

Vilje til frivillig HIV-testing og kunnskap om HIV og behandling blant seksuelt aktive menn i Moshi, Tanzania.



Foto: Magnus Fritsvold 2005

Selvstendig skriftlig oppgave.

Magnus Fritsvold og Mikkel Pretorius

Profesjonsstudiet i medisin,
Universitetet i Oslo, Kull V-02.

Veiledere:

Prof.dr.med. Babill Stray-Pedersen
Cand. med. Sia Msuya

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT.....	2
INTRODUKSJON.....	3
BAKGRUNN.....	4
HIV epidemien i Afrika	
Tanzania	
Moshi og Kilimanjaroregionen	
BAKGRUNNSDATA.....	5
Problemstilling 1: Aksepterer menn tilbud om VCT?	
Problemstilling 2: Kunnskaper om HIV i befolkningen.	
Problemstilling 3: HIV; Prevalens, smitteveier og risikofaktorer.	
METODE.....	8
RESULTATER.....	10
DISKUSJON.....	18
FEILKILDER.....	21
REFERANSER.....	22
VEDLEGG.....	24
Anvendt spørreskjema	

Abstract

Background; Our study was carried out during a three month period starting December 2005. Our main objectives was to explore the level of acceptance of voluntary counselling and testing for HIV, and knowledge on HIV and HIV treatment among adult sexually active men attending an outpatient clinic.

Method; We visited the Majengo Health Clinic, and a total of 146 interviews using a structured questionnaire were performed. All men attending the clinic were included, regardless of reason for attending. Local health workers acted as interpreters. After completing the questionnaire, all men were offered VCT.

Results; 81% accepted the offer to undergo VCT, numbers were higher among the 40% previously tested (91.4% vs 73.9%, $p = 0.010$). Among those with positive expectations on receiving proper treatment if HIV positive, the acceptance of VCT was significantly higher (85.5% vs 50%, $p = 0.03$).

88% were aware of MTCT, 84% of the ability of ART to postpone symptoms, prolong life but not eliminate the disease. Yet 24% were unaware of the long asymptomatic phase of HIV infection. Independent samples T-test analysis showed a significantly higher score on these questions among men reporting secondary school or above as their educational level ($p = 0.040$).

9.3% ($n=11$) were HIV positive. 2.8% ($n=4$) tested positive for syphilis, and as they all were HIV positive as well, the correlation between the two diseases was significant ($p=0.000$). The results were suggestive of a higher prevalence of genital ulcer among HIV positives (18.2% vs 2.8%, $p= 0.068$).

Conclusions; Acceptance of VCT among males in this population is high. General knowledge and awareness of HIV and treatment is fair, but misconceptions on asymptomatic phase of HIV-infection stress the need for more public informational campaigns and other measures.

Introduksjon

Med ønske å lære noe om gjennomføringen av et forskningsarbeide i et samfunn annerledes enn vårt eget, kontaktet vi professor Babill Stray-Pedersen ved Rikshospitalet for å diskutere mulighetene for å reise ut av Europa i denne hensikt. Vi ville gjennomføre et arbeide med tilknytning til HIV/AIDS-problematikken hvor vi selv deltok i både praktisk arbeid, datainnsamling og analyse av resultatene. Det åpnet seg muligheter for å reise til byen Moshi i Tanzania, hvor legen Sia Msuya gjør sitt doktorgradarbeide med Stray-Pedersen som veileder. Vi ble oppfordret til å vinkle vår oppgave mot menn, ettersom mye av det som er gjort av forskning på området har fokusert på kvinner generelt og gravide spesielt. Hovedfokus skulle være på frivillig HIV-testing (VCT) og kunnskap om HIV.

1. desember 2005 var vi på plass i Tanzania og startet prosessen med gjennomføring av intervjuer og HIV-testing av mannlige pasienter. Mennene var fra samme område av byen som kvinnene S. Msuya gjennom noen år har inkludert i sitt prosjekt om blant annet effekt av administrasjon av intrapartum antiretroviral endosebehandling av HIV-positive. Takket være lokale helsearbeidere som stilte opp som tolker, og også fortsatte å intervju pasienter noen uker etter vi forlot Moshi, nådde vi etter hvert målsetningen om 150 intervjuer.

I løpet av vårt opphold i Tanzania fikk vi oppleve at det kan være utfordrende å gjennomføre forskningsarbeide når man er ukjent med språk og kultur, men mest erfarte vi en enorm velvilje, stor hjelpsomhet og en enestående gjestfrihet. Særlig ville prosjektet ikke vært mulig å gjennomføre uten massiv drahjelp fra Sia Msuya og hennes familie.

Problemstillinger

Med utgangspunkt i populasjonen vi skulle undersøke, tiden som var til rådighet og interesse formulerte vi følgende tre problemstillinger;

- 1) Aksepterer seksuelt aktive menn tilbud om VCT?
- 2) Har menn kunnskaper om HIV, og hvilke forestillinger har de om behandlingseffekt og behandlingstilbud i eget nærområde?
- 3) Hva er HIV-prevalensen, og hvilke risikofaktorer finnes blant HIV positive i førstelinjetjenesten?

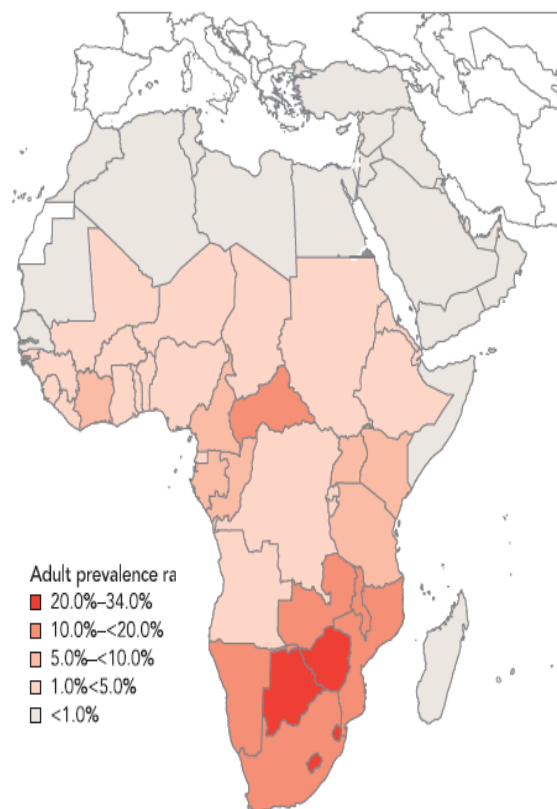
Bakgrunn

Hiv-epidemien i Afrika sør for Sahara

AIDS ble første gang beskrevet i 1981 i U.S.A. Siden da har det utviklet seg til en global epidemi med mer enn 40 millioner HIV-positive på verdensbasis ⁽¹⁾. Afrika sør for Sahara (SSA) er det området som er hardest rammet. 66 % av de HIV positive i verden bor her.

I noen av landene i SSA har det de siste årene vært en nedgang i HIV-prevalens (eksempelvis Kenya og Zimbabwe). I de fleste andre landene i området virker det som om epidemien har stabilisert seg. Her bør det nevnes at selv om en stabilisering høres positivt ut, er det i mange av disse områdene en stabilisering på et svært høyt nivå. (se figur). I noen få områder er det fortsatt en ekspanderende tendens (Sør Afrika). Det presiseres at dette er prevalenstillene for SSA. På grunn av befolkningsvekst og den livsforlengende effekten av antiretroviral terapi øker fortsatt det totale antallet av HIV-positive.

Nye undersøkelser viser at det tidligere har vært en underrapportering av forskjellen mellom kvinner og menn. I Afrika sør for Sahara er i gjennomsnitt 3 av 5 HIV-positive kvinner. I den yngre aldersgruppen (15-24 år) er det enda større forskjeller. Her er 3 ganger så mange kvinner som menn HIV-positive ⁽²⁾.



Figur: HIV-prevalens (%) blant voksne i afrikanske land.

Det har blitt forsøkt mange strategier i regionen for å få bukt med epidemien. Et av de mest vellykkede prosjektene har vært innføringen av ”Voluntary Counselling and Testing” - VCT. Dette er et program som kombinerer frivillig pretest rådgivning, HIV-test og posttestrådgivning. Programmet har vist seg å være effektivt ⁽³⁾ i tillegg til at det er gjennomførbart i en region med få økonomiske ressurser ⁽⁴⁾. Nå brukes VCT i store deler av Afrika sør for Sahara. I fravær av kurativ behandling fungerer VCT som inngangsport til adferdsendring og adgang til antiretroviral behandling. I tillegg er den viktig for å unngå mor-til-barn transmisjon via informasjon og behandling.

Tanzania

Tanzania ligger på østkysten av Afrika. Av et folketall på 37,4 millioner (juli 2006) er 6,5 % av de mellom 15 og 49 år HIV- positive (tilsvarer 1,4 millioner). Dette tallet er noe lavere enn tidligere prevalenstill. Dette skyldes i hovedsak bedre estimeringsmetoder. Den vanligste smitteveien i Tanzania er heteroseksuell smitte, men smitte fra mor til barn (MTCT) og blodoverføring er også viktige transmisjonsveier.

Trender i landet tyder på at det er en relativt stabil epidemi, men det er økende prevalens i de eldre aldersgrupper (kvinner mellom 30- 35 år har en prevalens på 13 %).

Injeksjonsmisbruk er et økende problem, spesielt i de store byene som Dar es Salaam og på øya Pemba⁽²⁾.

I desember 2005 finnes det 527 VCT-sentere i Tanzania. 1201 personer har fått opplæring i rådgivning og testing. Dette gjør at HIV testing og rådgivning nå eksisterer i alle Tanzanias regioner. Allikevel er det fortsatt et stort behov for flere sentere og utdannet personell i hele landet. Kunnskapen om sentrene og motivasjon til testing er også begrensede faktorer⁽⁵⁾.

Tanzania er et av de fattigste landene i verden. Selv om Tanzania (sammen med de andre 18 fattigste landene i verden) fikk slettet all sin utenlandsgjeld i 2005 er landet i en svært vanskelig økonomisk situasjon. De mangler de naturlige ressursene som mange av de andre landene i Afrika baserer sin økonomi på. Økonomien er stort sett basert på enkelt jordbruk. 36 % av befolkningen lever under WHO's fattigdomsgrense⁽⁶⁾. Landet er i stor grad avhengig av hjelp utenfra for å ta seg av helseproblemene som HIV-epidemien fører med seg.

Det er allikevel mange ting som viser en positiv utvikling. Landet har i flere årtier opplevd en relativt stabil politisk situasjon. Det har i stor grad styrt utenom borgerkrig og interne stridigheter som har herjet så mange av nabolandene de siste 20 årene. Økonomien viser kraftig vekst de siste årene med en årlig økning i BNP på 5,8 % i 2005⁽⁶⁾.

Moshi by og Kilimanjaro-regionen

Byen Moshi, der studien vår ble foretatt, ligger i Kilimanjaro-regionen i den nordøstre delen av Tanzania. Kilimanjaro-regionen deles inn i 6 distrikter: Moshi urban, Moshi rural, Rombo, Hai, Mwangi og Same. Til sammen utgjør disse seks distriktene en populasjon på ca 1,3 millioner mennesker. Moshi urban distrikt er hovedstaden i regionen og har 230 166 innbyggere (tall fra 2003).

