

# Faktorer som påverkar kvinnors reproduktiva hälsa i Nepal

FÖRFATTARE	Solveig Wahlström
PROGRAM/KURS	Reproduktiv och perinatal hälsa Fristående kurs RPH 110 HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margareta Sköld
EXAMINATOR	Nils Sjöström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Faktorer som påverkar kvinnors hälsa i Nepal
Titel (engelsk):	Factors affecting women´s reproductive health in Nepal
Arbetets art:	Självständigt arbete
Fristående kurs/ Kurskod	Reproduktiv & perinatal hälsa RPH 110
Arbetets omfattning:	15 p
Sidantal:	24 sidor
Författare:	Solveig Wahlström
Handledare:	Margareta Sköld
Examinator:	Nils Sjöström

---

### **SAMMANFATTNING**

Efter att ha arbetat som barnmorska och vårdlärare i Nepal i början av 2000-talet fick synen på reproduktiv hälsa ett bredare innehåll. Att fördjupa sig i detta ämne var intressant, då det påverkade kvinnors liv på många områden. Syftet med denna studie var att beskriva faktorer som påverkade den reproduktiva hälsan för kvinnor i Nepal, ett fördjupningsarbete i kursen Reproductiv & perinatal hälsa, som omfattar en litteraturstudie av tio artiklar. Dessa har analyserats utifrån Leiningers soluppgångsmodell, som var till stor hjälp att strukturera materialet i artiklarna. Resultatet visade att utbildning var en mycket central fråga för kvinnors hälsosituation angående graviditet och HIV-smitta. Tillgång till utbildning och vård varierade påtagligt mellan landsbygd och tätort. En slutsats var att utbildade barnmorskor kan göra stor skillnad med sin kompetens när samhälle och vårdpersonal ska informeras.

*Nyckelord:* reproductive health, women, prevention, knowledge

### **ABSTRACT**

After some years working as a midwife and nurse tutor in Nepal in the early 2000-ties, the view of reproductive health became broader. To deepen in this subject was interesting then it affected the women´s life in many levels. The aim of this study was to describe factors affecting women´s reproductive health in Nepal, a paper in the course Reproductive & Perinatal health that includes a literature review with ten articles. These have been analyzed through Leiningers sun raise model, which was very useful to make structure of the articles. The result showed that education was a key question for the women´s health situation concerning pregnancy and HIV-infection. Access to education and health services varied obviously between rural and urban areas. A conclusion was that educated midwives could make big difference while society and staff will be informed. *Key words:* reproductive health, women, prevention, knowledge.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>3</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduktion</b> .....	<b>5</b>
<b>Beskrivning av Nepal</b> .....	<b>5</b>
Geografi och religion.....	5
Folkhälsodata i Nepal.....	6
Politik och ekonomi.....	6
Familj och tradition .....	6
Hälsa-och sjukvård.....	7
HIV/AIDS i Nepal.....	7
<b>Kvinnors rättigheter och reproduktiv hälsa</b> .....	<b>8</b>
<b>TEORETISK REFERENSRAM</b> .....	<b>9</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	
<b>SYFTE</b> .....	<b>10</b>
<b>METOD</b> .....	<b>10</b>
<b>Bearbetning och analys</b> .....	<b>11</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
<b>Politiska och lagliga faktorer</b> .....	<b>11</b>
Förändringar i samhället.....	11
Sexuell hälsa och HIV-prevention.....	12
Sammanfattning politiska och lagliga faktorer.....	12
<b>Utbildningsfaktorer</b> .....	<b>12</b>
Flickor och utbildning .....	12
Kvinnans ställning.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Sammanfattning av utbildningsfaktorer .....	13
<b>Kulturella, sociala och miljömässiga faktorer</b> .....	<b>13</b>
Sexualitet, äktenskap och barnafödande .....	13
Föreställningar och stigma kring HIV .....	14
<b>Sammanfattning kulturella, sociala och miljömässiga faktorer</b> .....	<b>15</b>
<b>Teknologiska faktorer</b> .....	<b>15</b>
Tillgång till och kunskap om preventivmedel .....	15
Medias roll för information .....	16
Sammanfattning av teknologiska faktorer .....	16
<b>Ekonomiska faktorer och etnohistoria</b> .....	<b>16</b>
Påverkan på hälsostatus .....	16
Migration .....	16
Sammanfattning av ekonomiska faktorer och etnohistoria.....	17

<b>Religiösa och filosofiska faktorer</b> .....	<b>17</b>
Religion och moraliska föreställningar.....	17
Sammanfattning religiösa och filosofiska faktorer.....	17

<b>Språkliga faktorer</b> .....	<b>17</b>
Sammanfattning av språkliga faktorer.....	18

<b>DISKUSSION</b> .....	<b>18</b>
-------------------------	-----------

<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>18</b>
------------------------------	-----------

<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>19</b>
---------------------------------	-----------

<b>Konklusion</b> .....	<b>21</b>
-------------------------	-----------

<b>REFERENSER</b> .....	<b>22</b>
-------------------------	-----------

## **TABELLER**

## **BILAGOR**

Bilaga 1

Bilaga 2

Bilaga 3; 1-2

Soluppgångsmodellen

Förkortningar

Artikelpresentation

# BAKGRUND

## Introduktion

Intresset för kvinnors situation i Nepal började under arbetet som barnmorska och lärare för sjuksköterskestuderande på ett påbyggnadsprogram, några år i början på 2000-talet. Vid ett tillfälle skulle vi i ämnet "Hälsoproblem genom olika åldrar" ta upp prevention mot Sexual Transmitted Infections, STI, och begreppet sexualundervisning nämndes. Klassen bestod av kvinnor äldre än 22 år och flera var gifta eller väntade på giftermål. "Det står inget i läroplanen om sexualundervisning", var kommentaren, som snabbt kom från första raden. Det blev tyst i rummet och en stor förvåning spreds i klassrummet. Enligt landets kultur, kan man som lärare bli kallad till rektor för att förklara varför man tar upp sådant, som inte nämns ordagrant i läroplanen. Med hjälp av ett tidningsurklipp från rektor i handen räddades situationen och ett samtal följde. Det blev tydligt att ordet sexualundervisning väckte känslor. Sexualitet var ett tabubelagt ämne, som inte har något eget ord på landets språk. Att höra en lärare från ett västland, utan förvarning uttala sig i ett ämne, som det bara kan antydast om, men aldrig uttalas klart, var uppseendeväckande. En sådan upplevelse ändrar perspektivet och man ställer sig frågan: Vilken kunskap saknas, hur ska den presenteras på bästa sätt? Om det är laddat att tala i ett så viktigt ämne för välutbildade yrkeskvinnor hur är det då för kvinnor i allmänhet och de som har låg utbildning eller ingen alls. I arbetet som barnmorska är kvinnors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande mycket centralt.

