falt utenfor våre inklusjonskriterier (de vi intervjuet var ikke testet for HIV), og vi manglet også bakgrunnsinformasjon om dem. Resultatene fra disse intervjuene er derfor ikke tatt med i denne oppgaven.

Spørreundersøkelse

Vi utformet en spørreundersøkelse bestående av 24 spørsmål, inndelt i bakgrunnsspørsmål for å få et innblikk i hva slags kvinner som kom til disse klinikkene og spørsmål mer direkte rettet mot vår oppgave.

Intervju med kvinner på antenatal-klinikker i Seke North, St Mary's og Epworth, utenfor Harare i Zimbabwe.

Informasjon som ble gitt til alle deltagere forut for spørreundersøkelsen, på engelsk og evt oversatt til shona hvis nødvendig:

Vi er medisinstudenter fra Norge, og vi arbeider med et prosjekt om HIV. Vi har noen spørsmål om HIV i parforholdet. Vil dere delta i undersøkelsen? Hvis det er noen spørsmål dere ikke ønsker å svare på, kan dere la være uten å oppgi noen grunn. Du kan også stoppe intervjuet før tiden hvis du ønsker det.

Spørsmål:

Bakgrunn:

- 1) Hvor gammel er du?
- 2) Hvor mange års utdanning har du?
- 3) Har du en jobb, hva jobber du i så fall med?
- 4) Har du et sted å bo for øyeblikket?
- 5) Når debuterte du seksuelt?
- 6) Er du gift? Har du en fast seksualpartner? Hvor lenge har du evt hatt det?
- 7) Er du testet for HIV? Når?

- 8) Er partneren din testet for HIV? Når?
- 9) Hvem av dere ble testet først?
- 10) Er du HIV-positiv?
- 11) Har du barn? Hvor mange?
- 12) Har du vært gravid etter at du testet pos for HIV?

Åpenhet rundt HIV i parforholdet

- 13) Snakker du om HIV med partneren din? Hvis ikke – hvorfor ikke?
- 14) Hvem av dere tar vanligvis initiativet til å snakke om HIV?
- 15) Synes du det er lett å snakke med partneren din om HIV?
- 16) Har du fortalt partneren din at du er HIV-positiv? Hvis ja – hvorfor valgte du å fortelle det? Hvordan reagerte han? Hvis nei – hvorfor valgte du å la være å fortelle han det? Hvordan tror du han ville ha reagert hvis du hadde fortalt det?

HIV i forholdet

- 17) Er du seksuelt aktiv? Hvis nei – hvorfor ikke?
- 18) Har din HIV-status påvirket din seksuelle atferd? Hvis ja – hvordan?
- 19) Bruker du og partneren din noen form for prevensjon? Hvis ja – hva slags? Hvis nei – hvorfor ikke?
- 20) Hvem initierer bruk av prevensjon?
- 21) Har din bruk av prevensjon endret seg etter at du testet deg for HIV?

Verdier

- 22) Hva verdsetter du høyest i et parforhold? (f.eks. økonomisk trygghet, sex, kjærlighet og omsorg, fysisk sikkerhet, barn)
- 23) Har din finansielle situasjon endret seg etter at du fant ut at du var HIV-positiv?
- 24) Er respekt viktig i et forhold? Hvis ja – på hvilken måte?

I tillegg så vi på følgende parametere fra prosjektet, disse ble stort sett samlet inn mellom 2001 og 2003 (noen parametere er de samme som de vi så på, ønsket var å se om noe hadde forandret seg i løpet at tiden som var gått siden prosjektet startet opp):

Forhold til partner:

1. Polygami
2. Alder på partner
3. Hvor gammel var din første seksualpartner?
4. Totalt antall sex-partnere
5. Har du noen gang opplevd vold fra partner?
6. Hva slags vold?
7. Hvor ofte opplever du vold?
8. Har du noen gang blitt seksuelt misbrukt?

Kunnskap om HIV:

9. Kan en person med HIV se frisk ut?
10. Kan en person med HIV som ser frisk ut, smitte andre med viruset?
11. Hvor stor sjanse tror du at du har for å være smittet med HIV?
12. Hvorfor tror du ikke at du har noen risiko for å være smittet med HIV?
13. Hvorfor tror du at du har en risiko for å være smittet med HIV?

Åpenhet rundt HIV:

14. Hvem er det lett å snakke med om HIV?
15. Bør man fortelle at man er HIV-positiv, eller kan man la det være?
16. Hvorfor bør man fortelle/kan man la være?
17. Bør man holde HIV-statusen sin hemmelig for partneren?
18. Hvorfor/hvorfor ikke?
19. Hvis du var HIV-positiv, ville du ha sagt ifra til partneren din?
20. Evt hvorfor ikke?

Prevensjon:

21. Var din seksuelle debut frivillig?
22. Brukte du kondom første gang?
23. Har du noen gang brukt kondom?
24. Hvorfor ikke?
25. Hvor ofte bruker du kondom?
26. Hvem tar initiativet til å bruke kondom?

Litteratursøk

Vi har gjort litteratursøk i ulike databaser, som PubMed, i WHO's database, på Folkehelseinstituttets sider og på Google.

Søk i PubMed etter studier om seksuell risikoatferd for HIV den 30/1-07: Zimbabwe AND (sexuality OR "sexual behaviour" OR "sexual risk behaviour") AND (HIV OR AIDS OR "AIDS related disease").

Ved søk i Folkehelseinstituttet og WHO sine hjemmesider, brukte vi søkeordene "HIV", "AIDS" og "Zimbabwe". På Google søkte vi etter "Zimbabwe".

For å begrense søkene våre utelukket vi andre land i det sørlige Afrika. Artikler som har med vertikal smitteoverføring å gjøre utelukket vi ved å lete opp studier som handlet om personer i alderen 13-65 år. Vi har begrenset alderen på artiklene til artikler fra de siste 10 årene. Vi søkte kun etter artikler på engelsk eller nordiske språk.

Inklusjon: artikler som omhandlet Zimbabwe, HIV/aids og seksuell risikoatferd for overføring av HIV-smitte.

Eksklusjon: artikler som tok for seg andre former for smitteoverføring, som vertikal smitte fra mor til barn, blodsmitte ved intravenøst rusmiddelmissbruk, blodoverføringer og lignende, ble valgt bort. For å prøve å danne oss et bilde av situasjonen hos den generelle befolkningen, valgte vi også bort studier som tok for seg spesielle grupper, sånn som narkomane, prostituerte, personer som kjøper seksuelle tjenester.

Resultater

Resultater fra egen spørreundersøkelse:

Vi intervjuet til sammen 21 kvinner. Alle i prosjektet var testet for hiv.

