

Faktorer som påverkar kvinnans hälsa i Etiopien

Ulrika Virtanen
Jessica Wahlstedt

Ulrika Virtanen
Jessica Wahlstedt

Examensarbete

Vård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	4331
Författare:	Ulrika Virtanen & Jessica Wahlstedt
Arbetets namn:	Faktorer som påverkar kvinnans hälsa i Etiopien
Handledare (Arcada):	Solveig Sundell
Uppdragsgivare:	-
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete hör till Arcadas projektgrupp Professional Alliance for Development (PADet). Skribenterna har utgående från frågeställningar sökt svar genom vetenskapliga artiklar, studier, samt böcker. På grund av att kvinnans ställning länge varit dålig i utvecklingsländer, hotas hon också av flera hälsorisker. Alla hälsorisker kan inte tas med i arbetet, därför har vi valt att begränsa området och söka svar på följande frågor: <i>Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa? Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?</i> Syftet med examensarbetet är att öka medvetenheten om hälsorisker som hotar kvinnor i Etiopien, inklusive reproduktiva hälsorisker. Skribenterna har sökt 19 vetenskapliga artiklar på databaser som är rekommenderade av Arcada. Artiklarna som togs med i arbetet hade följande kriterier; artiklarna måste handla om kvinnors hälsa i Etiopien eller Afrika, de måste vara relevanta till frågeställningarna, de reglerades till åren 2008- 2012/2013, ”peer reviewed” och ”Full text” och de måste vara gratis och tillgängliga på internet. Detta examensarbete är gjort som en litteraturstudie. Det är frågan om en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. Som teoretisk referensram användes Purnells modell för kulturell kompetens. I detta examensarbete kommer vi fram till att kvinnans ställning i samhället är dålig och hennes röst blir inte hörd. Det förekommer mycket våld, otrygga aborter, barnäktenskap och omskärelser. Preventivmedelsanvändningen har ökat i Etiopien under de senaste åren, men spridningen av könsjukdomar, inklusive HIV fortsätter ännu. Resultatet tyder även på att kvinnors hälsa, tillgång till hälsovård, tillgång till utbildning och kunskap om sexual- och reproduktiv hälsa är sämre för kvinnor som bor på landsbygden än för kvinnor som bor i städerna.</p>	

Nyckelord:	Abort, barnäktenskap, familjeplanering, omskärelse, preventivmedel, sexual beteende, våld i hemmet
Sidantal:	97
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	22.04.2013

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	4331
Author:	Ulrika Virtanen & Jessica Wahlstedt
Title:	Factors that affect women's health in Ethiopia
Supervisor (Arcada):	Solveig Sundell
Commissioned by:	-
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is a part of Arcada's project with the Professional Alliance for Development (PADet). The writers have, based on the questions presented in this study, searched for answers through scientific articles, studies and books. The status of women has long been underprivileged in developing countries and this puts their health at risk. All health issues cannot be discussed in this study, therefore we have chosen to answer the following questions: How do cultural traditions in Ethiopia affect women's health? What factors affect women's sexual health and family planning in Ethiopia? The purpose of the study is to raise awareness of health risks among women in Ethiopia, including reproductive health risks. The authors have used 19 scientific articles from Arcada recommended databases. All had the following criteria; articles must be about women's health in Ethiopia or Africa, they must be relevant to the questions, they were published between the years 2008-2012/2013, often "peer reviewed", they must be "Full text", they must be free of charge and available on the internet. This thesis is done as a literature review. It's a qualitative content analysis with a deductive approach. As a theoretical framework, Purnell's model for cultural competence is used. In this study we show that women's social status is poor and her voice is not heard. The study further reveals that women's health is affected by violence, unsafe abortion, child marriage and circumcision. The use of contraception has increased in Ethiopia in recent years, but the spread of sexual transmitted diseases, including HIV, still continues. In addition, the study finds that women's health, access to healthcare and education and knowledge of sexual- and reproductive health in rural areas is worse than in urban areas.</p>	
Keywords:	Abortion, child marriage. Family planning, circumcision,

	contraception, sexual behavior, domestic violence
Number of pages:	97
Language:	Swedish
Date of acceptance:	22.04.2013

INNEHÅLL

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund.....	9
2.1	Kvinnans historia i utvecklingsländer	9
2.2	Kultur.....	10
3	PURNELLS MODELL OM KULTURELL KOMPETENS	14
	Figur 1. Purnells modell för kulturell kompetens. (Journal of transcultural nursing, 2002)	14
3.1	Beskrivning av modellen	15
3.2	Purnells modell i vårdarbete.....	16
4	Begreppsförklaringar	18
5	Syfte och Frågeställningar	21
6	Metod.....	22
6.1	Datainsamlings metod	23
	Figur 2. Resultatet av artiklesökningen.	28
7	Design	35
	Figur 3. Designen av arbetsprocessen.....	36
8	Etiska reflektioner.....	37
8.1	God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada	37
8.2	Etik i vårdarbete.....	38
9	Resultat	40
9.1	Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa?	40
9.1.1	<i>Våld riktat mot kvinnor.....</i>	<i>40</i>
9.1.2	<i>Otrygga aborter.....</i>	<i>46</i>
9.1.3	<i>Barnäktenskap.....</i>	<i>49</i>
9.1.4	<i>Omskärelse.....</i>	<i>54</i>
9.2	Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?	58
9.2.1	<i>Graviditet och förlossning.....</i>	<i>58</i>
	<i>Familjeplaneringsmetoder:</i>	<i>59</i>
	<i>Mödrarådgivning och mödradödlighet:</i>	<i>59</i>
	<i>Bongaarts modell om fertilitet:</i>	<i>60</i>
	<i>Intervallet mellan förlossningarna:</i>	<i>61</i>
	<i>Faktorer som påverkar fertiliteten:</i>	<i>62</i>
	<i>Kunskap om preventivmedel:.....</i>	<i>62</i>

<i>Akuta preventivmedel:</i>	64
<i>Kunskap och okunskap om fertilitet:</i>	64
<i>Källa till information:</i>	65
9.2.2 <i>Riskbeteende</i>	66
<i>HIV/AIDS smittor:</i>	66
<i>Första samlag och sexuell aktivitet bland ungdomar:</i>	67
<i>Oral- och analsex:</i>	68
<i>Påtvingat sex:</i>	69
<i>Alkohol- och Khat användning:</i>	70
9.2.3 <i>Arv och perspektiv</i>	70
<i>Boende faktorer som påverkar familjeplanering:</i>	70
<i>Skillnader i sexual beteende beroende på vart man bor:</i>	72
<i>Hur utbildning och arbete påverkar kvinnans hälsa:</i>	72
<i>Infrastruktur:</i>	74
9.2.4 <i>Folks problematik</i>	74
9.2.5 <i>Hälsa- och sjukvård och sjukvårdspersonal</i>	75
<i>Kombinerat HIV/AIDS testning och familjeplanerings rådgivning:</i>	76
<i>Delegering av uppgifter inom hälsovården:</i>	77
9.2.6 <i>Familjens betydelse</i>	79
10 Diskussion	83
11 Kritisk granskning	87
12 Avslutning	89
Källor	90

1 INLEDNING

Professional Alliance for Development (PADet) är en Etiopisk humanitär, icke-statlig, organisation. Den grundades 1998 av volontärer som jobbade inom olika föreningar. Syftet med organisationen var att hjälpa den fattigaste och mest utsatta befolkningen, speciellt barn, unga och kvinnor. Under åren har PADet organisationen vuxit, och utvecklat program som fokuserar på sexual- och reproduktiv hälsa, prevention och vård av HIV/AIDS, samt försörjning av nutrition. Organisationen strävar efter mer långvariga lösningar på de problem Etiopien har, samt ge hopp åt de fattiga. (PADet, 2008)

Eftersom skribenterna är två, har en viss indelning varit nödvändig. Ulrika har jobbat med fråga ett (*Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa?*) samt bakgrunden. Jessica har jobbat med fråga två (*Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?*). Resten av arbetet är skrivet tillsammans.

Arbetet kommer att handla om kvinnors hälsa i Etiopien och olika faktorer som hotar hennes reproduktiva- och sexuella hälsa, samt hur kvinnans dåliga ställning i samhället påverkar hennes hälsa och välmående. Båda skribenterna var intresserade av att skriva om kvinnor och deras hälsa, och därför valdes detta ämne.

2 BAKGRUND

Etiopien är ett av de mest befolkade landen i Afrika. Det är ett fattigt jordbrukarland som kontinuerligt lider av torka. I huvudstaden, Addis Ababa, har det på senaste tiden bildats flera slumområden på grund av befolkningsökning. (Globalis, 2013)

Oberoende av att Etiopien är ett av Afrikas största och natur rikaste länder, är de också ett av världens mest underutvecklade länder. En ostadig politisk situation har inte direkt hjälpt jordbruket. En av de absolut viktigaste export-produkterna i Etiopien är kaffe. Eftersom landet är beroende av jordbruket drabbas exporten av brist på vatten. Idag är Etiopien beroende av västländernas hjälp. (Globalis, 2013)

2.1 Kvinnans historia i utvecklingsländer

Kvinnornas ställning i utvecklingsländer har länge varit dålig. Det har alltid hört till kvinnans sysslor att sköta det mesta i familjen. Hon ska sköta barnen, städa och laga mat. Dessutom måste kvinnorna jobba om dagarna på arbetsplatser med mycket dålig lön, till exempel på åkrar och jordbruk. Männen har inte behövt jobba lika mycket, och de har fått spendera sina pengar hur de behagar. Kvinnans lön däremot har varit det som försörjer hela familjen. (Lankinen et al. 1989)

Kvinnan har länge stått under mannen och det märktes också bland barnen. I en familj med både flickor och pojkar såg matordningen ut såhär; Först fick mannen välja vad han ville äta, efter det fick sönerna välja. Flickorna fick äta deras rester och mamman fick äta flickornas rester, om det skulle bli något kvar. Familjens män kunde sitta vid matbordet och njuta av maten medan kvinnorna måste äta stående vid spisen för att snabbt kunna komma tillbaks till sysslorna. (Lankinen et al. 1989)

Att sköta om barnen har alltid varit kvinnans uppgift. Ofta kunde det finnas 6-7 barn i en familj och ansvaret om deras välbefinnande satt hos kvinnan. Det var inte ovanligt att kvinnan inte ens hann sluta amma det förra barnet innan hon blev gravid igen. Orsaken bakom stora familjer kan variera, men oftast handlar det om att få arbetskraft och att ha

någon som tar hand om föräldrarna när de blir äldre. Eftersom barndödligheten länge varit stor, skaffade man många barn så att kanske någon skulle klara sig till vuxen ålder. (Lankinen et al. 1989)

Eftersom kvinnor länge har varit undernärda och fött många barn, har mödradödligheten varit hög. Den största faktorn som påverkat mödradödligheten är att flickor blivit gravida för tidigt. Näringstillförseln hos kvinnor är sämre redan som barn, vilket gör att de inte hinner växa tillräckligt innan de blir gravida med sitt första barn. Dessutom har bristfällig nutrition och för tungt jobb också orsakat att kvinnor ofta fött undernärda och för små barn. Det har inte heller varit ovanligt att kvinnor gått ner i vikt under graviditeten. (Lankinen et al. 1989)

Olagliga aborter har länge varit det vanligaste sättet att kontrollera familjens storlek. Lankinen et al. skriver om en undersökning gjord av WHO som tyder på att ca 200 000 kvinnor dog årligen på grund av olagliga aborter i utvecklingsländer. Detta visar hur långt kvinnor varit villiga att gå för att inte få flera barn. (Lankinen et al. 1989)

2.2 Kultur

Andrews & Boyle definierar kultur som ett sätt att se på världen, och traditioner som går vidare från generation till generation. Man kan dela upp kulturen i fyra grundegenskaper; 1. Man lär sig sin kultur från det att man är barn, 2. Kulturen delas av alla medlemmar i samma kulturella grupp, 3. Den anpassar sig till specifika villkor, till exempel beroende på var man bor, 4. Kulturen är dynamisk och slutar aldrig omformas. (Andrews & Boyle, 1995)

De flesta kulturer har någon form av traditionella healers. Dessa pratar ofta patientens modersmål, går på hembesök och de blir dessutom billigare än att söka hjälp av sjukhus. Detta har på många ställen lett till att traditionella healers har utvidgat sina kunskapsområden. Det finns healers som fungerar som barnmorskor, kvinnor som stöder nyblivna mammor och deras barn, och andra vårdgivare som erbjuder hjälp, till exempel i form av stödgrupper eller möten, för gravida och nyblivna mödrar. Eftersom förtroende

för traditionella healers är stort, borde man tänka på att inkludera dem i vårdteamet på sjukhus. (Andrews & Boyle, 1995)

I sin text använder sig Andrews & Boyle av Wengers (1993) sätt att se på symptom och kultur. Wenger menar att alla symptom tros vara relaterade till kulturen. Vårdaren bör inte alltid lita på att de symptom patienten beskriver har någonting med den ”självlara” diagnosen att göra. När en individ känner symptom, tolkar han/hon dem olika och reagerar på dem på sätt som kongruerar med ens kulturella normer. Vårdaren måste alltså bedöma symptomen medan de håller patientens kulturella bakgrund i tankarna. (Andrews & Boyle, 1995)

Olika samhällen ser på graviditet och förlossning på olika sätt, beroende på kulturens samsyn på faktorer som hälsa, sjukvård, reproduktivitet, samt kvinnans roll i samhället. Dessutom har moderns individuella egenskaper också en stor roll i hur graviditeten upplevs. Religiös bakgrund, ålder, sexuell läggning, stads- eller landsbygd, alla dessa faktorer påverkar upplevelsen. Gemensamt för de flesta samhällen är dock att graviditetstiden ses som en speciell tid för familjen, och många kulturer har vissa förväntningar om hur man ska bete sig under denna tid. (Andrews & Boyle, 1995)

Abdelhamids et al. skriver i sin bok också om traditionell medicin. I folkgrupper där ingen kan skriva eller läsa, brukar man vårda sjukdomar med växter som man hittar i sin närmaste levnadsmiljö. Av de moderna läkemedlen har 25 % fått sin början från växter som ursprungsfolk använt sig av. Närmare 80 % av befolkningen i utvecklingsländer använder sig ännu av traditionell medicin. Kunskapen om de traditionella medicinernas användning och verkan, går vidare genom muntlig kommunikation. Den traditionella medicinen påverkas av hur kulturen ser på sjukdomar, samt tros- och meningsfrågor gällande sjukdomar och miljön med dess växter och djur. I samhällen där man har en holistisk- eller magisk världsbild, tror man att traditionella mediciner som framställts av familjemedlemmar eller ”traditional healers”, fungerar bättre än mediciner som producerats i fabriker. Traditionella mediciner kan vara rötter, blad, frön, trädbark, blommor, hela växter, delar av djur eller maskar. Rötter tros ha en stark effekt eftersom de transporterar näringsämnen från jorden till växten. Växternas växtplats har också en stor be-

tydelse. Växter som växer nära stora vattenområden och på höga platser anses ha fått energi från gudar och andar som bor i områden. (Abdelhamid et al. 2009)

Man använder traditionell medicin för att både förebygga och bota sjukdomar. Under graviditeten, amningstiden och under spädbarnstiden används traditionella mediciner för att skydda sig från magi som onda andar och avundsjuka människors kan sända. Gravida kvinnor som väntar på att förlossningen skall börja kan använda sig av traditionella medicinväxter som får livmodern att sammandras. Traditionella mediciner används på likadana sätt som man använder fabriksframställda mediciner. Genom huden används salvor, pulver, bad, smörjning och skrubbing. Genom munnen tas pulver och drycker som består av kokvatten gjorda av trädbark, rötter och löv. Genom öron och ögon används olika slags droppar. Via näsan antingen sniffas läkemedel eller så dras helande ångor in. I slidan sätts in tyg med pulver inuti, som hålls där i några dagar. (Abdelhamid, et al. 2009)

Abdelhamids et al. skriver i sin bok om olika syner på gravida kvinnors hälsa. För kvinnor i hela världen medför en graviditet en övergångsfas då ens sociala status övergår från att vara kvinna, till att bli mamma. Olika kulturer har sina egna sätt att behandla gravida kvinnor men gemensamt för alla är att man skall skydda kvinnan från olika faror och skador med hjälp av diverse ritualer och beteenderekommendationer. (Abdelhamid, et al. 2009)

I motsatt till den västerländska synen på mödrarådgivning och uppföljning av graviditeten, ses graviditeten i andra icke-västerländska kulturer som ett naturligt fenomen som inte behöver uppföljas desto noggrannare. I dessa kulturer har en kvinna som fött barn ett större värde och respekt än kvinnor som inte har fött barn. Gravida kvinnor skall skyddas för dåliga lukter, chocker och annat obehagligt. Om vad den gravida kvinnan skall äta, finns det olika åsikter. I vissa kulturer sägs det att kvinnan skall äta mat med mycket djurproteiner för att göra henne starkare, medan i andra kulturer skall kvinnan äta bara lite mat så att barnet är litet då det föds och på det sättet blir förlossningen lättare. (Abdelhamid, et al. 2009)

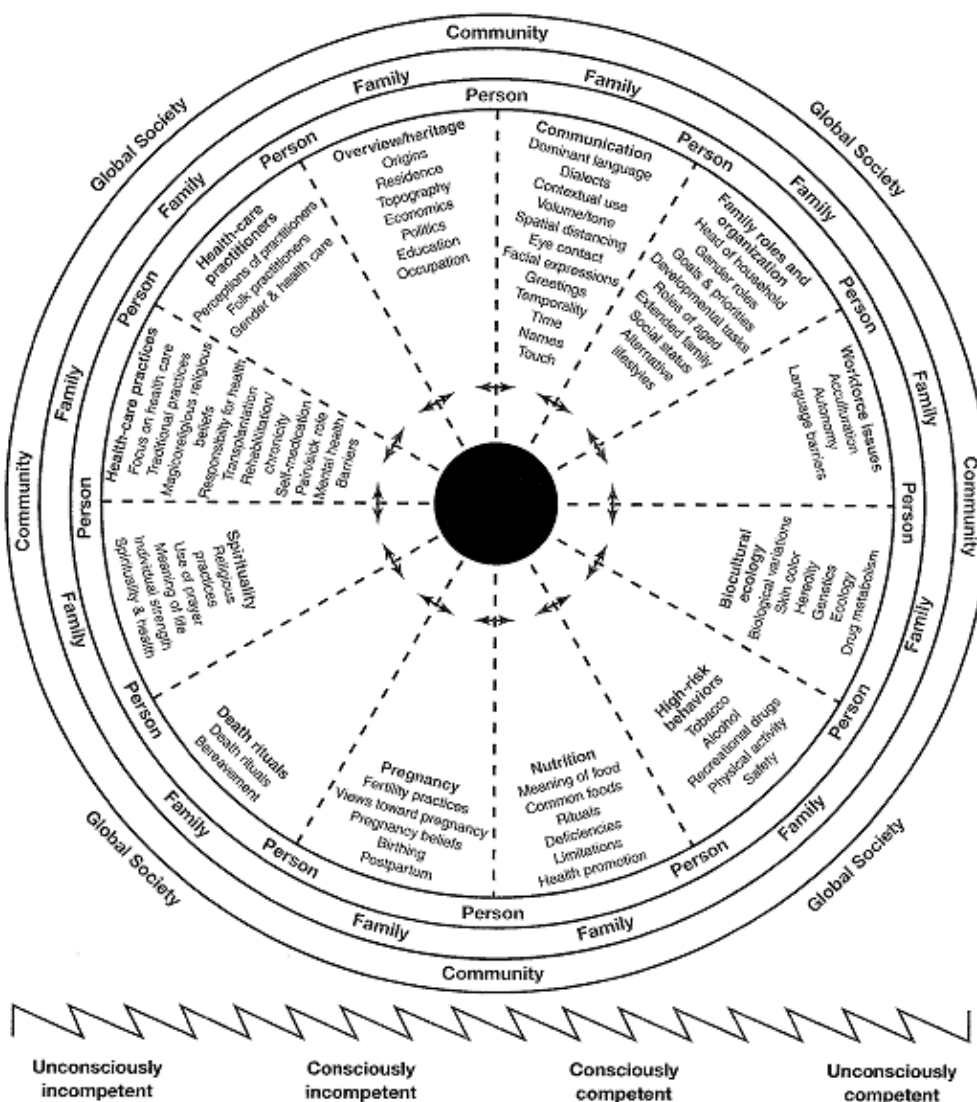
Det finns både positiva och negativa antaganden gällande graviditetstidens aktiviteter. Följandet av de kulturspecifika antagandena ger en känsla av att ha en större kontroll över graviditeten och förlossningen. De positiva antaganden kan innebära följande moment: t.ex. hur den blivande modern klär sig, anses ha en koppling till att kunna motverka illamående på morgonen och säkra en trygg förlossning. Sexuell- och fysisk aktivitet samt att genomgå olika ceremonier anses också som positiva antaganden. (Abdelhamid, et al. 2009)

Negativa antaganden begränsar kvinnans liv under graviditeten och kan bl.a. handla om följande moment: den gravida kvinnans arbetande, hur hon uttrycker sina känslor, hur hon agerar i samhället, hennes sexualitet och miljön hon lever i. Exempelvis i byn Ilembula, i Tanzania, kan en kvinnas liv begränsas av följande kulturella antaganden; Kvinnor skall dölja sin graviditet så långt det går, för att skydda sig själv och barnet från människor som vill skada mamman eller barnet. En gravid kvinna måste hålla sig lugn och sansad för att garantera graviditetens fortsättning och barnets hälsa. Kvinnan får inte ha sex nära förlossningen, eftersom hon annars kommer att hamna ut för en pinsam situation då barnet föds och har spermaliknande vitt lager på huden. (I själva verket är det vita lagret på barnets hud ett skyddande fettlager.) Den gravida kvinnan får inte heller hälsa på människor som jobbar ute på åkern, annars kan skörden bli dålig. Om graviditeten inte fortsätter som den skall eller barnet är sjukt, kan mamman då bli anklagad av att inte ha följt de kulturspecifika antaganden och reglerna. (Abdelhamid, et al. 2009)

I öst- Afrika anses graviditeten vara ett varmt tillstånd med mycket energi. Kvinnan skall bete sig sansat för att inte hennes energi skall orsaka skador eller sjukdomar för samhället, familjen eller miljön. Då kvinnan är gravid kan hon ha tillfälligt tillåtelse till att inte hälsa på människor. (Abdelhamid, et al. 2009)

3 PURNELLS MODELL OM KULTURELL KOMPETENS

I detta examensarbete används Purnells modell för kulturell kompetens (Purnell's model for cultural competence) som teoretisk referensram. Vi koncentreras oss på för studien relevanta delar av modellen, nedan följer en noggrannare beskrivning.