## Beskrivning av Nepal

### Geografi och religion

Nepal är ett heterogent land gällande geografi, etnicitet, språk och kultur. Ett hinduiskt bergsland vid Himalaya, instängt mellan Kina i norr och Indien i söder. Nepal är etniskt lika skiftande som geografiskt med olika raser och folkgrupper. Det officiella språket är nepali, men stamspråk används i de olika etniska grupperna. Religionen tillhör det dagliga livet för nepalesen. Majoriteten av folket definierar sig som hinduer. Den andra stora gruppen är buddister. Bredvid de etablerade religionerna praktiseras även animism<sup>1</sup> och shamanism<sup>2</sup>, särskilt på landsbygden. Inom klassisk hinduism definierar man fyra kaster. Prästkasten, stridskastan, handelsmännen, tjänarna och sist de kastlösa, även kallade oberörbara, som är utanför kastsystemet. Hinduerna tror på ödet, karma, som kan tolkas relativt fritt (1).

---

<sup>1</sup> naturreligion

<sup>2</sup> andetro

Tabell 1. Folkhälsodata i Nepal

<b>Total population: 27,641,000</b>
<b>Gross national income per capita (PPP international \$): 1,010</b>
<b>Life expectancy at birth m/f* (years): 62/63</b>
<b>Healthy life expectancy at birth m/f* (years, 2003): 52/51</b>
<b>Probability of dying under five (per 1 000 live births): 59</b>
<b>Probability of dying between 15 and 60 years m/f* (per 1 000 population): 292/280</b>
<b>Total expenditure on health per capita (Intl \$, 2006): 78</b>
<b>Total expenditure on health as % of GDP** (2006): 5.7</b>
Gross national income per capita = bruttonationalintäkt
* m/ f = män/kvinnor
** GDP = Bruttonationalprodukt
Source: <a href="#">World Health Statistics 2008</a> (2)

5

Mödradödligheten var 281/ 1000 år 2006 och barnadödligheten 48 /1000 födda barn. Vanligaste orsakerna är i samband med förlossning, diarré- och luftvägssjukdomar. Antal barn som vaccinerades var 83 % år 2006 (3).

### **Politik och ekonomi**

Nepal var så sent som år 1950 ett samhälle med ”medeltida drag.” Senare års instabilitet har inneburit monarkins fall och folket från landsbygden har flytt från hot, våldsamheter och ökade ekonomiska påfrestningar till huvudstaden och andra tätorter. De växande folkomflyttningarna har nära samband med spridningen av HIV i Nepal. Majoriteten av folket lever fortfarande på landsbygden och är beroende av traditionellt jordbruk. Nepal har starka ekonomiska band till Indien och är bland annat beroende av importen av livsmedel och olja från sin sydliga granne. På landsbygden pågår livet som det alltid gjort fast med inslag av det nya. Oftast finns det en tv i huset eller hos grannen, där MTV och Hindifilmer visas parallellt rakt in i en tillvaro, som varit sig lik i flera generationer. I tätorter finns allt från moderna affärscentra till Internet-caféer (1, 4).

### **Familj och tradition**

Starka normer i Nepals kultur innehåller stränga förbud mot att ha sex före äktenskapet, vilket framför allt gäller flickor. I vissa etniska grupper förekommer barnäktenskap, som omöjliggör flickors utbildning. Både flickor och pojkars är utsatta för våld och förnedring inom och utanför hemmet. Ungdomar i Nepal är beroende av råd från vuxna och äldre i samhället, på många områden i livet, även när det gäller frågor om reproduktiv hälsa, information om detta och inte minst ekonomiskt stöd när man ska resa till sådan service. Traditionellt bestämmer familjen och de äldre i byn hur man handlar i frågor om reproduktiv hälsa. Den del av befolkningen som inte kan läsa och skriva är särskilt utsatt (1,5).

Det traditionella sättet att leva i Nepal är, i synnerhet på landsbygden och officiellt, med tre generationer i samma hushåll. Med detta familjemönster, "the extended family", är det den äldsta kvinnan i huset; mor, farmor och svärmor, som har ansvar för att traditionerna bevaras (6). De flesta gifter sig inom sin kast och bröllopet är arrangerat av föräldrarna. I samhället föredrar man söner, kvinnan ska tjäna och lyda sin man. Den hinduiska synen, att döttrar ses som någon som tömmer familjer på tillgångar, kvarstår. Kvinnorna fortsätter att utföra de religiösa ritualerna, oavsett utbildning. Utbildade män förväntas inte att delta i sådana ritualer. Beroendet till föräldrarna är stort. De flesta har en fadersfigur som ser efter dem (7).

Lagen tillåter äktenskap från 16 års ålder för flickor och 18 år för pojkar. Åldern för sexdebut och första graviditeten är dryga 16 år. De flesta förstföderskor är tonåringar och väntar barn inom äktenskapet. Statistik visar att 40% av kvinnorna har börjat få 6 barn när de är 20 år. Nepals regering tillstår att alla invånare är lika inför lagen, ingen diskriminering ska ske på grund av kön. Trots detta har sonen företräde redan från födseln. Den äldste sonen har som uppgift att tända faderns likbål, så denne når Nirvana

### **Hälso-och sjukvård**

Hälsoministeriet, MOH, "Ministry of Health", ansvarar för hälso- och sjukvården i Nepal. Sjukvården har delats in i olika administrativa nivåer; central, regional, distriktsnivå samt hälsostationer på bynivå. Det moderna Nepals sjukvårdssystem har till stor del byggts av utländskt stöd. Idag har omkring 20 % av befolkningen tillgång till någon form av hälso- eller sjukvård. Inom hälso- och sjukvårdens områden finns traditionella och moderna dimensioner. Den moderna sjukvården består av privata kliniker, sjukhem och sjukhus, som är till för alla som kan betala. I landets grundutbildning för sjuksköterskor ingår preventivmedelsrådgivning och att handha ett tiotal förlossningar. På Bachelor-nivån kan man läsa vidare till barnmorska (10). De som söker vård är till största delen personer från de högre kaster och högre socioekonomiska grupper. Den traditionella vården kan likställas med västerländsk alternativ vård, "faith healers" och de som praktiserar Ayurvedamedicin. "Faith Healers" är oftast shamaner, etniska präster eller astrologer som används inom hinduismen medan Ayurvedans koncept rör sig om olika behandlingstekniker inklusive örtbehandlingar (1, 7).