Moshi by har et stort sykehus- K.C.M.C hospital, et distrikt sykehus- Mawenzi hospital, samt seks statlige helsestasjoner som tilbyr allmennt medisinske tjenester med fokus på antenatale og pediatriske helsetjenester. Disse helsestasjoner utgjør den første kontakten for pasientene innen helsetilbudet. Helsestasjonene henviser vanskelige tilfeller til nærmeste "referral hospital" (Mawenzi), som i sin tur kan henviser i tredje ledd til K.C.M.C.

Vi jobbet i 4 uker på Majengo clinic som er en av de seks "primary health care centers" i Moshi. Selv om hovedfokus ved Majengo var oppfølging av gravide og barn samt vaksiner, var klinikken den eneste inngangsporten til helsevesenet for menn i området. Det var en stor overvekt av kvinner og barn på klinikken, noe som sannsynligvis reflekterer generell legesøknings-tendens i området.

Bakgrunnsdata: 1) Aksepterer seksuelt aktive menn tilbud om VCT?

Frivillig rådgivning og testing for HIV (VCT) har tradisjonelt vært møtt med en del skepsis, også blant myndigheter i afrikanske land. Særlig har man argumentert med begrensede behandlingsmuligheter og frykt for økt stigmatisering av personer som tester seg, uavhengig av testresultat, samt stigmatisering og negative livshendelser for personer som viser seg å være HIV positive. En kontrollert randomisert studie foretatt i Tanzania, Kenya og Trinidad i 2001⁽⁷⁾ viste at VCT ikke førte til flere negative livshendelser sammenlignet med vanlig helse- og rådgivning i like pasientgrupper. Ekteskapsbrudd og utstøting fra familie og slekt var riktignok hyppigere i gruppen som var positive for HIV, men tallene var lave. For menn i serodiskordante par ble det faktisk funnet at avdekking av positiv HIV-status førte til at det seksuelle forholdet ble styrket. Når det i tillegg i studier

har blitt vist at gratis VCT er en kostnadseffektiv måte ⁽¹²⁾ å bremse utbredelsen av HIV, har skepsisen avtatt de siste årene.

Andre studier i regionen viser at villigheten til å gjennomgå VCT er høy. De fleste studier som drøfter temaet dreier seg om gravide kvinner. Villigheten varierer fra 69 -100 % ⁽⁹⁻¹¹⁾. Studier utført på den samme klinikken i Moshi knyttet til antenatale rutinekontroller viser en testvillighet på 99,6% ⁽¹²⁾. Studien var utført på en tid da det var nødvendig at kvinnene kom tilbake til klinikken for å hente sitt resultat en uke etter pretestveiledning og testing. 6,9% kom ikke tilbake for testresultat og posttestveiledning. En studie utført i Nigeria viser at menns testvillighet er signifikant lavere enn kvinners (57,7% mot 82,3%). Andre signifikante prediktorer for å gjennomgå VCT var formell utdanning og kunnskap om HIV. Om pasientene tidligere har gjennomgått HIV-testing varierer mellom 1 og 36 % etter når studien er gjennomført og området ⁽¹³⁾.

Kun nylig publiserte studier er brukbare her som sammenligningsgrunnlag fordi VCT i sin nåværende form ikke har vært tilgjengelig før de siste årene. Tidligere studier legger stor vekt på hvor mange som kommer tilbake for å vite testresultatene sine, et problem man unngår ved bruk av nye metoder. VCT ble heller ikke før nylig tilgjengelig utenfor sykehus i Øst-Afrika.

Vanlige årsaker til å gjennomgå testing er mulighet for å motta behandling, beskytte andre og å unngå MTCT. De som ikke ønsker VCT oppgir redsel for stigmatisering og diskriminering dersom HIV-positiv (48%), frykt for det ukjente (34 %), ekteskapelig disharmoni (9 %) det at det ikke finnes kur (3%) som årsaker ⁽¹³⁾. I Moshi-studien var det interessant å se at de gravide kvinnenes partnere var en viktig faktor for om kvinnene kom tilbake for å vite sitt HIV- resultat. Der det var stor aldersforskjell mellom partnerne, partner var hyppig på reiser, partner drakk alkohol, kvinnen utsatt for fysisk eller psykisk misbruk var det signifikante forskjeller på tilbakevending ⁽¹²⁾.

Mange av studiene rundt dette emnet er gjort i en tid da tilbudet om antiretroviral behandling var langt mindre tilgjengelig enn i dag. Etter hvert som dette tilbudet blir tilgjengelig også i fattige land, forventes det at flere vil akseptere veiledning, testing og intervensjon.

Bakgrunnsdata: 2) Har menn kunnskaper om HIV, og hvilke forestillinger har de om effekt og behandlingstilbud i eget nærområde?

97-99 % av befolkningen i Tanzania har kjennskap til HIV/AIDS som sykdom ⁽¹⁴⁾. De aller fleste (97 %) vet at sykdommen kan smitte seksuelt og at mor-til-barn transmisjon (84 %) er mulig ⁽¹⁵⁾. På en del områder er det mangler i kunnskapen. Kun tre fjerdedeler av befolkningen vet at kondombruk og monogami reduserer risikoen for HIV-smitte. Enda færre vet at MTCT kan reduseres med medisinsk behandling under graviditet (31 % av kvinner og 36 % av menn) ⁽¹⁶⁾.

Selv om den generelle kunnskapen om HIV er god, eksisterer det fortsatt feiloppfatninger om sykdommen. I 2004 trodde 24 % at man kunne få HIV via myggstikk. Studien viser dog at det er en klar forbedring siden 1999 da tilsvarende tall var 42 % ⁽¹⁷⁾. Forbedringer her tilskrives det omfattende nasjonale opplysningsprogrammet. Andre feiloppfatninger er at man kan bli smittet ved å dele personlige gjenstander som håndkle og klær (23 %), ved å ta på en HIV-infisert (7 %) og ved å bruke samme toalett (5 %) ⁽¹⁵⁾.

En stor studie utført i Tanzania, Etiopia og Zambia viser at normative verdier ofte sameksisterer med korrekt kunnskap på en uhensiktsmessig måte. Eksempelvis vet man at

HIV smitter gjennom seksuell aktivitet, men mener allikevel at de HIV-positive har avvikende oppførsel gjennom å være overgripere, prostituerte eller generelt umoralske ⁽¹⁸⁾.

Det er flere faktorer som predikerer god kunnskap om HIV. En av disse er høy utdanning som har klar sammenheng med god HIV-kunnskap ⁽¹⁹⁾. Menn vet generelt mer om seksuelt overførbare sykdommer enn kvinner. Dette gjelder både i urbane og rurale strøk og er stort sett gjeldende i hele Afrika sør for Sahara. Dette vises i en studie utført i 35 av landene i SSA der det vises at menn har 20% høyere sannsynlighet for å ha korrekt kunnskap om HIV enn kvinner ⁽¹³⁾. Ungdom har minst kunnskap om HIV. Under halvparten av unge kvinner i alderen 15- 19 år visste de vanligste smittemåtene eller prevensjonsmetodene for HIV. I den samme gruppen brukte kun 23 % kondom ved første samleie ⁽²¹⁾. Disse resultatene tyder på at opplysningsprogram i større grad må rettes mot ungdom.

Denne mangelen på god kunnskap fører lett til stigmatisering, diskriminering og unødvendig frykt for tilfeldig smitte. Alle studier peker på at videre opplysningsarbeid er nødvendig blant både menn og kvinner i Tanzania.

Bakgrunnsdata: 3) Hva er HIV-prevalensen, og hvilke risikofaktorer finnes blant HIV positive i førstelinjetjenesten?

UNAIDS har som tidligere nevnt estimert HIV-prevalensen blant voksne mellom 15 og 49 år til 6.5%.

Risikofaktorer for HIV-infeksjon gjenspeiles i virusets smittemåter og forhold som påvirker disse. Her nevnes kort om de aktuelle smitteveiene, forhold som påvirker smitterisiko og demografiske risikofaktorer.

Smitteoverføring ved seksuell omgang er den dominerende smitteveien for HIV-infeksjonen. Heteroseksuell smitte utgjør på verdensbasis 75%, og i Afrika trolig en høyere andel ⁽²²⁾. Selv om overføringsrisikoen er estimert til i gjennomsnitt å ligge på kun.0001 og .0020 per ubeskyttet samleie vil fasiliterende faktorer øke denne betraktelig.

Smitte fra mor til barn (MTCT) er årsak til 90% av HIV-infeksjonene hos barn under 15 år på verdensbasis ⁽²²⁾. Intrauterin, intrapartum og postpartum overføring er mulig, med en kumulativ transmisjonsrate på 30-35% ⁽²³⁾. Transfusjoner den mest effektive overføringsmåten, 90% av de som mottar seropositivt blod blir selv infisert ⁽²⁸⁾.

Transfusjonsrelatert smitte utgjør mellom 0.1% til 5.3% i 10 land i Afrika sør for Sahara i perioden 1996 – 1999, ifølge tall fra UNAIDS ⁽²⁹⁾.

Injeksjoner etter nålestikk med kontaminert sprøyte gir HIV-infeksjon hos ca 0.3%, men det reelle tallet er trolig høyere ettersom anslaget er basert på forskning i vestlige land der posteksponeringsbehandling med antiretrovirale medikamenter er tilgjengelig (5*). En studie anslår at kontaminerte sprøytetikk i helsehjelpsammenheng årlig forårsaker ca 2% av nye HIV-tilfeller globalt ⁽²²⁾. En studie av utbrudd av HIV i Øst-Europa har konkludert med at nosokomial injeksjonsrelatert HIV-transmisjon er mulig og at det kan være en kilde til økt HIV-prevalens i samfunnet ⁽²⁷⁾. Smitte mellom menn som har sex med menn og rusmisbrukere som deler sprøyter er lite dokumentert på det afrikanske kontinent og spiller trolig en underordnet rolle ⁽²²⁾.

Infeksjonskraften til HIV øker ved samtidige seksuelt overførbare infeksjoner (SOI) hos en HIV-smittet eller seksualpartneren, særlig infeksjoner som gir sårdannelse ⁽²⁴⁾ eller utflod⁽²³⁾. Både den smittedes evne til å overføre virus og partnerens mottagelighet kan øke. Også ikke-ulcererende SOI som klamydia, gonoreé og trichomonasinfeksjon øker sannsynligheten for smitteoverføring ⁽²²⁾. I Tanzania har man lyktes å påvise signifikant

reduisert HIV-insidens i Mwanzaregionen etter intensivert behandling av seksuelt overførbare infeksjoner ⁽²⁵⁾.

Seksualatferd er den viktigste determinerende faktor for spredning av HIV. Et høyt antall seksualpartnere øker risikoen for HIV-infeksjon. Hyppige partnerbytter, kjøp av sex, tidlig seksuell debut og lav alder ved ekteskapsinngåelse (for kvinner) er vist å øke risiko for HIV-infeksjon ⁽²²⁾.

En rekke demografiske variabler med betydning for utbredelsen av HIV er avdekket. Aldersgruppene som er seksuelt mest aktiv utgjør i Afrika sør for Sahara en større del av befolkningen enn i industrialiserte land. Dette alene er med på å bidra til den økte spredningen av HIV og andre seksuelt overførbare infeksjoner. Ulik kjønnsfordeling i et område, særlig overvekt av menn, som kan skyldes bl.a. arbeidsmigrasjon til byer og at menn tenderer til å gifte seg senere enn kvinner, er vist å bidra til økt utbredelse av epidemien. Forholdet mellom fattigdom og HIV er komplekst. Som hovedregel finner man at fattigdom og dårlige levekår er en risikofaktor for HIV-infeksjon på individnivå og for utbredelse av HIV på gruppenivå. Det er imidlertid vist at i enkelte afrikanske, inkludert Tanzania, er HIV-prevalensen høyest i klasser med høyere utdanning og velstand ⁽¹⁷⁾. Økt migrasjon og mobilitet bidrar også til spredning, trolig via faktorer nevnt tidligere, som økt antall partnere og økt bruk av prostituerte ^(22,26).