Figur 1. Purnells modell för kulturell kompetens. (Journal of transcultural nursing, 2002)

3.1 Beskrivning av modellen

Modellen (*Figur 1*) grundar sig på många teorier och forskningar. Den utvecklades från Hages (1972) koncept av kultur, bland annat nationalitet, ras, ålder, kön, utbildningsnivå, sexuell läggning, status och religion. (Purnell, 2002)

Purnells modell har formen av en cirkel, delad i 12 delar med 4 yttre lager. Under själva cirkeln finns en ”sågad” linje med fyra olika medvetandegrader, som är riktade till vårdare. De fyra lagren består av följande grupper; de två yttersta skikten består av både globalt och lokalt samhälle, efter dessa kommer familjen och individen. Efter det följer de tolv delarna och mitten, som framställs i form av en svart boll, vilken representerar ”tomheten” och de okända aspekter som finns inom en kulturell grupp. (Purnell, 2002)

De tolv delarna står tillsammans och påverkas av varandra. Dessa delar står för olika kulturella områden och deras grundtankar. De olika delarna består av följande områden; Arv, kommunikation, familjens betydelse, folks problematik, kroppslig variation och adaptation, riskbeteende, nutrition, graviditet och förlossning, döds ritualer, andlighet, hälso- och sjukvård, och sjukvårdspersonal. (Purnell, 2002)

Nedan följer nu en vidare förklaring på de områden som är relevanta för detta arbete:

1. Familjens betydelse. Denna del behandlar faktorer som könsroller och olika familjemedlemmars roller, till exempel vem som bestämmer i familjen. Prioritering, samt barnens och ungas uppgifter i hemmet. Barnuppfostran och de äldres roll i familjen tas också upp i denna del. Social status och livstils alternativ, så som föräldraskap, sexuell läggning, äktenskap utan barn och skilsmässa, hör också till denna grupp. (Purnell, 2002)
2. Folks problematik. Hit hör bland annat autonomi, könsroller, samt individualism. (Purnell, 2002)

3. Riskbeteende. Denna grupp inkluderar tobak, alkohol och olika slags droger. Att man inte rör på sig tillräckligt samt att inte använda säkerhetsanordningar, så som säkerhetsbälten och hjälmar, hör också hit. Riskfullt sexuellt beteende finner också sin plats i denna grupp. (Purnell, 2002)
4. Graviditet och förlossning. Gruppen inkluderar fertilitet, preventivmedel, hur man ser på graviditeter, krav och begränsningar och tabun gällande graviditet, samt vård under och efter förlossning. (Purnell, 2002)
5. Hälso- och sjukvård. Här fokuserar man på akut och förebyggande vård, traditionell medicin, andlig tro på medicin, individuellt ansvar för hälsa, självmedicinering, åsikter om mental ohälsa, kroniska sjukdomar, organdonationer och transplantationer. Hinder för att söka vård, reaktionen till smärta och hur man ser på den sjuke hör också till denna grupp. (Purnell, 2002)
6. Sjukvårdspersonal. Socialt anseende hos vårdgivare, samt användning av traditionell och andlig medicin. (Purnell, 2002)
7. Arv och perspektiv. Hit hör faktorer som, var man bor (lands- eller stadsbygd), hemland, ekonomi, politik, utbildning och yrken. (Purnell, 2002)

3.2 Purnells modell i vårdarbete

I Abdelhamids, et al.-s bok *Monikulttuurinen Hoitotyö* skriver de om Purnells modell för den kulturella kompetensen. Purnell och Paulanka har båda skrivit om sjukvårdspersonalens kulturella kompetens. De kategoriserar kompetenserna i fyra delområden. Den första handlar om att vårdaren skall utveckla och öka medvetenheten om sig själv. Detta innebär att vårdaren skall känna igen sina egna och arbetsmiljöns tankar och känslor, så att de egna känslorna och den egna bakgrunden inte stör mötet med människor från

andra kulturer. Andra området innebär att i mötet med människor av andra kulturer, kan vårdaren visa att hon/han förstår sig på och förstår den andras kultur. Det tredje området innebär att vårdaren respekterar och accepterar annorlunda människor och människor från olika kulturer. Det sista området innebär att vårdaren kan variera på sitt arbetssätt beroende på de kulturbundna situationerna och patientens kulturella bakgrund. (Abdelhamid, et al. 2009)

Schubert har beskrivit ett mångkulturellt vårdande som en isbergmodell. I modellen beskrivs patienten som ett isberg, där det finns dimensioner som vårdaren kan direkt se då hon/han möter patienten för första gången, detta är isbergets topp. Dessa dimensioner innebär patientens ålder, kön, hudfärg, språk, klädsel och vanor. Sedan finns det många dimensioner ”under ytan” som kan vara svårare för vårdaren att märka. För att kunna ta hand om patienter på det bästa möjliga sättet i ett mångkulturellt arbete, borde vårdare försöka lära känna de dimensionerna som ligger under ytan. Dessa dimensioner innebär värden, förväntningar och trosfrågor, kulturella traditioner, kulturell identitet, familjens- och släktens betydelse, samt världsbilden. Det kan vara svårt att ta fasta på de osynliga dimensionerna, eftersom de är svåra att upptäcka och kan vara omedvetna även för patienten själv. Men vårdaren förstår sig bättre på patientens beteende om hon/han har är medveten om de osynliga dimensionerna. Ett exempel kunde vara att om en manlig patient inte skakar hand eller ser i ögonen på en kvinnlig vårdare, är han inte nödvändigtvis oartig, utan istället visar han respekt för vårdaren. Eftersom man i vissa kulturer inte ska vidröra en människa med olika kön, för att hedra renhet och orörlighet. (Abdelhamid et al. 2009)

4 BEGREPPSFÖRKLARINGAR

I detta kapitel förklaras begrepp som är relevanta i examensarbetet. Många förklaringar finns också inne i texten längs med arbetet, men följande ord känner skribenterna att det är skäl att förklara noggrannare.

Abort: Olika metoder som resulterar i att graviditeten avbryts och embryot eller fostret förstörs. (The Free Dictionary by Farlex, 2009)

Akuta preventivmedel: Det finns olika slags akuta preventivmedel. Akut p-piller eller dagen-efter piller som den också kallas finns som både receptfritt och receptbelagt i apoteket. Det skall användas inom 72 timmar, men helst så fort som möjligt efter oskyddade samlaget. Det akuta p-pillret som man måste ha ett recept för, skyddar för graviditet om det tas t.o.m fem dygn efter det oskyddade samlaget. Det finns också akut-spiral som kan sättas in i livmodern för att förhindra graviditet. Men dessa metoder är endast till för akuta situationer och skall inte användas som regelbundet preventivmedel. Man kan bara använda sig av akuta p-pillret en gång per menstruationscykel för att få den önskade effekten. (Preventivmedel.nu 2012)

Amenorrea: Betyder att kvinnan inte har menstruation, det kan bero på primär- eller sekundär amenorrea. Primär amenorrea talar man om kvinnans menstruation inte har börjat före hon fyllt 16 år. Sekundär amenorrea talar man om kvinnans annars regelbundna menstruation inte kommit på 6 månader eller om tre menstruationer i rad inte kommit. Den vanligaste orsaken till amenorrea är en graviditet. (Terveyskirjasto 2012)

Analfabetism: Oförmåga att läsa och skriva (Nationalencyklopedin 2013)

Community based health worker: En community-based health worker är en person som fått hälsovårdsutbildning allt från en vecka till ett år, beroende på vilka uppgifter denna person förväntas utföra. Det har uppskattats att upp till 20 % av sjuksköterskornas jobb i Etiopien går till rådgivning av HIV, blodprovstagning och transporterandet av blodproven till laboratorietekniker som undersöker proven. Detta tyder på att om community based healthworkers kunde få utbildning att utföra HIV blodprovstagningen och transporterandet av proven, skulle sjuksköterskorna få mera tid att jobba med andra mera krävande uppgifter. (WHO 2006)

Health extension worker: En health extension worker kan jobba på de så kallade lokala "health posts" alltså en slags lokal hälsocentral. De är utbildade i att kunna ge väsentlig rådgivning för de vanligaste hälsohindren som tas hand om på hälsocentraler. Health extension workers jobbar för att förbättra grundläggande hälsovården på landsbygden. Deras fokus punkter är grundläggande botande vård, preventiv vård och främjande av hälsosamma levnadsvanor. Utbildningen för en health extension worker tar ett år. De ansökande för utbildningen måste ha avklarat 10 klassen i skolan, vara från det lokala samhället och tala det lokala språket. Under utbildningen får de utbildning inom vanliga hälsohinder. Hälsohindren delas in i fyra olika komponenter. Hygien- och sanitet av miljön, familjehälsovård, förebyggande av sjukdomar samt hälsoutbildning och kommunikation. (WHO 2006)

Kort- och långtids familjeplanerings metoder: Korttidsmetoderna innebär p-piller, kondomer, injektioner, spermiedödande medel och andra moderna metoder och alla traditionella metoder, dessa passar för kvinnor som vill fördröja på barnafödande, men som inte vill mista sina möjligheter till graviditet. Långtidsmetoderna innebär intrauterina preventivmedel, implantat och sterilisation, dessa passar för kvinnor som endast vill begränsa möjligheterna till graviditeter. (Creanga et al. 2011)

Låginkomsts land: För operativa och analytiska orsaker har Världsbanken grupperat ekonomier på basen av landets bruttonationalinkomster. Dessa grupper består av låginkomst-, lägre- och högre medelinkomst- eller höginkomst länder. Ekonomierna är delade på basen av år 2011 bruttonationalinkomster och grupperna delades enligt följande klasser: låginkomst \$1025 eller mindre; lägre medelinkomst \$1026-\$4035; övre medelinkomst \$4036-\$12475; och höginkomst \$12476 eller mera. (The World Bank 2013)

Misoprostol & Mifepriston: Misoprostol och mifepriston används för att utföra en medicinsk abort. Detta alternativ erbjuder kvinnor en tidig abort utan kirurgiska ingrepp. Medicinska aborter görs endast under de första 9 veckorna av graviditeten. Mifepriston och misoprostol används i två steg. Först tas mifepristonet, oftast i tablett form via munnen. Mifepristonet gör att moderkakan separeras från livmoderhinnan. Den framkallar också livmoderssammandragningar så att innehållet i livmodern kan passera. Misoprostol ska tas inom 48 timmar efter mifepristonet. Den orsakar sammandragningar i

livmodern vilket gör att innehållet i livmodern kommer ut. Graviditeten slutar nästan som ett missfall, fast med avsikt. (WebMD, 2010)

Moderna- och traditionella preventivmedel: Moderna preventivmedel innebär bl.a. p-piller, p-plåster, p-ring, spiral, injektioner, implantat, kondomer, sterilisation. Traditionella preventivmedel innebär bl.a. ”säkra dagars metoder”, rytm-metoder, mätning av basala kroppstemperaturen, avbrutet samlag, undersökning av sekret, fullamning. (WHO, 2011)

Sug abort: Abort metod där fostret slits sönder av en vakuum maskin, den vanligaste tidiga kirurgiska tekniken. (Society for the Protection of Unborn Children)

UNFPA: the United Nations Population Fund (UNFPA), Förenta Nationernas befolkningsfond, kämpar för den värld där varje graviditet är önskad, varje födelse säker, och varje ung människas potential uppfylls. Målen för UNFPA är bland annat att uppnå allmän tillgång till sexuell och reproduktiv hälsa, främja reproduktiva rättigheter, samt minska mödradödligheten. UNFPA fokuserar också på att förbättra livet för ungdomar och kvinnor genom att förespråka för mänskliga rättigheter och jämställdhet. (UNFPA)

Utvecklingsland: u-land, utvecklingsland, underutvecklat land, land i tredje världen. (Walter, 1995)

WHO: Världshälsoorganisationen, WHO, är den ledande och kordinerande myndigheten i FN-systemet. De ansvarar för att erbjuda ledarskap på globala hälsofrågor, hålla i trådarna gällande hälsoforskningen, fastställa normer och standarder, uttala politiska alternativ som ger stöd till länder, samt övervaka och bedöma hälsoutvecklingen. (WHO, 2013)

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Kvinnans ställning har länge varit dålig i utvecklingsländer. Fastän det blir bättre hela tiden, finns det ändå länder där utvecklingen går mycket långsamt. Problemet med kvinnans dåliga ställning i samhället medför hälsorisker i olika former.

Syftet med denna studie är att öka medvetenheten om hälsorisker bland kvinnor i Etiopien samt deras reproduktiva hälsa. Det finns många forskningar inom hälsoområdet, men vi har valt att koncentrera oss på de som tangerar kvinnans hälsa och hur hennes ställning i samhället kan påverka hälsobeteendet.

Våra frågeställningar är följande:

- 1. Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa?*
- 2. Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?*

6 METOD

Detta examensarbete är gjort som en litteraturstudie. Det är frågan om en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats. I detta kapitel presenteras hurdan datainsamlingsmetod skribenterna använt sig av, samt hur den tillämpats.

Med kvalitativ forskning menas att man använder sig av sådana metoder som strävar till att beskriva eller tolka ett fenomen på ett noggrant sätt. Man försöker förstå och förklara fenomen, upplevelser och erfarenheter. Man väljer forskningsmetoden utgående från forskningsfrågan. (Forsberg & Wengström, 2010)

Det finns olika sätt att analysera kvalitativ data på. Gemensamt är dock att man växlar mellan att analysera och att se på delarna i en större helhet. Kvalitativ analys inleds genom att samla in data. Denna data skall struktureras och delas in i olika enheter. (Jacobsen, 2007)

Innehållsanalys innebär att man delar in data i olika kategorier, och efter det försöker man hitta samband mellan dessa. När man kategoriserar data, genomgår man ofta fem vanliga faser: 1. Kategorisering, där texten delas upp i teman, 2. Fylla kategorierna med innehåll, 3. Räkna ut hur ofta ett tema kommer upp, 4. Söka och jämföra skillnader och likheter mellan data, 5. Söka förklaringar till skillnader. (Jacobsen, 2007)

Med deduktiv ansats menas att man går från teori till empiri. Här bestämmer skribenten på förhand vilka teoretiska antaganden man vill forska inom, och söker sedan data utgående från vad som är relevant till frågeställningen. (Jacobsen, 2007)

6.1 Datainsamlings metod

Inkluderingskriterier för artiklarna som valdes var följande:

- ✓ Handla om kvinnors hälsa i Etiopien eller Afrika
- ✓ Svara på frågeställningarna
- ✓ Skall vara peer reviewed och full text
- ✓ Gratis och tillgängliga på internet
- ✓ Publicerade mellan åren 2008- 2012/ 2013

Artiklarna för arbetet har samlats in från 6 olika databaser; Cinahl (Ebsco), Academic Search Elite (Ebsco), Medline (Ovid), ABI/Inform (ProQuest), PubMed och Google Scholar. Nedan beskrivs artikelsökningsprocessen.

Cinahl (Ebsco) :

Vi har gjort sex olika sökningar på denna databas. Den första sökningen reglerades till ”Full linked text”, ”References available”, Abstract available” och 2008-2012. Följande sökord användes: ”Women” and ”Ethiopia”. Detta gav 3 resultat, varav följande valdes:

- *Do Women With Higher Autonomy Seek More Maternal Health Care? Evidence From Eritrea and Ethiopia*

Andra sökningen gjordes med sökorden ”Family planning” and ”Ethiopia”. Den avgränsades till åren 2008-2012 och ”Linked Full text”. Detta gav 6 resultat, varav följande valdes:

- *Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue*

Academic Search Elite (Ebsco) :

Vi har gjort fem olika sökningar på denna databas. Den första sökningen reglerades till ”Full text”, ”Scholarly peer reviewed journals” och 2008-2012. Följande sökord användes: ”Family planning” and ”Ethiopia”. Detta gav 13 resultat, varav följande valdes:

- *Family planning practice and related factors of married women in Ethiopia*

Andra sökningen gjordes med sökorden "Sexual health" and "Ethiopia". Den avgränsades till åren 2008-2012 och "Full text". Detta gav 2 resultat, varav följande valdes:

- *Oral and anal sex practices among high school youth in Addis Ababa, Ethiopia*

Tredje sökningen gjordes med sökorden "Sexual behavior" and "Virginity" and "Ethiopia". Den avgränsades till åren 2008-2012, "Full text" och "Scholarly (Peer reviewed) journals". Detta gav 2 resultat, varav följande valdes:

- *Traditional values of virginity and sexual behaviour in rural Ethiopian youth: results from a cross-sectional study.*

Fjärde sökningen gjordes med sökorden Health AND Ethiopia AND women. Sökningen begränsades till årtalen 2008-2013, "Full text" och "Scholarly (Peer reviewed)". Detta gav 76 resultat, av vilka följande valdes:

- *Magnitude and Correlates of Intimate Partner Violence against Women and Its Outcome in Southwest Ethiopia*
- *Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Married Women in Hosanna Town, Southern Ethiopia.*
- *The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia?*
- *Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors*

Femte sökningen gjordes med sökorden "Female circumcision" AND Africa. Resultaten begränsades till åren 2008-2012, "Full text" och "Scholarly (Peer reviewed)". Detta gav 16 resultat, varav följande valdes:

- *Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians*

Medline (Ovid):

Vi har gjort en sökning på denna databas. Sökningen reglerades till ” Ovid full text available”, ” Full text”, ” Review Articles” och 2008-2013. Med sökorden “Contraception” and ”Family planning” and ”Ethiopia”, Detta gav 62 resultat, varav följande valdes:

- *Married women’s decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia.*

ABI/Inform (ProQuest):

Vi har gjort en sökning i denna databas. Sökningen reglerades till åren 2008-2012. Sökorden var “Family planning” and ”Ethiopia”. Detta gav 991 resultat, varav följande valdes:

- *Integrating family planning into Ethiopian voluntary testing and counselling programmes.*
- *Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents.*

PubMed:

Vi har gjort en sökning i denna databas. Sökningen reglerades till åren 2008-2013. Sökorden var “Sexual health” and “Ethiopia”. Detta gav 133 resultat, varav följande valdes:

- *Parent-young people communication about sexual and reproductive health in E/Wollega zone, West Ethiopia: Implications for interventions*
- *Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students*

Google Scholar:

Vi har gjort tre olika sökningar i denna databas. Sökningen reglerades med åren 2008-2013, "Include patents" och "Include citations". Sökorden var "Fertility in Ethiopia". Detta gav 15600 resultat, varav följande valdes:

- *Level and Differentials of Fertility in Awassa Town, Southern Ethiopia.*

Andra sökningen gjordes med sökorden "Cultural factors" and "Family planning in Ethiopia". Den avgränsades till åren 2008-2013. Detta gav 13400 resultat, varav följande valdes:

- *Age at sexual initiation and factors associated with it among youths in North East Ethiopia*

Tredje sökningen gjordes med sökorden "Ethiopia and abortion". Resultatet begränsades till 2008-2013. Av de artiklar som kom upp valdes följande:

- *Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia.*
- *Abortion and Unwanted Pregnancy in Adigrat Zonal Hospital, Tigray, North Ethiopia*

Nedan följer en tabell gjord av skribenterna för att bättre framföra resultatet av artikelsökningen.

Författare	Titel	År	Källa	Databas	Sökord
Abeya, Sileshi G et al.	<i>Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors</i>	2011	BMC Public Health	Academic Search Elite Ebsco	Health AND Ethiopia AND women
Ahmed, A. Fatuma; Moussa, M. Kontie; Pettersson, O. Karen & Asamoah, O. Benedict	<i>Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students</i>	2012	BMC Public Health	Pub Med	"Sexual health" and "Ethiopia"

Baggaley R.F, Burgin J, Campbell O.M.R	<i>The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia?</i>	2010	PLoS ONE	Academic Search Elite Ebsco	Health AND Ethiopia AND women
Bogale, Bin-yam; Wondafraash, Mekitie; Tilahun, Tizta & Girma, Eshetu	<i>Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia</i>	2011	BMC Public Health	Ovid Medline	"Contraception and family planning and Ethiopia"
Cherie, Amsale & Berhane, Yemane	<i>Oral and anal sex practices among high school youth in Addis Ababa, Ethiopia</i>	2012	BMC Public Health	Academic Search Elite Ebsco	"Sexual health and Ethiopia"
Creanga, Andreea A; Gillespie, Duff; Karklins, Sabrina & Tsui, O Amy	<i>Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue</i>	2011	Bulletin of the World Health Organization	Cinahl Ebsco	"Family planning" and "Ethiopia"
Deribe K et al.	<i>Magnitude and Correlates of Intimate Partner Violence against Women and Its Outcome in Southwest Ethiopia</i>	2012	PLoS ONE	Academic Search Elite Ebsco	Health AND Ethiopia AND women
Gebre-medhin, Samson & Betre, Mulugeta	<i>Level and Differentials of Fertility in Awassa Town, Southern Ethiopia</i>	2009	African Journal of Reproductive Health/ African journals online	Google Scholar	"Fertility in Ethiopia"
Gebrehiwot Yirgu & Liab-suetrakul Tippawan	<i>Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia</i>	2008	Journal of Public Health	Google Scholar	Ethiopia AND abortion
Gessesew, Amanuel	<i>Abortion and Unwanted Pregnancy in Adigrat Zonal Hospital, Tigray, North Ethiopia.</i>	2010	African Journal of Reproductive Health	Google Scholar	Ethiopia AND abortion
Gillespie, Duff; Bradley, Heather; Woldegiorgis, Metiku; Kidanu, Aklilu & Karklins, Sabrina	<i>Integrating family planning into Ethiopian voluntary testing and counselling programmes.</i>	2009	Bulletin of the World Health Organization	Pro Quest: ABI Inform Global:	"Family planning", "Ethiopia"

Hamdela B, G/mariam A, Tilahun T	<i>Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Married Women in Hosanna Town, Southern Ethiopia</i>	2012	PLoS ONE	Academic Search Elite Ebsco	Health AND Ethiopia AND women
Jaeger, F. & Caflisch, M. & Hohlfeld, P	<i>Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians</i>	2008	European Journal of Pediatrics	Academic Search Elite Ebsco	“Female circumcision” AND Africa
Ko,I.S; You, M.A; Kim, E.S; Lee, T.W; Kim, S.; Kim, Y.M; Nam, J.J; Lee, H.K.	<i>Family planning practice and related factors of married women in Ethiopia</i>	2010	International Nursing Review	Academic Search Elite Ebsco	“Family planning” and “ Ethiopia”
Mazengia, Fekadu & Worku, Alemayehu	<i>Age at sexual initiation and factors associated with it among youths in North East Ethiopia</i>	2009	Ethiopian Journal of Health Development	Google Scholar	“Cultural factors” and “Family planning in Ethiopia”
Molla, Mitike; Berhane, Yemane & Lindtjørn, Bernt	<i>Traditional values of virginity and sexual behaviour in rural Ethiopian youth: results from a cross-sectional study</i>	2008	BMC Public Health	Academic Search Elite Ebsco	“Sexual behavior” and “Virginity” and “Ethiopia”
Prata, Ndola; Gessesew, Amanuel; Cartwright, Alice & Fraser, Ashley.	<i>Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents</i>	2011	Bulletin of the World Health Organization	Pro Quest: ABI Inform Global:	“Family planning”, ”Ethiopia”
Tesso, W. Dessalegn; Fantahun, A. Mesganaw & Enquselassie, Fikre	<i>Parent-young people communication about sexual and reproductive health in E/Wollega zone, West Ethiopia: Implications for interventions</i>	2012	Reproductive Health Journal	Pub Med	“Sexual health” and “Ethiopia”
Woldemicael, Gebremariam	<i>Do Women With Higher Autonomy Seek More Maternal Health Care? Evidence From Eritrea and Ethiopia</i>	2010	Health Care for Women International	Cinahl Ebsco	“Women” and “ Ethiopia”

Figur 2. Resultatet av artiklesökningen.