### **HIV/AIDS i Nepal**

Det första fallet av AIDS i Nepal rapporterades 1988. Elva år senare uppskattar UNAIDS att det finns 75 000 nepaleser, som lever med AIDS och av dessa beräknades 5 000 dö under 2007 (8). Fram till 1990 klassades landet som ett lågriskland epidemiskt sett men är idag ett land som upplever en alarmerande ökning av epidemin, särskilt bland drogmissbrukare och kvinnliga sexarbetare(9).

Det finns fler riskgrupper. Mest utsatta för spridningen av HIV/AIDS är sprutnarkomaner. Landet var tidigt ute, för att vara ett utvecklingsland, med att minska skadorna, när man erbjöd fria nålar till narkomaner, som bodde i större tätorter. Kvinnliga sexarbetare har begränsad tillgång till information om reproduktiv hälsa och säker sexualitet eftersom de har låg status i samhället. Kulturella, sociala och ekonomiska begränsningar försvårar deras möjlighet att kräva kondomanvändning. De är lagligt och medicinskt oskyddade. HIV-förekomsten är högst bland prostituerade i huvudstaden. Nationell siffra är att det finns 2 % kvinnliga sexarbetare, medan siffror från Kathmandu visar att drygt 15 %, är smittade av HIV. Förändringar i värdegrunden är en orsak till att HIV-smittan är en verklighet för ungdomar. Tonåringar sätter inte

alltid HIV-risken i samband med säker sex. Stora folkförflyttningar och rörlig arbetsmarknad påverkar. Låg kunskap hos män som har sex med män gör att de är en utsatt grupp. Här finns inga siffror framtagna, då detta är en minoritetsgrupp i samhället (20). Att användning av kondom skyddar mot STI är inte många medvetna om. Den sista riskgruppen är fruar, barn och flickvänner till sexkunder(9,1).

## **Kvinnors rättigheter och reproduktiv hälsa**

WHO:s definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom. Hälsa på högsta nivå är en fundamental rättighet för varje människa utan åtskillnad av ras, religion, politisk åskådning, ekonomiska eller sociala förhållanden (10).

I FNs deklaration av de mänskliga rättigheterna fokuserar artikel 16 på att kvinnor och män har rätt att gifta sig och bilda familj samt att rättigheterna vid giftermål, under äktenskap och vid äktenskapets upplösning är lika för man och kvinna. Äktenskapet sker med bådassamtycke. I artikel 25 sägs att alla har rätt till en levnadsstandard, där familjens hälsa och välbefinnande, hälsovård och nödvändiga sociala förmåner ingår och att mödrar och barn har rätt till särskilt skydd och hjälp. Alla barn, inom eller utom äktenskap, ska ha samma sociala skydd. Alla har rätt till kostnadsfri och obligatorisk skolgång står det i artikel 26 (11).

WHO:s definition Reproductive Health, 2005, är den rådande definitionen i samtliga delar av världen och lyder:

*A state of physical, mental, and social wellbeing in all matters relating to the reproductive system at all stages of life. Reproductive health implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable, and acceptable methods of family planning of their choice, and the right to appropriate health-care services that enable women to safely go through pregnancy and childbirth. Reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques, and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted infections (12).*

FN-s millenniemål för utveckling i världen som ska uppnås till år 2015, har alla medlemsstater enats om. De av målen, som gäller kvinnors reproduktiva hälsa är att förbättra mödravården, minska barnadödligheten, bekämpa HIV/AIDS och andra sjukdomar samt främja jämlikhet mellan könen och stärka kvinnor. (13)

Övrigt som rör kvinnors reproduktiva hälsa är Mänskliga rättigheter i Nepal, 2007, en konvention om avskaffandet av alla former av diskriminering mot kvinnor (14).

I barnmorskans internationella kod, ICM, 1999, International Confederation of Midwives, presenteras vikten av kvinnors rätt till hälsovård och respekt samt hänsyn till varje människas eget värde (15).



## **Teoretisk referensram**

Begreppet transkulturell omsorg är utvecklad av Madeleine Leininger, som tar socialantropologin som utgångspunkt. Hon vill att denna omsorg ska förmedla livskvalitet och vara en hjälp att bevara hälsa, bemästra handikapp eller möta döden. Detta lärs och överförs från en generation till en annan. Att bli medveten om detta är nödvändigt i arbetet med människor. Människan är en social och kulturell individ med många behov och Leininger ser människan som en helhet och utgår från individens kulturella bakgrund, egna behov och värderingar. Transkulturell omsorg är universell, men handling, mönster, livsstil och vårdens innebörd ser olika ut i olika kulturer. För att tydliggöra de olika dimensionerna i sin teori utvecklades Soluppgångsmodellen, en kognitiv karta, som gör det lättare att upptäcka, tolka, och förklara sammanhang som påverkar omsorgen. Se bilaga 1. Ramarna för teorin visar på samband mellan nyckelfaktorerna i sociala och kulturella dimensioner, som skapar individens, familj och grupper och samhällens världsbild. Med hjälp av faktorerna i denna modell ska man ge vård, som är anpassad till individens kulturella behov (16). Soluppgångsmodellens faktorer är: *politiska och lagliga faktorer, utbildningsfaktorer, kulturella, sociala och miljömässiga värden, teknologiska faktorer, ekonomiska faktorer och etnohistoria, religiösa och filosofiska faktorer samt språkliga faktorer*. Om inte alla faktorer beaktas kan inte en fullständig kulturrelaterad omsorg uppnås. Varje faktor ska definieras från individens perspektiv. Faktorerna i soluppgångsmodellen har inflytande på både naturligt och professionellt perspektiv, två typer av omsorg som bygger på olika former av kunskap. Den naturliga omsorgen bygger på familjär och traditionell kunskap och den professionella omsorgen innebär inlärd kunskaper från institutioner för vårdutbildningar. Vidare betonas att när klyftan mellan dessa två system blir för stor uppstår en kulturkonflikt (16). För att kunna ge kulturspecifik omsorg beaktas både det naturliga och professionella perspektivet. Vårdaren bör ha kunskaper om det som beskrivs i teorin för att kunna ge en omsorg, som är kulturanpassad. De strategier som Leininger föreslår för att nå transkulturell omsorg är kulturrelaterat bevarande, kulturrelaterad anpassning och kulturrelaterad omformning (17).