Metode

Undersøkelsen ble gjennomført ved Majengo Clinic i Moshi by. Ved hjelp av strukturerte spørreskjemaer ble menn intervjuet på morsmålet Swahili. I utgangspunktet ønsket vi å inkludere kun SOI-pasienter, men på grunn av lite pasientgrunnlag ble inklusjonskriteriene utvidet slik at alle menn som oppsøkte klinikken i perioden 12. desember 2005 til 14. mars 2006 fikk tilbud om å delta i undersøkelsen. Av de som takket ja var én gruppe menn som var smittekontakter til SOI-pasienter eller som selv oppsøkte klinikken med egne SOI-symptomer (45 %), andre var pasienter som oppsøkte klinikken for andre ikke-SOI-relaterte symptomer (26%), menn som fulgte andre pasienter til klinikken (14%), menn som var innkalt til VCT fordi deres gravide partner var blitt testet (13%), samt en liten gruppe som ikke ville oppgi hvorfor de hadde oppsøkt klinikken (3%). Vi besluttet å ekskludere menn som ennå ikke hadde debutert seksuelt, var under 15 år eller over 65 år. Til slutt bestod materialet av intervjuer med 146 menn.

Utforming av spørreskjemaet

Spørreskjemaet ble laget med utgangspunkt i skjemaet Sia Msuya har benyttet på kvinnene hun følger i sitt doktorgradsarbeide ved den samme klinikken. Dette ble gjort dels av kvalitetssikringshensyn, dels med det formål at deler av materialet senere skulle kunne benyttes i sammenligning av resultatene fra nevnte prosjekt. De vesentlige endringene som ble gjort bestod hovedsakelig av å fjerne spørsmål som var lite relevante for våre problemstillinger, samt å legge til andre med relevans for vårt prosjekt. Også av hensyn til tiden hvert intervju tok å gjennomføre ble vi nødt å velge bort endel spørsmål i det opprinnelige spørreskjemaet. Intervjuet startet med relativt nøytrale spørsmål om demografisk bakgrunnsinformasjon som alder, utdanning, yrke, inntekt, sivil status, antall barn og alkoholforbruk. Videre ble personen testet i kjennskap til og kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner (med hovedvekt på HIV), deres symptomer og behandlingsmuligheter. Alle ble spurt om hvordan de vurderte egen risiko for å være HIV-smittet. I en del i spørreskjemaet registreres pasientens symptomer dersom han har eller har hatt symptomer med relasjon til seksuelt overførbare infeksjoner siste år, samt hvor mange injeksjoner (vaksiner etc) og blodtransfusjoner de hadde mottatt siste 5 år. Delen med de mer personlige og sensitive spørsmålene omfattet blant annet seksuell debutalder, antall seksualpartnere i livet og siste år. Spørsmålene var forsøkt formulert slik at det skulle være

mulig å på en relativ enkel måte å gjennomføre en kvalitativ statistisk analyse i ettertid. De var både åpne og lukkede, med og uten oppgitte svaralternativer.

Gjennomføring av intervjuer og blodprøvetaking

Pasienten ble ved forespørsel om deltagelse og før intervjuet startet forsikret om at alle involverte i gjennomføring av prosjektet var bundet av taushetsplikten og at deltagere var sikret anonymitet og diskresjon. Før personene ble spurt om de ønsket HIV-test ble det gitt informasjon om at de som testet positivt ville bli henvist og fulgt opp videre. Intervjuene ble gjennomført ved at hver pasient svarte på en spørsmålsrekke på ca 80 delspørsmål. Spørsmålsbatteriet var oversatt til swahili og ble så brukt av lokale helsearbeidere av begge kjønn. Helsearbeiderne var i forkant blitt veiledet i standardisert gjennomføring av intervjuet. Det ble i veiledningen vektlagt at spørsmålene skulle stilles på en mest mulig nøytral og reproducerbar måte, samt hvilke spørsmål som skulle presenteres med svaralternativer. Der svarene ikke passet med de på forhånd oppsatte alternativene for svarregistrering ble de ført opp i sin helhet og senere oversatt. I den grad de nedtegnede svarene kunne grupperes mer presist, dannet de ved gjennomgang av datamaterialet grunnlag for nye svarkategorier der det ble funnet hensiktsmessig og metodemessig uproblematisk. Intervjuene ble i regelen foretatt i eget rom ved klinikken og tok etter hvert ca 20-25 minutter å gjennomføre. Mot slutten av intervjuet fikk pasientene informasjon om HIV- og syfilistesting og spørsmål om de ønsket å la seg teste for HIV, syfilis og herpes. De som takket ja mottok veiledning før testing og før tilbakemelding om resultatet. Blodprøver av de som samtykket ble tatt og analysert i klinikkens prøvetakingsrom/laboratorium umiddelbart etter intervjuet, av oss eller laboratoriepersonale ved klinikken. Resultat ble nedtegnet i egen protokoll, og på personens spørreskjema. Tilbakemelding om resultat og posttest veiledning ble gitt av spesialkurset helsearbeider i eget rom og på tomannshånd. De som var HIV positive ble henvist til regionssykehuset Mawenzi for videre utredning og eventuell ART dersom WHO's retningslinjer var oppfylt (CD 4-tall < 200).

Prøveanalyser

For analyse på HIV-1/2 antistoff ble det benyttet serum og Capillus HIV-1/HIV-2 latex agglutinasjonstest (Trinity Biotech). Testen har høy sensitivitet (99.3%) og spesifisitet (99.7%) og har i studier vist seg å være egnet til screeningprøver i førstelinjetjenesten ⁽³⁰⁾. Positiv Capillus HIV 1/2 test ble kontrollert med Determine HIV1/2 test (Abbott). Dersom det ikke var samsvar mellom disse ville prøven bli analysert med en 3.metode (ELISA). For syfilis ble serum og "Determine Syphilis TP" hurtigtest benyttet.

Dataanalyse

Dataene analysert i SPSS v. 14 for PC/Mac. For å avdekke signifikante forskjeller mellom grupper har vi hovedsakelig benyttet Fishers eksakte test på krysstabeller (da kriteriene for vanlig Chi-kvadrat-test sjelden er oppfylt i et så lite materiale) og "independent sample" T-test-analyser i tilfellene der vi har vurdert signifikante forskjeller i en kontinuerlig variabel (f.eks. antall seksualpartnere) mellom grupper definert av en diskret variabel (f.eks. 'ja' og 'nei' til HIV-test). Der svardata fra en person mangler eller ikke er oppført grunnet foregående spørsmål har vi sett bort i fra personen i den aktuelle analysen.

Godkjenning i etisk komité

Prosjektet inngikk som en del av det pågående prosjektet ved Majengo Clinic som allerede var godkjent av etisk komité i Norge og av Tanzanian Ministry of Health.

Resultater

Demografiske data

Alder

Aldersfordelingen var forskjøvet mot de yngste aldersgruppene med 25% i gruppen 15-24 år, 47% i gruppen 25-34 år, 18% i gruppen 35-44 år og bare 10% i gruppen eldre enn 46 år.

Religion

75% var kristne, 24% muslimer, mens drøyt 1 % ikke oppga å tilhøre noen religiøs gruppe.

Utdannelse

73% oppga "primary level (1-7 yrs)" som høyeste utdanningsnivå. 16% oppga "secondary level (9-12 yrs)", mens 3.5% oppga universitetsnivå. En person oppga å ikke ha noen form for formell utdanning.

Arbeid

25% av mennene oppga å være arbeidstakere som mottok vanlig lønn, de 75% resterende var ikke i et formelt arbeidsforhold. Gruppen med lavest månedlig inntekt (< 30.000 TSH) utgjorde 36%, de med midlere inntekter (30.000-59.000 TSH/mnd) 29%. I gruppen med høyere inntekt ("60.000 – 100.000" og ">100.000") var det henholdsvis 20% og 8%. 30.000 TSH tilsvarer ca. 150 norske kroner.

Sivil status, familie mv

Intervjuobjektene sivilstatus ble registrert i gruppene "single" (ugift, med eller uten fast partner), "gift", "samboende" og "separert" (alternativet "enkemann" kom ikke til anvendelse). De gifte utgjorde 46.6%, gruppen "single" 35.6%, "samboende" 13.7% og separerte 4.1%. Blant de som var i et parforhold ble det registrert i hvilken grad de bodde på ulike steder deler av tiden. 3.4% (5 menn) oppga å ha mer enn én kone eller fast partner. Blant de single var ca 80% barnløse, mens 80% av gifte/samboende hadde ett eller flere barn.

Alkoholforbruk

Det rapporterte alkoholkonsumet viste klar samvariasjon med religionstilhørighet; 90% av de muslimske oppga å aldri å innta alkohol, mot bare 40% av de kristne. Blant de alkoholkonsumerende kristne nøy 40% alkohol "av og til", 10% en gang i uken og 10% daglig.

Seksualatferd

Gjennomsnittlig og median debutalder var 18år. Totalt var andelen som debuterte seksuelt før 15 års alder 13.5, dette tallet var nesten likt i alle aldersgruppene. Gjennomsnittlig antall seksualpartnere i løpet av livet var 4.4, medianverdien 2. 85% hadde 1-5 seksualpartnere, 10% oppga 6-10 og bare 4% mer enn 10 partnere totalt. Kun 13% oppga å ha brukt kondom ved første samleie. Blant de HIV-positive var det rapportert høyere antall seksualpartnere (gjennomsnitt 13.4, median 4) sammenlignet med de HIV negative (gjennomsnitt 3.8, median 2), men forskjellene var ikke statistisk signifikante.

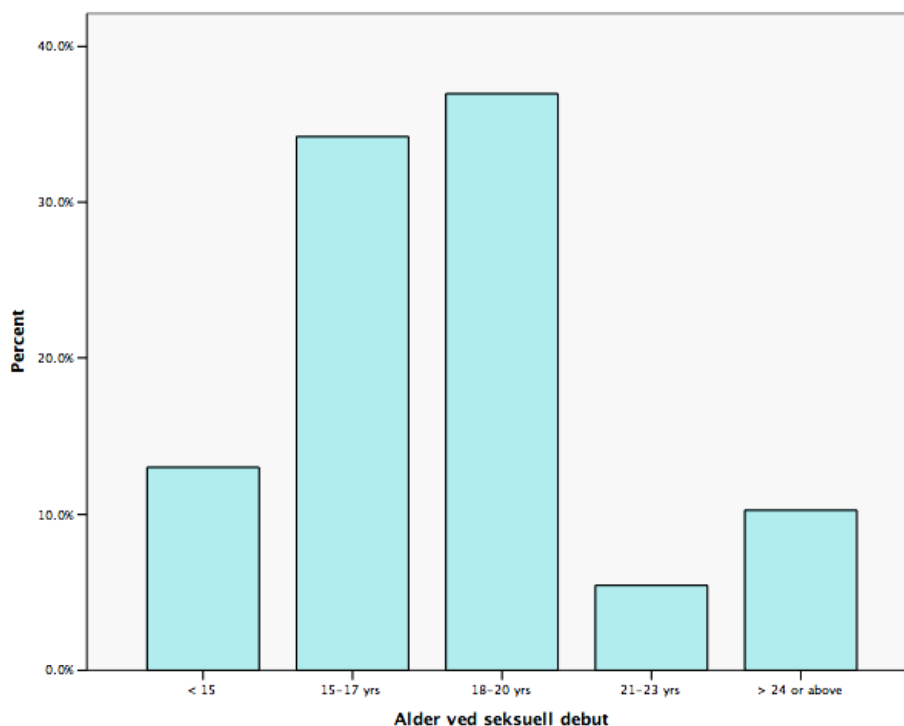


Fig. Alder ved seksuell debut.