Bakgrunnsinfo:		Kommentar:
Alder	29,2 år	Gjennomsnittlig
Utdannelse	10,2 år	Ingen hadde mindre enn 7 års utdanning
I arbeid	19,0 %	Sydame, barnepass, selger, vaskedame (alt deltid)
Hvor mange som ikke hadde noe sted å bo	14,3 %	
Seksuell debutalder	18,6 år	Gjennomsnittlig
Fast seksuell partner	85,7 %	Alle gift. Forholdene hadde vart i gjennomsnitt 8 år.
Testet for HIV	100 %	
Testet positivt for HIV	81,0 %	
Partner testet for HIV	52,4 %	I hovedsak testet mellom 2003-2005, altså etter at kvinnene var testet.
Antall barn pr kvinne	2,4 barn	Noen av disse var døde
Hvor mange som var blitt gravide etter at de testet positivt for HIV	19,0 %	

Kvinnene i vår populasjon hadde alle noen form for utdanning, få var i arbeid og et mindretall hadde ikke noe sted å bo. De debuterte seksuelt i gjennomsnitt i samme alder som befolkningen ellers, de fleste hadde kun 1 seksualpartner (alle disse var i et fast forhold) og en veldig høy andel hadde testet positivt for HIV. Kun ca halvparten av partnerne deres var testet for HIV. Alle hadde født minst 1 barn og noen hadde blitt gravide etter at de testet positivt for HIV.

Åpenhet i forholdet:		Kommentar:
Hvor mange kunne snakke med partner om HIV	85,7 %	
Hvor mange oppga at kvinnen måtte ta initiativ til å snakke om HIV	81,0 %	
Hvor mange syntes det var lett å snakke med partner om HIV	76,6 %	
Hvor mange hadde fortalt partner at de hadde testet positive for HIV	100 %	Noen utsatte å fortelle det 3 uker - 1 år etter at de hadde testet positivt. For to av kvinnene var partner allerede død v/ testtidspunkt.

Hvorfor de valgte å fortelle det		Partner eneste mulige smittekilde, de var i støttegruppe, ønsket å begynne med beskyttelse da de var gravide (beskytte barnet), trengte støtte.
Hvordan partner reagerte	23,8 % oppga liten/ ingen reaksjon hos partner 9,5 % godtok beskjeden siden de selv hadde testet positivt 9,5 % godtok det først da de selv testet positivt 4,8 % oppga at forholdet tok slutt.	
Hvorfor de ventet med å fortelle det		Redsel for sykdom, visste ikke hva som ville skje, redsel for partners reaksjon, redsel for skillsmisse, så ingen grunn til å fortelle det da alle i familien var friske (fortalte det da baby døde)

De fleste mente de kunne snakke med partneren sin om HIV, og de fleste syntes det var et tema det var lett å snakke om. Det var oftest kvinnen som tok initiativ til å snakke om HIV. Alle hadde fortalt partneren sin at de var HIV-positive (av de som nødvendigvis var det), men noen hadde ventet en stund før de fortalte det. De som fortalte det med en gang, hadde gjort det av følgende årsaker; partneren var eneste smittekilde, kvinnen valgte å fortelle det fordi hun var i en støttegruppe, de var gravide og ønsket å beskytte barnet el fordi de trengte støtte. Partnerne reagerte litt ulikt; flesteparten reagerte lite/ ingenting, en del godtok det fordi de allerede visste de selv var HIV-positive. Noen godtok det etter at de testet seg og fant ut at de også var HIV-positive. I ett tilfelle gjorde partneren det slutt fordi kvinnen sa hun var HIV-positiv. Av de som ventet med å fortelle det, utsatte de det fordi de var redd for hva som kom til å skje, de var redd for partners reaksjon, de var redd for at partneren ville skilles el de så ingen grunn til å fortelle det fordi alle i familien var friske.

HIV i forholdet:		Kommentar:
Seksuelt aktive	81,0 %	De som sa at de ikke var det, oppga som grunn at de ikke hadde noen partner
HIV-status – effekt på seksualatferd	47,6 % brukte mer kondom 9,5 % hadde i tillegg mindre sex 33,3 % oppga at ingenting hadde forandret seg	
Hvor mange hadde endret prevensjonspraksis etter at de testet positivt for HIV	57,9 %	Av de som oppga de var seksuelt aktive

HIV-status – effekt på prevensjonsbruk	76,2 % brukte kondom/ femidom (evt i kombinasjon med p-piller el tradisjonelle planter) 19,0 % brukte kun p-piller.	
Grunner til at de ikke brukte kondom/ femidom		Mannen ville ikke.
Hvem tok initiativ til å bruke beskyttelse	Kvinnen: 57,9 % Mannen: 31,6 % Begge: 9,5 %	

De fleste var seksuelt aktive. Mange hadde endret seksualatferd på bakgrunn av at de testet positivt for HIV, i form av økt kondombruk og/ eller mindre sex, men 1/3 av kvinnene fortsatte som tidligere. Av de som oppga at de var seksuelt aktive, hadde ca halvparten endret prevensjonspraksis. Disse brukte mer kondom/ femidom. I de tilfellene hvor de fremdeles ikke brukte noen form for barriereprevensjon, oppga de som grunn at mannen ikke ville bruke noe. Kvinnen tok oftere initiativ til prevensjon enn mannen. I noen få tilfeller tok begge initiativ til å bruke prevensjon.

Verdier:		Kommentar:
Hvilke verdier de anså som de viktigste i et forhold	Kjærlighet/ omtanke: 76,2 % Fysisk sikkerhet: 28,6 % Barn: 23,8 % Økonomi: 14,3 % Respekt: 4,8 %	De fleste oppga flere verdier.
Finansiell situasjon etter at de testet positivt for HIV	42,9 % fikk dårligere råd 38,1 % følte de var i samme situasjon som før	Mye penger til medisiner, morsmelkerstatning og sunnere mat. Noen mistet jobben og 1 ble for syk til å jobbe.
Hvor mange som mente at respekt var viktig i forholdet	100 %	Få oppga dette spontant under ”de viktigste verdiene”
Hvorfor respekt er viktig	33,3 % mente det var viktig fordi man da lettere ville være trofast mot hverandre	Andre grunner: forutsetning for åpenhet i forholdet, lettere å hjelpe/ støtte hverandre, for å bedre støtte barna sine, viktig siden begge er HIV-positive, fordi man bør respektere en man er glad i, fordi alle mennesker har krav på respekt.

De fleste mente at kjærlighet og omtanke var det viktigste i et forhold, deretter fysisk sikkerhet, barn, økonomi og til slutt respekt. Mange hadde fått dårligere råd etter at de testet positivt for HIV, i form av dyre medisiner, morsmelkerstatning, dyrere mat. Noen mistet jobben og 1 person ble for syk til at hun kunne jobbe. Da vi spurte spesifikt etter respekt som en viktig verdi i et forhold, svarte alle at dette var viktig. Grunner til dette var at man da ville være trofast mot hverandre, det var en forutsetning for åpenhet i forholdet, det var lettere å hjelpe/ støtte hverandre, man kunne bedre støtte barna sine og fordi begge var HIV-positive.