*Utbildningsfaktorer:* Att känna till en persons utbildningsbakgrund eller yrkesbakgrund i förhållande till hälsa och sjukdom är ett måste för att kulturell kompetens i vården ska uppnås. Patientens läs- och skrivkunighet påverkar hur information och undervisning ges. Om man känner till var patienten befinner sig kunskapsmässigt skapar det bättre förutsättningar för patientens lärande. Utbildningsgraden skiljer sig avsevärt från person till person. En är analfabet en annan högt utbildad och givetvis påverkas synen på hälsa och sjukdom av det.

*Ekonomiska faktorer:* Patientens privatekonomi påverkar dennes frågor kring hälsa och sjukdom och allt som hör samman med det.

*Politiska och lagliga faktorer:* Det är viktigt att förstå vikten av politiska uppfattningar som kan kopplas till patienters välbefinnande och en hälsostimulerande livsstil.

*Kulturellt betingade värderingar, övertygelser och livsstilar:* För att kunna planera en bra vård kring patienten är kunskap om föreställningar, kulturella värden och övertygelser som påverkar patientens livssituation viktig och vilka som är till nytta föra att upprätthålla god hälsa.

*Släktskap och sociala faktorer:* Närstående och vänner betydelse för patienten bör hållas i medvetande för att bästa vård ska ges på rätt sätt.

*Religiösa och filosofiska faktorer:*

Leininger skriver att det underlättar om man i vården känner till patientens religiösa tro och behov samt filosofiska föreställningar samt även känna till om patienten tror att religionen är till hjälp vid problem i samband med hälsa, omvårdnad och död.

### *Teknologiska faktorer:*

Teknisk utrustning förklaras av professionell personal, eftersom det påverkar hälsan och hur patienten uppfattar apparater och information i samhället som rör hälsa.

### *Miljömässig kontext, språkliga faktorer och etnohistoria:*

Här beaktas patientens bakgrund, var hon är född, var hon varit bosatt och var familjen härstammar från. Hit hör även specifika händelser från livshistorian, som är av betydelse för att ge en god vård. Leiningers poängterar vikten av att känna till patientens specifika språk både när det gäller sjukdom, vård och välbefinnande och att ta reda på vilket språk man för samtal med patienten och hur patientens språkliga förmåga ska hanteras. Kommunikation och förståelse av alla personens behov bör tillgodoses. Det är viktigt att veta om patienten har fördomar eller problem med andra raser, stammar och grupper (17).

9

## **PROBLEMFORMULERING**

Att förbättra hälsosituationen för kvinnor i utvecklingsländer är nödvändigt och FN har satt fokus på detta i sina millenniemål. Efter att själv ha kommit i kontakt med det stora behovet av tillgång till mödravård och förlossningsvård bland Nepals kvinnor, växte intresset fram att se vad som fanns skrivet i ämnet och belysa vad som påverkar den reproduktiva hälsan i ett land som Nepal.

## **SYFTE**

Studien syftar till att belysa faktorer som påverkar kvinnors reproduktiva hälsa i Nepal.

## **METOD**

Arbetet med denna studie påbörjades för flera år sedan, men med flera uppehåll. I början var studien inriktad mot Nepal och HIV/AIDS. När sökandet av artiklarna påbörjades för några år sedan fanns inte många artiklar i ämnet. De senaste åren har artiklarna blivit fler, vilket visar att syftet med studien har aktualitet. Artikelsökning har skett via databaserna Pub Med och Cinahl från år 2000 och senare. Utbudet har varit begränsat eftersom ordet Nepal funnits med i alla sökningarna.

Exkluderande kriterier är; abortions, bleedings, campaign, conflict, drug users, FSCW, newborn, traditional healer, , sexual intercourse, male knowledge, menstrual problem, sex-trafficking, strategy, PLWAIDS , vitamines och working in hostels. Syftet i de exkluderade artiklarna stämde inte överens med detta arbetes syfte. Inkluderande kriterier se sökorden.

Tabell 2. Artikelsökning

Sökord	antal träffar i PubMed	antal träffar i CINAHL	antal granskade	referens nr
Nepal (1) reproductive health (2) HIV(3)	6	4	5	19
1, 2 and girls	6	0	3	18
1, 3, women (5) risk factors	17	0	3	21,22
3, 1, vulnerability	4	2	3	23
3, 1, knowledge	24	8	4	24,26, 20
1, 3, prevention	20	17	3	25

--	--	--	--	--

Artiklarna kommer från Nepal (26, 19, 18) Storbritannien (21, 20) Thailand (27) och USA (25, 23, 24, 22). I studien har forskningsresultat från både kvalitativa och kvantitativa studier sammanställts, vilket enligt Forsberg (2003) är möjligt i en systematisk litteraturstudie (28). En artikel har funnits från ett kurstillfälle på Nordiska Hälsohögskolan, 2004 och ingick i en *case report* om In-laws i Nepal.(27) Ett tjugotal abstracts granskades och utifrån detta genomlästes artiklar och i tio av artiklarna fanns användbara data som passade studien.