Kjennskap til HIV-positive personer

62% visste om person i sitt nærmiljø med HIV. 44% hadde en slektning som var HIV-positiv eller var død pga sykdommen. Begge disse gruppene scorer i gjennomsnitt høyere enn de som ikke kjenner noen med HIV (T-test p-verdier 0.009 og 0.018).

1) Aksepterer seksuelt aktive menn tilbud om VCT?

Alder	n	%	VCT n	VCT %	p-verdi (Fisher exact test)
15-24 år	37	25.3%	31	83.8%	Ikke signifikant. p = 0.100
25-34 år	68	46.6%	58	85.3%	
35-44 år	27	18.5%	17	63.0%	
> 45 år	14	9.6%	12	85.7%	
Religion					
Kristendom	109	74.7%	92	84.4%	Ikke signifikant.
Islam	35	24%	24	68.6 %	
Ingen	2	1.4%	2	100 %	
Lønnet arbeid					
Ja	37	25.3%	29	78.4%	Ikke signifikant 0.637
Nei	109	74.7%	89	81.7%	
Månedsinntekt					
< 30.000	53	8.7%	46	88.5%	Ikke signifikant p = 0.161
30.000-59.000	43	31.4%	32	74.4%	
60.000-100.000	29	21.2%	22	75.9%	
> 100.000	12	8.8%	8	66.7%	
(Ikke svart)	9)				

Utdannelsesnivå					
Ingen formell utd.		0,7%	1	100%	Ikke signifikant.
Primary level (1-7år)	1	72.6%	85	80.2%	
Secondary level (9-12år)	106	16.4%	20	83.3%	
A-level (13-14år)	24	6.8%	9	90.0%	
Higher education (universitet / høyskole)	10 5	3.4%	3	60.0%	
Sivilstatus					
Single	52	35.6%	46	88.5%	Signifikant. p = 0.03
- med fast partner	21	14.4%			
- uten fast partner	31	21.2%			
Gift	68	46.6%	48	70.6%	
Samboende	20	13.7%	20	100%	
Separert	6	4.1%	4	66.7%	
- med fast partner - uten fast partner	1 5	0,7% 3.4%			
Polygamte forhold					
Nei	141	96.6%	115	81.6%	Ikke signifikant.
Ja	5	3.4%	3	60.0%	
Antall barn					
0	58	40.3%	48	82.8%	Ikke signifikant.
1	33	22.9%	29	87.9%	
2	23	16.0%	17	73.9%	
3	10	6.9%	9	90.0%	
4 eller >4 (ikke svart)	20 2)	13.9%	14	70.0%	
Alkoholbruk					
Aldri	76	52.1%	57	75.0%	Signifikant ifg. Fisher exact test. Ingen lineær sammenheng.
Av og til	48	32.9%	44	91.7%	
En gang pr uke	11	7.5%	7	63.6%	
Hver dag	11	7.5%	10	90.9%	
Tidligere VCT					
Hiv-testet tidligere	58	39.7%	53	91.4%	Signifikant P = 0.010
Ikke tidligere testet	88	60.3%	65	73.9%	

Tabell: Demografiske fakta og andel som ønsket VCT / HIV-test.

Alle som ble intervjuet fikk mot slutten av intervjuet tilbud om gratis hurtigtest på HIV, inkludert veiledning før testen og i forbindelse med tilbakemelding om resultat 20 minutter etter testing. 81 % takket ja til VCT og syfilistest.

40% av mennene hadde tidligere testet seg for HIV og samtlige hadde hatt negativt testresultat. Av alle som tidligere var testet hadde 61% testet seg siste 12 mnd, 23% 1-3 år tilbake, mens 15% testet seg for mer enn 3 år siden. Blant de som tidligere hadde testet seg var testvilligheten større; 91.4% takket ja, og forskjellen på gruppene var signifikant (91.4% vs 73.9%, p = 0.010).

Testvilligheten avtok med høyere kunnskapsnivå, dvs at gruppen som ikke vil la seg teste scorete signifikant høyere på kunnskapsspørsmålene (10.85 vs 9.81, p-verdi 0.044 ved independent sample T-test).

Blant de som svarte 'ja' på spørsmål om de trodde de ville motta adekvat behandling dersom HIV-infeksjon ble påvist var andelen som ønsket HIV-test 85%, mot 50% av dem som ikke trodde de ville motta god nok behandling (signifikant, p-verdi 0.03). "Vet ikke" gruppen lå i en mellomstilling der 80% ønsket å teste seg (se tabell under).

			Ønsker du å bli HIV-testet nå?		Total
			nei	ja	
<i>Tror du at du vil motta adekvat behandling hvis du en test viste at du var HIV-positiv?</i>	nei	n =	9	9	18
		Andel i gruppe (%)	50,0%	50,0%	100,0%
	vet ikke	n =	2	8	10
		Andel i gruppe (%)	20,0%	80%	100%
	Ja	n =	17	100	117
		Andel i gruppe (%)	14.5%	85.5%	100,0%
Total		n =	28	117	145

Det var signifikante forskjeller mellom menn med ulik sivilstatus; testvilligheten var 100% blant ugifte samboende, 88.5% blant single, 70.6% blant gifte og 66.7 blant separerte (liten gruppe, n = 6).

Blant de som ønsket HIV-test begrunnet 9 av 10 det kort og godt med at de ønsket å kjenne sin smittestatus. Andre oppgitte svar var mistanke om å være infisert, ønske om å motta behandling hvis man skulle være infisert, ønske om å beskytte partneren hvis smittet, ønske om å beskytte seg selv i fremtiden hvis negativ.

2) Kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner og HIV

	Svar	n	%
Er smitte fra mor-til-barn-smitte mulig?	Ja	128	87.8 %
	Nei	5	3.4 %
	Vet ikke	13	8.9 %
Når kan viruset smitte fra mor til barn?	0 av 3	21	14.4 %
a) I fosterlivet?	1 av 3	53	36.3 %
b) Under fødsel	2 av 3	50	34.2 %
c) Via morsmelk? (Antall riktige svar)	3 av 3	22	15.1 %
Har en HIV-smittet alltid symptomer og tegn på sykdommen? (Nei = kjennskap til asymptomatisk fase av infeksjonen)	'Ja' eller 'vet ikke'	35	24%
	Nei	111	76%
Påstand: Behandling kan kurere / fjerne HIV-infeksjonen. (Angi om påstanden er rett eller gal)	Korrekt besvart	140	95.9%
	Feil besvart	6	4.1 %
Påstand: Korrekt behandling forlenger livet til HIV-smittede. (Angi om påstanden er rett eller gal)	Korrekt besvart	139	95.2 %
	Feil besvart	7	4.8 %
Påstand: Behandling kan forhindre frembrudd av symptomer, men fjerner ikke selve infeksjonen. (Angi om påstanden er rett eller gal)	Korrekt besvart	131	89.7 %
	Feil besvart	15	10.3 %
Totalt antall riktige av "påstander om HIV-behandling"	0 riktig	2	1.4 %
	1 riktig	2	1.4 %
	2 riktig	19	13.0 %
	3 riktig	123	84.2 %

Tabell: Spørsmål knyttet til kunnskap om HIV.

Mennene kunne i gjennomsnitt nevne 2.9 seksuelt overførbare infeksjoner (median 3). Tilsvarende visste de i snitt 2 ulike symptomer på SOI (median 2).

Totalt var 76% klar over at HIV-infeksjon lenge kan forløpe asymptomatisk. Blant de som

hadde et familiemedlem som var smittet eller død pga HIV var tallet 90%, mens i gruppen som ikke kjente noen i nærmiljøet med HIV og ikke hadde familie/slekt som var rammet var det bare 67% som kjente til fenomenet (signifikant forskjell, p-verdi 0.000).

Hele 88% visste at overføring fra mor til barn (MTCT) er mulig, men av disse visste bare 18% at smitteoverføringen kan skje under så vel svangerskap, under fødselen som via morsmelk. Blant de resterende av mennene med kjennskap til MTCT var det like mange som visste om én av smittemåtene, som de som kjente til to. Av alle spurte var det 3.4% som svarte at overføring av viruset fra mor til barn ikke er mulig.

For å teste deres kjennskap til moderne HIV-behandling ba vi mennene ta stilling til om tre utsagn om behandlingsmuligheter for HIV-infeksjon var ”rett eller galt”. Påstandene var;

- 1) ”Behandling kan kurere HIV-infeksjonen” (galt),
- 2) ”Behandling kan gjøre at HIV-infiserte får symptomer, men kan ikke fjerne infeksjonen” (rett)
- 3) ”Korrekt behandling forlenger livet til HIV-smittede (rett).

Hele 84% av de spurte oppga korrekt sannhetsverdi for alle tre utsagnene. Bare 3% hadde ingen eller kun én rett.

Ved å legge sammen poeng for antall rette kjønnsykdommer og symptomer, antall korrekte smittemåter ved MCT, poeng for kjennskap til asymptomatisk fase av HIV-infeksjon og antall rette svar om HIV-behandling fikk hver deltager en total score for kunnskapsnivå. Ved å sammenligne de med henholdsvis primary level (eller lavere) utdanning og secondary level (eller høyere) med total score viste T-testanalyse at gruppen med lengst utdanning scoret signifikant høyere (p-verdi 0.04).

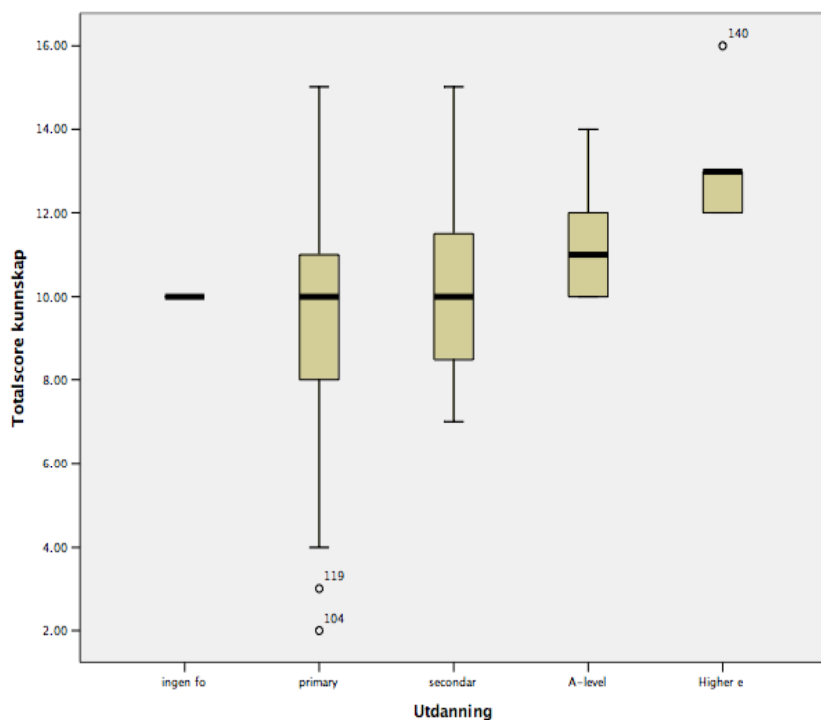


Fig. Antall poeng på kunnskapsspørsmål i grupper med ulik utdanning. Forventninger til behandling

Vi ønsket å måle hvilke forventninger menn i Tanzania har til helsevesenet når det gjelder behandlingstilbud for HIV-positive og stilte spørsmålet ”tror du at du ville få adekvat behandling dersom du var HIV-positiv?”. 80% svarte ja, 12% ’nei’ og 7% ’vet ikke’.