Tidligere innsamlede resultater:

Dataene er hentet fra tidligere intervju med de samme 21 kvinner som over.

Forhold til partner:		Kommentar:
Polygami	19,0 %	
Alder for partner	33,3 år	Gjennomsnittlig
Alder på første seksualpartner	90,5 % var over 20 år	Ikke nærmere angitt
Antall seksualpartnere	1,9 partnere	23,8 % hadde hatt 3 eller flere, angitt som 3 partnere (altså underestimert).
Utsatt for vold fra partner	42,9 %	Verbal, ingen var blitt utsatt for fysisk vold.
Seksuelt misbruk	0 %	

Kun et mindretall av kvinnene rapporterte at de levde i et polygami. Gjennomsnittlig alder for partner, var litt høyere enn for kvinnene. Alder på første seksualpartner var for de aller fleste over 20 år, men dette var ikke nærmere angitt. Kvinnene hadde i gjennomsnitt i underkant av 2 seksualpartnere hver, noen hadde hatt 3 el flere. En ganske høy andel var blitt utsatt for vold, i alle tilfeller var denne verbal og hadde forekommet kun 1 gang. Ingen av disse kvinne sa at de var blitt utsatt for seksuelt misbruk.

Kunnskap om HIV:		Kommentar:
En person kan se frisk ut og ha HIV	75 % svarte ja	
En person har symptomer hvis han er HIV-smittet	25 % svarte ja	
Man kan smitte noen med HIV selv om man ikke har symptomer	100 % svarte ja	
Hvor stor sjanse har du for å være HIV-smittet	52,4 % liten/ ingen 14,3 % moderat 14,3 % stor 4,8 % vet ikke hvor stor	
Grunner til at de hadde liten/ingen risiko for å være HIV-smittet (av de som mente de hadde liten/ingen risiko)	45,5 % var gift 27,3 % hadde fast forhold 9,1 % syntes hun så frisk ut	Totalt 11 personer
Grunner til at de hadde større risiko for å være HIV-smittet	20 % brukte ikke kondom 70 % kunne ikke stole på partneren sin 10 % hadde residiverende tbc	Totalt 10 personer

De fleste mente at man kunne ha HIV selv om man så frisk ut. Alle mente at man kunne smitte noen med HIV, selv om man ikke hadde noen symptomer. Mange mente at de hadde liten/ingen risiko for å være HIV-smittet. Grunner til dette var: de var gift, hadde et fast forhold og 1 kvinne mente hun hadde liten risiko fordi hun syntes hun så frisk ut. Grunner til

at de mente de hadde større risiko: de brukte ikke kondom, mange kunne ikke stole på partneren sin og 1 kvinne hadde residiverende tuberkulose.

Åpenhet rundt HIV:		Kommentarer:
Hvem det er lett å snakke med HIV om	81,0 % partner 47,6 % familie 38,1 % venner 4,8 % ingen	
Bør man fortelle partneren sin at man er HIV-smittet	52,4 % svarte ja 42,9 % svarte nei 4,8 % visste ikke	
Hvorfor man bør fortelle partner at man er HIV-smittet		Man kan spre viruset videre hvis man ikke forteller det.
Hvorfor man kan la være å fortelle partner at man er HIV-smittet		Redsel for stigma, får skylden for å bringe HIV-viruset inn i familien.
Bør man holde det hemmelig for partner at man er HIV-positiv	28,6 % svarte ja 71,4 % svarte nei	De som svarte ja mente det ville bli problemer hvis partneren fikk vite det. De som svarte nei mente at de ville få støtte og beskyttelse hvis de fortalte det, partneren hadde rett til å vite det, det var viktig å fortelle det for å vite hvordan man skulle leve sammen.

De fleste mente at det var lett å snakke med partneren sin, en del mente det var lett å snakke med venner el familie og 1 kvinne syntes ikke det var lett å snakke med noen. Omtrent like mange mente at man burde fortelle, som å la være, partneren sin at man var HIV-smittet. De som mente at man burde fortelle det, oppga som grunn at det var viktig å fortelle det for å hindre videre spredning av viruset. De som ville la være, var redd for stigma og for å få skylden for å bringe HIV inn i familien. De fleste mente at man ikke burde holde hemmelig at man hadde HIV. Disse mente at man ville få støtte og beskyttelse hvis man fortalte det, at partneren hadde rett til å få vite det og at det var viktig å fortelle det for å vite hvordan man skulle leve sammen.

Prevensjon:		Kommentarer:
Frivillig seksuell debut	95,2 %	
Brukt kondom ved første samleie	14,3 %	
Noen gang brukt kondom	71,4 % svarte ja 23,8 % svarte nei 4,8 % svarte ikke	
Hvorfor man ikke hadde brukt kondom		Partner nektet, anså det ikke som nødvendig, hadde kun hatt 1 seksualpartner.

Hvor ofte man brukte kondom	26,7 % brukte det alltid 66,7 % brukte det av og til 6,7 % svarte ikke	Av de som hadde brukt kondom noen gang, totalt 15 personer.
Hvem tok initiativ til å bruke kondom	73,3 % kvinnen 20,0 % mannen 6,7 % svarte ikke	

De aller fleste hadde debutert frivillig. Få hadde brukt kondom v/ første samleie. Mange hadde noen gang brukt kondom. Av de som ikke hadde brukt kondom, var det fordi partneren hadde nektet og fordi de kun hadde hatt 1 seksualpartner og dermed mente at de ikke trengte det. De fleste brukte kondom av og til, noen oppga at de alltid gjorde det. Det var oftest kvinnen som tok initiativ til å bruke kondom.

Seksuelle risikofaktorer

Seksuelle risikofaktorer for HIV-smitte deles inn i 3 grupper, slik det ble gjort i en studie fra Sør-Afrika: faktorer på det personlig plan, faktorer i nærmiljøet og faktorer i den distale kontekst (17). Det er et poeng at HIV-prevalens reflekterer akkumulert infeksjon over mer enn 10 år, slik at en dokumentert endring i seksuell risikoatferd vil måtte komme relativt lang tid før man ser en evt endring i prevalens som følge av endret risikoatferd (2).