## **Bearbetning och analys**

Strukturer och kvaliteter identifierades genom ett deduktivt analysförfarande 10 Leiningers soluppgångsmodell bildade ram. Soluppgångsmodellen utgjorde struktur för bearbetning och analys av artiklarna, vid fortsatt bearbetning och analys framkom även underliggande teman. Vid sista genomarbetningen uppstod viss tveksamhet över en multikulturell studie, som ersattes av en studie i *Tropical Doctor*, från ett distriktsjukhus på Nepals landsbygd (26). Den förståelsen av kontexten som finns har inneburit en tillgång men även en risk att personlig erfarenhet skulle färga resultatet. Slutligen har en sammanfattning gjorts relaterat till studiens syfte. Artikelpresentation se bilaga 3.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras under följande övergripande rubriker: Politiska och lagliga faktorer, Utbildningsfaktorer, Kulturella, sociala och miljömässiga faktorer, Teknologiska faktorer, Ekonomiska faktorer och etnohistoria, Religiösa och filosofiska faktorer och Språkliga faktorer. Underliggande teman är: Förändringar i samhället, sexuell hälsa och HIV-prevention, Flickor och utbildning, Kvinnans ställning, Sexualitet, äktenskap och barnafödande, Föreställningar och stigma kring HIV, Tillgång och kunskap om preventivmedel, Medias roll för information, Påverkan på hälsostatus, Migration, religion och moraliska föreställningar samt Språkliga faktorer,

### **Politiska och lagliga faktorer**

#### **Förändringar i samhället**

Litteraturgenomgången visar att flera artiklar berör politiska och juridiska faktorer påverkan och samband för kvinnors hälsa i Nepal ( 25,23,21,19,18,20 ). Ansvaret för vård och frågor kring sexualupplysning belyses i några artiklar( 23,19,18,20) likaså påminns om Nepals rapport från 1994, som beskriver hur man arbetat med International Covenant on Civil and Political Rights med fokus på kvinnors rättigheter, möjligheter till skilsmässa, skydd mot våld i hemmet och kvinnors arvsrätt. FN ifrågasätter hur man hanterat dessa frågor i inhemsk lag samt påpekar att det finns informationsbrister i rapporten gällande landsbygdens kvinnor (23). Politisk instabilitet skapar en ökad oro för framtiden, vilket kan orsaka riskbeteende sexuellt (19). Regeringen har tagit fram strategier i syfte att förebygga HIV/AIDS. Detta till trots förekommer stora brister på information kring reproduktiv hälsa, vilket regeringen beskylls för (19). Smith-Estelle instämmer i kritiken och pekar på brister i bl.a. hälsoekonomi, material och personal, som är en förutsättning för god vård. En studie visar att det finns behov av att förtydliga lagliga och mänskliga rättigheter kring HIV/AIDS (19).

## **Sexuell hälsa och HIV-prevention**

Sexualundervisning har införts i klasserna sex till tio i grundskolan visar en bred litteratursammanställning (19). Utbildningsministeriet har uppdraget att stärka kunskapen om HIV/AIDS och hälsoministeriet ska höja kompetensen hos hälsopersonal för att möta behov hos högriskgrupper och HIV/AIDS-drabbade personer. Studier från två landsbygdskommuner och en litteratursammanställning visar att institutioner för folkhälsa inte når befolkningen med tillräcklig hälso- och sjukvårdsservice, vilket bland annat leder till ökad STI-smitta (23, 19). Nepals regering har intentioner att informera befolkningen angående riskbeteende kring HIV/AIDS, men hittills har det mest handlat om strategier och uttalanden och få åtgärder enligt Smith-Estelle et al (23). I en studie med 742 ungdomar i åldrarna 14-24 år, gifta och ogifta, och lika många vuxna, från två kommuner i södra Nepal och två i Kathmandu, visar ökad kunskap om HIV/STI efter interventioner som läsklasser, ungdomar som utbildas för att utbilda andra ungdomar 11 och forum där lärare och vuxna deltar (18).

## **Sammanfattning politiska och lagliga faktorer**

Studierna visar att det finns positiva förändringar på gång som berör familjeliv, tillgång till vård och kvinnosyn. Ett preventionsarbete som påverkar kvinnors reproduktiva hälsa. Många projekt och hälsoprogram pågår kontinuerligt och en förändringsprocess märks, i synnerhet för de boende i tätorter. Uppdraget att bygga ut hälsoservice, informera och förbättra hälsosituationen för kvinnor är en stor utmaning för samhället .

## **Utbildningsfaktorer**

### **Flickor och utbildning**

Flickor och kvinnor i Nepal var utsatta för hälsorisker på grund av informations- och kunskapsbrist framkom i nio artiklar (25,23,21,19,24,27,18,20,). I två landsbygdskommuner i Kailalidistriktet i västra Nepal är 84 % av fattiga flickor utan någon skolgång (23). De flesta flickor fullföljer inte 5 år i skolan visar en studie bland 1050 fabriksarbetande ungdomar, som flyttar till Kathmandu. Detta visar sig i läskunnighet bland annat (21). Skillnader finns dock när det gäller flickor från städer där 47 % går i skolan och av dem som slutar tidigare har 70 % fullgjort "primary school" (23). Könsskillnad märks även bland lärarna, visar två studier med data från fyra landsbygdskommuner och två tätorter, där färre än 25 % av lärarna är kvinnor. Flickor ska hjälpa till hemma i stället för att gå i skolan, då utbildning inte kommer den egna familjen tillgodo samt att de riskerar att utsättas för våld och sexuella närmanden på sin skolväg (18,23).

Utbildning i sex- och samlevnad bör enligt lärarna ske separat för flickor respektive pojkar visar studien från en privatskola i Kathmandu med 150 ungdomar, både pojkar och flickor (22). Pojkar har mer kunskap om preventivmedel än flickor, på grund av längre skolgång framkommer i en sammanställning av studier, intervjuer med 150 elever på en privatskola och 1050 fabriks- arbetare, män och kvinnor (21,19,22). I en litteratursammanställning nämns bristen på "Life Skills-Based Education" vilket innebär inte bara teoretisk kunskap utan inkluderar psykosocial förmåga och acceptans för en ändrad livsföring, (Egen översättning) som främjar sexuell hälsa då långt ifrån alla ungdomar i landet, som får information om HIV/STI-prevention ändrar sina sexvanor (19).