Kommunikasjon

Mennene med fast partner ble spurt om hvorvidt de kunne diskutere en del temaer med sin partner. Dette var resultatene (andel som svarte ’ja’);

Kondombruk	63 %
Familieplanlegging	73 %
Ønsket antall barn	74 %
Seksuell tilfredsstillelse	77 %
Når man ønsker/ ikke ønsker sex	88 %
Diskutere SOI	76 %
Diskutere HIV	86 %

På spørsmålet om hvorvidt en HIV-positiv bør fortelle dette til sin partner svarte 82.9% ’ja’, 7.5% ’nei’ og 5.5% ’vet ikke’.

Vurdering av egen risiko

46% av mennene mente selv de hadde ”ingen risiko” for å være infisert med HIV. 25% vurderte sin risiko som ”liten”, mens 12% anså sin risiko å være ”moderat” eller ”høy”. De resterende drøyt 15% svarte ”vet ikke”. Av de som vurderer å ha ingen risiko oppgir halvparten det å ha en trofast partner som grunnlag for utsagnet, en betydelig andel begrunnet utsagnet med at de er monogame selv, mens bare 3% oppgir konsistent kondombruk som årsak. Blant de som opplevde å ha en risiko oppga flest det å ikke ha testet seg før, å ha en upålitelig partner, å selv ha flere seksualpartnere eller manglende kondombruk som grunn.

Hva er HIV-prevalensen, og hvilke risikofaktorer finnes blant HIV positive i førstelinjetjenesten?

Blant de 118 som ville gjennomgå VCT, testet 11 positivt. Dette svarer til en HIV-prevalens på 9.3 %.

I vårt materiale var det vanskelig å finne faktorer som skilte de HIV-positive fra gruppen av HIV-negative. Vi fant ikke statistisk signifikante forskjeller i HIV-prevalens mellom menn som var ulike på forhold som alder, jobb, inntekt, alkoholforbruk, antall injeksjoner siste 5 år, antall symptomer siste 12 måneder, antall aktuelle symptomer, antall barn, kjennskap til HIV-positiv person i nærmiljø eller familie, antall seksualpartnere, kondombruk, tidsperiode siden seksuell debut eller årsak til at de oppsøkte klinikken (se tabell neste side).

Kontaktårsak, Majengo Clinic		HIV-test resultat		Total	
		negativ	positiv		
SOI-symptomer / kontakt	n	45	8	53	
	%	84,9%	15,1%	100,0%	
VCT	n	19	0	19	
	%	100,0%	0%	100,0%	
Diverse	n	2	0	2	
	%	100,0%	0%	100,0%	
Følger familie/bekjent	n	17	1	18	
	%	94,4%	5,6%	100,0%	
Ikke-SOI-symptomer	n	24	2	26	
	%	92,3%	7,7%	100,0%	
		n	107	11	118
Totalt			90,7%	9,3%	100,0%

Tabell: HIV-prevalens i med ulik kontaktårsak. Ikke signifikante forskjeller mellom gruppene.

38% hadde aldri benyttet kondom noen gang. Når vi sammenlignet rapportert kondombruk i gruppen HIV positive og HIV negative fant paradoksalt nok at HIV-prevalensen økte med hyppigere kondombruk. Forskjellene var signifikant ($p = 0.014$) og korrelasjonen var lineær ($p = 0.009$).

Kondombruk:	HIV negativ		HIV positiv	
"Alltid"	n = 10	66.7%	n = 5	33.3%
"Vanligvis"	n = 8	88.9%	n = 1	11.1%
"Av og til"	n = 48	96.0%	n = 2	4.0 %
"Aldri"	n = 41	93.2 %	n = 3	6.8 %

Tabell: Andel HIV-positive i grupper med ulik kondombruk

Det var ikke signifikante forskjeller i HIV-prevalens mellom grupper med ulik sivil status. Resultatene pekte imidlertid i retning av at for de med fast partner økte risikoen for å være HIV-positiv med tiden de ikke bodde sammen. Blant de som testet seg var HIV-prevalensen var 8.5% hos de som alltid bodde sammen, 14.3% hos de som av og til bodde hver for seg, 33% hos de som bodde ulike steder. Forskjellene var ikke statistisk signifikante (p-verdi 0.145).

<i>Hvordan lever du og partneren din?</i>			HIV test	
			negativ	positiv
a	Bor alltid sammen.	n	54	5
		%	91,5%	8,5%
b	Bor av og til forskjellige steder.	n	12	2
		%	85,7%	14,3%
c	Bor ulike steder.	n	6	3
		%	66,7%	33,3%
d	Andre.	n	2	0
		%	100,0%	0%
Total		n	74	10
			88,1%	11,9%

Tabell: HIV-status og samboerform.

De fire mennene som testet positivt på syfilis var alle HIV-positive (signifikant økt risiko for HIV-positivitet, p-verdi 0.000).

Rapportering av symptomer

75 % hadde ikke hatt / blitt behandlet for SOI-symptomer (puss/utflod fra urinrøret, genitale sår, kjønnsvorter, smertefull vannlatning, hevelse i scrotum) det foregående året. 16 % var blitt behandlet for 1 symptom, de resterende 8.2% for to eller flere symptomer. Av de med symptomer hadde ca 60% informert partneren om dette.

Når vi ba mennene oppgi aktuelle symptomers spurte vi utover de nevnte SOI-symptomene også om genital kløe, smerter under samleie, langvarig (> 1 mnd) feber, langvarig hoste, langvarig diaré, hovne lymfeknuter og kløende hudutslett. En del av disse er uspesifikke symptomer som kan være forenelig med udiagnostisert HIV-infeksjon. Resultatene viser at samlet sett var 67.8% av mennene uten noen av de nevnte symptomene på intervju tidspunktet, 15.8% hadde ett symptom, 11.6% to symptomer og de resterende 4.8% tre, fire eller fem symptomer. Andelen med symptomer varierte som ventet med hvorfor de var kommet til klinikken. Blant de som kom med SOI-problemstillinger eller som smittekontakter til SOI-pasienter hadde 35% ingen av de nevnte symptomene, 23% ett symptom, 20% to symptomer og 9% tre eller flere symptomer. I de øvrige gruppene var andelen med symptomer mye lavere, de som rapporterte null symptomer utgjorde mellom 84% og 100%. Hyppigheten av de ulike symptomene var som følger:

Genital kløe	17.8 %
Smertefull vannlatning	9.6 %
Utflod/puss fra urinrøret	5.5 %
Genitale sår	4.8 %
Smerter under samleie	4.8 %
Langvarig hoste	4.1 %
Kløende hudutslett	3.4 %
Forstørrede lymfeknuter	3.4 %
Hevelse i scrotum	2.7 %
Langvarig feber	2.1 %
Langvarig diaré	1.4 %

Tabell: Hyppighet av rapporterte symptomer.

Ved sammenligning av enkeltsymptomers hyppighet i gruppen HIV positive og HIV negative fant vi ingen signifikante forskjeller. Symptomet der forskjellen i hyppighet var størst var 'genitale sår', hvor 18.2% (n = 2) av HIV positive oppga å ha symptomet mot 2.8 % (n = 3) blant HIV-negative (p=0.068). Ingen av de fire syfilispositive rapporterte å ha genitale sår på intervju tidspunktet, og var heller ikke behandlet for dette i løpet av de siste 12 mnd.

Diskusjon

1) Aksepterer seksuelt aktive menn tilbud om VCT?

Våre tall viser en høy grad av aksept for VCT. Hele 81% takket ja. Dette er høyere enn hva man fant i undersøkelsen fra Nigeria, der 57.7% av menn ønsket testing⁽³¹⁾. Tallet er likevel lavere enn for kvinner i samme område av Moshi (96.6%)⁽⁶⁾, tilsvarende kjønnsforskjeller er vist i flere andre studier. Studiene er stort sett foretatt på gravide kvinner, og kjønnsforskjellen tilskrives til dels at kvinnene ønsker å motta behandling for å forebygge MTCT dersom de er positive.

Hele 40 % hadde tidligere gjennomgått VCT, en meget høy andel. Våre tall viser at tidligere VCT er en klar prediktor for å ønske ny test. Årsaker til dette kan være at man kjenner prosedyren og at man opplevde det positivt å få bekreftet at man var frisk (alle hadde tidligere testet negativt). Har man tidligere fått bekreftet negativ HIV-status er det også nærliggende å anta at mennene vurderer sin risiko for å være smittet som mindre, og dermed har lavere terskel for å la seg teste på nytt. Post-test veiledningen vektlegger også nytten av ny testing etter å ha vært i situasjoner som kan medføre smitteoverføring. Enkelte av de i vårt materiale som ikke ønsket å teste seg, oppga som grunn at de nylig var testet, men det samlede resultatet viser at gjennomført VCT medfører økt testvillighet på lengre sikt.

Det var signifikante forskjeller mellom menn med ulik sivilstatus; testvilligheten var 100% blant ugifte samboende, 88.5% blant single, 70.6% blant gifte og 66.7% blant separerte (liten gruppe, n = 6). Det er ut i fra disse tallene vanskelig å spekulere i årsaker til disse forskjellene. Ettersom ulik risikopersepsjon ikke hadde noen sammenheng med testvillighet kan man eksempelvis ikke anta at lavere testvilje blant gifte/tidligere gifte skyldes at denne gruppen betrakter seg som lavrisikanter.

Testvilligheten avtok med høyere kunnskapsnivå om HIV, dvs at gruppen som ikke vil la seg teste scoret i gjennomsnitt signifikant høyere på kunnskapsspørsmålene (10.85 vs 9.81, p-verdi 0.044 ved independent sample T-test). Vi fant heller ingen signifikant sammenheng mellom økende utdanning og ønske om VCT. Disse funnene er ikke i samsvar med hva man har funnet i andre studier. En mulig forklaring er at vår summerte score for kunnskap ikke er representativ for mennenes reelle kunnskap og dermed gir et feilaktig bilde av sammenhengen.

Menn som har forventning om å motta adekvat HIV-behandling dersom de tester positivt, ønsker oftere VCT (85.5% vs 50%, p-verdi 0.03). Dette virker intuitivt logisk, ettersom nytteverdien av å kjenne til en positiv HIV-status øker for individet selv. Tallene fremhever også viktigheten av å formidle budskapet om at behandling finnes, da dette også bedrer vilkårene for forebyggende arbeid.

2) Har menn kunnskaper om HIV, og hvilke forestillinger har de om effekt av behandling og behandlingstilbudet i eget nærområde?

Resultatene fra spørsmålene som omhandler kjennskap til, kunnskap om, og behandlingsmulighet ved HIV-infeksjon viste at de mannlige intervjuobjektene er godt informert og oppdatert på grunnleggende og generell kunnskap om SOI og HIV, samt effekt av HIV-behandling.

87.4% nevnte HIV når de ble bedt om å nevne alle seksuelt overførbare infeksjoner de kjente til. I andre artikler rapporteres "awareness of HIV" å ligge på 97-99% i Tanzania. Vi mener det å ikke nevne HIV spontant nødvendigvis ikke betyr at personen ikke kjenner til HIV, da senere svar bekrefter kjennskap og kunnskaper om sykdommen.