Faktorer på det personlige plan

På det personlige plan er risikofaktorer som manglende kunnskap vedrørende HIV og AIDS, det å tro at man er i en lavrisikogruppe og å handle deretter, det å ha tro på at en bestemt atferd vil føre fram, opplevelsen av kostnad-/nytteeffekt av lavrisikoatferd og grad av selvtillitt. Selvtilliten spiller inn ved at en person med høyere selvtillit i større grad vil tørre å stille krav til kondombruk ved seksuell kontakt, og personer med høyere selvtillit har også en tendens til å vente lengre med å debutere seksuelt. De gir heller ikke så lett etter for sexpress (17). Det er viktig at kvinnen har såpass mye integritet at hun kan insistere på at partneren testes for HIV før de gifter seg eller har sex og at hun velger å leve i monogami med denne ene partneren (11).

En evt sammenheng mellom tidlig seksuell debut og økt risiko for HIV, er forsøkt belyst i en studie utført i årene 1999-2002, hvor man så på om seksuell debut før 15 års alder hadde noen innvirkning på risiko for HIV-infeksjon blant seksuelt aktive kvinner fra familieplanleggingsklinikker i og utenfor Harare. Det viste seg imidlertid at det var vanskelig å påvise noen direkte sammenheng. HIV-prevalens i denne gruppen var på 40,1 %. 11,8 % hadde debutert seksuelt før de var 15 år gamle. Man fant en HIV-prevalens på 54,6 % hos de som debuterte tidlig og 38,2 % hos de som debuterte etter fylte 15 år. Etter å ha kontrollert for varighet av seksuell aktivitet og alder holdt effekten seg til en viss grad, men det viste seg at de som debuterte tidlig, hadde en høyere risikoprofil enn de andre, inkl multiple seksuelle partnere og økt prevalens av de som ikke hadde fullført high school (18).

Det er også et moment i hvilket stadium HIV-epidemien i populasjonen var da vedkommende debuterte seksuelt, med dertilhørende økt/ minsket risiko for å bli smittet i et gitt tidsrom. Blant eldre kvinner kan det hende at disse også debuterte tidlig og fikk HIV, men at de hadde rukkit å dø av AIDS før de ble inkludert i studien og er derfor ikke kommet med i

statistikken. Dette ville gi seg utslag i et for lavt estimat av hvor mange som debuterte seksuelt tidlig som senere fikk HIV. Grunnet kompleks sammenheng mellom ulike atferdsparametere, er det derfor vanskelig å anslå kausalitet mellom to enkeltstående parametere (18).

En annen studie vedr tidlig seksuell debut og HIV-smitte blant kvinner i Sør-Afrika bekreftet imidlertid ikke en sammenheng, i tillegg har data fra diverse land vist at kvinner og menn debuterer seksuelt gjennomsnittlig i samme alder, likevel er HIV-prevalensen mye høyere hos unge kvinner enn unge menn (11).

Faktorer i nærmiljøet

Faktorer i nærmiljøet kan være hvorvidt man kan snakke med partner om kjønnssykdommer, HIV-risiko og kondombruk. Mannen er som regel den som bestemmer i den seksuelle relasjonen, og kvinnen har dermed liten mulighet til å påvirke sin egen risiko for smitte. Grad av sexpress i omgangskretsen til den enkelte spiller en rolle som seksuell risikofaktor. De unge har få voksne de kan diskutere sex med. Det kan ofte være dårlig tilgang på lett tilgjengelige kondomer. Folkeopplysningen på landsbygda varierer. Mangel på fritidssysler og høy arbeidsledighet spiller også en rolle. Det å bo på gata eller være innsatt i fengsel, utgjør en egen risikofaktor (17).

I et gruppeintervju med kvinner på landsbygda i Zimbabwe, mente en del av kvinnene at det er mannen som bestemmer når man skal ha sex, om det skal brukes kondom og når/ om kvinnen skal bli gravid. Han bestemmer også ofte om en STI skal behandles. Kvinnen bestemmer og er ansvarlig for begge parters genitale hygiene, bruk av ikke-barriere prevensjon og bruk av femidom. Dette vil m.a.o. si at det er mannen som i høy grad kontrollerer grad av smitteoverføring. På den annen side, er HIV-forebyggende prosjekter ofte rettet mot kvinner, enda de har lite de skulle ha sagt for å påvirke mannen på det private plan. Noen av kvinnene mente at det å ikke prøve å forandre mannen, var en av de beste strategiene for å ha et godt forhold. Hvis de forsøkte å forandre mannen og rette på han, ville han kanskje ta seg en ny kjæreste eller oppsøke prostituerte. Disse kvinnene var i høyere grad opptatt av å ta vare på ekteskapet (økonomisk forsikring) enn å unngå å bli HIV-smittet. Likevel mente de at resultatet av at de lot være å prøve å overbevise mannen sin om å endre seg, ble at de utsatte seg for mindre grad av risikoatferd (19). Dette er allikevel kortsiktig med tanke på at åpenhet er veien å gå for i større målestokk greie å bremse HIV-epidemien (19), slik man har sett i land som f.eks Uganda.

Selv om det å ha tilfeldig sex er veldig vanlig på landsbygda i Zimbabwe, er det svært liten åpenhet rundt å snakke om temaet, noe som bidrar til stigma og videreføring av HIV-smitte. Det oppstår fort mistenksomhet og anklager hvis en kvinne tar initiativ til å snakke med partneren sin om sex og HIV/ AIDS. Mange mente at det ville gå uker før de hadde sex igjen hvis kvinnen ville diskutere HIV/ AIDS på soverommet (19).

En annen studie blant unge viste at deltagerne trodde at de unge som snakket om sex, var seksuelt aktive og derfor var det mange som ikke vil snakke om sex. I tillegg mente mange av guttene at hvis de ble oppfordret til å snakke om sex, vekket det deres seksuelle drifter i yngre alder (20).

Tidligere diskuterte man seksualatferd innad i familien, det var f.eks eldre tanter som var ansvarlig for de unges seksualopplysning. I dag forventes det i større grad at man får denne type undervisning i skolen, hvilket ikke alltid er tilfelle (5).

Faktorer i den distale kontekst

Faktorer i distal kontekst er blant annet at den tradisjonelle afrikanske kulturen er overveiende patriarkal, og undertrykking av kvinner kan føre til at de er mer utsatt for HIV-smitte. Fattigdom, arbeidsledighet, lav utdanning og for mange mennesker konsentrert på samme sted medfører høyere seksuell aktivitet i populasjonen, samtidig som en slik populasjon har mindre kunnskap om hvordan HIV smitter og AIDS oppstår. Fattigdom medfører også at kvinnen oftere må ty til salg av kroppen sin for å forsørge resten av familien. I tillegg forekommer seksuelt misbruk oftere i fattigere miljøer (17).

Mange kvinner utsettes for HIV gjennom deres partnere og det er derfor ikke bare egen risikoatferd som er bestemmende for HIV-risikoen. I en studie fra landsbygda i Zimbabwe fra 1991-1992, ble det hevdet at menn fra naturens side er polygamister og det for menn er skadelig å være seksuelt avholdende over lengre tid (5).