Nedan följer en kort beskrivning av artiklarna som använts i arbetet:

Följande 7 artiklar har använts till frågan ” *Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa?*”

1. *Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors.* Abeya, Sileshi G et al.

Med våld i parrelationer riktat mot kvinnor, menar man psykiskt-, fysiskt- och sexuellt våld. Globalt sett är denna kränkning av mänskliga rättigheter den mest genomgripande och den mest underskattade typen. Abeya et al. utförde sin studie i hopp om att undersöka utbredning, mönster och relaterade faktorer av våld mot kvinnor i parrelationer i västra Etiopien.

2. *The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia?* Baggaley R.F, Burgin J, Campbell O.M.R

Tusentals liv kunde räddas varje år i Utvecklingsländer genom att införa medicinsk abort. Man utför medicinsk abort med hjälp av läkemedel som misoprostol och mifepristone.

3. *Magnitude and Correlates of Intimate Partner Violence against Women and Its Outcome in Southwest Ethiopia.* Deribe K et al.

I sin studie kom Derbie et al. fram till att äktenskap inte är en okränkbar plats. Våld i parrelationer är den största orsaken till hälsoproblem bland gifta kvinnor. Största delen av gifta kvinnor har upplevt våld, både psykiskt och sexuellt, av sin partner.

4. *Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia.* Gebrehiwot Yirgu & Liabsuetrakul Tippawan

Osäkra aborter är ett stort problem i utvecklingsländer och bidrar till hög mödradödlighet, speciellt i de länder som ligger söder om Sahara. Osäker, eller farlig,

abort har stått för 14 % av mödradödligheten i länder söder om Sahara, där hälften av världens dödsfall bland mödrar förekommer

5. *Abortion and Unwanted Pregnancy in Adigrat Zonal Hospital, Tigray, North Ethiopia.* Gessesew, Amanuel

Abort och oönskade graviditeter hör till de största faktorerna som påverkar mortalitet och morbiditet bland kvinnor i utvecklingsländer. Det finns långsiktiga hälsoproblem som förknippas med osäkra aborter, till exempel kronisk bäckenmärtä och infertilitet. Forskningar visar att Etiopien är ett av de länder som använder sämst preventivmedel i världen.

6. *Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Married Women in Hosanna Town, Southern Ethiopia.* Hamdela B, G/mariam A, Tilahun T

Varje år förekommer det ca 210 miljoner graviditeter i världen, av dem är ungefär 38 % oplanerade och av dem resulterar ca 22 % i abort. I Etiopien är oönskade graviditeter en av de största hälsoriskerna relaterade till den reproduktiva hälsan. Kvinnor riskerar sina liv genom att söka olagliga aborter efter oavsiktliga graviditeter

7. *Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians.*

Jaeger, F. & Caflisch, M. & Hohlfeld, P

Kvinnlig könsstympling, på engelska "Female genital mutilation"(FGM), definieras som en skada på kvinnans externa könsorgan. Skadan orsakas på grund av kulturella orsaker, inte av medicinska skäl. Kvinnlig könsstympling är vanligast i länder söder om Sahara och i Östafrika

Följande 12 artiklar har använts i resultatredovisningen av fråga nummer två: *Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?*

1. *Family planning practice and related factors of married women in Ethiopia.* Ko et al.

Resultatet av forskningen var att ca. 67% av kvinnorna använde sig för tillfället i allafall av en familjeplanerings metod och att de flesta kvinnorna skaffade dem från den offentliga hälsovården. Kortvarande familjeplanerings metoder var de mest använda metoderna, så som p-piller och injektioner. Användning av familjeplanering ledde också till intresse att använda sig av långvarande eller bestående familjeplanerings metoder i framtiden, och ökad diskussion om familjeplanerings metoder med maken.

2. *Do Women With Higher Autonomy Seek More Maternal Health Care? Evidence From Eritrea and Ethiopia.* Woldemicael Gebremariam

Deltagande i mödrarådgivning och förlossning på sjukhus är lågt både i Etiopien och i Eritrea. Om kvinnan har en utbildning, arbete, autonomi i hemmet, bor i en stad och hennes man är utbildad söker hon sig mera sannolikt till mödrarådgivning och får hjälp under förlossningen.

3. *Oral and anal sex practices among high school youth in Addis Ababa, Ethiopia.* Cherie & Berhane

Ca. 5% av ungdomarna har haft oral- och/eller analsex. Ungdomarna använde sällan kondom under akterna. Orsakerna till att utöva oral- och analsex var att minska risken av att bli smittad med en sexuellt överförbar sjukdom, inklusive HIV eller att minska risken av att bli gravid och att bevara oskulden.

4. *Traditional values of virginity and sexual behavior in rural Ethiopian youth: results from a cross-sectional study.* Molla et al.

Traditionella normer lever ännu starkt kvar på landsbygden. Ungdomar som bor på landsbygden tenderer att bevara oskulden till äktenskapet oftare än de som bor i städer. Median åldern för första samlaget var 16 år för de gifta och 17 år för de ogifta. Alkohol och Khat användare tenderar att ha mera oskyddat sex.

5. *Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia.* Bogale et al.

Av gifta kvinnor använder endast 15% något preventivmedel. Preventivmedel används fyra gånger mera i städer än på landsbyggen. Injektioner och p-piller är de mest använda preventivmedlen i både städer och på landsbyggen.

6. *Level and Differentials of Fertility in Awassa Town, Southern Ethiopia.* Gebremedhin & Betre

P-piller, injektioner, implantat och kondomer är de mest använda preventivmedlen. Åldern då menssen börjat, ålder vid första äktenskapet, ålder för första samlaget och ålder på första förlossningen sågs som faktorer som påverkar fertilitetsnivån. Mannens attityd om familjeplanerings metoder påverkar kvinnans preventivmedelsanvändning och hur många barn hon föder.

7. *Integrating family planning into Ethiopian voluntary testing and counselling programmes.* Gillspie et al.

Forskningen kom fram till att den nya rådgivnings metoden med att kombinera familjeplanering, HIV rådgivning och testning inom varje rådgivningsbesök gav goda resultat och dessutom var kostnaderna väldigt låga för den nya rådgivningsmodellen.

8. *Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents.* Prata et al.

Forskningen kom fram till att med tillräcklig utbildning kan community-based reproductive health agents ge preventiva injektioner på ett lika effektivt och säkert sätt som health extension workers. Antalet nöjda klienter och klienter som tänker fortsätta med preventiva injektionerna var lika högt bland båda vårdgivargrupperna.

9. *Age at sexual initiation and factors associated with it among youths in North East Ethiopia.* Mazengia, Fekadu & Worku, Alemayehu

Medelåldern för första samlaget bland undersökningsgruppen var 16,8 år, med en variation mellan 8-24 år. Äktenskap och nyfikenhet var de två största indikatorer

ionerna till att ungdomarna hade börjat utöva sex. Faktorer som inverkad på tidig sexdebut var, boende på landsbygden, äktenskap i ung ålder, kvinnligt kön och låg utbildningsnivå

10. *Parent-young people communication about sexual and reproductive health in E/Wollega zone, West Ethiopia: Implications for interventions.* Tesso et al.

Av Etiopiens ungdomar har de flesta inte tillgång till tillräcklig information om sexual hälsa och de söker sig inte heller gärna till hälsostationer var de skulle kunna få denna information. Av de existerande sexual hälsomaterialen är de flesta koncentrerade endast på vuxnas sexual hälsa och hälsovårdspersonalen har inte redskap till att möta ungas sexual hälsofrågor. Desto högre utbildningsnivå unga har, desto mera talar de om sexual hälsofrågor med sina föräldrar. Det var oftast föräldrarna som tog upp diskussionen om sexual hälsofrågor.

11. *Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students.* Ahmed et al.

Av dem som hade haft oskyddat samlag hade 75 % någon gång använt sig av akuta preventivmedel. 30,7 % av de sexuellt aktiva hade använt sig någon gång av akuta preventivmedel och endast 7,3 % av hela forskningsgruppen hade använt sig någon gång av akuta preventivmedel.

Det kom fram att de som hade låga inkomster inom familjen var mera positivt inställda på akuta preventivmedel än de som kom från höginkomst familjer. Också de sexuellt aktiva var mera positivt inställda på akuta preventivmedel än de sexuellt inaktiva.

12. *Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue.* Creanga et al.

Speciellt i Mozambique, Namibia, Madagascari, Zambia och Etiopien hade korttids preventivmedlen blivit mera populära och speciellt preventiva injektioners användning hade ökat. Man kom fram till att fattiga kvinnor använde mindre preventivmedel än de mera förmögna. Kvinnor med större förmögenhet tenderade också att använda mera långtidspreventivmedel än fattigare kvinnor.

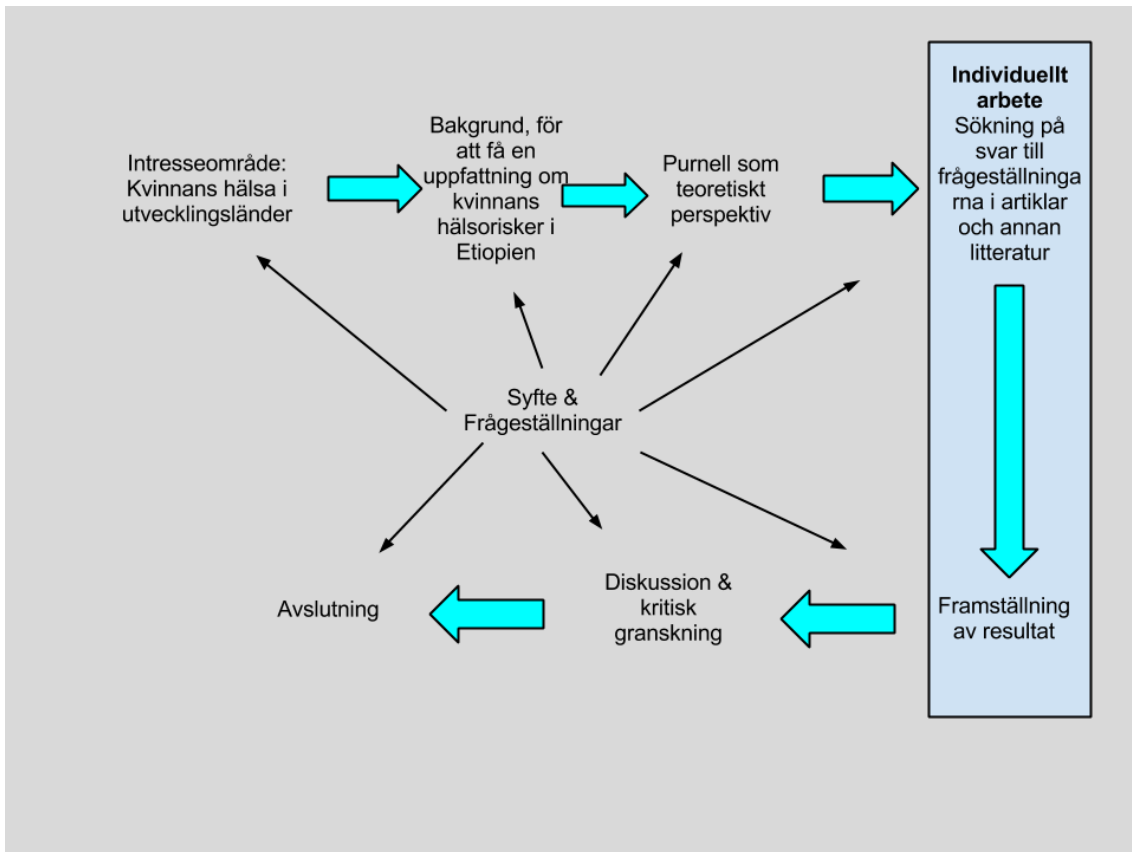
7 DESIGN

Med design menar man hur arbetet är uppbyggt. Designen väljs utgående från studiens syfte och frågeställningar. När man jobbar med en kvalitativ forskning görs först en allmän planering, eftersom man inte på förhand kan besluta om hur designen ser ut. Vanligt för en kvalitativ design är att den kan omformas och anpassas under arbetets gång. (Forsberg & Wengström, 2010)

Detta arbete hör till samarbetet mellan Arcada och organisationen PADet. Den baserar sig på 19 vetenskapliga artiklar. Skribenterna har även använt sig av olika databaser, organisationers hemsidor, böcker, samt andra internet källor. Skribenterna har använt sig av en kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats.

Arbetet började med att hitta intresseområde ”Kvinnans hälsa”, varifrån de preliminära frågeställningarna uppkom. Frågeställningarna har dock omformulerats under arbetets gång, men intresseområdet har hållits det samma, de slutliga frågeställningarna lyder såhär; 1. Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa? och 2. Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien? När intresseområdet etablerats, började artikel sökning. Skribenterna sökte artiklar som svarade på frågeställningarna. Som teoretisk referensram valdes Purnells modell för kulturell kompetens, efter att Leininger uteslutits.

Frågeställningarna delades upp bland skribenterna, enligt intresse. Båda skribenterna har jobbat självständigt med artikelsökning och framställning av resultatet. Ulrika har jobbat med frågeställning nummer ett, och Jessica med frågeställning nummer två.



Figur 3. Designen av arbetsprocessen.

8 ETISKA REFLEKTIONER

Innan man börjar med en litteraturstudie bör man reflektera etiskt på olika aspekter. Det finns utgivna riktlinjer för detta sker. I en litteraturstudie används tidigare dokumenterat material. Man hittar svar på sina frågeställningar från litteraturen istället för att intervjua personer. (Forsberg & Wengström, 2010)

8.1 God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada

Alla arbeten som skrivs under studiens gång på Arcada, speciellt examensarbetet, bör följa god vetenskaplig praxis. Det finns utsatta riktlinjer som studenter ska följa när de skriver sina examensarbeten. (Arcada)

Nedan följer en kort beskrivning av de riktlinjer som styr vårt arbete:

Skribenterna bör vara ärliga och omsorgsfulla. Noggranna i undersökningen och i dokumentationen, samt i sin presentation av resultatet. Visa hänsyn till andra forskares resultat på ett rätt sätt och respektera deras arbete. Skribenterna är skyldiga att göra korrekta källhänvisningar och behandla materialet rätt. Skribenterna är också skyldiga att ta hänsyn till det egna yrkesområdets etik. (Arcada)

I sitt arbete bör skribenterna tillämpa datainsamlings- och undersökningsmetoder som följer kriterier vilka är etiskt hållbara. Arbetet bör planeras, genomföras och rapporteras noggrant och fylla de krav som vetenskapliga fakta förutsätter. Skribenterna är också skyldiga att göra klart i sitt arbete vem som ansvarat för vilken del. Det är inte tillåtet att använda sina examinatorer som informanter i examensarbetet. Att inte följa riktlinjerna för god vetenskaplig praxis kan bestraffas. (Arcada)

8.2 Etik i vårdarbete

I Kalkas & Sarvimäkis bok *Hoitotyön etiikan perusteet*, har sjuksköterskans etiska regler enligt Suomen sairaanhoitajaliitto beskrivits. (Kalkas & Sarvimäki, 1996)

Riktlinjerna godkändes i förbundsmötet 28.09.1996 och är gällande än idag. Alltsomallt finns det sex riktlinjer enligt vilka sjuksköterskorna borde jobba. Reglerna innefattar Sjukskötarens uppgifter, Sjukskötaren och patienten, Sjukskötarens arbete och yrkeskunskap, Sjukskötaren och kollegerna, Sjukskötaren och samhället och Sjukskötaren och yrkeskåren. (Finlands sjuksköterskeförbund rf. 2013)

Den femte riktlinjen, Sjuksköterskan och samhället innebär att sjuksköterskan deltar i diskussioner och beslut som handlar om människans hälsa, välfärd och livskvalitet. Sjuksköterskan deltar i dessa diskussioner både nationellt och internationellt. Internationellt skall sjuksköterskan sammarbeta med internationella organisationer och delta i att föra vidare och ta emot kunskap och färdigheter inom vårddyrket. Sjuksköterskan skall också jobba för att främja jämlikhet, solidaritet och tolerans i samhället. Dessutom har sjuksköterskan ett ansvar att utveckla hälso- och sociala levnadsvillkor runt om i världen. (Kalkas & Sarvimäki, 1996)

Dessa riktlinjer gäller redan oss som sjukskötarstuderande. Speciellt den femte riktlinjen kan ses som en riktgivande anvisning för detta arbete. Arbetet görs för en internationell organisation, PADet, och syftet är att föra vidare kunskap, likaväl som att erhålla kunskap om kvinnors hälsa i Etiopien. Man kan också hoppas på att detta arbete skulle kunna bidra i någon mån till förbättring av hållbar utveckling för kvinnors hälsa i Etiopien. Med samma förbinder sig skribenterna att arbeta på ett etiskt sätt och ta i beaktande vårdetiska riktlinjer genom arbetets gång.

Vårdetiken undersöker vad som är gott och ont/ rätt och fel inom vården. Vårdetiken kan indelas i tre olika områden, beskrivande-, normgivande- och meta-etiska vårdetiken. Den beskrivande vårdetiken handlar bl.a. om etiskt tankesätt, attityder, konflikter, beslutsfattande och moralisk utveckling. Den normgivande vårdetiken försöker forma och motivera etiska principer, lösa etiska vårdrelaterade problem och tillämpa etiska teorier

till vården. Den meta-etiska vårdetiken försöker analysera vårdetikens meningar. (Kalkas & Sarvimäki, 1996)

I detta arbete kommer skribenterna att styras av både beskrivande- och normgivande vårdetik. Skribenterna skriver om och diskuterar om känsliga teman i sitt arbete. Många av dessa teman anses som tabubelagda i Etiopien och därför skall skribenterna ta i hänsyn den Etiopiska samhällets och kulturens normer, i skrivprocessen. Skribenterna skall redovisa sina resultat på ett korrekt och objektiva sätt, utan att någon blir kränkt eller förargad. Skribenterna skall försöka sätta sig in i sitt tema så gott det går, och visa hänsyn till olika kulturskillnader och andra etiska frågeställningar som kan komma upp under arbetets gång. Den Etiopiska och Västerländska kulturen skiljer sig mycket från varandra, men det finns många allmänmänskliga faktorer som båda kulturerna värderar och därför skall även arbetet lyfta fram både positiva och negativa aspekter om kvinnors hälsa i Etiopien, och på detta sätt medföra bättre kunskap om vilka faktorer som hotar kvinnans hälsa.

9 RESULTAT

Detta examensarbets resultat bygger på 19 artiklar, olika böcker, samt studier gjorda av bland annat WHO och FN. Resultaten har omskrivits på ett objektivt sätt.

9.1 Hur påverkar kulturella traditioner i Etiopien kvinnans hälsa?

I detta kapitel redovisas resultatet till fråga nummer ett. Resultatet baserar sig på 7 vetenskapliga artiklar, samt studier gjorda av WHO och UNFPA. Eftersom Purnells modell för kulturell kompetens använts i detta arbete, är de olika relevanta delarna insatta i kategorierna.

9.1.1 Våld riktat mot kvinnor

Till denna kategori kan man koppla ihop följande delar ur Purnells modell;

Familjens betydelse, bland annat könsroller och kvinnans roll i familjen. *Folks problematik*, kvinnans autonomi och ställning i samhället. *Arv och perspektiv*, bland annat utbildning, politik, yrken samt om man bor på landsbyggen eller i städer. *Hälso- och sjukvård*, till exempel förebyggande vård, traditioner, ansvar för sin egen hälsa, samt hinder för att söka vård. *Sjukvårdspersonal*, hur vårdaren ser på problem, hur uppmärksam han/hon är, samt hur vårdaren tar tag i problem.

Våld riktat mot kvinnor är ett stort hälsoproblem, med allvarliga följder för kvinnors fysiska-, psykiska-, sexuella- och reproduktiva hälsa. Våldet bryter mot mänskliga rättigheter och orsakar stora sociala-, ekonomiska- och vårdkostnader. Våld i hemmet anses vara den mest radikala formen, även om våld också kan förekomma på jobbet eller i

skolan. Den vanligaste typen av våld är våld i parrelationer. Hit hör alla beteenden som orsakar psykiskt, fysiskt eller sexuellt lidande inom relationen. (Deribe et al. 2012)

Våld riktat mot kvinnor, på engelska Violence against women(VAW), kan definieras enligt följande:

“...any act of gender based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life”

(Departments of Reproductive Health, Population and Nutrition, School of Public Health, Addis Ababa University) (Abeya et al. 2011)

En fri översättning av skribenterna följer:

“.. vilken som helst form av könsbaserat våld som resulterar i, eller som sannolikt resulterar i, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, även hot om sådant beteende, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, oberoende av om detta sker offentligt eller i hemmet.”