Nesten 90% kjente til mor-til-barn-smitte, selv om forståelsen av når denne kan finne sted var mer mangelfull. Det langvarige og omfattende forskningsprosjektet med tett oppfølging av gravide som pågår ved Majengo Clinic kan ha bidratt til mennenes kunnskap. Vi har ikke funnet relevante studier som har undersøkt hvorvidt menn kjenner til denne formen for HIV-overføring.

At nesten 25% ikke kjenner til at en HIV-smittet ikke nødvendigvis har symptomer er alvorlig. Blant de som ikke personlig kjente noen i nærmiljøet eller familie med HIV var tallet enda lavere, bare 67%. Vår undersøkelse tok ikke høyde for å avdekke misforståelser som at den asymptomatiske fasen varer maksimalt noen måneder, en oppfatning som er vist å være utbredt i rurale deler av samme landsdel i Tanzania*. Dersom man ikke er klar over den lange asymptomatiske fasen av en HIV-infeksjon vil dette kunne ha betydning for vurdering av egen risiko, risikoatferd og prevensjonsbruk, opprettholdelse av stigmatiserende fordommer mot HIV-positive, mangelfull HIV-testing og forspillelse av behandlingsmuligheter eller forebygging av mor-til-barn-smitte. Kanskje er budskapet om at HIV-infeksjon i stadig større grad må ansees å være en kronisk, subklinisk infeksjon som ikke nødvendigvis gir klare plager de første årene underkommunisert i media og utdanningsvesen.

Mennenes kunnskap om behandlingsmuligheter ved HIV må anses å være god, ettersom 84% av de spurte var klar over moderne behandlingsformers evne til så vel å hindre/utsette frembrudd av symptomer, som å forlenge livet til HIV-positive. Verdt å merke seg er også ca 80% har tro på at en skal få god nok hjelp om en blir smittet. Dette var uavhengig av om en slekten/familien var rammet av HIV eller ikke, noe som kan tyde på tilfredshet med hvordan HIV-positive blir ivaretatt av helsevesenet i distriktet.

Varighet av formell utdanning viste signifikant sammenheng med total score på spørsmål relatert til kunnskap om seksuelt overførbare infeksjoner, HIV og behandlingsmuligheter. Dette er i samsvar med studier gjennomført i andre afrikanske land**. I vårt materiale var forskjellene likevel ikke uttalte. Det at også lavt utdannede har tilegnet seg viktige kunnskaper kan tyde på at det omfattende opplysningsarbeidet som er gjort utenfor utdanningsvesenet har nådd brede lag i samfunnet.

Vi har i liten grad testet mennene på kunnskaper om smitteveier og prevensjonsbruk. Mennene ble ikke spurt om hvilke informasjonskilder de har benyttet eller foretrekker.

3) Hva er HIV-prevalensen og hvilke risikofaktorer finnes hos HIV-positive menn i primærhelsetjenesten?

I vårt materiale fant vi en HIV-prevalens på 9.3. Dette ligger noe over UNAIDS sine prevalenstall på 6.5% for menn i alderen 15-49 år, noe som ikke er overraskende ettersom studiedeltakerne for en stor del kommer for behandling av symptomer på

kjønns sykdommer eller andre sykdommer som kan ha felles risikofaktorer eller overføringsveier som HIV-infeksjonen.

Konsekvent kondombruk er en sikker måte å beskytte seg mot HIV. Vi forventet at HIV positive som gruppe rapporterte å bruke kondom sjeldnere enn HIV negative. Resultatene viser paradoksalt nok at det i gruppene som bruker kondom hyppig finnes en høyere andel HIV-positive (se tabell x). Det er problematisk å tolke svarene avgitt i denne delen av spørreskjemaet. Begreper som 'alltid' og 'aldri' kan tolkes ulikt når vi i spørsmålsstillingen ikke definerer noe tidsrom, som f.eks. "Hvor ofte har du brukt siste kondom siste året?". For å illustrere dette nevnes at blant de som rapporterer 'alltid' å bruke kondom, svarer 3 av 4 at de ikke brukte kondom ved første samleie. Begreper som 'ofte' og 'vanligvis' er også relative. Dette i kombinasjon med det beskjedne antallet personer i gruppen HIV positive (n=11) gjør funnet mindre troverdig og relevant. Det er heller ikke kontrollert for andre risikofaktorer.

Ved sammenligning av enkeltsymptomers hyppighet i gruppen HIV positive og HIV negative fant vi ikke signifikante forskjeller. For symptomet 'genitale sår', hvor 18.2% (n = 2) av HIV positive oppga å ha symptomet mot 2.8 % (n = 3) blant HIV negative, var p-verdien nær forkastningsnivået (p=0.068). De fem av totalt 7 personer som rapporterte genitale sår testet alle negativt for syfilis. Det er ikke urimelig å anta at et flertall av disse har genital herpes, en infeksjon som er vist å være sterkere korrelert med HIV enn andre kjønns sykdommer.

Samtlige fire personer som testet positivt for syfilis var også HIV-smittet. Korrelasjon mellom seropositivitet for syfilis og HIV er vist i mange studier ^(32,33). Sammenhengen mellom ulcererende kjønns sykdom og HIV-transmisjon er omtalt tidligere og diskuteres ikke ytterligere.

Blant de som var HIV-positive var personer som i ulik grad bodde på annet sted enn sin partner overrepresentert og tallene tydet på økende HIV-prevalens jo mindre mennene bodde sammen med partneren. Dette er i samsvar flere studier, blant annet en undersøkelse av 2800 par i Kisumu, Tanzania, der man konkluderte med at det å reise/bo utenfor hjemmet i kortere eller lengre perioder var en risikofaktor for økt risikoatferd og HIV-positivitet både for den som er på reise/bo andre steder og for den som blir i hjemmet ⁽³⁴⁾.

At vi ikke fant flere klare sammenhenger kan blant annet skyldes nok det lave antallet studiedeltakere generelt og få HIV positive spesielt. Dette gjør det vanskelig å avdekke statistisk signifikante sammenhenger.

Feilkilder

Vi kan i ettertid peke på en rekke ting som burde vært gjort annerledes i forbindelse med gjennomføringen av vårt prosjektarbeide.

I forhold til metodemessige svakheter er det åpenbart at inklusjons- og eksklusjonskriterier burde vært klarere definert på forhånd. Som beskrevet tidligere så vi oss underveis nødt til å inkludere alle menn som henvendte seg klinikken, rett og slett for å oppnå et materiale som var stort nok til å kunne brukes statistisk. I denne situasjonen burde nok vår registrering av hvorfor de oppsøkte klinikken vært mer nyansert. Spørreskjemaet burde i større grad vært bygget på tidligere gjennomførte studier. Spesielt kunne vi i større grad tatt med validerte spørsmål egnet til vurdering av kunnskap om HIV og prevensjon og andre viktige deler i undersøkelsen. Når vi undersøkte kunnskap om behandlingsmuligheter ville det vært naturlig å ha med ett eller flere spørsmål knyttet til muligheter for å forebygge mor-til-barn-smitte.

Det mest åpenbare problemet under gjennomføringen av intervjuene viste seg å være språkvansker. Vi fikk hjelp lokale helsearbeidere som stilte opp som tolker, og enkelte av disse hadde kun helt grunnleggende engelskferdigheter. Det ble etter hvert klart avdekket at mange oversettelser fra swahili til engelsk var upresise eller endog direkte feil. Noen av feilene gikk på tallangivelser. Utover direkte oversettelsesfeil har vi grunn til å tro at besvarelsene på endel av spørsmålene i stor grad er styrt av måten intervjuer stilte spørsmålet på. Vi så blant annet klare tendenser når vi sammenlignet ulike intervjuere til tross for at de var instruert på samme måte. Registrering av hvilken medarbeider som gjennomførte det enkelte intervju ville i ettertid gjort det mulig å bekrefte en slik mistanke. Språkproblemene kom også til uttrykk gjennom at mange spørreskjemaer inneholder klare selvmotsigelser i besvarelsene slik at deler av svarene samlet fremstår meningsløse og tildels ubrukelige. At de som gjennomførte intervjuene kan ha hatt ulik oppfatning om i hvilken grad de skulle være motiverende eller nøytrale i forhold til spørsmål om HIV-testing kan nok også påvirket resultatet. Manglende svar i endel skjemaer skyldes nok i større grad usikkerhet på måten intervjuet skulle gjennomføres på enn at intervjuobjektet ikke ønsket å svare. Bruk av både kvinner og menn som intervjuere kan ha påvirket rapportering av sensitiv informasjon. At vi som utlendinger var tilstede under de fleste intervjuene kan ha påvirket svarene. Underrapportering og inkonsistens i svar knyttet til seksualatferd kan også være knyttet til selve studiedesignet med (assistert) bruk av spørreskjemaer, som vist i artikkelen "A bit more truthful; the validity of adolescent sexual behaviour data collected in rural northern Tanzania using five methods" ⁽³⁵⁾. Rommet som ble benyttet til intervjuene fungerte også som et lager/kontor. Med tanke på mange av spørsmålenes sensitive karakter, synes det opplagt at ivaretagelse av diskresjon og taushetsplikt er sentralt. Vi opplevde derfor som problematisk at de begrensede fasilitetene medførte forstyrrelser i form av at andre ansatte ved klinikken kom inn for å hente ting etc.

Det kan tenkes at andelen som ønsket VCT økte som følge av at pasientene før de ble spurt ble ført gjennom et omfattende intervju med fokus på HIV. Resultatet er dermed ikke nødvendigvis overførbart til klinisk praksis.

Referanser

1. UNAIDS. **AIDS epidemic update: December 2005.**
http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/epi-update2005_en.pdf
2. UNAIDS. **2006 Report on global AIDS epidemic.**
http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf
3. The voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. **Efficacy of Voluntary HIV-1 counseling and testing in individual and couples I Kenya, Tanzania , and Trinidad: a randomised trial.** *Lancet* 2000, 356: 103-112
4. Sweat M, Gregorich S, Sangiwa G, et al **Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counseling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania: The voluntary HIV-1 counseling and testing Efficacy Study.** *Lancet* 2000, 356: 113-121
5. TACAIDS. **Country progress report: Tanzania Jan. 2003- Dec. 2005**
http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_tanzania_en.pdf
6. CIA. **The World Fact Book: Tanzania**
<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/tz.html>
7. Grinstead OA et al, **Positive and negative life events after counselling and testing: the Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study.** *AIDS.* 2001 May 25;15(8): 1045-52
8. Thielman et al, **Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania.** *Am J Public Health.* 2006 Jan; 114
9. The United Republic of Tanzania. **National guidelines for prevention of mother to child transmission of HIV.** Volume 2. Tanzania, Africa: Tanzania Ministry of Health; March 2004.
10. Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E, et al. **HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa: experience from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar Es Salaam, Tanzania.** *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001; 28(5): 458-462.
11. Kiarie J, Nduati R, Koigi K, et al. **HIV-1 testing in pregnancy: acceptability and correlates of return for test results.** *J AIDS.* 2000; 14: 1468-1470
12. Msuya S et al **Predictors of failure to return for HIV test results among pregnant women in Moshi, Tanzania.** *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006 Sep; 43(1): 85-90
13. Iliyasa Z et al **Knowledge of HIV/ AIDS and Attitude towards Voluntary Counseling and Testing among Adults** *J Natl Med Assoc.* 2006 Dec; 98(12):1917-22
14. The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat: **HIV/AIDS Awareness and Behaviour.** United Nations Publications, 2002
15. BBC. **Global survey- Assessing Knowledge of and Attitudes Towards HIV /AIDS- Summary version** Okt. 2003
http://news.bbc.co.uk/1/shared/spl/hi/health/03/aids/pdf/survey_report.pdf
16. Measure DHS (USAID). **2004-2005 Tanzania Demographic and Health Survey**
<http://www.phishare.org/documents/MEASUREDHS/3798/>
17. Measure DHS. **Press releases April 11. 2005**
http://www.measuredhs.com/aboutdhs/pressroom/Release_archives/041105-tan.cfm
18. ICRW. **Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia.**
<http://www.icrw.org/docs/stigmareport093003.pdf>
19. Jordan Harder B, Maboko L, Mmbando D, Riedner G, Nägele E, Harder Juan, Küchen V, Kilian A, Korte R, v. Sonnenburg F.: **Thirteen years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behavioural change suggest impact of programme activities in south west Tanzania.** *AIDS* 2004, 18: 287-294.