Det er også stor ubalanse i hvem som bestemmer i forholdet i et slikt (patriarkalsk) samfunn. Kvinnen kan ofte ikke selv bestemme når hun vil debutere, hvem hun vil ha sex med, om det skal brukes kondom og hvem partneren har sex med. Det kan også være nødvendig å prostituere seg for å brødfø familien (18).

På landsbygda er enkearv (dvs hvis mannen dør, vil en av slektningene hans gifte seg med enken) vanlig (19), noe som kanskje sikrer kvinnen økonomisk, men som medfører at hun får totalt flere seksualpartnere, noe som er sett på som en risikofaktor. For begge kjønn, gjelder det at antall seksualpartnere sammenfaller med økt HIV-risiko (3 og 16). Behov og lyst hos kvinnen er ikke ansett for å være viktig og det er ikke forventet at kvinnen skal si hva hun mener eller ta del i beslutninger vedr sitt sex-liv. Det er nesten umulig for en ung kvinne å nekte en eldre mann å ha sex med henne. Det ble nedfelt lover om kvinners rett til å bestemme over seg og sitt i 1980, men mange er ikke klar over dette. Dette gjelder heller ikke i praksis, spesielt ikke i en del avsides steder på landsbygda (12).

I en del miljøer er kondombruk assosiert med prostitusjon og foretrekkes derfor ikke brukt blant folk som lever i faste forhold (12). Dette kan forklare noe av grunnen til varierende kondombruk.

Det er også kjent at en del menn tror at det å ha sex med en ung kvinne beskytter dem mot HIV og at det å ha sex med en jomfru kan kurere en for HIV. Overgrep i ekteskapet er ikke sett på som en forbrytelse og vold i ekteskapet er ofte sett på som en måte mannen kan utøve sin rettmessige makt og det er forventet at kvinnen aksepterer dette. Dette gjelder særlig i praksis enkelte steder på landsbygda (17). Mye av årsaken til mannens overordnethet i ekteskapet, skyldes at mannen må betale "lobola" (en slags medgift), når de gifter seg og at de derfor ser på kvinnen som sin eiendom, noe de rettmessig har betalt for (12).

Vi ble fortalt at voldtekt og incest er relativt vanlig og at det alt for sjelden rapporteres og at de som utsettes for overgrep for sjelden tar kontakt med helsevesenet. Det er derfor vanskelig å si noe om omfanget av dette. Årsaker kan være at kvinnen ikke har råd til å gå rettens vei

med det (eller for den saks skyld oppsøke sykehuset p.g.a. det), hun vil bli utstøtt fra lokalsamfunnet eller familien, det er ikke sett på som like alvorlig som i mer utviklede deler av verden hvor det er høyere grad av likestilling.

Mannen har ofte flere seksualpartnere enn kvinnen, men det er likevel kvinnen som "får skylden" for HIV-smitte overføring og lider under den verste stigma (12). Det er også ganske vanlig at unge kvinner har såkalte "Sugar daddies", eldre menn som gir dem gaver og evt penger i bytte for sex (11), og blant disse mennene er det en nokså høy HIV-prevalens. Det er derfor viktig å utvikle preventive metoder som kvinnen kan kontrollere, som ikke trenger tillatelse for å bli brukt og som ikke affiserer fertilitet, noe som er svært viktig for disse kvinnenes identitet (12). I tillegg er det viktig at det opprettes prosjekter hvor kvinner kan være selvforsørgende (f.eks selge peanøttsmør el brukte klær, som kvinnene i noen av klinikkene vi besøkte forsøkte å gjøre) og evt få en utdanning, slik at de ikke trenger å selge kroppen sin for å kunne forsørge seg og evt barn.

Til tross for at det er det lite analfabetisme i landet som følge av tidligere skolereformer, er det en del feiloppfatninger vedr HIV, særlig i de yngre aldersgruppene. Det ble gjort en studie (21) hvor man sammenlignet risikoforferd, kunnskap og holdninger hos medlemmer i et forebyggende program (SHAPE) og ikke-medlemmer (non-SHAPE).

Resultatene av studien viste at deltagere i SHAPE rapporterte oftere at de var seksuelt avholdende, at de forstår hvorfor man skal bruke kondom, de hadde færre seksualpartnere og signifikant flere mente at de visste HIV-statusen sin (67 % mot 48 % i ikke-deltager gruppen) og at de visste HIV-statusen sin fordi de var testet (85 % mot 71 %). De var også mer villige til å la seg teste gitt anonymitet og god veiledning og flere i denne gruppen anså det som nødvendig å vite sin HIV-status. Når det gjaldt holdninger, var også SHAPE-medlemmene mer bevisst på at mannen i stor grad bestemte om det skulle brukes kondom, og at dette skyldtes kjønnsrollemønster i samfunnet. Flere i SHAPE-gruppen hadde også diskutert HIV den siste måneden (21).

Forebyggende HIV/ AIDS tiltak er ofte designet slik at de vil lære opp folk og bestemme og avgrense atferd ut i fra det som er optimalt, uten å ta tilstrekkelig hensyn til sosiale og kulturelle forhold som kan styrke eller svekke en kampanje. Det blir helt feil å tenke på afrikanere (særlig kvinner) som ofre for HIV-epidemien, og sånn sett uten mulighet til å påvirke sin egen situasjon. Tvert imot er de selv de beste til å bestemme hvordan tiltak best bør utformes og det de trenger er kanskje hjelp til å ta egne beslutninger om hvordan de skal forandre deres seksuelle atferd og kommunikasjonsproblemene mellom mann og kvinne (19).

Sammenligning av våre resultater mot litteratur:

Vi har et for lite tallmateriale til å konkludere statistisk og for å kunne trekke mer generelle konklusjoner på bakgrunn av våre resultater. Det som imidlertid kan være interessant, er å se våre resultater i samsvar med det som fremkommer i større studier i litteraturen.

Seksuell debutalder for kvinnene vi intervjuet, stemmer godt over ens med det man finner i litteraturen. Kvinnene vi intervjuet debuterte gjennomsnittlig i en alder av 18,6 år, mot 18,9 år i litteraturen (13). Det var kun 1 kvinne i vår populasjon som ikke debuterte frivillig og ingen rapporterte om seksuelt misbruk. Jfr ovenstående beskrivelse om kvinnesyn, kunne man forvente at det i det minste var noen som var blitt utsatt for seksuelt misbruk. Dette kan bero

på at vårt tallmateriale er for lite. Derimot var det en mye høyere andel HIV-positiv i vår populasjon (81 % mot 30,7 % hos en tilsvarende gruppe kvinner (13)).