## **Sammanfattning av utbildningsfaktorer**

Nepals grundlag föreskriver en grundskola på fem år för pojkar och flickor men olikheter finns och studier visar skillnader mellan tätort och glesbygd. Utbildning har stor betydelse för kvinnors reproduktiva hälsa. Kunskapsbristen på grund av mindre möjligheter till utbildning samt isolering i hemmet ökar flickors utsatthet när det gäller sexuell hälsa. Låg utbildningsnivå går hand i hand med ohälsa.

## **Kulturella, sociala och miljömässiga faktorer**

### **Kvinnans ställning**

Den ogifta flickan lever och bor med familjen och ska helst inte arbeta utanför hemmet. Arbetsplatser med ogifta flickor anses vara mötesplatser för sexuella aktiviteter, vilket kan stigmatisera flickor. Detta enligt en undersökning med ett okänt antal deltagare i tolv fokusgrupper samt en enkät bland 965 hushåll med 752 vuxna och 742 ungdomar involverade. Deltagarna kommer från stadsmiljöer i Kathmandu och från 12 landsbygdskommuner i södra Nepal, i lika delar (18). En kvalitativ studie från landsbygden i Nepal visar att det inte är värt en dagsmarsch för att komma till en mödravårdskontroll och svärmor tycker inte det är nödvändigt (27). De kvinnor, som lever i storfamilj hotas till sitt fysiska och psykiska välbefinnande (23). Kvinnorollen begränsas till barnafödande och hushållstjänster. Den ingifta kvinnan har lägst ställning i familjen och hon kan bestraffas av sin man eller dennes föräldrar. Traditionellt sett fattar inte kvinnor själva beslut, om eller när de ska söka vård, det gör svärmor eller någon annan i mannens familj. Övriga beslut fattas av mannen (19, 27). Enligt en litteratursammanställning lägger traditionen press på kvinnor att föda söner (25). Studier gjorda på landsbygden i västra Nepal samt en genomgång av dokument visar att kvinnor kommer till vårdinrättningar först när de är mycket svaga, på grund av långa avstånd, bristande transporter och sena beslut (25, 27).

### **Sexualitet, äktenskap och barnafödande**

Sociala normer i förhållande till äktenskap och sexualitet behandlas i många artiklar (25, 23, 21, 19, 27, 18, 20). Enligt en litteratursammanställning (19) visar de flesta studier som utförts i landet handla om kunskap och attityder. Familjeplanering före äktenskapet accepteras inte enligt landets kulturella kontext (19, 21). Två studier visar att utbildning och urbanisering bidrar till att man gifter sig senare, vilket leder till en tidigare sexdebut utanför äktenskapet. Detta kan leda till fler oönskade graviditeter och en ökning av STI, om inte information och prevention är lättillgänglig (19, 18). Sexuella aktiviteter före giftermålet leder ofta till sociala sanktioner från familj och grannar (19). Badistammens flickor från Tikapur i västra Nepal, som är lågkast, anses traditionellt som prostituerade. De livnär sig på dansuppträdanden och är därmed kommersiellt beroende av sin verksamhet. Av stammens kvinnor har 70 % STI, men vid undersökningen är ingen HIV-positiv (20). Ett fåtal, av 900 kvinnorna i en studie från västra Nepal, söker medicinsk hjälp vid STI-symtom (23). Prostitution finns i landet, men är inte kulturellt och socialt accepterat. Om sexualitet diskuteras är det heterosexualitet, då allt annat är tabubelagd. Data kring homosexualitet finns inte tillgängliga (25).

Långa avstånd till sjukhuset är en vanlig förklaring att inte söka vård i Jumladistriktet i västra Nepal. Vilket en sammanställning av folkhälsodata visar (25, 27). Endast sju procent av 590 förlossningar i Jumla äger rum på en vårdinrättning. I distriktet, som ligger i ett bergsområde, finns ett sjukhus och 17 kliniker. Förlossningsförbud råder i

hemmen framhåller kvinnor, kommunalmän och Jhankri, helig man. Därför äger förlossningar rum i djurstallen då allt som har med blod att göra är orent. Data, från 657 kvinnor, som fött barn under de senaste fem åren, visar att det finns tre anledningar till denna plats för födandet. Först för att inte orena något rent, för det andra är djurstallet lätt att rengöra efter förlossningen och till sist för att inte reta andarna (27).

TBA, *Traditional Birth Attendance*, tillkallas när förlossningen inte utvecklas normalt eller om ingen vill röra den födande kvinnan. De får sällan betalt för sitt arbete och hamnar ofta i valet att hjälpa den födande kvinnan eller lyda andarna. När TBA gör ett sådant ingripande krävs reningsritualer före och efter ingreppet för att få förlåtelse, visar en studie från Jumla, västra Nepal och i en litteratursammanställning (27, 25). Av 156 kvinnor som remitterats från primärvård till sjukhus är orsakerna främst överburenhet och högt blodtryck. I 17 av fallen utfördes kejsarsnitt och med en genomsnittsåldern för kvinnorna på 23 år. Genomgång av 71 förlossningsjournaler med normalförlossningar visade tio perinatale dödsfall (26).

Traditioner och kulturella värderingar bidrar till flickors och kvinnors utsatthet och påverkar den reproduktiva hälsan vilket framkommer i flera studier (26, 25, 23, 19, 24, 27, 18). Flickor drömmer om äktenskap, men väl gifta inser de sina begränsningar vad gäller beslutsfattande och att röra sig fritt i samhället. Traditionen styr synen på ekonomi, sexualitet och barnafödande. Stadsflickor har förväntningar på ett betalt arbete (18). Att prata om sex är obekvämt och avsaknad av rådgivning före och inom äktenskapet visar undersökningar (19,18). Kulturen ger män rätt att använda våld inom familjen (19,18,27). Program finns där ungdomars sexuella hälsa ska prioriteras (19). En studie visar på ett kulturanpassat fempunktsprogram, YHAPP, *Youth HIV/AIDS Prevention Program* för att nå ut till ungdomar på avlägsna platser i landet. Programmet innebär att skola och kommun samverkar, man vill övervinna språkbarriärer bl.a. genom att anpassa bildmaterial så att alla, utbildade och outbildade, kan förstå samt varierar vanlig skolundervisning med situationer från verkliga livet (25).