Abeya et al. utförde en studie i form av att undersöka utbredning, mönster och relaterade faktorer av våld mot kvinnor i parrelationer i västra Etiopien. Enligt en undersökning om våld mot kvinnor som Världshälsoorganisationen (WHO) gjorde på 10 olika länder, var Etiopien en av de högsta på listan. Kvinnans status i samhället är mycket lägre än männens, de har längre arbetsdagar och lägre nivå av utbildning. De får inga uppgifter inom ledarskap eller beslutsfattande positioner. (Abeya et al. 2011)

Grund orsaken till våld riktat mot kvinnor i parrelationer är olika och det finns ingen ensam faktor som skulle förklara varför en del individer är våldsamma, eller varför våld är vanligare i vissa samhällen. I de familjer där männen konsumerade rikligt med alkohol var våld vanligare. Också individer som vittnat våld när de var små, ansåg att våld i parrelationer hörde till normalt uppförande, alltså kunde våld här ses som ett lärt beteende. (Abeya et al. 2011)

62 % av de kvinnor som deltog i Abeya et al.-s undersökning, uppgav att de upplevt någon form av våld i sina parrelationer. Våld i form av smällar och knuffande av makar var de vanligaste ”svaga” fysiska formerna. De flesta kvinnor hade också blivit misshandlade, slagna och dragna. Dessa är former av allvarligt fysiskt våld. Andra också vanliga former av fysiskt våld var strypning och bränning. Ungefär 59 % av kvinnorna uppgav att de i något skede blivit tvingade till samlag av deras makar. Det fanns även kvinnor som tvingats till förödmjukande sexuella handlingar, så som pornografiska visningar. (Abeya et al. 2011)

Abeya et al.-s undersökning visade att kvinnor med högre utbildning och bättre jobb upplevde mindre våld än kvinnor med sämre ställning. Dessutom var antalet kvinnor som anmälde våld mindre bland de som bodde på landsbygden. Fastän våld i parrelationer förekommer inom alla samhällsklasser, var ändå våld i de fattiga familjerna vanligast. (Abeya et al. 2011)

Abeya et al. påpekar att den höga prevalensen för de olika formerna av våld, antyder att kvinnors möjligheter att stoppa våldet är små eftersom våld anses höra till männens normala beteende. Med andra ord, kvinnans underordnade roll i samhället tillåter att våldet fortsätter och håller antalet skilsmässor till ett minimum. (Abeya et al. 2011)

Äktenskapet är inte en okränkbar plats. Våld i parrelationer är den största orsaken till hälsoproblem bland gifta kvinnor. Största delen av gifta kvinnor har upplevt våld, både psykiskt och sexuellt, av sin partner. Eventuellt kunde interventioner riktade mot kontrollerande män minska våld i parrelationer. (Derbie et al. 2012)

I den etiopiska rättsliga ramen finns det ingen stärkt lag om våld mot kvinnor. Det finns dock olika delar i strafflagen (från år 1957) som förbjuder våldtäkter, kidnappning, alltför tidiga äktenskap, handel av kvinnor, och andra former av brått kopplade till sexualitet. Strafflagen (1957) tar inte upp andra allvarliga former av våld, så som våld i hemmet eller kvinnlig könsstympning. Landets grundlag (1995) följer tydligt definitionen om avskaffande av Våld mot kvinnor, som Förenta Nationernas (FN) deklaration förordar. De konstaterar enligt artikel 35(4) att lagar, seder och bruk som förtrycker eller orsakar kroppslig eller psykisk skada för kvinnor, är förbjudna. (Deribe et al. 2012)

Våld i hemmet anses i alltför många samhällen vara vanligt och normalt beteende. WHO utförde en undersökning om våld riktat mot kvinnor i 10 olika länder, Etiopien ett av dem. De följde med sammanhängande mönster för våldet, samt dokumenterade de följder våldet hade på kvinnors hälsa. Detta i ett försök att klargöra hur man kunde hindra och minska på våld mot kvinnor, samt hur man kunde vårda dem på bästa sätt. (WHO 2005)

Hälso- och sjukvårdssektorn spelar en viktig roll i kampen att förebygga våld mot kvinnor. Om en vårdare är uppmärksam kan han/hon bland annat identifiera missbruk i ett tidigt skede, erbjuda passande vård för kvinnor som fallit offer för våld, eller hänvisa dem till var de kan söka lämplig vård. Hälso- och sjukvården borde vara platser där kvinnor känner sig trygga, där de får stöd och behandlas med respekt. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården tar tag i problemet och uppmanar misshandlade kvinnor att söka hjälp. (WHO 2005)

Våld mot kvinnor har mycket djupare följder än de man ser på utsidan. Våld har allvarliga följder både för de kvinnor som upplever det, samt för de som vittnar det, till exempel barnen. Våld riktat mot kvinnor är en kränkning av mänskliga rättigheter, vilket måste stoppas med hjälp av politisk styrka, samt av rättsliga och civila insatser inom samhället. Hemmet borde vara en trygg plats, men istället är det för många kvinnor en plats där det förekommer smärta och skam. (WHO 2005)

WHO:s undersökning fokuserar på våld riktat mot kvinnor av manliga partners. Här ingår både fysiskt och sexuellt våld, samt emotionellt våld och kontrollerande beteende av nuvarande eller ex-partners. Undersökningen försökte täcka både kvinnors nuvarande situation, samt de upplevelser de hade från tidigare. Studien koncentrerade sig i huvudsak på fysiskt och sexuellt våld, med fokus på frågan om vilka hälsorisker våld orsakade för kvinnan. (WHO 2005)

Svar på frågorna fick forskarna genom att fråga kvinnor direkta frågor om specifika typer av våld. Till kategorin fysiskt våld, hörde frågor som: Har kvinnans partner någonsin slått henne eller kastat saker på henne?, Har han skuffat eller misshandlat henne med något föremål?, Har han sparkat eller dragit henne?, Har han på flit strypt eller bränt henne?, samt Har han hotat henne med pistol eller kniv? Till sexuellt våld hörde följande frågor: Har hon blivit tvingad mot sin vilja att ha sex?, Har hon känt sig tvungen

att ha sex eftersom hon var rädd för konsekvenserna ifall hon nekade?, samt Har hon blivit tvingad att göra någonting sexuellt som hon fann förnedrande? Till emotionellt våld hörde frågor som; Hade mannen fått kvinnan att må dåligt och få dåligt självförtroende?, Hade han förnedrat henne framför andra?, Hade han med avsikt skrämt henne?, och Hade han hotat henne med våld? Män som fysiskt misshandlar sin partner också har en tendens att vara kontrollerande i sitt förhållande. Därför frågades kvinnorna också följande frågor om kontrollerande beteende: Tillåter mannen inte att hon träffar sina vänner?, Är kontakten till hennes familj dålig på grund av mannen?, Måste hon hela tiden meddela var hon är och vem hon träffar?, Blir mannen arg om hon talar med eller ser mot en annan man?, och Misstänker mannen ofta att hon varit otrogen? Kontrollerande av förhållanden anses dock i många länder höra till normalt beteende för en man. (WHO 2005)

Fastän utspridningen av våld varierade från land till land, så tydde ändå resultatet på att våld i parrelationer, eller våld i hemmet, är alltför vanligt. I Etiopien var siffran för partnervåld under det senaste året 54 %, och det förekom mest anmälningar om våld bland de kvinnor som bodde på landsbygden. De vanligaste formerna av fysiskt våld som rapporterades, var att kvinnan blivit smälld på kinden eller slagen med knytnäve. 59 % av de etiopiska kvinnor som deltog i undersökningen rapporterade sexuellt våld. (WHO 2005)

Personliga, familjära och sociala faktorer undersöktes också för att se om de eventuellt kunde hindra eller bidra till våld. Till personliga faktorer hörde bland annat kvinnans utbildningsnivå, ålder, finansiella autonomi, socialt stöd och huruvida hon upplevt våld tidigare. Till familjära faktorer, hörde hurudan kommunikation det förekom mellan kvinnan och hennes partner, användningen av alkohol och droger, mannens jobbstatus, svartsjuka, samt mannens upplevelse av våld som barn. Till de sociala faktorerna hörde bland annat hurdan syn samhället hade på kvinnans ställning. (WHO 2005)

Unga kvinnor, speciellt mellan 15-19 år, hade större risk att falla offer för både sexuellt och fysiskt våld. Detta kan tyda på att yngre män har en tendens att vara våldsammare än äldre män, och att våld ofta börjar tidigt i många förhållanden. Våld är också vanligare bland de par som inte är gifta. Kvinnor med högre utbildning hade en mindre risk för att uppleva våld. Detta kan tyda på att kvinnor med hög utbildning har bättre chans

att välja sin partner, samt välja om de vill gifta sig eller inte. De har också bättre chans att få autonomi och mer kontroll i sitt förhållande, vilket resulterar i mindre våld. (WHO 2005)

Kvinnors attityd mot våld varierar i olika samhällen. Under vissa omständigheter tror kvinnan att mannen har rätt att straffa henne, samt att han har rätt att kräva sex. De vanligaste orsakerna till att kvinnor anser män ha rätt att misshandla dem var, om hushålls-sysslorna inte var färdiga i tid, om de inte ville ha sex, om de inte följde mannens order eller om de varit otrogna. (WHO 2005)

En kvinna från Bangladesh uppgav i intervjun:

“My husband slaps me, has sex with me against my will and I have to conform. Before being interviewed I didn't really think about this. I thought this is only natural. This is the way a husband behaves.” (WHO, 2005)

Nedan följer en fri översättning av skribenterna:

”Min man slår mig och har sex med mig mot min vilja, och jag måste tillfredsställa honom. Innan jag intervjuades tänkte jag inte så mycket på det hela, jag trodde det var normalt. Det är så en make ska bete sig.”

Kvinnor som var i ett förhållande där det förekom våld, var mer tolererande mot det än de kvinnor som inte upplevt våld. Detta kan tyda på att kvinnor som lär sig acceptera våld, eller de som anser våld vara naturligt beteende för män, har större sannolikhet att gå in i eller stanna kvar i ett förhållande där mannen är våldsam. (WHO 2005)

Kvinnor kan också utsättas för våld av män de inte är i ett förhållande med. Fastän siffran för våld i parrelationer är hög i Etiopien, så var det mindre än 5 % av kvinnorna som rapporterade att de skulle ha upplevt fysiskt eller sexuellt våld av någon annan än sin partner. (WHO 2005)

Skador efter upplevt våld varierade, kvinnor rapporterade allt från blåmärken, små skråmor och bit märken, till brutna ben och medvetslöshet. Kvinnor som ständigt misshandlas visade sig ofta ha problem med att gå, att utträtta dagliga sysslor, yrsel, samt smärta och minnesproblem. De fysiska skador som våld förorsakar kan vara länge efter

att själva våldet slutat. Mentala problem, som att lätt brista ut i gråt, oförmåga att njuta av livet, samt suicidala tankar, är också skador som ofta uppstår efter våld. (WHO 2005)

Även våld mot kvinnor som är gravida är alltför vanligt i många länder. Ofta är det fadern till barnet som misshandlar kvinnan. Våld mot gravida kvinnor kan leda till missfall eller ökat antal aborter, eftersom kvinnan känner sig skyldig att bli av med barnet. (WHO 2005)

De flesta kvinnor som upplever våld, håller det inom familjen. De söker inte gärna hjälp från utomstående förrän våldet blir värre. Forskningar har kommit fram till att det är vänner, grannar och släktingar som blir de första kvinnan söker hjälp av. Tyvärr vill dessa människor sällan hjälpa till, och alltid vill inte kvinnan ha någon hjälp. Detta kan bero på att en individs respons på våld tar sin tid att utvecklas. Ibland kan det ta år innan kvinnan börjar utmana och ifrågasätta våldet i hennes liv, och det kan ta ännu längre innan hon söker hjälp. Oftast är det de kvinnor som upplevt grov misshandel som söker hjälp. (WHO 2005)

9.1.2 Otrygga aborter

Till denna kategori kan man koppla ihop följande delar ur Purnells modell:

Familjens betydelse, bland annat ideala antalet barn, äktenskap och familjemedlemmars roller. *Graviditet och förlossning*, faktorer som fertilitet, preventivmedel, samt syn på graviditeter hör hit. *Hälso- och sjukvård*, förebyggande vård, akut vård, traditionell medicin, ansvar för sin egen hälsa, självmedicinering, vård efter och under graviditeten, och hinder för att söka vård. *Sjukvårdspersona*, bland annat vårdarens ställning inför problemet. *Arv och perspektiv*, hit hör faktorer som var man bor (lands- eller stadsbygd), ekonomi, politik, utbildning och yrken.

Osäkert utförda aborter är en stor hälsorisk i utvecklingsländer och bidrar till hög mödradödlighet, speciellt i de länder som ligger söder om Sahara. Osäker, eller farlig, abort

har stått för 14 % av mödradödligheten i länder söder om Sahara, där hälften av världens dödsfall bland mödrar förekommer. (Gebrehiwot & Liabsuetrakul 2008)

Varje år förekommer det ca 210 miljoner graviditeter i världen, av dem är ungefär 38 % oplanerade och av dem resulterar ca 22 % i abort. I Etiopien är oönskade graviditeter en av de största hälsoriskerna relaterade till den reproduktiva hälsan. Kvinnor riskerar sina liv genom att söka olagliga aborter efter oavsiktliga graviditeter. (Hamdela et al. 2012)

95 % av världens osäkra aborter sker i utvecklingsländer. Miljontals kvinnor drabbas av långsiktiga skador, på grund av livshotande komplikationer i samband med aborter. I många fattiga länder går en stor del av sjukhusens budget åt till att behandla dessa skador. Årligen sker det ungefär 14 miljoner oavsiktliga graviditeter i länderna söder om Sahara. Största delen sker på grund av dålig användning av preventivmedel. (Hamdela et al. 2012)

Abort och oönskade graviditeter hör till de störta faktorerna som påverkar mortalitet och morbiditet bland kvinnor i utvecklingsländer. Det finns långsiktiga hälsoproblem som förknippas med osäkra aborter, till exempel kronisk bäckensmärta och infertilitet. Forskningar visar att Etiopien är ett av de länder som använder sämst preventivmedel i världen. (Gessesew, 2010)

Geberhiwot & Liabsuetrakul skriver i sin artikel *Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia*, att enligt WHO har Etiopien det femte högsta antalet mödradödligheter. År 2005 uppskattades mödradödligheten i landet vara 673 döda per 100 000 levade födda. Osäker abort uppskattades stå för 32 % av dessa dödsfall. (Gebrehiwot & Liabsuetrakul 2008)

År 2010 uppskattades mödradödligheten i Etiopien vara 350 döda per 100 000 levande födda. År 2002 var siffran för mödradödligheten 700 döda per 100 000 levade födda. Går man så långt tillbaka som till 1995 var siffran 880 döda per 100 000 levade födda. (WHO 2011)

Afrika står för 25 % av världens olagligt utförda aborter. Tusentals liv kunde räddas varje år genom att införa medicinsk abort. Man utför medicinsk abort med hjälp av läkemedel, istället för traditionella kirurgiska ingrepp. Medicinsk abort kan jämföras med

spontan abort, vilket man framkallar med ämnen som misoprostol och mifepristone. (Baggaley et al. 2010)

Hamdela et al. utförde en studie som visar att det höga antalet oavsiktliga graviditeter, kunde påverkades av olika omständigheter. Bland dessa var: kvinnans ålder, ideala antalet barn, kvinnans ålder när hon gifter sig, religion, och parets kunskap om familjeplanerings metoder. I sydöstra Etiopien framkom det att av de 983 kvinnor som intervjuades, uppgav 33,3% att deras senaste graviditet var oplanerad. (Hamdela et al. 2012)

Förhållanden som gör att graviditeten är oönskad kan bland annat vara, att mannen inte ville ha barnet, kvinnan/flickan var för ung eller gick ännu i skola, kvinnan hade alltför nyligen varit gravid, eller för ekonomiska orsaker. Denna forskning, som utfördes bland nigerianska kvinnor, visade också att om man inte förhindrar oönskade graviditeter, så tar många kvinnor till abort för att slippa det oönskade barnet. (Hamdela et al. 2012)

I Etiopien blir man mer medveten om moderna preventivmetoder, samt var man kan söka olika tjänster. För att preventivmedel skall hjälpa att minska på antalet oönskade graviditeter krävs också rådgivning om hur de olika metoderna används korrekt. I sin undersökning kom Hamdela et al. fram till varför oönskade graviditeter inte alltid kan undvikas med hjälp av preventivmedel. De vanligaste orsakerna, var att man använde preventivmedlet fel, man hade inte tillräcklig kunskap om preventivmedlet, eller att man inte tillät preventivmedel. (Hamdela et al. 2012)

Majoriteten av länderna söder om Sahara, även i Etiopien, har tillåtit abort endast för att bevara moderns liv. Från år 2005 har lagarna om abort reviderats till att inkludera fyra lagliga grunder för abort; våldtäkt och incest, medfödd dödlig missbildning, samt hot mot fysisk och mental hälsa. Med hjälp av den uppdaterade lagen, har abortreducerad dödlighet och sjukdom minskat. (Gebrehiwot & Liabsuetrakul 2008)

Gebrehiwot & Liabsuetrakul utförde en studie med syfte att bedöma utvecklingen av sjukhus-baserade abortkomplikationer, relaterade till tidpunkten för legalisering av abort i Etiopien. De samlade in data från sjukhus i Addis Ababa där fem allmänna sjukhus, som ger mödravård, hade totalt 23 678 förlossningar år 2007. Forskarna samlade sjukjournaler av alla kvinnor som sökte vård efter en abort i Tikur Anbessa sjukhus mellan år 2003 och 2007, totalt var det 773 kvinnor. Ungefär en av fem kvinnor medgav att hon

vidtagit åtgärder för att stoppa graviditeten. Ungefär 80 % av dessa hade använt sig av mekaniska tekniker, medan resten använt läkemedel. Dessa avsiktligt framkallade aborter, ledde till abortrelaterade intagning på sjukhus. (Gebrehiwot & Liabsuetrakul 2008)

De vanligaste komplikationerna efter en abort var bland annat: genital trauma, tarm skada, septisk chock, sepsis (blodförgiftning) och organ svikt. Forskarna konstaterade att efter den nya abort-relaterade lagen 2005, ökade antalet mödrar som intogs på intensivvård, med komplikationer efter en abort, från 1,8 % till 5,1 %. (Gebrehiwot & Liabsuetrakul 2008)

Under de fem år som Gebrehiwot & Liabsuetrakul utförde sin forskning, dog sammanlagt 18 kvinnor på Tikur Anbessa sjukhus på grund av komplikationer efter abort. Av dessa 18 var 11 under 25 år och hälften av alla var gifta. 70 % av alla aborter på sjukhuset utfördes med hjälp av metallisk skrapning, medan 25 % utfördes med sug abort. Av de graviditeter som varade under 12 veckor, hade endast 40 % livmoder tömning med hjälp av sug abort och 1 % använde sig av både sug abort och metallisk skrapning. (Gebrehiwot & Liabsuetrakul 2008)

I sin artikel *Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Married Women in Hosanna Town, Southern Ethiopia*, konstaterar Hemdela et al. att det finns några enkla metoder som kunde främja den reproduktiva hälsan i utvecklingsländer. Bland annat olika program för reproduktiv hälsa, betona vikten av kommunikationen mellan man och fru, lättare tillgång till familjeplanerings hjälp, samt öka kvinnors inflytande i samhället. (Hamdela et al. 2012)

9.1.3 Barnäktenskap

Till denna kategori kan man koppla ihop följande delar ur Purnells teoretiska modell:

Familjens betydelse, könsroller, olika familjemedlemmars roller, samt barnens och ungas uppgifter i hemmet. *Graviditet och förlossning*, fertilitet, preventivmedel, krav, begränsningar och tabun gällande graviditet, samt vård under och efter förlossning. *Arv*

och perspektiv, var man bor (lands- eller stadsbygd), hemland, ekonomi, politik, utbildning och yrken.

Oberoende av internationella lagar och avtal, förblir barnäktenskap ett hot mot mänskliga rättigheter i över hundra länder. I utvecklingsländer är det troligt att en av tre flickor är gifta innan de fyller 18 år. En av fem gifter sig innan de fyllt 15. De flesta av dessa flickor är fattiga, dåligt utbildade och bosatta på landsbygden. Internationella konventioner har förklarat barnäktenskap att vara en kränkning av mänskliga rättigheter, eftersom äktenskapet betyder att flickan inte får välja själv när och med vem hon gifter sig. (UNFPA, 2012)

Termen ”*barnäktenskap*” används för att beskriva ett förbund mellan två människor, där båda makarna är under 18 år. Fastän pojkar också utsätts för barnäktenskap, är det flickan som drabbas av allvarigare konsekvenser. Man kallar ofta barnäktenskap för ”tidigt” eller ”tvingat” äktenskap, eftersom barn (beroende på deras ålder) inte kan ge ett ärligt samtycke till giftermålet. Många flickor har till exempel inte tillräckligt med kunskap om andra alternativ. De kanske villigt accepterar giftermålet eftersom de inte vet vilka andra möjligheter de har. Familjen kanske också trycker på hemifrån, på grund av ekonomiska orsaker eller för att försäkra sig om att deras flicka har en framtida make. I många länder vet man kanske inte att det finns lagar som förbjuder barnäktenskap, och på grund av det följs de inte. (UNFPA, 2012)

Det är vanligt att fattigdom ligger som grund för barnäktenskap. Många länder tillåter att flickor gifter sig unga med föräldrarnas, eller andra nära släktingars, tillstånd. Vissa föräldrar tror att äktenskap tryggar dotterns framtid, medan andra bara vill bli av med flickorna eftersom de anses vara en börda. Faktum är dock att äktenskap hotar flickors hälsa och välbefinnande. Med barnäktenskap följer ofta tidiga graviditeter, vilket med sina komplikationer är den huvudsakliga dödsorsaken bland unga flickor (15-19 år) i utvecklingsländer. (UNFPA, 2012)

Varje år föder ungefär 16 miljoner tonåriga flickor, 15-19 år, i utvecklingsländer. Nio av tio flickor som föder är gifta. Genom att hindra barnäktenskap kunde man minska tidiga graviditeter och på så sätt minska antalet dödsfall och invaliditet bland mödrar. Tillika kunde man minska utspridningen av HIV bland flickor. (UNFPA, 2012)

Att gifta sig som barn gör att flickors barndom tar snabbt slut och de tvingas in i vuxenlivets roller alltför tidigt. De tvingas ta ansvar för sin ”nya familj”, redan innan de fysiskt, psykiskt eller emotionellt är färdiga för det. Det är inte ovanligt att äktenskap medför social isolation eftersom flickor tvingas separera från familj och vänner. Dessutom hindrar ofta tidigt äktenskap flickans chans att utbilda sig. Efter att de gift sig, är det vanligt för flickor att känna sig skyldiga till sex, och sällan vågar de insistera om att använda kondom eftersom deras makar ofta är äldre och har mera erfarenhet. Detta gör flickorna särskilt sårbara för sexuellt överförbara sjukdomar, bland annat HIV. Äktenskapet kan i värsta fall också leda till slavarbete och regelbundet utsättande för våld eller sexuella övergrepp. (UNFPA, 2012)

Gifta flickor blir ofta pressade till att bli gravida direkt efter bröllopet, fastän hon själv ännu är ett barn och vet mycket lite om sex och reproduktion. Att bli gravid innan kroppen fullt utvecklats är en stor hälsorisk både för modern och för barnet. Känslighet för infektioner, inkontinens och obstetrisk fistel, vilket gör att flickan känner konstant smärta, hör till de vanligaste funktionsnedsättningar som följer efter tidig graviditet och förlossning. (UNFPA, 2012)

Barnäktenskap tros ofta vara ett sätt att skydda dottern från skammen av sex före äktenskap. Föräldrarna tror också ofta att de skyddar sin dotter mot sexuella trackaserier och våld när de gifter bort henne tidigt. Att gifta bort sina flickor kan också göras i hopp om att fixa konflikter mellan familjer eller för att skaffa sociala allianser. Ofta ses flickans giftemål även som ett sätt att betala bort familjens skulder. I vissa samhällen anser man också att den s.k. hemgiften är lägre ju yngre bruden är, och därför gifter man bort sina flickor när de är unga. Ofta försöker familjer gifta bort sina flickor för att undvika ekonomiska kriser, man ser dem som sin ”sista chans”. Det förekommer också att man försöker gifta bort sina döttrar för att skydda dem, speciellt på ställen där det förekommer mycket sexuellt våld. (UNFPA, 2012)

Efter att en flicka är gift anses hon i många samhällen vara en kvinna, fastän hon kanske bara är 12 år. Lagar gällande giftemål bland flickor och pojkar är olika. År 2010 hade 158 länder en lag som förklarade att kvinnan måste vara minst 18 år för att få gifta sig utan tillstånd av föräldrarna. I 146 länder fick flickor yngre än 18 år gifta sig med för-

äldrarnas, eller annan auktoritets, tillstånd. I 52 länder kunde flickor under 15 år gifta sig med föräldrarnas tillstånd. För män var det 180 länder där 18 år gällde för att få gifta sig utan samtycke. I 105 länder fick pojkar gifta sig bara de hade föräldrarnas, eller annan auktoritets, tillstånd. I 23 länder fick pojkar under 15 år gifta sig om de hade föräldrarnas tillstånd. Bristen på jämställdhet i lagens behandling av frågan om samtycke, förstärker de normer som styr åsikter om att det är acceptabelt för flickor att gifta sig tidigare än pojkar. (UNFPA, 2012)

Ojämlika könsnormer sätter ett högre värde på pojkar och män än på flickor och kvinnor. Eftersom flickor redan från födsel saknar lika värde som pojkar, leder det lätt till att familjen och samhället inte investerar i flickors utveckling och framtid. (UNFPA, 2012)

Sociala normer och uppfattningar som tolererar ojämlika könsroller och ansvar, måste ändras. Först när föräldrar och samhällen inser den skada de utsätter sina barn (speciellt flickor) för genom tidiga äktenskap, kan praxis förändras. Alternativ till giftemål måste introduceras, så att flickor kan njuta av den barndom de har rätt till. Lika viktigt är det att ingjuta idén att varje person har mänskliga rättigheter och bör behandlas med värdighet och respekt. (UNFPA, 2012)

Om antalet barnäktenskap inte minskar, kommer antalet flickor som gifter sig som barn växa och med det även antalet ”barn som väntar barn”, vilket gör att dödsantalet bland flickor ökar. Det är därför viktigt att ändra på sociala normer som bidrar till äktenskap bland barn. Dessa normer går att ändra på när föräldrar och samhället lär sig förstå den skada äktenskapen bidrar till. Regler behövs för att hindra tidiga äktenskap, till exempel att höja åldern för att lagligt ingå äktenskap till 18 år. Detta för att ta itu med ett underliggande problem, som att försäkra att flickor får gå i skola längre än bara den primära nivån, och för att skapa olika möjligheter för dem. Flickor behöver utbildning, god hälsa, samt sociala och försörjnings färdigheter för att bli fullt berättigade medborgare. Det är också viktigt att hjälpa redan gifta flickor att undvika tidiga graviditeter, samt under och efter deras graviditet hänvisa dem till lämplig vård. (UNFPA, 2012)

FN, Förenta Nationerna, har satt ut utvecklings mål för U-länder som borde ha nåtts senast år 2015. Dessa mål heter på engelska *United Nations Millennium Development Goals (MDGs)*. Regeringar och utvecklingspartners har insett att det är nödvändigt att ta itu med problemet ”barnäktenskap”, och har därför satt ut utvecklingsmål för att hjälpa

länder nå en bättre framtid. (UNFPA, 2012) Det är sammanlagt 6 mål utsatta och nedan följer en kort beskrivning av dem.