I en undersøkelse gjort i Manicaland 1998-2000 visste over 95 % av kvinnene og mennene at HIV kunne smitte gjennom sex. 49 % av mennene og 53 % av kvinnene sa at det ikke var mulig å avgjøre om en person hadde HIV ut i fra hvordan vedkommende så ut (22). I vår populasjon var det en høyere andel (75 %) som mente at man ikke behøvde å ha noen symptomer på HIV for å være HIV-smittet, noe som indikerer at de hadde et høyere kunnskapsnivå vedr HIV.

Når det gjelder åpenhet i forhold til å diskutere HIV, får man inntrykk av at det i hvert fall på landsbygda er kvinnen som må ta initiativ til dette og at det ofte ikke bifalles av mannen (19). I vår populasjon, derimot, følte de aller fleste (85,7 %) at de kan snakke med partneren sin om HIV. Dette kan kanskje skyldes at disse kvinne var med i en supportgruppe og at de fikk støtte, veiledning og kunnskap slik at de lettere kom i dialog med partneren sin.

I forhold til prevensjonsbruk, kan det se ut som en høyere andel av kvinnene i vår studie brukte noen form for barriereprevensjon (76,2 %) sammenlignet med gjennomsnittet i befolkningen ellers. Det fremgår her ikke hvor hyppig bruken var. Bare 19,0 % brukte alltid kondom ved innlemmelse i prosjektet. I vår populasjon var det derfor få som var konsekvent vedr kondombruk i utgangspunktet og mange mente at de hadde liten risiko for å være HIV-smittet. Det viste seg imidlertid at de fleste av dem var smittet (81,0 % var HIV-positive). Tall fra WHO (13) viser at 43 % av kvinnene her brukte kondom ved forrige samleie med en høyrisiko-partner, men det fremgår ikke hvor mange som brukte det konsekvent. Man vil også forvente at kvinner som lever i en fast seksuell relasjon sjeldnere bruker kondom enn kvinner som har høyrisiko-sex, da de nok vil mene at de har lavere risiko for å få HIV el annen kjønnssykdom. Tallene vi har funnet er imidlertid vanskelig å sammenligne, da det ikke klart fremgår hvor hyppig kondombruken er el ikke tar utgangspunkt i kvinner med sammenlignbar seksuell risikoatferd.

Det var oftest kvinnen som tok initiativ til å bruke kondom i vår populasjon. Denne andelen sank ved sammenligning av resultater fra innlemmelsen i prosjektet med resultater fra vår spørreundersøkelse utført på et senere tidspunkt (andelen menn økte fra 20,0 % til 31,6 % og andelen kvinner sank fra 73,3 % til 57,9 %). Dette kan for eksempel tyde på at mannen er blitt oppfordret til oftere å ta initiativ til å bruke kondom el at partneren til disse kvinnene i større grad har bestemt seg for å ta kontrollen over prevensjonsbruken. Sammenlignet med litteraturstudier, er det i større studier mannen som oftest tar initiativ til å bruke kondom (19).

Diskusjon

Generelle utfordringer med oppgaven

Opgaven er begrenset til Zimbabwe. HIV-epidemien følger derimot ikke landegrensene og for å få en mer helhetlig forståelse av epidemien sør for Sahara, ville det nok vært informativt å i tillegg se på andre land i regionen. Dette ville derimot gjort denne oppgaven alt for omfattende, og det kjennes likevel ut som om vi har fått en større forståelse av en av verdens verste trusler mot global helse ved å studere forholdene utelukkende i Zimbabwe. Det er derimot ikke mulig å konkludere for hele regionen, ut fra våre resultater her. Det skal også sies at selv om vi primært studerte Zimbabwe og artikler derifra, kom det likevel opp artikler innimellom hvor det var gjort sammenligninger med andre land, slik at vi fikk et inntrykk av hvilken stilling Zimbabwe har i regionen.

Data oppgaven er basert på, og som publiseres i det hele tatt, er et utslag av hvilke data som er tilgjengelige til ethvert tidspunkt i et land (i dette tilfellet i Zimbabwe) og reflekterer hva som ønskes å publiseres av landet (14). Dette medfører at hvis det gagnar landet å underestimere f.eks HIV-prevalensen, vil de i stor grad kunne påvirke internasjonal forskning. Da vi var i Zimbabwe, ble vi fortalt at den offisielle HIV-prevalensen var 21,5 %, men at de som arbeidet med det, deriblant vår kontaktperson Edith, mente dette tallet lå nærmere 30 %. Et helt eksakt tall har man ikke da langt fra hele befolkningen er HIV-testet og det dessuten er en viss ut-/innvandring. Det som man med sikkerhet kan si, er at det er en flekkvis utbredelse av HIV i landet og at visse grupper er hardere rammet enn andre.

Av mer teknisk art, kan det trekkes fram spørsmål som: Har vi fått med alle relevante artikler i forhold til problemstillingen? Alder på artikler vi valgte å ta med – er de for gamle fordi noen av tallene er fra tidlig 90-tall? Har vi satt en kunstig grense på at artiklene skal være publisert de siste 10 årene? Viser tallene den faktiske trenden i dag? Er søkeordene riktige i forhold til å finne svar på problemstillingen? Dekker de ”hele området”?

Var det riktig å utelukke grupper av personer over 65 år? Vi forutsetter at disse står for en liten del av den seksuelle spredningen. I Zimbabwe, som har gjennomsnittlig forventet levealder på 36 år, må dette sies å være en rimelig antakelse.

Var det riktig å ekskludere spesielle grupper? Vi har ikke gått inn på i hvilken grad for eksempel prostituerte eller personer som kjøper seksuelle tjenester er med på å drive epidemien i Zimbabwe. Heller ikke har vi tatt med de narkomane og deres bidrag til epidemien. De narkomane er utelukket blant annet fordi heteroseksuell smitte fremdeles er den dominerende smitteoverføringsmetoden i sørlige deler av Afrika, og det var dette vi ønsket å se nærmere på. Disse gruppene er også en del av befolkningen, og det er kanskje et kunstig skille å utelukke dem. Disse gruppene kan man dessuten anta er høyrisiko-grupper.

Svakheter ved den type studier oppgaven er basert på

Studier som undersøker atferd er beskrivende og man kan derfor ikke fastslå en direkte årsakssammenheng mellom nedgang i høy-risiko seksuell atferd og en tilbakegang i HIV-prevalensen. En del studier har imidlertid vist nedgang i begge parametere, og man kan derfor anta at det er en sammenheng (19).

Man må være forsiktig når man sammenligner seksuell risikoatferd mellom ulike befolkningsgrupper i forskjellige land, fordi systematisk rapportert bias kan forekomme. Påviste forskjeller i risikoatferd mellom befolkning i ulike land trenger derfor ikke være reell (19).