I motsats till det arrangerade äktenskapet, där respektive familj eller de äldre i byn väljer kandidaterna, finns "love marriage", där ungdomar gifter sig med någon de själva valt visar en litteratursammanställning och en studie. Föräldrar, lärare och kommunledning samlas för att diskutera utbildning, giftermål och barnafödande (25, 18) Alla parter har samma uppfattning att tiden för äktenskap, bör vara efter utbildning och i början av tjugårsåldern (18). De flesta yngre kvinnor önskar självbestämmande kring barnafödandet. De flesta vuxna håller på traditionen med arrangerade äktenskap, men 30 % kan tänka sig "love marriage" (18, 25) .

Den frustration som ungdomar känner kring sexuell hälsa, ansvar mot sin partner och prevention mot HIV/STI förstås inte av samhället visar flera studier av 742 ungdomar från landsbygden och i Kathmandu (19, 18). Mathurs undersökning bland 1500 stadsbor och bybor, vuxna och ungdomar, visar att rådgivning kring sexualitet är undermålig. Hälsoproblem uppstår efter man ingått äktenskap och landsbygdsflickor gifter sig ofta med äldre män (18). Två studier visar att hälsopersonalen har en dömande attityd, särskilt mot ogifta kvinnor (18,19). Vid besök för familjeplanering önskar ungdomar att personalen visar större diskretion. Samhället ansvar för att överbygga barriärer genom förbättringar inom området reproduktiv hälsa efterfrågas. Även psykologisk och kulturell förståelse efterlyses (25,19).

### **Föreställningar och stigma kring HIV**

Kunskapen om STI och HIV varierar samt hur man skyddar sig mot sexuellt överförbara sjukdomar varierar. En studie av 500 pojkar och 550 flickor, i åldrarna 15-

19 år, som flyttar till Kathmandu p.g.a. arbete, visar att 35 % av pojkarna och 16 % av flickorna har oskyddat sex före äktenskapet och en tredjedel av flickorna har tvingats till sex (21). I en undersökning med 900 deltagande kvinnor i åldrarna 15-49 år från två kommuner i västra Nepal, har 75 % av kvinnor med formell utbildning fått information om STI och HIV, medan hos icke utbildade kvinnor var siffran 37 %, och kvinnor i migrationskommunen Kailali hade mycket låg medvetenhet om HIV och STI (23). Av ungdomarna på en privatskola i huvudstaden har 80 % bristfällig kunskap om prevention mot HIV/AIDS och smittrisk för HIV. En fjärdedel av dessa ungdomar känner någon som har HIV/AIDS (22). Föreställningar kring HIV-smitta varierar mellan "moralisk sjukdom hos asociala människor" i en litteratursammanställning (19), "finns inte hos flickor från byn" (21).enligt studien där 1050 unga fabriksarbetare intervjuas, och "sjukdomen drabbar de som förtjänar det" enligt 127 sjuksköterskestuderande i Kathmandu (24). En litteratursammanställning visar föreställningen att vanligt umgänge och mat kan smitta (25). De flesta i tredje årskursen, grundutbildningen till sjuksköterska i Kathmandu, vill inte ge vård och behandling till en prostituerad vårdtagare med HIV (24). En litteraturgenomgång, gjord på webbaserad nationell information visar att prostituerade kvinnor skickas hem när det upptäcks att de är HIV-positiva (20) och de som är rädda att stigmatiseras av eventuell HIV-smitta, testar sig inte (25).

### **Sammanfattning kulturella, sociala och miljömässiga faktorer**

Sociala faktorer relateras till familj och släkt, sammanflätade med kultur och religion, framkommer direkt eller indirekt i samtliga redovisade studier. En tydlig riskgrupp för STI är ungdomar som lever utan sin familj i städer. De tror de är för unga att bli gravida och färre än tio procent har sökt vård för STI. De är även storförbrukare av media och filmer. Nepals fattigdom, politiska instabilitet och ojämlikhet mellan könen kombinerat med låg utbildning, förnekelse, stigma och diskriminering kring HIV/AIDS är en utmaning för samhället. Flickor är mer utsatta för hälsorisker kring reproduktiv hälsa än pojkar.

### **Teknologiska faktorer**

#### **Tillgång till och kunskap om preventivmedel**

Synen på och tillgången till preventivmedel påverkar kvinnors hälsa i landet. Det framkommer i fler än hälften av artiklarna.(25,23,21,19,24,18,20,22) Fyra femtedelar av 550 flickor har oskyddat sex visar studien bland fabriksarbetare och bland 742 kvinnor, från stad och landsbygd. Ingen, varken på landsbygden eller i staden använde preventivmedel som nygifta (18). Den vanligaste preventivmetoden är kondom, men användningen är låg och ojämn, främst beroende på missförstånd om användning och obehag (21,18,2019). Även förstaårselever på en sjuksköterskeskola och av de som läser sin vidareutbildning har flertalet bristande kunskap om preventivmetoder i förhållande till sin utbildningsnivå (24). Användning av preventivmedel, vilken typ är inte angivet, visar sig vara 60 % i två kommuner i Kathmandu och drygt 30 % hos befolkningen i två landsbygdskommuner i södra Nepal när 965 hushåll tillfrågades (18).Kunskap kring användandet av kondom har en preventiv effekt på HIV och STI visar en studie bland 1050 fabriksarbetare i Kathmandu(21) en litteraturgenomgång (19) och en studie gjord bland sjuksköterskestudenter (24). Bland den fattiga befolkningen i västra Nepal är kunskapen om kondomer låg och tillgängligheten otillräcklig (23).

## **Medias roll för information**

Det ungdomar på landsbygd och i städer vet i ämnet sexuell hälsa, kommer från vänner, TV, filmer och tidningar visar studier från en sjuksköterskeskola(24) och två litteratursammanställningar (19,24,25). Ett exempel på hur man kringgår en kulturellt känslig barriär, är en p-pillerreklam, som visar på fördelarna med en mindre familj (19). I strategier för HIV-testning tar man hjälp av media, för att nå ut med viktig information enligt studien bland unga fabriksarbetare i Kathmandu (23). Mediepåverkan genom ungdomskanaler anses uppmuntra ungdomar till sexuella aktiviteter (19) och det är tydligare i stadsmiljöer, där ungdomar har andra attityder jämfört med jämnåriga på landsbygden. Beskriver två litteratursammanställningar (25,19). Medias roll och ökad urbanisering oroar den äldre generationen. Ju fattigare familjer desto mindre tillgång till media (19).