Första målet handlar om att stöda flickor till att undvika tidiga äktenskap, att gå i skola så länge som möjligt och att så sen som möjligt skaffa barn. Detta för att flickor ska ha en bättre chans att utveckla nya färdigheter och ha möjlighet till högre lön, för att i framtiden kunna lyfta generationer upp ur fattigdomen. (UNFPA, 2012)

Andra målet är att försöka få flickor att nå en högre utbildning än den primära nivån. Mödrar med låg utbildning är mer sannolika att inte tillåta sina döttrar gå länge i skolan. Kvinnors/flickors begränsade utbildning minskar chansen för ekonomiska möjligheter. (UNFPA, 2012)

Tredje målet är att främja jämställdhet bland könen och förstärka kvinnans egenmakt. Barn brudar har inte mycket att säga till om när det gäller när de ska gifta sig eller med vem. De har knappt något inflytande på maken eller svärföräldrarna, och möjligheten att lära sig om sina rättigheter är dålig. Ibland är deras makar mycket äldre än de själva, vilken bidrar till en orättvisa maktskillnader inom äktenskapet. Flickor som gifter sig innan de fyllt 18 har större risk att råka ut för våld inom äktenskapet, än de som gifter sig senare. Att gifta sig betyder ofta ett slut på flickans möjlighet till utbildning, vilket i sin tur leder till dåligt betalda arbeten. (UNFPA, 2012)

Det fjärde målet handlar om att minska på barnadödligheten. Antalet dödfödda och barn som dör under sin första levnadsvecka, är 50 % högre för unga mödrar än för de mödrar som föder i 20 års ålder. Unga mammor har större risk för att föda prematura barn och barn med låg födelsevikt. (UNFPA, 2012)

Femte målet handlar om att förbättra mödravården. Unga, förstföderskor har mycket höga risker under graviditeten. Ung ålder, många barn och tätt kommande graviditeter med korta intervall mellan förlossningar, är alla faktorer som påverkar mödradödligheten. Fattiga kvinnor, och de med dålig utbildning, använder alltför lite preventivmedel. Till denna grupp hör många av de flickor som gifter sig tidigt. (UNFPA, 2012)

Med det sjätte, och det sista målet, vill man förebygga köns- och andra sjukdomar. Bland annat HIV/AIDS och malaria. Unga flickor är speciellt sårbara för dessa sjukdomar, eftersom de gifter sig unga och ofta med äldre mer erfarna män. Sällan har flickan

något att säga om sin sexuella hälsa, och ofta är tillgång till information om säkert sex dåligt. (UNFPA, 2012)

9.1.4 Omskärelse

Till denna kategori kan man förknippa följande delar ur Purnells modell:

Familjens betydelse, könsroller, social status och livstils alternativ. *Graviditet och förlossning*, fertilitet, krav, begränsningar och tabun gällande graviditet, samt vård under och efter förlossning. *Hälso- och sjukvård*, akut och förebyggande vård, traditionell medicin, kroniska sjukdomar, hinder för att söka vård, samt individens reaktion till smärta. *Sjukvårdspersonal*, användning av traditionell och andlig medicin, samt vårdarens ansvar att ta itu med problem. *Arv och perspektiv*, ort, hemland, och traditioner.

Kvinnlig könsstympning, på engelska ”Female genital mutilation”(FGM), definieras som en skada på kvinnans externa könsorgan. Skadan orsakas på grund av kulturella orsaker, inte av medicinska skäl. Kvinnlig könsstympning är vanligast i länder söder om Sahara och i Östafrika. (Jaeger, m.fl. 2008) År 2005 räknade man att ungefär 80 % av kvinnor i Etiopien, 15-49 år, hade genomgått könsstympning. (WHO, 2013)

WHO:s definition av omskärelse/ könsstympning;

“Female genital mutilation (FGM) comprises all procedures that involve partial or total removal of the external female genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons.” (WHO, 2013)

Nedan följer en fritt översatt version av skribenterna;

”Kvinnlig könsstympning omfattar alla ingrepp som rör delvis eller helt borttagande av kvinnans externa könsorgan, eller annan skada på de kvinnliga könsdelarna av icke-medicinska skäl”

Omskärelse görs åt flickor/kvinnor i alla åldrar runt om i världen. Enligt WHO finns det ungefär 100-140 miljoner omskärda kvinnor i världen, och varje år riskerar ca 2 miljoner flickor att bli utsatta för omskärelse. (Abdelhamid et.al. 2009)

Man vet inte säkert varifrån denna ”tradition” ursprungligen har kommit, men det har spekulerats kring att sedvanan kunde härstamma från faraonernas tid i Egypten. På den tiden användes omskärelse som en statussymbol bland de högre samhällsklasserna. I västländerna utfördes omskärelse på 1800- talet för medicinska orsaker. Man trodde bland annat att ingreppet kunde bota kvinnans hysteri, hennes tendens till masturbation, samt epilepsi. (Abdelhamid et.al. 2009)

Tiden för när en omskärelse bör göras varierar. Ibland görs de redan på nyfödda, ibland först i tonåren eller innan kvinnan gifter sig. Omskärelse sker ofta i samband med en ceremoni, där flera flickor i samma ålder deltar. Ingreppet kan utföras av en äldre kvinna, en healer, byns barnmorska, en frisör, en utbildad barnmorska eller läkare. Det är vanligt att man inte berättat om könsstympningens betydelse för flickorna på förhand. Ingreppet och ceremonin kan ske i hemmet, hos grannen, på sjukhus eller på speciella platser ute i naturen. Som instrument kan man använda knivar, vassa glasbitar, bitt från rakhyvel eller andra vassa föremål. För att sårens ska läka fortare efter ingreppet binder man flickans ben, från låren till fotleden, för att hon inte ska röra på sig alltför mycket. (Abdelhamid et.al. 2009)

Motiv för omskärelse varierar i olika länder och i olika samhällen. Ofta har det dock att göra med tro om att komma närmare sin kulturella och könsliga identitet, ofta även för att kontrollera kvinnans sexualitet (bland annat för att hålla henne oskuld tills äktenskapet), och i vissa kulturer anses omskärelse vara vackert. Det kan också handla om ett sätt för flickan att bevara familjens heder, eller utmärka att flickan blivit en kvinna. På många ställen, där könsstympning är vanligt, kan det dessutom vara svårt för en kvinna att hitta en make åt sig om hon inte är omskuren. Vissa kulturer anser att klitoris och blygdläpparna är maskulina och kan smutsa ner mannen om de kommer i kontakt med penis eller testiklarna. (Abdelhamid et.al. 2009)

Abdelhamid et.al. använder sig av Mölsås indelning av olika sorters omskärelse. Dessa indelningar är bara riktgivande, eftersom det är omöjligt att säga vilka ingrepp hör till vilken grupp i olika situationer. Nedan följer en kort beskrivning av de fyra typerna som Abdelhamid et.al. har ”lånat” av Mölsä;

Typ 1: Klitoris tas halvt eller helt bort, och i sällsynta fall avlägsnar man även klitoris förhud (det hudveck som omger klitoris).

Typ 2: Delvis eller totalt avlägsnande av klitoris och de inre blygdläpparna, med eller utan bortskärning av de yttre blygdläpparna (excision).

Typ 3: Förträngning av den vaginala öppningen genom att skära och stympa blygdläpparna, så att en försegling skapas. Det kan göras med eller utan excision av klitoris. (infibulation)

Typ 4: Andra oklassificerade skadliga ingrepp, till exempel stickning av klitoris och/eller blygdläpparna, piercing eller skärning, stretching av klitoris eller blygdläpparna, bränning, skrapning, förträngning av vaginalöppningen med hjälp av örtbehandlingar, samt andra ingrepp som klassificeras som könsstympning.

Ungefär 80 % av alla omskärelser har uppskattats höra till typerna 1 och två, medan 15 % skulle höra till typ 3. (Abdelhamid et.al. 2009)

Rekonstruerande kirurgi efter en omskärelse, kallas defibulation. Man öppnar ärret som är kvar efter omskärelsen för att frisläppa urinrörets mynning och slidöppningen, detta för att urinen och menstruationen ska kunna flyta normalt. Detta ingrepp rekommenderas för kvinnor som undergått omskärelse i form av typ 3. (Abdelhamid et.al. 2009)

Omskärelse är ett riskfyllt ingrepp, speciellt om man inte gör det på sjukhus. Abdelhamid et. al använder sig av Tiilikainens kategorisering av vanliga problem. Under själva ingreppet kan det bland annat förekomma smärta på grund av utebliven bedövning, rikliga blödningar och smärtchock, infektioner, svårigheter att urinera och om flickan bekämpar ingreppet kan frakturer uppkomma. Långvariga sjukdomar till följd av omskärelse är vanliga, hit hör bland annat anemi på grund av återkommande blödningar, infektioner, problem och smärta i samband med menstruationen, smärta vid samlag, oförmåga till orgasm, infertilitet till följd av infektion i äggledarna, urinerings problem, inkontinens, smärta och komplikationer vid förlossning, samt psykologiska problem. (Abdelhamid et.al. 2009)

De riskfyllda komplikationerna används ofta som argument mot omskärelse. Komplikationerna varierar beroende på vilken grad av könsstympning det är frågan om, samt på vilket sätt ingreppet gjorts. I vissa samhällen omskärs flickor i grupper, och på andra ställen sker ingreppet individuellt. En del rika familjer försöker få ingreppet gjort på

sjukhus med anestesi, medan det på de flesta ställen sker utan bedövning och med icke-sterila instrument och smutsig miljö. (Jaeger, et.al. 2008)

Det är vanligt att kvinnor inte ser hur vissa komplikationer hör ihop med könsstympningen. Smärta vid menstruation kan till exempel också vara normalt bland kvinnor som inte genomgått omskärelse. Det finns även de kvinnor som inte upplever någon form av biverkan. Det är inte heller ovanligt att flickor som inte blir omskärda känner sig utanför och nästan skäms. (Jaeger, et.al. 2008)

Som vårdare kan man känna att man inte förstår sig tillräckligt på den för att kunna säga någonting om saken. Detta är helt förståeligt, men kvinnlig könsstympning är ett ämne som måste tas upp. Vårdaren måste vara medveten om familjens motiveringar och deras kulturella bakgrund, för att kunna komma med invändningar för könsstympning. Kulturella grunder för att bryta mot minderårigas rätt till hälsa är inte acceptabla. (Jaeger, et.al. 2008)

Det är viktigt att man som vårdare tar upp detta känsliga ämne med föräldrarna med neutral inställning. Vårdaren måste först vinna föräldrarnas förtroende. Att diskutera detta ämne tar tid, en kort diskussion på akuten hjälper ingen. De flesta föräldrar utsätter sina döttrar för könsstympning för att skydda dem. Det är viktigt att vårdaren är medveten om deras argument och rädsla, men det hör också till vårdarens skyldighet att informera föräldrarna om de hälsorisker de utsätter sina flickor för. Vissa familjer behöver extra mycket stöd i sitt beslut, speciellt mot det tryck som kommer från samhället. Familjen kan inte tvingas ändra åsikt om könsstympning. Vårdaren måste försiktigt, men bestämt, ta upp ämnet. En bra början är till exempel att ta upp positiva och negativa aspekter. Valet att inte utsätta sin dotter för könsstympning måste vara familjens egen. (Jaeger, et.al. 2008)

Det finns olika argumentationer mot omskärelse som vårdare kan ta upp med familjer när de diskuterar ämnet. Medicinska argument kan vara de komplikationer flickan kommer att möta vid förlossning om hon är omskuren. Traditionella argument till exempel är att omskärelse håller på att minska i många länder. I många samhällen är omskärelse ett viktigt element för att gifta sig, men det är värt att ta upp med föräldrarna att god utbildning för dottern är ett sätt få en bättre man åt henne. Dessutom kanske äktenskapet håller längre om kvinnan inte lider av smärta och andra komplikationer. Nämn-

värt är också att det varken i Bibeln eller Koranen står att kvinnor måste omskäras. (Jaeger, m.fl. 2008)

9.2 Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?

Efter att vi läst artiklarna identifierades centrala teman som vi sedan kombinerade med Purnells kategorier. Vi plockade ut de kategorier från Purnells modell, som var mest användbara för detta arbete. Denna del av arbetet kommer att behandla forskningsfrågan: Vilka faktorer påverkar kvinnans sexuella hälsa och familjeplanering i Etiopien?

9.2.1 Gravitet och förlossning

Purnells kategori gravitet och förlossning handlar om fertilitet, preventivmedels användning, hur man ser på graviditeter, mödravården, krav, begränsningar och tabu gällande graviditeter.

Detta kapitel kommer att handla om familjeplanering utifrån kvinnans synvinkel. Faktorer som handlar om preventivmedelsanvändning, så som kunskapen om och användningen av preventivmedel tas också upp. Andra faktorer som tas upp är bl.a., fertiliteten i Etiopien, olika preventivmedel som används i Etiopien, antalet barn i familjen och intervallet mellan graviditeterna. Här tas också kort upp faktorer som påverkar mödrarådgivnings möjligheter och mödradödlighet. I arbetet användes två olika Ethiopia Demographic and Health survey, från åren 2005 och 2011, eftersom man ville se eventuella ändringar som skett under dessa år.

Familjeplaneringsmetoder:

Fertiliteten i hela världen har minskat dramatiskt under de senast 60 åren, p.g.a. ökad preventivmedels användning, speciellt i utvecklingsländer. I början av 1950-talet födde varje kvinna i genomsnitt 5 barn, jämfört med dagens kvinnor som föder i genomsnitt 2,6 barn. Preventivmedelsanvändningen har ökat enormt. På 1960-talet använde ca.9 % av gifta kvinnor i utvecklingsländer preventivmedel, medan idag använder 62 % av gifta kvinnor något preventivmedel. Medan i de minst utvecklade länderna använder endast 43 % av kvinnor i fertil ålder ett modernt preventivmedel. Det finns stora skillnader mellan de rikas och fattigas användning av preventivmedel. Den totala användningen ligger mellan 35 % bland de fattiga och 52 % bland de rika. (Creanga et al. 2011)

År 2004 använde i genomsnitt 62 % av kvinnorna i åldern 15-49 någonslags familjeplanerings metod i utvecklingsländerna. Men i Etiopien användes familjeplanerings metoder inte i lika hög grad, eftersom den totala användningen var endast 14,7 %, och den totala fertilitetsprocenten låg runt 5,4%, år 2005. Användningen av familjeplaneringsmetoder nästan dubblades från år 2000 till 2005. Men Etiopiska kvinnor får ändå inte all den hjälp som de behöver, för att hitta goda familjeplanerings metoder. (Ko et al.2010) I Gillspies undersökning kom det fram att av hela Etiopiens befolkning använder 34 % inte något preventivmedel, dessa personer hade inte ändå som avsikt att bli gravida. (Gillspie et al. 2009)

År 2006 startade FN ett nytt program, The five Millennium Development Goals, MDGs. Detta program hade som sitt ena mål att möta behovet av familjeplanering i utvecklingsländer. I Etiopien var målet att öka på kunskapen om och användningen av, familjeplanerings metoder. För Etiopien har det varit en utmaning att nå de uppsatta målen. (Ko et al.2010) Den totala preventivmedels användningen för gifta kvinnor i Etiopien är 15%, vilket är mycket lägre än målet för år 2015 som the Ethiopian Population Policy har lagt upp. (Bogale et al. 2011)

Mödrarådgivning och mödradödlighet:

Etiopiens hälsovårdssystemet står inför många utmaningar. Moderskapsdödligheten är hög, år 2005 uppskattades att av 100 000 förlossningar med levande födda barn, resulterade i att 673 mödrar dog. (Ahmed et al. 2012) Mödrarna dör i komplikationer av graviditeten eller i förlossningen. (Woldemicael 2010) Det finns ännu stora skillnader mellan de fattigas och rikas hälsobeteende och möjlighet till hälsosamt liv. Som jämförelse dör 1 av 26 (3,8%) mödrar i Afrika under eller efter förlossningen medan i Europa är antalet 1 av 9400 (0,001%) mödrar. (Creanga et al. 2011)

I Etiopien är deltagandet i mödrarådgivningen före förlossningen väldigt lågt. 12 % av mödrarna i Etiopien får den rekommenderade mängden mödrarådgivning. Och 6 % av mödrarna får föda på institutioner. (Woldemicael 2010)

Användning av preventivmedel hjälper kvinnan att planera graviditeten till ett passande tillfälle, med tillräcklig tid för återhämtning mellan förlossningarna och möjligheten att reglera barnmängden i familjen. Användning av preventivmedel minskar också risken att bli gravid med ett oönskat barn och därmed minskar risken av farliga aborter. Även mödra-, spädbarns- och barndödligheten minskar då fertiliteten minskar, alltså mindre barn betyder mindre riskfyllda graviditeter. Kvinnor får även mera tid för sig själva och sin familj då de inte behöver spendera hela sin vuxna livstid till att föda och ta hand om så många barn. (Bogale et al. 2011)

Att investera i befolkningens kunskap om familjeplaneringsmetoder är en av de mest kostnadseffektiva metoderna att garantera mödrars och barns hälsa och överlevnad. Tillgång till preventivmedel beror på geografiska faktorer, så som boendeort och inkomstfaktorer. Speciellt de fattigas tillgång till preventivmedel är dålig. (Creanga et al. 2011)

Bongaarts modell om fertilitet:

John Bongaarts, forskare inom befolkningslära, har gjort mycket forskning och statistiska analyser om sambandet mellan population och miljön. Han har bl.a. forskat inom fertilitet och spridningen av AIDS och hur det inverkat på mortaliteten. (Brownlee

2003) Den världskända modellen som Bongaarts uppfunnit kallas ”Bongaarts model of proximate determinants”. (Mahjabeen & Khan 2011) Detta kan fritt översättas som Bongaarts modell av likartade bestämningsfaktorer. Bongaarts modell förutsätter att den naturliga fortplantningsförmågan är ungefär lika för alla kvinnor men att deras egentliga förmåga att fortplanta sig modifieras av fyra likartade faktorer. Dessa faktorer är äkten-skap, preventivmedels användning, aborter, och tiden som det tar att få tillbaka sin gra-viditetsförmåga efter förlossningen. (Mahjabeen & Khan 2011)

Enligt Bongaarts modell kan faktorer som påverkar fertiliteten klassas i två kategorier, direkta och indirekta. De direkta faktorerna innebär biologiska beteendefaktorer så som hur sexuellt aktiv man är, användning av preventivmedel, aborter, sterilisation, tiden efter förlossningen då man ännu inte kan gravid på nytt t.ex. att man inte fått sin men-struation tillbaka. Medan indirekta faktorer är t.ex. socio-kulturella faktorer som påverkar fertiliteten indirekt genom att de påverkar de biologiska beteendefaktorerna. (Gebremedhin & Betre 2009)

Intervallet mellan förlossningarna:

I Ethiopian Demographic and Health survey (EDHS) 2005 deltog 14070 kvinnor, i ål-dern 15-49 och 6033 män, i åldern 15-59. Undersökningen pågick i 15 år, mellan åren 1990-2005. I undersökningen kom det bl.a. fram att intervallet mellan förlossningarna påverkar fertiliteten och barnens och moderns hälsa. Tidigare studier tyder på att om det är mindre än 24 månader mellan kvinnans förlossningar ökar risken på att barnet dör i ung ålder. I Etiopien är medianen på förlossnings intervallen 33,8 månader. Man kan också se att unga kvinnor tenderar att föda med kortare mellanrum än äldre kvinnor. 15-19 åringars mediantid mellan förlossningarna är 26,1 månader medan 40-49 åringars median är 38,8 månader. Studier visar också på att intervallet mellan förlossningarna är kortare om föregående barn har dött under, eller kort efter förlossningen, än om barnet har klarat sig i liv. Detta kan tydas som att föräldrarna vill ha ett nytt barn för att få en hjälp i sorgen av sitt döda barn. (Central Statistical Agency 2006)

I Ethiopian Demographic and Health survey 2011 deltog 16515 kvinnor i åldern 15-49 och 14110 män i åldern 15-59. Då man jämför de olika undersökningarna från 2005 och

2011 kan man se att antal barn per kvinna i Etiopien har minskat. Fertilitets värdet sjunkit från år 2005 då det var 5,4 till 4,8 år 2011. Barnafödandet börjar tidigt i Etiopien. 12 % av kvinnorna i åldern 15-19 har redan fött sitt första barn eller är gravida för tillfället. Mera än en tredjedel av kvinnorna i åldern 20-49 hade fött sitt första barn i 18 år ålder. Och mera än hälften hade fött sitt första barn i 20 års ålder. Intervallet mellan förlossningarna var i 56 % av fallen 36 månader, och i 20 % av fallen 24 månader. (Central Statistical Agency 2012)