Studier denne oppgaven baserer seg på, er alle beskrivende. Slike studier har den antagelsen at folk rapporterer faktiske forhold og ikke sier det som ansees for mest sosialt akseptert, innlært i arrangerte kunnskapskampanjer eller det de tror intervjueren vil høre. Det kan være kulturelle forskjeller mellom hva man anser som sosialt akseptert og derfor ulikt hva intervjuobjektene vil rapportere i ulike kulturelle settinger i slike undersøkelser. Dette kan kanskje forklare noe av forskjellene, men det er vanskelig å si i hvilken grad dette forekommer eller om det er reelle forskjeller mellom ulike grupper (21).

Problemer ved datainnsamlingen i Zimbabwe

Da vi var i Zimbabwe i juni og juli 2005, hadde president Mugabe og hans regjering nettopp gjennomført Operasjon Murambatsvina (Operation Restore Order), hvor ca 700 000 fattige mennesker som levde i forstedene til de største byene (hovedsakelig Harare) ble tvangsflyttet ut på landsbygda. Begrunnelsen var at husene de bodde i var ulovlig oppført, og disse ble jevnet med jorden. I tillegg mistet mange mennesker jobbene og livsgrunnlaget sitt da markeder og salgsboder også ble rasert på samme grunnlag. Situasjonen ble ytterligere forverret ved at operasjonen ble utført rett før vinteren tok til i Zimbabwe, med temperaturer ned mot 0 grader C om natten. Dette var en av årsakene til at vi hadde problemer med å samle nok data, da de kvinnene vi ellers ville ha intervjuet heller måtte bruke sin energi på å skaffe husly, inntekt og mat til seg og sine familier.

Noe annet som vanskeliggjorde arbeidet vårt, var den generelt dårlige økonomiske situasjonen i landet. På grunn av mangel på utenlandsk valuta, fikk ikke Zimbabwe importere nok bensin til eget forbruk, og gjennomsnittlige bensinkøen i Harare under vårt opphold var 5 døgn. Zimbabwe har i utgangspunktet nokså god infrastruktur med et utbygd (men gammelt) veinett (3), men offentlig transporttilbud er dårlig utbygd. Som et resultat av Operasjon Murambatsvina var også det illegale transporttilbudet sterkt redusert, og dette gjorde det vanskelig å komme seg rundt. Vi innser at kun 21 resultater er for lite til å konkludere på statistisk grunnlag, men dataene er likevel interessant sett i lys av annen litteratur og kan gi en pekepinn på en del parametere hos gruppen av kvinner som er inkludert i dette prosjektet.

Vi hadde også et kommunikasjonsproblem, både i forhold til å lage avtaler, og i forhold til gjennomføringen av selve undersøkelsene. Avtalene ble inngått på shona, det dominerende lokale språket, uten at vi hadde mulighet til å sjekke hva som faktisk ble avtalt. Dette medførte misforståelser som gjorde at kvinnene og vi møtte opp hver vår dag. Ved gjennomføringen av intervjuene var vi avhengig av å bruke tolk. De fleste kvinnene snakket engelsk, men mange foretrakk å snakke shona. Vi hadde ingen mulighet til å kvalitetssjekke oversettelsen, og opplevde ofte at et langt svar fra kvinnen som ble intervjuet ble til en ganske kort engelsk oversettelse. Kanskje kunne dette vært unngått dersom vi hadde gjennomført intervjuet skriftlig, oversatt på forhånd av én enkelt person.

Vi gjorde et forøk på å intervju kvinner innlagt ved gynekologisk avdeling ved Parirenyatwa Hospital i Harare, med tanke på å få en kontrollgruppe å sammenligne resultatene fra småklinikkene med. Imidlertid viste det seg at dette bød på problemer. Kvinnene som var

innlagt lot seg ikke direkte sammenligne med kvinnene vi intervjuet på småklinikene, fordi disse utgjorde et selektert utvalg av de som faktisk hadde råd til å være innlagt på sykehuset. Innleggelse ved sykehuset kostet ca 70 NOK per døgn. Vår hushjelp tjente til sammenlikning 200 NOK per måned, så de færreste hadde råd til en innleggelse. I tillegg var disse kvinnene fra byen, ikke fra landsbygda, og de var stort sett ikke HIV-testet. Vi ønsket å intervju et tilfeldig snitt av befolkningen som kontrollgruppe, men dette lot seg altså ikke gjøre. Et annet problem var at antallet kvinner innlagt ved avdelingen i den tidsperioden vi var der, var for få, både på grunn av at de ikke hadde råd til å være innlagt, og at de ikke kom seg til sykehuset grunnet transportproblemer.

Mulige uklarheter i spørsmålene i spørreundersøkelsen vår

Noen svar var vanskeligere å tolke enn andre, blant annet fordi spørsmålene kanskje var noe diffust formulert.

Spørsmål 11: Ved spørsmålet om kvinnen har noen barn og i tilfelle hvor mange, kommer det ikke fram om noen av barna er døde. Det er mulig at kvinnene har hatt flere graviditeter/fødsler som vi ikke vet om. Vi burde heller ha stilt to spørsmål, et om graviditeter og et om parietet.

Spørsmål 12: De fleste er testet for HIV *under* siste graviditet, og spørsmålet kan derfor misforstås. Noen kvinner vil regne den graviditeten de ble testet for HIV som *etter* testing, mens andre vil regne denne graviditeten som *før*. Spørsmålet burde vært mer spesifikt med hensyn til tidspunkt for testing, og tidspunkt for siste graviditet.

Spørsmål 13.-15.: Spørsmålene burde vært oppfulgt videre i intervjuet for å undersøke begrunnelsen for svarene. Spørsmålene burde ha vært mer differensiert, for vi får ikke fram hvor mye kvinnene snakker om HIV med sin partner, eller hvor vanskelig de synes det er å ta opp temaet.

Spørsmål 16.: Måten dette spørsmålet er stilt på, tar ikke høyde for når de fortalte at de var HIV-positive eller hvor lenge de eventuelt ventet før de fortalte det.

Spørsmål 18 og 21: Disse spørsmålene skapte problemer språkmessig. Det var vanskelig å vite om oversettelsen til tolken var korrekt, eller om det oppsto misforståelser.

Spørsmål 19.: Det var lett for intervjueren å glemme å stille ”why not?”- oppfølgingsspørsmålet. Det tas heller ikke høyde for hva slags beskyttelse som blir brukt, hvor ofte, og i hvilke situasjoner, for eksempel ved seksuell kontakt med andre partnere enn deres faste.

Spørsmål 20.: Vi fikk inntrykk av at det muligens oppsto oversettelsesproblemer ved dette spørsmålet, og at det kanskje var mulig å misforstå hva vi var ute etter.