22. **Aids in africa**, second edition (2002), Kluwer Academic / Plenum Publishers, Red: Max Essex, Souleymane Mboup, Phyllis J. Kanki, Richard G. Marlink, Sheila D. Tlou, s. 200-217.
23. Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. **Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1**. Rakai Project Study Group. *N Engl J Med*, 2000; 342; 921-929.
24. Grah RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, et al. **Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV1-discordant couples in Rakai, Uganda**. *Lancet*, 2001; 357: 1149-1153.
25. Grosskurth H, Mosha F, Todd J, et al. **Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomized controlled trial**. *Lancet*, 1995; 345: 530-536.
26. Kishamawe et al: **Mobility and HIV in Tanzanian couples: both mobile persons and their partners show increased risk**. *AIDS*, 2006 vol 20, 601-608
27. Hersh BS, Popcici F, Apetrei RC, et al. **Acquired immunodeficiency syndrome in Romania**. *Lancet* 1991; 338: 345-649.
28. Donegan E, Lee H, Operskalski EA, et al. **Transfusion transmission of retroviruses: human T-lymphotropic virus types I and II compared with human immunodeficiency virus type 1**. *Transfusion* 1994, 34: 478-483.
29. UNAIDS and WHO **2000 global HIV/AIDS and STD Surveillance Epidemiological Factsheets by Country**;
http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/fact_sheets/index_en.htm (Jan 2002)
30. Windsor IM et al: **An evaluation of the capillus HIV-1/HIV-2 latex agglutination test using serum and whole blood**. *Int J STD AIDS* 1997 Mar; 8(3): 192-195.
31. S. Iliyasu et al. **Knowledge of HIV/AIDS and attitude towards voluntary counseling and testing among adults**. *Journal of the National Medical Association*, Dec 2006; 98, 12.
32. Meulen J et al: **Evaluation of seroepidemiological associations between HIV-infection, hepatitis B and other sexually transmitted diseases in African patients**. *European journal of epidemiology* 1989, vol 5, 158 - 63.
33. Ndongmo CB, Zekeng L, Kaptue L. **Increased HIV prevalence among individuals attending a sexually transmitted infection clinic in Yaounde, Cameroon**. *Int J STDAIDS*. 2003 Mar; 189-92.
34. Kishamawe et al: **Mobility and HIV in Tanzanian couples: both mobile persons and their partners show increased risk**. *AIDS*, 2006 vol: 20, 601-60
35. M.L. Plummer et al. **A bit more truthful; the validity of adolescent sexual behaviour data collected in rural northern Tanzania using five methods**. *Sex Transm Infect*, Dec 2004; 49-56.

Modified Male Questionnaire

(« Are men attending STI clinics willing to undergo HIV testing and notify their partners ?»)

ID number _____

Date of interview _____

.....

...

1. **How old are you? *Je una miaka mingapi?*** _____ years / miaka

2. **What is your religion? *Dini yako?***

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------|------------------------|----------------------|
| 0.None | <i>Sina</i> | 1.Christian | <i>Mkristu</i> |
| 2.Muslim | <i>Muislamu</i> | 3.Traditional believer | <i>Dini ya asili</i> |
| 4.Other <i>Nyingine</i> _____ | | | |

3. **Are you in formal employment in which you receive a regular salary?**

Je umeajiriwa sehemu ambayo unapokea mshahara kila mwezi?

- | | | | |
|------|---------------|-------|--------------|
| 0.No | <i>Hapana</i> | 1.Yes | <i>Ndiyo</i> |
|------|---------------|-------|--------------|

4. **What is your approximate income per month?**

Kwa kukadiria kipato chako cha mwezi ni kiasi gani?

- | | |
|----------------------|---|
| 1) below 30.000 | <i>chini ya elfu thelathini</i> |
| 2) 30 - 59.000 | <i>elfu thelatihini hadi elfu hamsini na tisa</i> |
| 3) 60 – 100.000 | <i>elfu sitini hadi laki moja</i> |
| 4) more than 100.000 | <i>zaidi ya laki moja</i> |

5. **Level of education (number of years of full time education completed)**

Kiwango cha elimu uliyofikia-andika nanba ya miaka aliyomaliza?

- | | |
|--|------------------------|
| 0.No formal education | <i>sikuwahi kusoma</i> |
| 1. 1-7 yrs (Primary level) | <i>darasa la 1-7</i> |
| 2. 9-12 yrs (O level) | <i>kidato 1-4</i> |
| 3. 13-14 yrs ('A' level) | <i>kidato cha 5-6</i> |
| 4. Higher (University/other tertiary course) | <i>elimu ya juu</i> |

6. **What is your marital status? *Hali yako ya unyumba kwa sasa ikoje?***

(no probing initially)

- | | | |
|--------------|----------------------------------|----|
| 1.Single | <i>siaoa</i> | →7 |
| 2.Married | <i>nimeoa</i> | →8 |
| 3.Cohabiting | <i>tunaishi pamoja bila ndoa</i> | →8 |
| 4.Divorced | <i>mtalaka</i> | →7 |
| 5.Separated | <i>tumetengana</i> | →7 |

7. **Do you have a steady partner? *Je una muensi wa kila siku?***

- | | | | | |
|-------------|------|-------|--------------|-----|
| 0.No hapana | → 10 | 1.Yes | <i>Ndiyo</i> | → 8 |
|-------------|------|-------|--------------|-----|

8. **If married/cohabiting, or have a steady partner, how do you and your spouse/partner live? *Kama humeoa / kuishi pamoja au una mwenzi wa kila siku je wewe na mwenzi wako mnaishije?***

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1.Together all the time | <i>pamoja wakati wote</i> |
| 2.Sometimes apart (___ times/month) | <i>ananitembelea (mara ___ kwa</i> |
- wiki)

3. Living in different places more than 6 months/ year
Tunaisji mbali mbali kwa zaidi ya miezi sita
 4. Other *Nyingeso* _____

9. Are you in a polygamous marriage or relationship? Je una wake wengi?
 0. No *Hapana* 1. Yes *Ndiuy* (Namba ya wake _____)

10. Number of living children? Una jumla ya watoto wangapi walio hai _____

11. How often do you drink alcohol? Je onakunywa pombe? Na kwa kiasi gani

1. Every day *kila siku*
 2. Once a week *mara moja kwa wiki*
 3. Occasionally *mara moja moja*
 4. Never *situmii*

Knowledge

12. Can you please mention any sexually transmitted disease(s) you know?

Je unawza ukaniambia ni magonjwa gani unayoyajua ambayo hutokana na kukutana kikmwili kujamiiana? (Interviewer record all responses but do not prompt participant)

1. Gonorrhoea *kisonono*
 2. Syphilis *kaswende*
 3. HIV/AIDS *UKIMWI*
 4. Genital ulcer *vidona sehemu ya siri*
 6. Genital herpes *herpes*
 7. Chlamydia *klamedia*
 8. Pubic lice *chawa sehemu za siri*
 9. Genital warts *kuota nyama sehemu za siri*
 10. Trichomoniasis *trichomona*
 11. Others *nyingeso*

13. Can you mention symptoms which might cause you to suspect that you have an STD (record all the responses but do not prompt) Je unadhani ni dalili gani ambazo mwanaume atakuwa nazo akiwa na magonjwa ya zinaa / yaletwayo na kujamiiana? (usidodose, andika majibuyote baba anayotaja)

1. Penile discharge *Kutotka uchau au usaha sehemu za siri*
 2. Genital ulcer *Vidonada sehemu za siri*
 3. Painful micturation *Maumivu makali wakati akikojoa*
 4. Genital itch *kuwashawa*
 5. Scrotal swelling *kuvimba makende*
 6. Large inguinal lymph nodes *kuvimba mtoki*
 7. Don't know *sijui*
 8. Others / nyingezo: _____

14. Have you known someone with HIV/AIDS in your community?

Umewahi kumfahamu mtu yeyote aliyepatwa na UKIMWI kwenye jumuiya yako?

0. No *Hapana* → 16 1. Yes *Ndiyo* → 15

15. Have you had a close relative who has been diagnosed HIV positive or died with HIV/AIDS?

Je umeshawahi kupata ndugu wa karibu ambaye ameathirika au kufa kutokana na

UKIMWI?

0. No/Hapana 1. Yes/Ndiyo

16. Do you think a person infected with HIV always shows signs or can such a person look perfectly healthy? Je mtu anaweza kuwa na virusi vya UKIMWI bila kuonyesha dalili za ugonjwa?

1. Always shows signs *hapana, lazima aonyeshe dalili*
2. Can look healthy *ndiyo, anaweza asiwe na dalili*
3. Don't know *sijui*

17. Can a woman pass HIV1 to her baby? Je mama mjamito aliyeathirika na virusi vya UKIMWI ?

0.No hapana → 19 1.Yes *ndiyo* → 18 2.Don't know *sijui*

18. When does this happen (do not prompt) kama ndiyo, inawesa kutokea wakati gani (zungushia zote mama atakazojibu)

1. During pregnancy *wakati wa ujauzito*
2. During delivery *wakati wa kijifungua*
3. During the breast feeding period *wakati anapomyonyesha mtoto*

19. How do you rate your chances of being infected by HIV-1 Je ukifikiria, unajiona upo kwenye hatari ya kuambukizwa ugonjwa wa UKIMWI ?

1. No risk *hapana, sina hatari* → 20
2. Small risk *Ndiyo, hatari kidogo* → 21
3. Moderate risk *Ndiyo, hatari kiasi* → 21
4. High risk *Ndiyo niko kwenye hatari sana* → 21
5. Don't know *Sijui* → 22

20. Why do you feel you have no risk? Kwa nini unaona huna hatari?

1. I am married *nimeoa* → 22
2. I have one partner *Nimekuwa na mwenzi/mpenzi mmoja tu kwa maisha yangu yote* → 22
3. My partner is faithful *Mke wangu ni mwaminifu*
/ninamuamini → 22
4. I Always use condoms during sex *Ninatumia kondomu kila ninapofanya mapenzi*
5. Others *nyinginezo* _____ →

22

21. Why do you feel you are at risk? Kwa nini unajiona uko kwenye hatari ya kuambukizwa?

1. I have more than one sexual partner *Nina wapenzi wengi*
2. Partner cannot be trusted *Simuamini mke / mweni wangu*
3. Partner has other sexual partners *Mke/mwenzi wangu ana wapenzi wengine wengi*
4. We don't use condoms *Situmii kondomu wakati ninapofanya mapenzi*
5. I am in a polygamous marriage/relationship. *Nina wake wengi.*
6. Others *nyinginexo* _____

22. Should a person with HIV tell their partner?

Je unaddhani mtou aliyearchirika na UKIMWI amwambie hali hiyo mwenzi/mke wake.