Forskningen gjord av Gebremedhin & Betre tyder på att åldern för när-mensen börjat, - första äktenskapet, - första samlaget och åldern för första förlossningen sågs som faktorer som påverkar fertilitetsnivån. Åldern vid första äktenskapet var den mest betydande faktorn som påverkade fertilitetsnivån. Forskningen tyder på att om kvinnor mistat sina foster, i aborter eller fött ett dött barn, stiger fertiliteten. (Gebremedhin & Betre 2009)

Faktorer som påverkar fertiliteten:

I EDHS-undersökningen undersöktes också mängden kvinnor med menopaus i Etiopien, eftersom kvinnans fertilitet påverkas av amenorrea och/eller menopaus. 9% av kvinnorna i åldern 30-34 hade genomgått menopaus, 39 % av 44-45 åringarna, medan 62% av kvinnorna i åldern 48-49 hade genomgått menopaus. (Central Statistical Agency 2012) Här kan man också nämna att den förväntade livslängden för Etiopiska kvinnor är 62 år och för män 58 år. (Globalis 2013)

Frivillig barnlöshet är ovanligt i Etiopien. Av kvinnor som är gifta och som närmar sig menopausal ålder men har inga barn, kan man säga att de troligen är primärt ofruktbara. I Etiopien är andelen av primärt ofruktbara äldre kvinnor, mindre än 2 %. (Central Statistical Agency 2006)

Kunskap om preventivmedel:

I Etiopien är kunskapen om preventivmedel nästan på samma nivå oavsett om man är kvinna eller man, gift eller ogift, eller hur sexuellt erfaren man är. 98 % av Etiopiska män och 97 % av kvinnorna har hört om en modern preventivmetod, både män och kvinnor vet mera om moderna preventivmetoder än om traditionella metoder. De moderna preventivmetodernas användning har ökat från 6 % år 2000, till 27 % år 2011. Ökningen av preventivmedels användning är möjlig tack vare den offentliga sektorn som står för 82 % av försörjningen av preventivmedel. 47 % får sina preventivmedel av offentliga hälsostationer, 27 % från offentliga "health posts" eller av en "health extension worker". Som jämförelse så uppger bara 13 % att de får sina moderna preventivmedel från den privata sektorn. (Central Statistical Agency 2012)

Mera än nio kvinnor av tio har hört om p-piller och injektioner. Männens kunskap om olika preventivmedel ser ut att vara på samma nivå som kvinnornas, men med den skillnaden att nio utav tio män har hört om p-pillret, injektioner och om manliga kondomer. Användning av preventivmedel i Etiopien har stora variationer. Av alla Etiopiska kvinnor i åldern 15-49 använder sig 20 % av preventivmedel. Medan det finns en stor skillnad mellan gifta kvinnor och ogifta kvinnor som är sexuellt aktiva. Av gifta kvinnor använder sig 29 % av preventivmedel medan av ogifta sexuellt aktiva kvinnor använder 57 % något preventivmedel. Den mest använda metoden för gifta kvinnor är injektioner, och deras användning har stigit från år 2000-2011 från att ha varit 3 % år 2000 till att vara 21 % år 2011. Man kan också se att unga kvinnor i åldern 15-19 och äldre kvinnor i åldern 45-49 använder sig mindre av preventivmedel än kvinnorna som är i åldersgruppen mellan dessa två. (Central Statistical Agency 2012)

I en undersökning gjord av Samson Gebremedhin and Mulugeta Betre i Etiopien, tyder på att de flesta kvinnorna vet iallafall om ett eller flera preventivmedel och av dem som inte vet om något preventivmedel är ca. hälften tonåringar, i åldern 15-19. Detta tyder på att det finns ett tydligt behov för mera sexualundervisning för tonåringar. Hälften av deltaganden hade använt sig av iallafall ett preventivmedel under sitt liv och 41,2% av de gifta kvinnorna svarade att de använder för tillfället en preventivmetod för att undvika eller fördröja graviditeter. Injektioner och p-piller var de vanligaste preventivmetoderna, följande av kondomer och implantat. (Gebremedhin & Betre 2009)

Akuta preventivmedel:

Akuta preventivmedel innebär preventivmedel som man använder efter samlaget om man inte använt sig av andra preventivmedel, eller om man använt preventivmedel fel, eller i andra akuta situationer som t.ex. om kondomen spruckit. Akuta preventivmedel skyddar mot oönskade graviditeter, osäkra förlossningar och aborter och gynnar på detta vis moderns hälsa. (Ahmed et al. 2012)

Även om det nuförtiden finns ett stort urval av preventivmedel, består problemet med oönskade graviditeter. Orsakerna är mångfaldiga, några orsaker kan vara t.ex. negativ attityd, svår tillgång och okunskap om preventivmedel. Även sexuella övergrepp leder till oönskade graviditeter. Därför poängteras betydelsen av akuta preventivmedel som ett extra säkerhetssystem i akuta fall. I en tidigare undersökning från Etiopien, kom fram till att 14,1 % av kvinnorna som genomgått en abort hade hört om akuta preventivmedel och endast 8,6 % hade någon gång använt sig av dem. (Ahmed et al. 2012)

I Ahmed et al. undersökning kom det fram att av universitets studerande i Etiopiens huvudstad Addis Ababa hade 84,2 % hört om akuta preventivmedel och majoriteten visste om något annat preventivmedel. Av dem som hade hört om akuta preventivmedel svarade 99 % att de var effektiva och mera än hälften svarade att de var säkra att använda. De positiva faktorerna av akuta preventivmedel listades som en bra hjälp om kondomen spruckit, om man blivit våldtagen, om man glömt att ta sina andra preventivmedel. De negativa faktorerna bestod av att man trodde att akuta preventivmedlen var skadliga för hälsan, att det kan ta sjukt om de inte fungerar, att de kan leda till att man blir smittad med en sexuellt överförbar sjukdom, som t.ex. HIV. Familjer med låga inkomster tenderar att vara mera positivt inställda på akuta preventivmedel än de som kommer från höginkomsts familjer. (Ahmed et al. 2012)

Kunskap och okunskap om fertilitet:

Globalt får ca 250 miljoner graviditeter sin början varje år. Av de 250 miljoner graviditeter globalt får 182 miljoner graviditeter sin början i låginkomstländer. Av dessa 182

miljoner graviditeter är mera än en tredjedel oönskade. I låginkomst länder får två tredjedelar av de oönskade graviditeterna sin början hos kvinnor som inte använder sig av något preventivmedel. Etiopien räknas som ett låginkomstland. (Ahmed et al. 2012)

I EDHS 2011 undersökningen nämns att man frågat kvinnor vad de vet om kvinnans menstruationscykel och om de vet när chansen att bli gravid är högst. Att ta upp dessa ”säkra dagars” metoder är viktigt eftersom det finns kvinnor i Etiopien som använder det som deras ända preventiva metod mot graviditet, men man kan också fråga sig om inte det finns ett behov att ge giltig information till dessa kvinnor och påvisa att denna metod är väldigt riskabel och att man måste känna igen sin egen kropp mycket noggrant för att kunna använda sig av dessa naturliga metoder. Det kom också tidigare i undersökningen fram att vissa kvinnor i Etiopien ännu tror på att man inte kan bli gravid medan man ammar. (Central Statistical Agency 2012)

Skribenten tog reda på hur man ser på ammandets preventiva verkan i Norden. T.ex. på Sveriges läkemedelsverkets hemsidor tas det upp att ammande kvinnor som fullammar, alltså då barnet äter endast bröstmjölk, och som inte ännu fått tillbaka sin menstruation efter förlossningen, och om det är mindre än sex månader sedan förlossningen så kan man säga att risken för en ny graviditet är mycket låg, ca.1-2 %. Men det kan finnas orsak att börja använda preventivmedel redan före det har gått sex månader från förlossningen. Kombinerade hormonella preparat rekommenderas inte. Men kondom, minipiller, hormonspiral eller kopparspiral kan användas även då man ammar. (Läkemedelsverket)

Endast 18 % av kvinnorna som deltog i EDHS 2011, visste när den fertilaste tiden på månaden är, alltså mittemellan två menstruationer. I undersökning gjord år 2005 var det ännu färre kvinnor som visste om när man mest sannolikt blir gravid, då var det endast 11 %. Av kvinnor som rapporterade att de använder sig av denna så kallade ”rytm-metoden” visste 65% när den mest fertilaste tiden på månaden är. (Central Statistical Agency 2012) Vilket tyder på att 35 % av kvinnor som använder sig av att avstå av sexuell umgänge då det är mest sannolikt att bli gravid, vet inte själv när denna period är.

Källa till information:

Från EDHS 2011 kom det fram att då 15-49 åriga kvinnor frågades varifrån de får information om familjeplanering, var de tre vanligaste källorna lokala evenemang 37% , radio 34% och tv 18%. Bara en bråkdel av kvinnorna hade läst om familjeplanering i något skrivet material så som i tidningar, broschyrer och affischer. Männerna har likadana källor för sin familjeplaneringsinformation. (Central Statistical Agency 2012) I Tesso et al. undersökning år 2012 kom det fram att vännerna spelar en stor roll i varifrån ungdomarna får information om och diskuterar sexualhälsofrågor. (Tesso et al. 2012) Medan Bogale et al.:s undersökning tyder på att den största källan för information om preventivmedel bland kvinnor i städer och på landsbyggen är sjukvårdspersonal. (Bogale et al. 2011) I Ahmed et al. undersökning kom det fram att media och sjukvårdsinrättningar var de mest använda källorna för information om akuta preventivmedel. Andra källor var formell utbildning, tidningar, internet och vänner eller släktingar. (Ahmed et al. 2012)

9.2.2 Riskbeteende

Purnells kategori riskbeteende handlar om riskfullt sexuellt beteende, användning av alkohol, tobak och droger samt fysisk inaktivitet.

I detta kapitel kommer olika slags hälsoriskbeteende att tas upp. Kapitlet kommer det att handla om sexuell aktivitet, HIV/AIDS smittor och alkohol- och Khat användning.

HIV/AIDS smittor:

Det uppskattas att över 1 miljard av världens befolkning består av ungdomar i åldern 15-24 och flesta av dem bor i utvecklingsländer. Varje dag smittas en halv miljon ungdomar, världen över, av en sexuellt överförbar sjukdom. (Mazengia & Worku 2009) Det har räknats med att av de 35.3 miljoner människor världen över, som smittats med HIV, fick smittan före de blivit 25 år. År 2007 fanns det 980 000 HIV positiva i Etiopien.

Varje år sprids 333 miljoner smittor av sexuellt överförbara sjukdomar. (Cherie & Berhane 2012)

Etiopien har kämpat med spridningen av HIV/AIDS sedan 1980-talet. Många kampanjer och andra upplysningsmetoder har tagits till hjälp för att få smittorna att minska i antal. I syftet att förebygga HIV smittor behövs ändringar i ungdomarnas sexual beteende. I det förebyggande arbetet för HIV smittornas minskning, betonas vikten av att dröja på sexdebuten och öka på kondomanvändning. I Zambia har liknande ingripande i sexual beteendet minskat på HIV smittornas utbredning. Sex före äktenskap och speciellt för ogifta flickor, är ett tabubelagt ämne på den Etiopiska landsbyggen. Undersökningar tyder på att sex före äktenskap kan ha en inverkan på ökningen av HIV smittorna, eftersom personer som har sex före äktenskap tenderar också att ha flera sexpartners och ingen eller oregelbunden användning av kondom. (Molla et al. 2008)

Första samlag och sexuell aktivitet bland ungdomar:

I EDHS undersökning deltog kvinnor och män i åldern 25-49. De Etiopiska kvinnorna brukar i allmänhet ha sitt första samlag då de gifter sig, median åldern för kvinnornas första samlag är 16,6 år och för det första äktenskapet 16,5 år. Av kvinnorna hade 62 % haft samlag före de var 18 år och i 25 års ålder hade redan 88% haft samlag. Männen median ålder för första samlaget är 21,2 år. Detta tyder på att männen inleder sitt sexuella liv ca två år före de gifter sig, median åldern för mäns första äktenskap är 23,2 år. (Central Statistical Agency 2012)

Kvinnor som bor i städer tenderar att ha sitt första samlag i åldern 17,8 medan kvinnor i som bor på landsbyggen har sitt första samlag i åldern 16,4. (Central Statistical Agency 2012) I undersökningen gjord av Mazengia & Worku kom det fram att på landsbyggen hade första samlaget varit med sin man eller hustru, medan i städerna hade första samlaget varit med pojk- respektive flickvän. (Mazengia & Worku 2009) Regionala skillnader finns också, t.ex. i huvudstaden Addis Ababa är medianen högst i hela landet då åldern för kvinnors första samlag är 19,5 år. Kvinnors median ålder för första samlaget höjs med deras nivå på utbildning och välstånd. Kvinnor med en andragrads eller högre utbildning tenderar att ha sitt första samlag sex år senare, än kvinnor

med ingen utbildning. Intressant var att undersökningen inte kunde hitta likadana skillnader hos män, alltså mäns utbildningsnivå, välstånd, stadsboende eller boende på landsbygden visade inga större skillnader på när män börjar sitt sexuella liv. (Central Statistical Agency 2012)

I Mazengia & Workus undersökning tog de fasta på riskfaktorer som ungdomarna utsatts för under första samlaget. Dessa faktorer var bl.a. 1. att partnern var en tillfällig bekantskap och 2. att samlaget var oplanerat och oskyddat. Äktenskap och nyfikenhet var de två största indikationerna till att ungdomarna hade börjat utöva sex. Att bli bebragen eller våldtagen och efter alkohol- och drog användning var också orsaker till ungas sexdebut. Faktorer som inverkade på tidig sexdebut var, boende på landsbygden, äktenskap i ung ålder, kvinnligt kön och låg utbildningsnivå. (Mazengia & Worku 2009)

I Mazengia & Workus undersökning svarade två tredjedelar att deras första samlag varit oskyddat. Hälften av de sexuellt aktiva ungdomarna hade flera sexpartners. Nästan en tredjedel av männen hade haft samlag med prostituerade inom det senaste året, och 37 % av dem hade inte använt regelbundet kondom. Det fanns stora skillnader i kondom användning mellan männen i städer och på landsbygden. Männen på landsbygden använde sig oftare av kondom under samlagen med prostituerade än vad männen i städerna. (Mazengia & Worku 2009)

EDHS undersökning redde också ut hur sexuellt aktiva kvinnorna och männen hade varit under den senaste månaden före undersökningen. Av kvinnorna i åldern 15-49 hade 51 % varit sexuellt aktiva inom de fyra senaste veckorna. Kvinnorna i åldern 30-34 hade varit mest aktiva, upp till 70 % hade haft sex under den senaste månaden. Av kvinnor som bor i städer hade 38 % varit sexuellt aktiva under de senaste fyra veckorna medan kvinnor i byar rapporterade 55 % att de varit sexuellt aktiva under den senaste månaden. Utbildade kvinnor hade varit mera sexuellt aktiva 65 %, än de kvinnor som hade en andra stadiets utbildning eller högre, 28-39%. (Central Statistical Agency 2012)

Oral- och analsex:

Oskyddat vaginalsex har visat sig vara den ledande orsaken till att HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar sprider sig, likaså riskerar ungdomar att få smittan genom oral- och analsex. Oralsex är inte alls så riskfritt som många unga tror. Studier visar att många sexuellt överförbara sjukdomar som, HIV, klamydia, HPV (Human papilloma virus), gonorre', hepatit och herpes kan också smitta genom oralsex. HIV smittas lättast genom oskyddat analsex, lättare än via oral- eller vaginalt sex. En studie gjord i Tanzania tyder på att 8.1% av ungdomarna har haft oral sex och 7,5 % har haft analsex. I Nigeria hade 5% av ungdomarna haft analsex. De flesta som sysslat med analsex rapporterade att de haft mångfaldiga sexpartners och inte använt sig av kondom under akten. (Cherie & Berhane 2012)

I Cherie & Berhanes undersökning kom det fram att median åldern för första oralsexet var 14,6 år. 51,6% svarade att de haft oralsex under det gångna året före undersökningen. 61,2% hade flera oralsex partners och 48 % fick gåvor i utbyte mot oralsex. Ungdomarna var lata kondomanvändare under oralsex akterna eftersom endast 12.2 % rapporterade att de alltid använt kondom under oralsex akten. 80,6 % av ungdomarna svarade att de tänkt fortsätta med oralsex i fortsättningen. (Cherie & Berhane 2012)

Forskningen gjord av Cherie & Berhane kom fram till att det finns fyra huvudorsaker till att ungdomarna utövar oral- och analsex. Minska risken av att bli smittad med HIV, en sexuellt överförbar sjukdom eller av att bli gravid och att bevara oskulden. Följande faktorer inverkar positivt på oralsex utövningen: kvinnligt kön, ung ålder, att ha en positiv attityd om oralsex, ha låg strävan om universitets studier och att ha dåligt självförtroende. Utövningen av analsex dominerades annars av samma orsaker, men med den skillnaden att manligt kön hade en större inverkan på analsex utövningen. (Cherie & Berhane 2012)

Påtvingat sex:

Undersökningarna tyder på att med en variation på till och med 32-50 % av de första sexuella akterna bland flickor i Afrika, söder om Sahara är påtvingade. I Nigeria tyder likadana undersökningar på att 2,5- 40 % av pojkarna hamnat ut för påtvingat sex. 44 %

av ungdomarna i Cheries & Berhanes undersökningen hade utsatts för oralsex emot deras egen vilja. (Cherie & Berhane 2012)

Alkohol- och Khat användning:

I Molla et al.s undersökning kom det fram att ungdomar som har slutfört grundskoleutbildningen och använder alkohol och khat, var mera sannolika att ha oskyddat sex och sex före äktenskapet. (Molla et al. 2008) Alkohol användning är en bidragande orsak till oskyddat sex eftersom under alkoholpåverkan har de unga mindre självkontroll och kan inte tillräckligt uttrycka sin önskan om preventivmedelsanvändning. (Mazengia & Worku 2009)

Khat är en drog som växer i öst Afrika och på den arabiska halvön. Det är en drog vars effekt liknar svag amfetamin. Bladen av busken tuggas vilket ger ett stimulerande rus, som en känsla av ökad energi, vakenhet, eufori, bättre självförtroende, ökad kapacitet att skapa idéer och förbättrad fantasi. Undersökningar tyder på att redan barn i 8 års ålder har prövat på drogen. Ungdomar som kommit från landsbyggen till städerna för gymnasieutbildning har börjat använda drogen p.g.a. sociala orsaker och för att hållas uppmärksamma och pigga under skoltiden. Alkohol användning går hand i hand med Khat användning och ofta börjar khat användare också dricka alkohol. (Molla et al. 2008)

9.2.3 Arv och perspektiv

Purnells kategori arv och perspektiv handlar om hemland, boende ort, utbildning, yrke, ekonomi och politik.

Detta kapitel handlar om miljöns påverkan på familjeplaneringen, alltså hur levnadsorten och utbildnings- eller arbetsbakgrunden påverkar familjeplaneringen.

Boende faktorer som påverkar familjeplanering:

I Ko et al.s undersökning kommer det fram att det finns stora regionala skillnader med användning av familjeplanerings metoder i Etiopien. Allt från Somali regionens låga 2,7% användning till Addis Ababa med 45% användning. (Ko et al. 2010)

Tidigare forskningar om Etiopiska kvinnor tyder på att faktorer som påverkar användningen av familjeplanerings metoder är mångskiftade. Kvinnor med högre inkomster tenderar att använda sig mera av familjeplaneringsmetoder än kvinnor med lägre inkomster. En studie gjord i nord- väst Etiopien visar också på att kvinnor som är analfabeter, har ett barn som är under ett år gammalt eller kvinnor som har färre än fyra barn tenderar att använda färre familjeplaneringsmetoder. (Ko et al. 2010)

Studier visar på att preventivmedel används t.o.m. fyra gånger mera i etiopiska städer än på landsbygden. Kvinnor som bor på landsbygden har mindre att säga till om preventivmedelsanvändningen eftersom de oftare är analfabeter och kan på så sätt inte själv få tag i information om preventivmedel och dessutom är de också mera ekonomiskt beroende av sina män. Medan andra undersökningar tyder på att kvinnor på landsbygden har gjort flera självständiga beslut om det nuvarande preventivmedlet, än kvinnorna som bor i städer. (Bogale et al. 2011)

I Creanga et al.s studie om korttids- och långtids familjeplanerings metoder, kom det fram att speciellt i Mozambique, Namibia, Madagascar, Zambia och Etiopien har korttids preventivmedlen blivit mera populära och speciellt preventiva injektioners användning hade ökat. I Etiopien hade man bäst kunnat förse kvinnorna med preventivmedel för att de skulle kunna ha längre intervaller mellan graviditeterna. Kvinnor med bättre ekonomisk ställning tenderade att använda mera långtidspreventivmedel än fattigare kvinnor. Långtidspreventivmedlen är dyrare och fås oftast från vårdcentraler. (Creanga et al. 2011)

I Bogale et al.s undersökning som gjordes i Dawro Zone, södra Etiopien, kom det fram att ca.99 % av kvinnorna både på landsbygden och i städer visste iallafall ett modernt preventivmedel som är avsedd för kvinnor. De två vanligaste moderna preventivmedlen som användes av både grupperna var injektioner och p-piller. 77,4 % av kvinnorna i städerna men bara 36,9 % av kvinnorna på landsbygden visste om moderna preventivmedel. Moderna preventivmedel användes flitigt speciellt i städerna, var 87,5 % av

kvinnorna för tillfället använder ett modernt preventivmedel, samma siffra för kvinnor på landsbyggen är 72,8 %. (Bogale et al. 2011)

Skillnader i sexual beteende beroende på vart man bor:

I Molla et al.s undersökning om traditionella värden om oskuld och sexual beteende kom det fram skillnader på normer om oskuld i städer och på landsbyggen. Traditionella normer lever ännu starkt kvar i samhällen på landsbyggen, medan utbildning och stigande ålder vid äktenskap har orsakat minskandet av traditionerna i städerna. Ungdomarna på landsbyggen trodde tre gånger så mycket på den traditionella normen om att man skall vara oskuld ända tills man gifter sig. Männerna på landsbyggen ämnade att gifta sig med en oskuld tre gånger så ofta som männen i städerna. På den Etiopiska landsbyggen gifter sig flickor i en yngre ålder och bevarar sin oskuld tills äktenskapet oftare än flickor i städer. Att bevara sin oskuld beror på att det är säkrare att bli bortgift då man är oskuld. Att gifta sig med en oskuld var viktigare för män än för kvinnor. Detta tyder på att kvinnor tror starkt på traditionen medan män är friare att ha sex före äktenskap. (Molla et al. 2008)