Spørsmål 22.: Også her hadde vi problemer med tolken og oversettelsen. Kvinnene oppfattet ikke hva vi spurte etter. I tillegg hadde vi inntrykk av at vi la ordene i munnen på intervjuobjektet når vi presenterte alternativene.

Spørsmål 24.: Dette spørsmålet burde ha vært formulert annerledes for å få et mer presist svar.
For eksempel kunne vi spurt:

- Føler du at mannen din respekterer deg?
- Hvorfor er respekt viktig?



Zambezi-elven

Konklusjon

Zimbabwe er et land i økonomisk og politisk uføre med en HIV-epidemi som er en av verdens verste. Det er de siste årene funnet en liten nedgang i antall nye tilfeller.

Det er rapportert om en økning i kondombruk ved tilfeldig sex, at folk har færre seksualpartnere, og at denne endringen i seksualatferd har resultert i en nedgang i antall nye personer som smittes med HIV i Zimbabwe. Det er derimot vanskelig å fastslå noen eksakt kausalitet mellom tidlig seksualdebut og sjansen for å ha HIV.

Når det gjelder seksuell risikoatferd, er det vanskelig å konkludere med noe sikkert, da studier vedr dette i stor grad bygger på selvrapporing og folks evne til å rapportere faktiske forhold fremfor det de tror intervjueren vil høre, og i mindre grad harde fakta. Seksuell risikoatferd oppviser også et veldig sammensatt bilde, med risikofaktorer både på det personlige plan, i nærmiljøet og i den mer distale kontekst og mellom disse er det også glidende overganger.

Det er holdepunkter for at åpenhet for å snakke om HIV i samfunnet kan bli større, selv om de fleste kvinnene vi intervjuet mente de kunne snakke om HIV med partneren sin. Det trengs her videre satsing på tiltak for å øke folks kunnskap om HIV og på sikt endre folks holdninger til HIV, for på den måten å redusere stigma som fremdeles er forbundet med HIV-smitte og hindrer en bekjempelse av epidemien. Det er i stor grad mannen som bestemmer i forholdet, det er i stor grad kvinner som nås i HIV-forebyggende arbeid gjennom antenatalklinikker. Det er et poeng at disse tiltakene gjennomføres i samarbeid og dialog med folk, slik at de selv kan ta ansvar for å skape seg en fremtid.

Referanser

- 1) UNAIDS. WHO. Fact sheet.
http://www.who.int/hiv/FS_SubSaharanAfrica_Nov05_en.pdf
- 2) Gregson S, Garnett GP, Nyamukapa CA, Hallett TB, Lewis JJ, Mason PR, Chandiwana SK, Anderson RM, HIV decline associated with behavior change in eastern Zimbabwe. *Science*. 2006 Feb 3;311(5761):664-6.
- 3) Mahomva A, Greby S, Dube S, Mugurungi O, Hargrove J, Rosen D, Dehne KL, Gregson S, St Louis M, Hader S, HIV prevalence and trends from data in Zimbabwe, 1997-2004. *Sex Transm Infect*. 2006 Apr;82 Suppl 1:42-7.
- 4) Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, Chandiwana SK, Anderson RM, Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet*. 2002 Jun 1;359(9321):1896-1903. Erratum in: *Lancet* 2002 Oct 5;360(9339):1102.
- 5) Decosas J, Padian N, The profile and context of the epidemics of sexually transmitted infections including HIV in Zimbabwe. *Sex Transm Infect*. 2002 Apr;78 Suppl 1:i40-6.
- 6) Zimbabwe <http://no.wikipedia.org/wiki/Zimbabwe>
- 7) The world factbook. Zimbabwe.
<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/zi.html#People>
- 8) Prisstigning 1600 %. *Aftenpostens nettutgave* 12/2-07.
<http://e24.no/utenriks/article1640188.ece>
- 9) WHO's HIV/aids-rapport 2006
<http://www.who.int/hiv/mediacentre/news60/en/index.html>
http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_GR_ANN1M-Z_en.pdf
- 10) WHO's "The World Health Report 2006"
http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex1_en.pdf
- 11) Gavin L, Galavotti C, Dube H, McNaghten AD, Murwirwa M, Khan R, St Louis M, Factors associated with HIV infection in adolescent females in Zimbabwe. *J Adolesc Health*. 2006 Oct;39(4):596.e11-8.
- 12) J Transcult Nurs, Culture and context of HIV prevention in rural Zimbabwe: the influence of gender inequality. 2005 Jan;16(1):23-31.
- 13) HIV/AIDS Epidemiological Surveillance Update for the WHO African Region 2002,
<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/pubafro2003/en/>
- 14) Barnett T, White A, AIDS in the Twenty-First Century. *Disease and Globalization*. 2006:1-100.
- 15) Hayes R, Weiss H, *Epidemiology*. Understanding HIV epidemic trends in Africa. *Science*. 2006 Feb 3;311(5761):620-1.
- 16) Hallett TB, Aberle-Grasse J, Bello G, Boulos LM, Cayemittes MP, Cheluget B, Chipeta J, Dorrington R, Dube S, Ekra AK, Garcia-Calleja JM, Garnett GP, Greby S, Gregson S, Grove JT, Hader S, Hanson J, Hladik W, Ismail S, Kassim S, Kirungi W, Kouassi L, Mahomva A, Marum L, Maurice C, Nolan M, Rehle T, Stover J, Walker N, Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. *Sex Transm Infect*. 2006 Apr;82 Suppl 1:i1-8.
- 17) L. Eaton, A.J. Flisher and L.E. Aaro, Unsafe sexual behaviour in South African youth, *Soc Sci Med* **56** (2003), pp. 149–165
- 18) Pettifor AE, van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS, Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*. 2004 Jul 2;18(10):1435-42.

- 19) Kesby M, Participatory diagramming as a means to improve communication about sex in rural Zimbabwe: a pilot study. Soc Sci Med. 2000 Jun;50(12):1723-41.
- 20) Schatz P, Dzvimbo KP, The adolescent sexual world and AIDS prevention: a democratic approach to programme design in Zimbabwe. Health Promot Int. 2001 Jun;16(2):127-36.
- 21) Terry PE, Mhloyi M, Masvaure T, Adlis S, An examination of knowledge, attitudes and practices related to HIV/AIDS prevention in Zimbabwean university students: comparing intervention program participants and non-participants. Int J Infect Dis. 2006 Jan;10(1):38-46. Epub 2005 Sep 22
- 22) Boerma JT, Gregson S, Nyamukapa C, Urassa M, Understanding the uneven spread of HIV within Africa: comparative study of biologic, behavioral, and contextual factors in rural populations in Tanzania and Zimbabwe. Sex Transm Dis. 2003 Oct;30(10):779-87.



Viktoriefallene