0. No *Hapana*

1. Yes *Ndiyo* 2. Don't know *Sifahamu*

IF NO → Why? Kwa nini ? _____

MEDICAL HISTORY

During the past 5 years have you had *je katika kipindi cha miaka 5 iliyopita*

	No	Yes	How many times
23. Blood transfusion(s) <i>Uliwahi kuongezewa damu</i>	0	1	
24. Injection(s) <i>Uliwahi kudungwa sindano</i>	0	1	

Have you had any of these before? *Makamboita izvi zvirwere here*

25. Tuberculosis <i>Kifua kikuu</i>	0	1
26. Schistosomiasis <i>Kichocho</i>	0	1

27. During the past 12 months, have you been treated for..

Katika kipindi cha miezi 12 iliyopita, je umeshawahi kutibiwa kwa ajili ya magonjwa yafuatayo

	No	Yes
a) Penile discharge <i>Kutoka ute / usana sehemu za siri?</i>		
0 1		
b) Genital ulcers <i>Vidonda sehemu ya siri</i>		0
1		
c) Genital warts <i>Kuota vinyama katika sehemu za siri</i>		0
1		
d) Painful micturation <i>Kupata maumiivu wakati wa kukojoa</i>		0
1		
e) Scrotal swelling <i>Kuvimba makend e/ kokwa</i>		0
1		

IF NO to all (a-e) → 29

IF YES to any of (a-e) *Kama ndiyo kwa swali namab a – e* → 28

28. Did you inform your sexual partner?

Ja ulimjulisha mwenzi wako juu ya dalili hizo

0.No *hapana*

1.Yes *Ndiyo* →29

b) If no why did you not inform her? *kama hapana ni kwa nini?*

29. Do you presently have the following symptoms *Je kwa sasa hivi una dalili zifuatozo?*

a) Abnormal Penile discharge? <i>Kutoka ute / usaha sehemu za siri</i>	0
1	
b) Genital itching/irritation <i>kuwashawa</i>	0
1	
c) Genital ulcer <i>Vidonda sehemu ya siri</i>	0
1	

d) Pain during intercourse <i>Kupata maumivu wakati wa kufanya inapenzi</i>	0	
1		
e) Painful micturation <i>Kupata maumivu wakati wa kukojoa</i>	0	
1		
f) Scrotal swelling <i>Kuwimba makend e/ kokwa</i>	0	1
g) Prolonged fever, >1 month <i>Homa za muda mrefu zaidi ya mwezi mmoja</i>	0	0
1		
h) Prolonged cough, >1 month <i>Kikohozi cha muda mrefu zaidi ya mwezi</i>	0	1
i) Prolonged diarrhoea, >1 month <i>Kuharisha kwa zaidi ya mwezi</i>	0	1
j) Pruritic dermatitis <i>Ugonjwa wa ngozi wa muda mrefu</i>	0	1
k) Enlarged lymphnodes <i>Mtoki</i>	0	1

IF YES to any of a-k; Kama ni ndiyo kati ya swali namba a-k → 30

IF NO to all (a-k) → 33

30. For how long have you been having symptoms? Je uligundua una dalili hizo tanu lini?

_____ (days/weeks/months)

31. Did you have sex while having these symptoms? Je uliendela kukutana kimwili na mwnezi wako wakati una dalili ulizotaja hapo juu?

0. no hapana 1. yes Ndiyo

32. If YES → Did you use a condom? Je mlitumia kondomu wakati wa kufanya mapenzi ?

0. no hapana 1. yes Ndiyo

NOW I AM GOING TO ASK YOU A FEW QUESTIONS RELATING TO YOUR SEXUAL HISTORY

NITAKUULIZA MASWALI MACHACHE KUHUSU KUKUTANA KIMWILI

33. How old were you when you had sexual intercourse for the first time?

Ulikuwa na umri gani ulipokutana kimwili mara ya kwanza?

Age miaka : _____

34. Did you use a condom during your first sexual encounter?

Je ulitumia kondomu ulipokutana kimwili kwa mara ya kwanza?

0. No hapana 1. Yes Ndiyo

35. During the last 12 months have you had any other sexual partner/s besides your regular partner? Je ni watu wangapi tofauti ambao umekutana nao kimwili kwa kipindi cha miezi 12 iliyopita ukiacha mke /mwenzu wako?

0. No hapana 1. Yes Ndiyo (_____ number idadi)

36. How many sexual partners have you had in your lifetime?

Umeshakuwa na wapenzi / wanawake wangapi tangu ulipoanza kukutana kimwili kwa mara ya kwanza?

Number idadi: _____

**

37. Have you ever used a condom?
Je umewahi kutumia kondomu / mpira wa kuuvsisha uume wakati wa kukutana kimwii?
0. No hapana →40 1. Yes Ndiyo
38. How often do you use a condom? ***Je unatumia kondomu?***
1. Always *Kila unapokutana kimwili*
2. Most of the times *Mara kwa mara*
3. Occasionally *Mara chache chache*
39. Reasons for using condoms.
Je mara nyingi unapotumia kondomu ni kwa ajili ya (tiki majibu yote)
1. prevention of pregnancy *kujikinga kutopata mimba*
2. prevention of STD *Kujikinga nisipate magonjwa ya zinaa*
3. prevention of HIV *Kujikinga nisipate ukimwi*
4. when I have casual partners *Ninapokutana na wanaume wengine*
5. Others / *nyinginezo:* _____

COUPLE COMMUNICATION KUTAUURIRANA KWEVAVIRI

40. Currently can you discuss the following issues with your partner? ***Je kwa sasa unaweza kujadiliana na mwenzako kuhusu mada zifuatazo?***
- | | | | |
|--|--|---|---|
| 1. condom use | <i>Kuhusu kutumia kondomu</i> | 0 | 1 |
| 2. contraceptives/family planning | <i>Uzazi wa mpango</i> | 0 | 1 |
| 3. desired number of children | <i>Namba ya watoto unaowataka</i> | 0 | 1 |
| 4. sexual satisfaction / sexuality | <i>Kukuridhisha kimapenzi</i> | 0 | 1 |
| 5. when you feel / do not feel like having sex | <i>wakati unjisikia au hujisikii kufanya mapenzi</i> | 0 | 1 |
| 6. about STDs | <i>Kuhusu magonjwa ya zinaa</i> | 0 | 1 |
| 7. about HIV | <i>Kuhusu UKIMWI</i> | 0 | 1 |
41. In your opinion what is the best way of informing your partner to seek treatment if you are diagnosed as having STD? ***Kwa ushauri wako unadhani tutumie njia gani kumjulisha mwenzi wako kuja kupata huduma kama tukikuta na ugonjwa wa zinaa?***
- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Informing her yourself | <i>Kumjulisha mimi mwenyewe</i> |
| 2. Informed by a healthcare worker | <i>Ajulishwe na mtaalamu wa afya</i> |
| 3. Card system | <i>Upewe kadi yenye namba na aje nayo kituoni</i> |
| 4. Other <i>nyinginezo</i> | _____ |
42. If HIV is diagnosed who would you inform? ***Je tukikupima na kukuta na virusi UKIMWI, ungependa kushirikiana majibu yako na nani ? (No probing)***
- | | |
|------------------|-----------------------------|
| 1. No one | <i>sitamuwambia mtu</i> |
| 2. Partner | <i>mwenzi / mke</i> |
| 3. Brother | <i>kaka yangu</i> |
| 4. Sister | <i>dada yangu</i> |
| 5. Friend | <i>rafiki i</i> |
| 6. Parent | <i>wazaza wangi</i> |
| 7. Other specify | <i>Wengine (taja) _____</i> |
43. Which of the following statements regarding HIV treatment are correct? ***Kati ya sentensi zifuatazo zipi ni sahihi kuhusu matibabu ya UKIMWI?***
- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1. There is no useful treatment. | true/Kweli false Sikweli |
|----------------------------------|--------------------------|

Hakuna matibabuyanayosaidia kutibu virusi vya UKIMWI

2. Treatment can cure HIV (remove the infection)
Dawa zinazotumika kwa wagonjwa wa UKIMWI zinaponyesha true/Kweli false
Sikweli
3. When on treatment the person may avoid getting symptoms, but the drugs will not cure the infection itself.
Mtu akiwa kwenye matibabu k ya UKIMWI inasaidia kutopapta wagonjwa nyernelezi mape ma lakini haziponyeshi true/Kweli false
Sikweli
4. Correct treatment for HIV prolongs life.
Matibu sahihi ya UKIMWI yanasaidia kurefusha maisha true/Kweli false
Sikweli

**44. Do you think you would receive proper treatment if you tested positive for HIV ?
Je kuna matibabu yoyote yanotolewa kwa watu wenye maambukizi ya virusi vya UKIMWI .**

0. No hapana 1. Yes Ndiyo 2. Don't know Sijui

45. Have you ever been tested for HIV? Umeshawahi kupimedamu ya virusi vya UKIMWI?

0. No Hapana
1. Yes Ndiyo
1) When? lini
2) Why did you take the test? *Kwanini umeamua kupinma?*
3) What was the result? Majibu yalikuwaje positive (ina maambukizi)
negative (*haina maambukizi*)

If you wish, we can now take a blood sample and test for syphilis and HIV. The results will be ready in only 20 minutes. IF your test should appear positive you will be offered free treatment. Before you decide, you may ask any questions regarding HIV or syphilis, testing and treatment. You will also receive counseling when you receive the test result.

46. Would you like to be tested for HIV / syphilis? Je unapenda kipimwa daili kuona kama una KASWENDE na maambukizi ya virusi vya UKIMWI?

0. No hapana → 49 1. Yes Ndiyo → 46

IF YES (*kama ndiyo*) →

**46 b) Will you inform your partner(s) you have taken an HIV test today?
Je utamueleza mwenzi // mke leo umepima damu ya UKIMWI?**

- 1) Yes Ndiyo
2) Only if the test is negative *Kama majibu yatakuwa negative/hayana maambukizi*
3) No Hapana
4) Don't know Sijui

47. Will you advise your partner to come for testing (free of charge)?

Je utamshauri mwenzi / mke wako aje kupima UKIMWI, bila gharama yoyote?
0. No hapana 1. Yes Ndiyo

48. It is of great use for us to know why people choose to undergo HIV-testing. What was your main reasons for choosing to undergo testing? *Tunataka kujua kwa nini watu wanaamua kupima UKIMW. Ni kwa nini umependetea kupima?* [no probing]

- 1) I think that I may be infected *Kwa sababu ninadhani nimeathirika*
- 2) receive treatment. *kwa ajili ya kupata tiba*
- 3) protect partner(s). *kumlinda mwenzi*
- 4) family planning *kupangilia uzazi*
- 5) certain to be negative *kwa sababu ninafahamu sina maambukizi*
- 6) to know my status *kujua afya yangu*
- 7) Other
nyinginezo: _____

IF NO (*kama hapana*)→

49. What was your main reasons for choosing not to undergo testing?
Kama hapana, ni kwa nini hupendelei kupima?
[no probing]

50. Reason for attending the clinic? *Sababu ya kuja /kuhudhuria kliniki ?*

- 1) STI *Dalili za magonjwa katika uume*
- 2) Contact, STI *Mwenzi alipima katika STI kliniki*
- 3) Contact, VCT *Mwenzi alipima katika VGT/TMTCT nikaambiwa nije*
- 4) Others (specify) *Nyinginezo (taja)* _____

Thank you very much for answering our questions.

LAB RESULTS

HIV _____

Syphilis _____

Herpes _____

PARTNER

Partner came back for testing?

yes

no

Test results:

- **HIV:** _____

- **Syphilis:** _____