I Gebremedhins & Betres undersökningen om fertilitets skillnader i staden Awassa, kom det fram till att i Etiopien finns det regionala skillnader med fertiliteten och ålder vid äktenskap. Kvinnorna i Awassa tenderar att få i genomsnitt ett barn mera än kvinnor i andra Etiopiska städer. Man hittade inte orsaken till det i preventivmedelsanvändningen eftersom användningen är på samma nivå som i resten av landet. Men åldern då man gifter sig för första gången är lägre i Awassa än i andra städer. Median åldern för första giftermålet är 17 år, vilket är 3 år lägre än i andra städer i landet. (Gebremedhin & Betre 2009)

Hur utbildning och arbete påverkar kvinnans hälsa:

Fattigdom har en stor inverkan på Etiopiens reproduktiva hälso- status, och det har uppskattats att 47 % av befolkningen lever under fattigdoms gränsen. Unga i Etiopien är

speciellt utsatta för fattigdom eftersom de har begränsade möjligheter till anställning. 87 % av de arbetslösa som söker arbete är i åldern 15-29. Därför har också många ungdomar börjat flytta in i städer från landsbygden. (Mazengia & Worku 2009)

Ca 52 % av männen och 67 % av kvinnorna i Etiopien har ingen utbildning. Utbildningsnivån har en stor betydelse på hur mycket mödrarådgivning kvinnan får, och hur ofta hon föder på institution. Utbildade kvinnor, utbildade mäns fruar, arbetande kvinnor och kvinnor som bor i städer tenderar att söka sig oftare till mödrarådgivning och föda på institution. Proportionen av kvinnor som söker mödrarådgivning ökar med utbildningen. 8 % av kvinnorna utan någon utbildning söker mödrarådgivning medan 64 % av kvinnorna med en andra stadies eller högre utbildning söker mödrarådgivning. På samma sätt ökar också mängden kvinnor som söker hjälp med födseln, 3 % av kvinnorna utan utbildning söker sig hjälp med födandet medan 53 % av kvinnorna som har en andra stadiets utbildning eller högre söker hjälp med födandet. Mannens utbildning tyder på likadana mönster. Man kan också se ett likadant mönster mellan arbetande kvinnor och kvinnor som stannat hemma, arbetande kvinnor tenderar att söka mera hjälp under graviditeten. 58 % av kvinnorna i städerna och 8 % av kvinnorna på landsbygden sökte mödrarådgivning, medan 47 % i städerna och 3 % på landsbygden sökte förlossningshjälp (Woldemicael 2010)

Mannens utbildningsnivå korrelerar också till hur mycket kvinnan får säga sin åsikt om eller bestämma om i hemmet. Två faktorer som steg fram som de mest betydande för kvinnors beslutsfattande i hemmen, var nuvarande arbetsplats/arbetets status och nuvarande vistelseort. När arbetande kvinnor jämfördes med kvinnor som stannat hemma, märktes att arbetande kvinnorna hade två gånger så mycket att säga om besluten i hemmet än de som stannat hemma. Kvinnor som bor i städer hade 30-50% mera att säga till om i hushållsbesluten än de som bodde på landsbygden. Det är förväntat att eftersom utbildade- och arbetande kvinnor och kvinnor som bor i städer är också mera öppna för nya och moderna ideer, och mera utsatta för omvärlden än de kvinnor som är utbildade, som stannat hemma och de som bor på landsbygden, och att de därför skulle ha större makt i beslutsfattande och rörelsefrihet, som ger dem ökad efterfråga/behov av att ta hand om sin hälsa och på detta sätt också begära mera mödrarådgivnings tjänster. En annan orsak till att de utbildade och arbetande kvinnorna har högre autonomi i hemmen, kan vara att dessa kvinnor har större inflytande på sina män än de kvinnor som stannat

hemma utan utbildning och som måste överkomma hinder som t.ex. restriktioner på rörelsefrihet och beslutsfattande. (Woldemicael 2010)

Infrastruktur:

Från Woldemicaels studie framgick att landets infrastruktur har en betydande roll i hur vårdtjänster används. Tidigare studier tyder på att de flesta utvecklingsländer har haft problem med att de flesta vårdenheter befinner sig i städerna, medan den största delen av befolkningen bor på landsbyggden, och har därför svårt att tillgå behövd vård. Kvinnor som bor på landsbyggden har inte råd till att söka sig till vårdenheter, för att resan dit är så lång från hemmet och transporten är för dyr eller att det helt enkelt inte finns någon transport att tillgå. (Woldemicael 2010)

9.2.4 Folks problematik

Purnells kategori om folks problematik handla om könsroller, autonomi och individualism.

I detta kapitel tas det upp olika faktorer om kvinnans ställning och egenmakt i hemmet, äktenskapets påverkan- och mannens åsikter om familjeplanering.

I Etiopien lever det ännu kvar en stark kultur om kvinnans och mannens traditionella roll, kvinnans begränsade autonomi och främjandet av mannens dominans. Men kvinnorna i Etiopien håller på att bli allt självständigare, även om utvecklingen är långsam. Som exempel kunde vara att kvinnorna fick delta i kampen om att störta den militära regimen i Etiopien före år 1991. Detta har fått i gång ett nytt tankesätt om kvinnors rätt till beslutsfattande och andra rättigheter i samhället. (Woldemicael 2010)

I många forskningar kommer ordet women's empowerment upp. Detta kan fritt översättas som kvinnors egenmakt. Kvinnors egenmakt inom familjeplanering innebär faktorer som förbättrar kvinnans möjligheter att göra egna beslut. Dessa faktorer är bl.a. mindre familjer, högre ålder vid första äktenskap, tillgång till adekvat information och möjlig-

heten att diskutera om familjeplaneringsbeslut tillsammans med sin man, familj och i samhället. Också möjligheten att göra självständiga beslut om användning av preventivmedel hör till faktorer som tyder på att kvinnan har egenmakt. (Bogale et al. 2011)

I Ko et al.s studie kom det fram att mannens attityder inverkar på kvinnors användning av familjeplanerings metoder. Kvinnor som gjorde beslut tillsammans med sin partner om familjeplanerings metoder, tenderade att vara aktivare användare, än de som inte talade med sina partner. (Ko et al. 2010) Det har visat sig att om det är kulturellt acceptabelt att männen dominerar kvinnorna, föder kvinnorna mera barn, än om kvinnorna får själv vara med om att fatta besluten. Det räknas med att 6-20% av hela preventivmedelsanvändningen i Afrika, söder om Sahara, används i smyg av kvinnorna, utan att deras män vet om det. (Bogale et al. 2011)

I Bogale et al.s undersökningen frågades kvinnorna på landsbygden vad de skulle göra om deras män skulle förbjuda dem att använda preventivmedel, de flesta svarade att de skulle måsta följa mannens order. Kvinnorna i städerna tyckte det var deras egna rättighet att besluta om de använder preventivmedel eller inte, men om kvinnan var ekonomiskt beroende av sin man, måste hon ändå följa hans beslut. Undersökningen kom fram till att i städerna görs besluten om användning av preventivmedel tillsammans, medan på landsbygden är det mannen som gör besluten utan att involvera sin fru i beslutsfattandet. I de fallen där beslut gjordes tillsammans, var det ändå mannen som i sista hand fick göra beslutet. (Bogale et al. 2011)

Kvinnor som föredrar stora familjer, tenderar att ha flera barn. Mannens åsikt om familjens storlek har ända större betydelse än kvinnans, eftersom om mannen vill ha flera barn är det större sannolikhet att kvinnan blir gravid än om det bara är kvinnans önskan. Om mannen har en negativ attityd emot familjeplanerings metoder, kommer kvinnan 2,5 gånger mera sannolikt att föda fem eller flera barn. (Gebremedhin & Betre 2009)

9.2.5 Hälso- och sjukvård och sjukvårdspersonal

Purnells kategori om hälso- och sjukvård innebär förebyggande- och akutvård, traditionell och andlig tro på medicin, självmedicinering, kroniska sjukdomar, organdonat-

ioner och transplantationer, syn på mental ohälsa, hinder på att söka vård, smärta och hur man ser på den sjuka.

I Purnells kategori om sjukvårdspersonal tas det upp frågor så som vårdares sociala status och användning av traditionell- och andlig medicin.

Detta kapitel handlar om HIV/AIDS rådgivning och testning och om sjukvårdspersonalens uppgifter och utmaningar inom sexual hälsofrågor. Hälso- och sjukvård och sjukvårdspersonal sattes ihop till en kategori eftersom det kändes naturligt att tala om dem tillsammans, då de båda handlar om hälsovårdssystemet.

Afrikas population växer med en enorm hastighet och det förutspås att Afrikas population kommer att stå för 21 % av världens population till år 2050. Som jämförelse stod Afrikas population för bara 9 % av världens population år 1950. (Bogale et al. 2011) Om man ser på världens alla länder och deras population så ligger Etiopien på plats 14. Den totala populationen för Etiopien år 2010 var ca.82 miljoner. (UN 2011)

Kombinerat HIV/AIDS testning och familjeplanerings rådgivning:

Många beslutsfattare har märkt att ökandet av familjeplanerings metoder kombinerat med rådgivning och testning har visat bra resultat i preventionen av HIV/AIDS och oönskade graviditeter. Etiopien som har en stor befolkning och en snabb befolkningsökning på 2,5 % per år, kommer att stöta på problem med att försöka bromsa och minska på antalet HIV smittor. (Gillspie et al. 2009)

Andelen fullvuxna med HIV i Etiopien räknas vara 2,1 % av befolkningen. Men mycket har ändrats mot det bättre under de senaste åren. År 2001 fanns det bara 23 anordningar var man kunde gå för rådgivning och testning av HIV, år 2007 fanns det redan mera än 1000. HIV testning hade ökat från år 2007 med 1,7 miljoner test till 3,5 miljoner test gjorda år 2008. De Etiopiska myndigheterna har velat minska på utbredningen av HIV och har därför börjat med att inkludera familjeplanerings rådgivning tillsammans med HIV rådgivning och testning. (Gillspie et al. 2009)

Inom undersökningsgruppen ökade informations mängden om familjeplanering som de fick under HIV rådgivningen. Efter att familjeplaneringen togs med som ett nytt samtal-sämne inom HIV rådgivningen, ökade diskussioner om preventivmedelsanvändning med 64 %, diskussion om fertilitet med 30 %, diskussion om kondomanvändning med 22 %, diskussion om hur HIV smittar med 9 % och 6 % gick med på att börja använda ett preventivmedel. Det låga antalet som gick med på att börja använda ett preventivmedel kan förklaras med att så många var sexuellt inaktiva och de flesta använde sig redan av något preventivmedel. (Gillspie et al. 2009)

Forskningen kom fram till att den nya rådgivnings metoden gav goda resultat. Vilket betyder att det lönar sig att fortsätta med att kombinera familjeplanering med HIV testning och rådgivning. Undersökningen kom också fram till att kostnaderna är väldigt låga för att ta med familjeplanerings rådgivning i HIV rådgivningsbesöken. Dessutom får Etiopien mycket understöd för preventionen av HIV/AIDS, år 2008 donerade USA 630 miljoner dollar för HIV/AIDS prevention. (Gillspie et al. 2009)

Delegering av uppgifter inom hälsovården:

Det finns stor brist på medicinskt yrkesutbildade personer i stora delar av världen. Antingen finns det inte tillräckligt med yrkesutbildad personal eller så är de ojämnt delade på olika områden. För att lösa detta problem har olika experter inom hälsovården och andra internationella hälsoorganisationer bestämt att man skulle kunna dela på ansvaret och arbetsbördan mellan högre medicinskt utbildad personal och mellan lågt utbildad personal. Bland många faktorer spelar utbildade personalens tillgänglighet och tillgång till utrustning en stor roll i hur bra vård hälsocentralerna kan ge. I många länder har man försökt på att delegera rådgivningen av kortvarande familjeplanerings metoder till de så kallade community-based healthcare workers (CBHW), och andra volontärer, men ännu har de inte lyckats med att möta allas behov av kortvarande familjeplanerings metoder. (Prata et al. 2011)

Liksom andra utvecklingsländer har också Etiopien brist på utbildad hälsovårdspersonal. År 2003 grundade Etiopiens myndigheter en plan, Health Extension Programme, vilketets uppgift var att öka på tillgången och området var den grundläggande hälsovården

arbetar. För att nå detta mål började man utbilda de så kallade health extension workers (HEW) som skulle jobba för att så många som möjligt på den Etiopiska landsbyggen skulle ha möjlighet till att få vård av den grundläggande hälsovården. De så kallade community-based reproductive health agents (CBRHA) ,alltså människor som fått en kort utbildning inom grundläggande hälsovård och familjeplanering, jobbade tillsammans med HEW:a. För tillfället är CBRHA:s rättigheter inom vården begränsade, och de får endast dela ut kondomer och preventivmedel som tas oralt. (Prata et al. 2011)

The Ethiopian Ministry of Health har gjort upp en plan om preventivmedels användning för åren 2006-2015 som heter National Reproductive Health Strategy. I planen ställs målet om att utdelningen av familjeplanerings metoder, och i synnerhet långtidsverkande metoder skall delegeras till mindre utbildad vårdpersonal utan att kvaliteten eller säkerheten riskeras. CBRHA:a är en integrerad del av hälsovårdssystemet som skall hjälpa i synnerhet kvinnor på landsbyggen att få information om, och ha tillgång till moderna preventivmedel. Eftersom CBRHA:a arbetar i små byar som är avlägsna från hälsovårdscentraler, är de oftast de ända hälsovårds personal som kvinnor i dessa byar kan vända sig till med familjeplanerings frågor. Problemet är att preventivmedel och annan utrustning som CBRHA:a använder i sitt arbete är ofta finansierade av privata företag eller andra icke-statliga organ. Därför finns det inte ständig tillgång till orala preventivmedel eller kondomer som kunde delas ut av CBRHA:a. HEW:a har däremot tillgång till en större variation av familjeplanerings metoder så som orala preventivmetoder, kondomer, injektioner och snart också implantat. Sterilisation och insättning av intrauterina preventivmedel, så som spiraler görs på sjukhus eller hälsovårdscentraler av vårdare som fått klinisk utbildning inom området. (Prata et al. 2011)

En undersökning gjordes på den Etiopiska landsbyggen där man ville se om CBRHA:a kunde med hjälp av extra utbildning ge preventiva injektioner med likadan effekt, säkerhet och acceptering som HEW:a. 41 % av både CBRHA:s och HEW:s klienter svarade att de aldrig använt sig av moderna preventivmedel före denna undersökning. Då det frågades orsaker till att använda injektioner svarade kvinnorna i båda grupperna bekvämlig användning, mannens samtycke och effektens långvarighet som de mest betydande orsakerna. (Prata et al. 2011)

I båda grupperna var majoriteten nöjd med injektionen och vårdaren som givit den, man märkte då att CBRHA:a kunde ge injektionen med likadana effekter som HEW:a. Ända skillnaden var att HEW:a gav oftare skriftliga påminnelser till sina klienter och delade också oftare ut kondomer som ett tilläggs skydd. HEW:s klienter visste också oftare med vilka indikationer som de skulle ta kontakt med en hälsostation, angående problem med injektionen. Medan CBRHA:s klienter var tacksamma för att de hade så lätt tillgång till injektionerna, eftersom de kunde få dem antingen i sitt egna hem eller hemma hos CBRHA:n. Man märkte också att HEW klienterna som fått sin tredje injektion svarade att de gärna skulle få injektionerna i fortsättningen hemma. Önskan om att få injektionerna hemma kan ha sin grund i att hälften av kvinnorna i båda grupperna sade att de hade svårt att ta sig till hälsostationen. (Prata et al. 2011)

Faktorer som påverkar positivt på familjeplanerings metoder är förbättring i offentliga och privata sektorns tillgång till olika preventivmedel, större tillgång till kompetent hälsovårdspersonal, ändring på beteende genom kommunikation och politisk vilja. Att hitta ett preventivmedel som motsvarar kvinnans reproduktiva avsikter, är nyckelfaktorn till förbättringen av familjeplanerings tjänster. (Creanga et al. 2011)

9.2.6 Familjens betydelse

Purnells kategori om familjens betydelse innebär könsroller, olika roller inom familjen, barnens och de äldres uppgifter i familjen, barnuppfostran, social status och livsstil.

Det sista kapitlet handlar om familjens betydelse och hur kommunikationen om sexuell hälsa, mellan föräldrar och barn sker.

Då man undersöker ungdomars sexual beteende, och faktorer som påverkar det, skall man inte glömma familjens och föräldrarnas roll. Sexualitet och sexuella värden, förväntningar, kunskap och föreställningar om sex är alla tabu belagda ämnen i största delen av Afrika. En orsak till varför vuxna inte vill diskutera sexual beteende och att inte lära ungdomarna om preventivmedel och sexuell hälsa i allmänhet, är tron om att informationen skulle göra ungdomarna sexuellt aktiva. Föräldrarna tycker inte heller att

det är deras sak att lära ungdomarna om sexual hälsa, de tror att det är i skolan som ungdomarna lär sig allt om sexual hälsa. (Tesso et al. 2012)

I Mazengias & Workus undersökning som gjordes i staden Dessie och Dessie Zuria, i nordöstra Etiopien togs det fasta på föräldrarnas roll i ungas sexual beteende. Ungdomar som ansåg det vara svårt att tala om viktiga frågor med sina mödrar, tenderade att ha sin sexdebut i ung ålder. Om familjen inte hade samhörighet och om kommunikationen mellan föräldrar och barn inte fungerade, tenderade barnen i dessa familjer att börja utöva sex i tidigare ålder. (Mazengia & Worku 2009)

I Etiopien är det svårt att hålla en öppen diskussion om sexual hälsofrågor, eftersom tal om sexual hälsa är en tabu och tillgången till adekvat information om sexual hälsa är begränsad. Av de existerande sexual hälsomaterialen är de flesta koncentrerade endast på vuxnas sexual hälsa och hälsovårds personalen har inte medel till att möta ungas sexual hälsofrågor. Därför står föräldrarna, andra medlemmar av samhället och andra intressebevakare i en central roll i förbättrandet av ungas sexual hälsa. (Tesso et al. 2012)

Tesso et al. utförde en undersökning som gjordes i staden Nekemte och i de tre runtomliggande områden i väst Etiopien. Lite under hälften rapporterade att de någon gång talar om frågor gällande sexual hälsa med någondera föräldern, pojkarna tenderade att tala om sexual hälsofrågor en aning mera än flickorna. Man märkte också skillnader i kommunikationen i olika åldersgrupper, speciellt pojkarna tenderar att börja tala om sexual hälsofrågor i en äldre ålder än flickorna. I åldern 10-14 talade bara en femtedel av pojkarna och en tredjedel av flickorna om sexual hälsofrågor med sina föräldrar. Medan i åldersgruppen 15-19 var flickornas andel lika stor som i yngre ålder, men pojkarnas andel ökade till en tredjedel. I åldern 20-24 talade bara ca 29 % av både flickor och pojkar om sexual hälsofrågor med sina föräldrar. Dessa värden tyder på att flickorna talar om sexual hälsofrågor mest i åldern 15-16 medan pojkarna i åldern 17-18. (Tesso et al. 2012)

Föräldra-ungdoms kommunikation om sexual hälsofrågor tenderar att gå hand i hand med utbildningsnivån, ända till högskolenivån var kommunikationen minskar. Desto högre utbildningsnivå unga har, desto mera talar de om sexual hälsofrågor med sina föräldrar. Det var oftast föräldrarna som tog upp diskussionen om sexual hälsofrågor. Man kom fram till att ungdomar som deltog i religiösa ceremonier med sina föräldrar tende-

rade att ha en mera öppen kommunikation med sina föräldrar. Endast 10-15% av flickorna och pojkarna hade talat om biologiska faktorer, så som hur kroppen ändras och menstruationen börjar. Medan hälften av pojkarna och flickorna hade diskuterat om preventiva faktorer, så som kondom användning och familjeplanering. Det mest diskuterade ämnet, som ca 60 % av både flickorna och pojkarna hade talat om var risker inom sexual hälsan så som HIV/AIDS smitta och oplanerad graviditet. (Tesso et al. 2012)

Cherie & Berhane har gjort en studie om oral- och analsex bland unga i Addis Ababa. Studien tyder på att familjerelaterade faktorer påverkar utövning av oral- och analsex. T.ex. ungdomar som bor med båda föräldrarna tenderar att ha minder oral- och analsex. Ungdomarna vars föräldrar var analfabeter var i större risk att utöva oral- och analsex än ungdomar vars föräldrar kunde läsa och skriva. (Cherie & Berhane 2012)

I Tesso et al.s undersökningen kom det fram till att flickor helst talade om sexual hälsofrågor med sina mödrar och syskon. Medan pojkarna helst talade med sina pappor och systrar. Mödrar och döttrar diskuterade mera jämfört med diskussionen mellan papporna och söner. (Tesso et al. 2012)

I Tesso et al.s undersökning frågade man ungdomarna som inte talade om sexual hälsofrågor med sina föräldrar varför de inte talar med sina föräldrar och med vilka kriterier de väljer ut någon annan som de talar med, då steg följande kriterier fram. 1. Man talar hellre med någon som inte straffar som föräldrarna gör. 2. Man talar med någon som är kunnig inom området. 3. Man talar med någon som lyssnar i lugn och ro. 4. Man talar med någon som är intresserad av att diskutera. Vissa ungdomar kände att de inte fick positiv respons till sina frågor om sexual hälsa, eller att de överhuvudtaget inte fick något svar på sina frågor, då de diskuterade med sina föräldrar. Andra orsaker till att ungdomarna inte diskuterade om sexual hälsofrågor med sina föräldrar var att de var rädda för sina föräldrar, det var pinsamt att tala med föräldrarna, sex är ett tabubelagt ämne, föräldrarna inte gav tid för att lyssna och för att föräldrarna inte var intresserade av att diskutera ämnet. Ungdomar i städer diskuterade oftare om sexual hälsofrågor med sina föräldrar, än de unga som bodde på landsbygden. (Tesso et al. 2012)

Tesso et al.s undersökningen kom fram till att det finns ungdomar som har sitt första samlag redan i 8-9 års ålder. Men största delen av ungdomarna börjar sitt sexuella liv i 15-19 års ålder. Detta tyder på att föräldrarna borde ta upp sexual hälsofrågor med sina

barn i ett tidigare skede, eftersom för tillfället börjar föräldrarna tala med sina barn om sexual hälsofrågor i 15-18 års ålder, och då kan det hända att ungdomen redan haft sitt första samlag före föräldrarna diskuterat risker och andra frågor kring sexual beteendet. Eller det kan också tyda på att föräldrarna tar upp sexualfrågor i diskussionen med ungdomen, då de anar att ungdomen börjat bli sexuellt aktiv. Man märkte också att diskussion om sexual beteendet tar sin början då det händer något i samhället som föräldrarna sedan tar upp med sina barn som ett dåligt exempel som man skall lära sig något av. T.ex. grannens flicka blir gravid före hon är gift, någon ungdom blir smittad med HIV, aborter eller dödsfall som händer till någon i byn, eller då något om sexual hälsa tas upp i media. (Tesso et al. 2012)

10 DISKUSSION

I detta kapitel kommer skribenterna att diskutera olika teman som kommer fram i arbetet. Vi har använt oss av en deduktiv ansats. Vi började med vissa antaganden och sökte material relaterade till dessa. När vi läste igenom artiklarna hittade vi likheter till Purnells modell för kulturell kompetens.

En sak som vi funderar över är de stora skillnaderna på stads- och landsbygdsbor. Mäniskorna på landsbygden verkar ha det sämre ställt, speciellt kvinnorna. T.ex. kvinnor på landsbygden är sämre utbildade, har sämre arbetsförhållanden, och sämre ställning i familjen. Ofta har de också större familjer, använder mindre preventivmedel och har mera riskfyllt sex.

Också analfabetism är vanligare på landsbygden. Forskningarna tydde också på att om föräldrarna var analfabeter, och därför inte kunde skaffa sig information om sexualhälsa, talade de sällan om sexual frågor med sina barn. Det ledde till att barnen inte heller var medvetna om de risker som oskyddat sex innebär. Man kan nästan säga att riskabelt sexbeteende går i arv.

Efter att ha läst forskning och studier kan man konstatera att de flesta problem relaterade till kvinnans hälsa beror på hennes dåliga ställning i samhället. Med bättre utbildning kan kvinnan få bättre yrken och med bättre yrken få högre lön. Om hon får högre lön kanske hon har mera att säga om familjens ekonomi och på så sätt har mera inflytande i familjen. Om kvinnans ställning blir bättre får hon också valmöjligheter, bl.a. när och med vem hon gifter sig, och hon har bättre möjligheter att skaffa information om preventivmedel. Dessutom visar forskning att kvinnor med högre utbildning respekteras mera av mannen och de har lättare att diskutera saker och dela åsikter.

Man kan fundera på varför man inte gör någonting åt kvinnornas problem i Etiopien. Kanske beror det på att männen har de makthavande positionerna, och varför skulle de vilja ändra på saken? För att kunna ändra på traditionerna, borde man kunna diskutera ämnet öppet, med både kvinnor och män. Försöka uppmuntra kvinnorna att ta tag i sina

problem och stå på sig. Men det är såklart mycket lättare för oss som utomstående att se problemen och säga vad som borde göras.

Skribenterna har funderat mycket på farliga traditioner i Etiopien, som t.ex. omskärelse. De äldre kvinnorna vet vilka risker som dessa traditioner medför och hur ont det gör, men utsätter ändå sina barn för det. Varför? Kvinnorna måste ju ha märkt vilka biverkningar som följer efter riskabla ingrepp, och de kan väl inte ha glömt hur sjukt det tog eller hur rädda de var. Ändå utsätts alltför många flickor i världen för omskärelse varje år. Är det så att männen kräver det, eller är det helt kvinnans egen vilja? Vi undrar om kvinnans röst hörs när det gäller frågor som omskärelse?

Familjeplanering, påtvingat sex och aborter. Dessa hälsfaktorer får oss att fundera över hur stor makt kvinnan har över sin hälsa och över sin egen kropp. Ofta är det mannen som i sista hand bestämmer om dessa frågor, även om det mest påverkar kvinnans liv. Det finns vissa sociala normer som ger mannen rätt att dominera och bete sig på ett visst sätt. Han anses ha rätt att straffa kvinnan om hon inte lyder. Om man jämför med västvärlden, där kvinnan är så gott som jämställd med mannen, är skillnaden tydlig. Man borde informera kvinnor om deras rättigheter till ett tryggt liv utan våld.

Man kan dock inte skylla alla problem på mannen, den statliga verksamheten spelar också en stor roll. T.ex. är infrastrukturen i Etiopien outvecklad. Eftersom det finns dåligt med vägar och transportmedel, är det svårt att ta sig fram längre sträckor. Bland annat har folk på landsbygden svårt att ta sig till städerna, där de flesta hälsostationer finns. Dessutom har Etiopien brist på kunnig hälsovårdspersonal. Hälsosektorn borde få mera resurser att utbilda även lägre utbildad vårdpersonal som kan jobba i byar på landsbygden. På så sätt skulle tröskeln för att söka vård inte vara så hög, och alla skulle ha en möjlighet till en första vårdkontakt.

Kvinnans ställning är dålig redan från födseln. Flickor anses vara en börda och mindre värdefulla än pojkar. Ofta vill föräldrarna snabbt bli av med sina döttrar och de får inte gå i skola lika länge som pojkar. För att få till stånd en förändring måste man ta tag i problemet i ett tidigt skede. Föräldrarna borde informeras om möjligheter och rättigheter som deras barn har. Om en förändring skall ske, måste man börja med föräldrarna. Be-

toning på utbildning är viktigt för att barnen skall få en god förutsättning till ett hälso-medvetet liv.

Efter att ha bekantat sig med forskningsresultaten kan man säga att det finns ett tydligt behov av vidare utbildning och upplysning om sexual hälsa bland unga och vuxna i Etiopien. Upplysningen borde ske i skolor, i hemmen och på hälsocentraler. Lärare, föräldrar, sjukskötare och andra som utbildar ungdomarna i sexual hälsa, borde också ta i beaktande olika faktorer som påverkar ungdomarnas sexualvanor. Så som individuella faktorer, t.ex. ålder, kön och personlighet. Faktorer gällande vänner och jämnårigas påverkan, samt familjerelaterade faktorer, så som föräldrarnas utbildning, läs- och skrivkunnighet, inkomster och bostadsort.

Resultaten av forskningarna om ungdomarnas sexualvanor förebådar inte gott för Etiopiens folkhälsa. Förebyggande åtgärder borde sättas igång och ungdomarna borde vara den största målgruppen. Sexualundervisningen borde börja redan före tonåren, eftersom forskningarna tyder på att redan barn före 10 års ålder har börjat utöva oral- och analsex, med eller utan deras eget samförstånd.

Dessutom borde föräldrar, samhället, polisen, hälso-, juridiska-, och utbildningssektorn jobba tillsammans för att förebygga sexuella övergrepp mot barn.

Sexualitet och sexual beteende anses vara tabubelagt i Etiopien, speciellt utövning av oral- och analsex. Detta leder till att det är svårt att föra en öppen diskussion om sexual hälsa i samhället. Förebyggande åtgärder borde vidtas så att problem, så som spridningen av sexuellt överförbara sjukdomar, oönskade graviditeter, moderskapsdödligheten och kvinnors allmänna hälsa skulle kunna förbättras.

En förbättring har redan börjat ske, så som ökad användning av preventivmedel inom de senaste tio åren. Etiopien jobbar för att förbättra den nationella sexual hälsan med hjälp av projekt tillsammans med Förenta Nationerna och andra internationella hjälporganisationer.

Som vårdare måste man våga ta tag i problemen, men samtidigt förhålla sig respektfullt till kulturella skillnader. Varje patient bör ses som en unik individ och alla ska behandlas lika. Under arbetets gång har många känslor och åsikter stigit fram, men vi kan inte göra mycket mera än påpeka vilka hälsorisker det förekommer i Etiopien bland kvinnor. Det är svårt att förstå deras traditioner, eftersom de är så olika än våra. Det skulle till exempel aldrig komma på fråga att en 12 åring i Finland skulle gifta sig. För att förstå kulturen i Etiopien bättre borde man bo där en tid och se med egna ögon hurdana förhållanden där är och bekanta sig med deras traditioner.

Som blivande vårdare måste vi komma ihåg att respektera våra patienter, oberoende av varifrån de kommer eller vilken kulturell bakgrund de har. Man måste förhålla sig öppet till nya situationer och jobba för att minska fördomar mot andra kulturer. Det är också viktigt att vara medveten om sin egen kulturella bakgrund, och tänka på alla kanske inte gör som vi.

11 KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel går skribenterna igenom sitt arbete med kritisk syn. Vi kommer att ta upp arbetsprocessen, arbetsfördelningen, förbättringsförslag och vad som kunde utvecklas vidare.

Arbetsprocessen har varit ganska snabb, vi har jobbat målmedvetet och haft tydliga delmål. Artiklarna har sökts på pålitliga databaser som finns på Arcadas websida. Vissa artiklar har varit mer vetenskapliga än andra, alla har till exempel inte varit ”peer reviewed”, men vi känner ändå att de varit relevanta för arbetet. Andra källor, som WHO, UNFPA, Globalis och EDHS, har vi ansett vara pålitliga och därför spelar de en stor roll i arbetet.

Skribenterna är medvetna om att WHO:s *Multi-country Study on Women’s health and Domestic Violence against Women* och Central Statistical Agency:s *Ethiopia Demographic and Health survey* är från år 2005, alltså mer än 5 år gamla. Dessa har dock använts eftersom informationen anses vara relevant och inte föråldrad.

Skribenterna är också medvetna om att internet källor använts mer än böcker, men anser dessa källor vara pålitliga.

Arbetsfördelningen har gjorts enligt intresseområden. Frågorna delades utan problem, båda skribenterna fick jobba med det område som intresserade mest. Fastän mängden artiklar per skribent var olika, har arbetsbördan ändå känts rättvis.

Arbetet tar inte upp hur män har det i Etiopien, eller deras hälsa. Vi har begränsat arbetet att bara handla om kvinnans hälsa och hälsorisker som berör henne. Man kunde vidare utveckla arbetet genom att ta med även männens hälsorisker.

Arbetet blev mera som en ytskrapning på faktorer som hotar kvinnans hälsa i Etiopien. Arbetet skulle ha kunnat begränsas ännu mera för att få mera djup och bättre förståelse i hälsoriskerna. Rubriken skulle kunna t.ex. vara: ” En introduktion till kvinnans hälsorisker i Etiopien” detta skulle kanske ge en tydligare bild av vad arbetet handlar om.

För att få ett mer djupgående resultat kunde man också utföra intervjuer av etiopiska kvinnor/män. Vi har inte intervjuat någon, eftersom dessa intervjuer skulle reflektera hur Etiopiska immigranter har det i Finland, eller hur det ha varit i Etiopien. Då skulle

intervjuobjektet nyligen ha måsta flytta till Finland och då följer problem som språket, eller att intervjuobjekten inte litar tillräckligt på skribenterna. För att vinna personernas tillit borde man utföra en undersökning som skulle hålla på en längre tid. Det skulle också vara svårt att få tag på personer som skulle vilja delta i en intervju, eftersom det är frågan om mycket känsliga ämnen.

En resa till Etiopien kunde ha underlättat arbetet och gett mera förståelse om kulturen där, och en ordentlig forskning skulle ta en längre tid. På grund av finansiella orsaker är en sådan resa inte möjlig. Vi anser att de möjligheter vi skulle ha haft att intervjua etiopiska människor i Finland, inte stämmer överens med det som vi skulle vilja undersöka.

I detta arbete har alltså endast redan existerande material använts. Arbetet består av 19 vetenskapliga artiklar. För att förbättra arbetet kunde man eventuellt söka flera artiklar, men de flesta har liknande resultat. För att det inte skulle bli för mycket upprepning måste antalet artiklar begränsas.

12 AVSLUTNING

Det finns ett gammalt ordspråk som lyder; *”Det behövs en by för att uppföstra ett barn”*. Detta har vi märkt att stämmer bra in när det gäller frågor om kvinnans ställning i Etiopien. Det är svårt för en ensam familj att försöka hjälpa sin dotter när samhället har starka normer och förväntningar. Man anses vara onormal om man bryter mot dessa normer.

Vi är tacksamma för att få bo i Finland och har haft turen på vår sida. Vi förstår hur svårt kvinnor kan ha det i andra länder, och har insett hur saker vi anser vara självklara inte är det. Vi kan inte ens tänka oss att inte låta våra barn gå i skola och utbilda sig, eller att inte kunna läsa och skriva. Utbildningen är så självklar för oss, att man inte tänker på hur stor betydelse den har i livet.

Vi hoppas att vi på något sätt bidragit till en bättre förståelse för de hälsoriska kvinnorna utsatta för i Etiopien. Hoppeligen har PADet någon nytta av vårt arbete, och kan utnyttja vårt resultat i framtiden.

KÄLLOR

Internetkällor:

- Arcada. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481 Hämtad: 30.1.2013
- Brownlee, Christen. 2003, Biography of John Bongaarts, *PNAS*, Vol. 100, nr 23, s.13125-13126. Tillgänglig: <http://www.pnas.org/content/100/23/13125.full> Hämtad 18.01.2013
- Central Statistical Agency Addis Ababa, Ethiopia & ORC Macro Calverton, Maryland, USA, 2006. *Ethiopia Demographic and Health survey 2005*. S. 47-56, 69-80. Tillgänglig: [http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR179/FR179\[23June2011\].pdf](http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR179/FR179[23June2011].pdf) Hämtad 10.1.2013
- Central Statistical Agency Addis Ababa, Ethiopia & ICF International Calverton, Maryland, USA, 2012. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011*. S.93-108 Tillgänglig: <http://measuredhs.com/pubs/pdf/FR255/FR255.pdf> Hämtad 11.1.2013
- Finlands Sjuksköterskeförbund rf, 2013. *Etiska riktlinjer för sjukskötare*. Tillgänglig: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/etiska_riktlinjer_for_sjukskotar/ Hämtad 01.02.13
- Globalis. 2013, Tillgänglig: [http://www.globalis.fi/Maat/Etiopia/\(show\)/indicators](http://www.globalis.fi/Maat/Etiopia/(show)/indicators) Hämtad 11.1.13.

- Globalis 2013. *Etiopien*. Tillgänglig: <http://www.globalis.fi/Maat/Etiopia>
Hämtad 10.01.2013.
- Global Health Workforce Alliance & World Health Organization. *Ethiopia's human resources for health programme*. Tillgänglig: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/case_studies/Ethiopia.pdf
Hämtad 20.1.2013
- LäkeMedelsverket. *Preventivmetoder för att undvika graviditet (antikonception)* Tillgänglig: <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Att-anvanda-lakemedel/Sjukdom-och-behandling/Behandlingsrekommendationer---listan/Preventivmetoder-for-att-undvika-graviditet-antikonception-/> Hämtad 11.1.2013
- Mahjabeen, Tanha & Khan Imran Amit. 2011, *Analyzing Bongaarts model and its applications in the context of Bangladesh*. Tillgänglig: <http://www.mssanz.org.au/modsim2011/H2/mahjabeen.pdf> Hämtad 18.01.2013.
- Nationalencyklopedin, 2013. *Analfabetism* Tillgänglig: <http://www.ne.se/analfabetism> Hämtad 9.5.2013
- PADet, 2008. *What is PADET?*
Tillgänglig: http://www.padet.org.et/about_padet/about_padet.html Hämtad: 28.1.2013
- Preventivmedel.nu, MSD Sverige. *Akut-p-piller och andra akuta preventivmedel – när något gått fel*, Tillgänglig: <http://preventivmedel.nu/preventivmedel/akuta-p-piller/> Hämtad 27.1.2013
- Society for the Protection of Unborn Children (SPUC), 2013. *Abortion by vacuum aspiration*. Tillgänglig: <http://www.spuc.org.uk/education/abortion/abortion-images/vacuum-aspiration> Hämtad: 28.1.13
- Terveyskirjasto, Duodecim. 2012, *Kuukautisten puuttuminen (amenorrea)*. Tillgänglig:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00705
hämtad 18.2.2013

- The Free Dictionary by Farlex, 2009. *Abortion*. Tillgänglig:
<http://www.thefreedictionary.com/abortion> Hämtad: 6.3.2013
- The World Bank. 2013, *How we Classify Countries*. Tillgänglig:
<http://data.worldbank.org/about/country-classifications> Hämtad 27.1.2013
- UNFPA. *About UNFPA*. Tillgänglig:
<http://www.unfpa.org/public/home/about> Hämtad: 6.3.2013
- United Nations Population Fund, (UNFPA). 2012. *Marrying Too Young, End Child Marriage*. New York. Tillgänglig:
<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/MarryingTooYoung.pdf> Hämtad: 4.2.2013
- United Nations. 2010, *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Tillgänglig: http://esa.un.org/unpd/wpp/Sorting-Tables/table-sorting_population.htm Hämtad 17.01.2013
- WebMD, 2010. *Women's health, Mifepristone and Misoprostol for Abortion*. Tillgänglig: <http://women.webmd.com/mifepristone-and-misoprostol-for-abortion> Hämtad: 6.3.2013
- World health organization, 2013. *About WHO*. Tillgänglig:
<http://www.who.int/about/en/> Hämtad: 22.1.2013
- WHO. 2011, *Family Planning - A global handbook for providers*. s.1-238, 239-266. Hämtad: 18.2.2013 Tillgänglig:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf

- World health organization, 2013. *Female genital mutilation*. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> Hämtad: 5.2.2013
- World health organization (WHO), 2011. *Global Health Observatory Data Repository. Country Statistics*. Tillgänglig: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=8500&theme=country> Hämtad: 28.1.2013
- World Health Organization. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Schweiz, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Tillgänglig: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512_eng.pdf Hämtad: 21.1.13
- World health organization, 2013. *Sexual and reproductive health, Female genital mutilation and other harmful practices*. Tillgänglig: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_trends/en/index.html Hämtad: 7.2.2013
- WHO. 2006, *Task shifting to tackle health worker shortages*. Tillgänglig: http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/TTR_tackle.pdf Hämtad 20.1.2013

Böcker & Tidsskrifter:

- Abdelhamid, Pirkka; Juntunen, Anitta; Koskinen, Liisa. 2009, *Monikulttuurinen Hoitotyö*, WSOY pro Oy, 268s. S. 32, 75-76, 182-184, 232-234.
- Andrews. M & Boyle. J, 1995. *Transcultural concepts, in nursing care*. Second edition. J.B. Lippincott Company. S. 8-10, 78-79, 100.

- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2010. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur. 114s. S. 46, 54, 75.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. 1:5 uppl., Lund: Studentlitteratur, 316s. S. 53, 134, 139.
- Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli. 1996, *Hoitotyön etiikan perusteet*, 5 uppl., Juva: WSOY, 213s.
- Lankinen, K et al. 1989. *Kehityksmaiden terveys ja sairaus*. s. 57-67. FORSSA
- Purnell, Larry. 2002. *The Purnell Model for Cultural Competence*. Journal of Transcultural Nursing; 13;193. Hämtad: 22.1.2013 Tillgänglig: <http://tcn.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/3/193>
- Walter Göran, 1995. *Bonniers synonym ordbok*. Bonnier, Stockholm.

Artiklar:

- Abeya, Sileshi G et al. 2011. *Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors*. BMC Public Health, 11:913. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/913> Hämtad: 16.1.2013
- Ahmed, A. Fatuma; Moussa, M. Kontie; Petterson, O. Karen & Asamoah, O. Benedict. 2012, *Assessing knowledge, attitude, and practice of emergency contraception: a cross-sectional study among Ethiopian undergraduate female students*. BMC Public Health. Vol. 12, s.110. Till-

gänglig: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/110> Hämtad 24.1.13

- Baggaley R.F, Burgin J, Campbell O.M.R. 2010. *The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia?* PLoS ONE 5(10)
- Bogale, Binyam; Wondafrash, Mekitie; Tilahun, Tizta & Girma, Eshetu. 2011, *Married women's decision making power on modern contraceptive use in urban and rural southern Ethiopia.* BMC Public Health. Vol. 11,s.342. Tillgänglig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3114727/pdf/1471-2458-11-342.pdf> Hämtad 16.01.13
- Cherie, Amsale & Berhane, Yemane. 2012, *Oral and anal sex practices among high school youth in Addis Ababa, Ethiopia.* BMC Public Health vol.12 nr 1, s.1-9. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/5> Hämtad 10.1.13
- Creanga, Andreea A; Gillespie, Duff; Karklins, Sabrina & Tsui, O Amy. 2011, *Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue,* Bulletin of the World Health Organization, vol 89 s.258–266. WHO. Hämtad 29.1.13
- Deribe K et al. 2012. *Magnitude and Correlates of Intimate Partner Violence against Women and Its Outcome in Southwest Ethiopia.* PLoS ONE 7(4)
- Gebrehiwot Yirgu & Liabsuetrakul Tippawan. 2008. *Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia.* Journal of Public Health, Vol. 31, No. 1, pp. 81–87. Advance Access Publication
- Gebremedhin, Samson & Betre, Mulugeta. 2009, *Level and Differentials of Fertility in Awassa Town, Southern Ethiopia.* Journal of Reproductive Health. Vol. 13 nr. 1. ISSN: 1118-4841. Tillgänglig: Google Scholar

<http://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/55664/44136> Hämtad:
18.01.2013

- Gessesew, Amanuel. 2010. *Abortion and Unwanted Pregnancy in Adigrat Zonal Hospital, Tigray, North Ethiopia*. African Journal of Reproductive Health Sept. 2010 (Regular Issue); 14(3): 183
- Gillespie, Duff; Bradley, Heather; Woldegiorgis, Metiku; Kidanu, Aklilu & Karklins, Sabrina. 2009, *Integrating family planning into Ethiopian voluntary testing and counselling programmes*. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 87, s.866–870. Hämtad 19.01.2013
- Hamdela B, G/mariam A, Tilahun T, 2012. *Unwanted Pregnancy and Associated Factors among Pregnant Married Women in Hosanna Town, Southern Ethiopia*. PLoS ONE 7(6)
- Jaeger, F. & Caflisch, M. & Hohlfeld, P. 2008. *Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians*. European Journal of Pediatrics, Springer Science & Business Media. 168:27–33
- Ko, I.S; You, M.A; Kim, E.S; Lee, T.W; Kim, S.; Kim, Y.M; Nam, J.J; Lee, H.K. 2010, *Family planning practice and related factors of married women in Ethiopia*. International Nursing Review vol.57 s.377–382. Tillgänglig: Academic Search Elite (Ebsco) Hämtad: 10.1.13
- Mazengia, Fekadu & Worku, Alemayehu. 2009, *Age at sexual initiation and factors associated with it among youths in North East Ethiopia*. Ethiopian Journal of Health Development. Vol. 23 nr. 2, s.154-162 ISSN:1021-6790. Tillgänglig:
<http://www.ajol.info/index.php/ejhd/article/view/53234> Hämtad 23.1.13.
- Molla, Mitike; Berhane, Yemane & Lindtjörn, Bernt. 2008, *Traditional values of virginity and sexual behaviour in rural Ethiopian youth: results from a cross-sectional study*. BMC Public Health vol. 8, s.9-18. Tillgänglig: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/9> Hämtad
15.01.2013

- Prata, Ndola; Gessesew, Amanuel; Cartwright, Alice & Fraser, Ashley. 2011, *Provision of injectable contraceptives in Ethiopia through community-based reproductive health agents*. Bulletin of the World Health Organization. Vol. 89, s.556–564. Hämtad 19.01.2013
- Tesso, W. Dessalegn; Fantahun, A. Mesganaw & Enquesselassie, Fikre. 2012, *Parent-young people communication about sexual and reproductive health in E/Wollega zone, West Ethiopia: Implications for interventions*. Reproductive Health Journal. Vol. 9, s.13. Tillgänglig: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/13> Hämtad 24.1.13
- Woldemicael, Gebremariam. 2010, *Do Women With Higher Autonomy Seek More Maternal Health Care? Evidence From Eritrea and Ethiopia*, Health Care for Women International, vol.31 s.599–620. ISSN: 0739-9332. Hämtad 9.1.2013