## **Sammanfattning av teknologiska faktorer**

Det råder kunskapsbrist och missförstånd kring kondomanvändning och det finns behov av mer kunskap om familjeplaneringsmetoder och hur det påverkar kvinnors reproduktiva hälsa. Prevention är ett vitt begrepp och i studierna används ordet preventionsmedel i allmänna ordalag. Medias positiva roll som informationskälla tillhör de förändringar, som leder till minskad smittspridning och kan förbättra kvinnors reproduktiva hälsa.

## **Ekonomiska faktorer och etnohistoria**

### **Påverkan på hälsostatus**

I flera artiklar nämns fattigdom som en barriär för bättre hälsa (23,21,19,27,18,20). En studie (23), bland 900 hushåll i två avlägsna distrikt västerut i Nepal, visar att 75 % av folket på landsbygden saknar toalett och 25 % har inte tillgång till rent vatten. I andra studier som representerar både stad och landsbygd, betalar flickor för varor i utbyte av sexuella tjänster, även de som inte är prostituerade (25,21,18). Kvinnor på landsbygden drabbas oftare av spädbarnsdödlighet, upprepade fall av intrauterin fosterdöd samt föder prematura barn, än kvinnor i tätorter. Knappt hälften av landets kvinnor får någon mödravård och färre kvinnor på landet än i staden får medicinsk hjälp under förlossningen enligt studien bland migrationskommunerna i västra Nepal. Tillgång till vård och mödravård är liten på landsbygden visar flera artiklar(26,25,21,19,27,18). De från högre kaster och socioekonomiskt starka grupper söker oftare modern vård inklusive mödravård, medan 35 %, av den fattiga befolkningen besöker "Jhankri" (25). I en studie, där remitteringssystem på landsbygden i Palpadistriktet ses över, är orsaker att skicka kvinnan till sjukhusvård under graviditet följande; blödning, fosterdöd, tidig vattenavgång, förlängt värkarbete, abortkomplikationer, svår anemi och högt blodtryck (26).

### **Migration**

Från Nepal beräknas en miljon nepaleser, män och kvinnor, utvandra för kortare eller längre arbetsperioder pga. arbetsbrist och fattigdom. I tre av artiklarna nämns migration som en nödvändighet för ekonomin (23,21,19). I en studie från västra Nepal utvandrar 70 % av männen till Indien eller större tätorter. Nepaleserna får arbeten, som är tunga och dåligt betalda. Hälften av de kvarboende kvinnorna får pengar hemskickade regelbundet och en fjärdedel någon gång per år. Av kvinnorna säger 62 % att deras arbetsbörda ökar och tillgången på mat minskar. När äkta makar lever skilda från varandra ökar risken för utomäktenskapliga sexuella förbindelser och HIV/STI-smitta



vilket beskrivs av 900 kvinnor från landsbygden i västra Nepal (23). I en litteraturstudie rapporteras att HIV-smittan är åtta procent och syfilis finns hos 22 procent av männen som arbetar på annan ort (19). Många kvinnor är ensamförsörjare på grund av migration och unga kvinnor har svårt att få arbete, vilket ger svag eller ingen ekonomi till prevention och hälsovård (23).

### **Sammanfattning av ekonomiska faktorer och etnohistoria**

Fattigdom, arbetsbrist och sociala faktorer samt landets politiska oro ökar riskbeteendet kring HIV och STI. Den svaga ekonomin minskar kvinnors möjligheter att söka vård för sig själva och sin familj.

## **Religiösa och filosofiska faktorer**

### **Religion och moraliska föreställningar**

Hinduismen, som är den största religionen, fokuserar på rena och orena föremål. Föreställningen finns att HIV smittas via beröring eller genom mat. Sjukdom 16 samman med dålig karma, Guds hämnd (25,27). Andarna anser att man inte rör en kvinna som blöder, förlossningen och kvinnan är oren. Orenhet får inte komma in i huset. I hinduismen finns en husgud i varje hem, en central angelägenhet att ta hänsyn till. Om husguden nonchaleras, genom exempelvis orenhet, får det negativa följder för mor och barn, som amningsproblem och infektioner (25,27). HIV ses som Guds straff för en omoralisk livsstil. Jhankri, tillfrågas vid exempelvis hälsokampanjer. Dennes bifall har avgörande betydelse för mottagandet av ett HIV-program i byn eller inte (25).

### **Sammanfattning religiösa och filosofiska faktorer**

Endast två av studierna tar öppet upp religiösa påverkansfaktorer, men vissa studier visar på en blandning av religiösa och kulturella faktorer och då redovisas detta under annat tema. Religiösa föreställningar och synsätt påverkar kvinnors hälsa och ohälsa och föreskriver vad som gäller före, under och efter förlossningen.

## **Språkliga faktorer**

Det finns språkliga problem när HIV-information ska nå ut och när hälsoarbetare utbildas. Virussjukdomen HIV/AIDS är svårförstålig och att man använder en förkortning med de latiniska bokstäverna HIV/AIDS underlättar inte. I Nepal används ”Devanagri script”, ett skriftspråk, och i språket finns inget ord för sexualitet. Man paketerar begreppet sexualitet på ett diskret sätt med antydningar. Vissa HIV-kampanjer, enligt en litteratursammanställning, använder sig av sexuellt laddade begrepp (25) medan andra använder sig av antydningar i ämnet. I en intervjustudie med deltagare från både landsbygds- och storkommuner visar resultatet att ungdomar är dåligt informerade om anatomi, fysiologi och specifikt sexualitet. Läroplaner och diskussioner för unga som utbildar unga ger viss kunskap, men intervjuer gjorda bland ungdomar från två landskommuner och två stadskommuner, visar att missvisande information ges i frågor kring kroppsmedvetenhet och vad som händer under puberteten (18). Exempel på bristande kommunikationen i rådgivningssituationer kring sexuell hälsa beskrivs i en studie och i en litteratursammanställning (18,19). Sexualundervisning i skolan ges genom högläsning ur en lärobok i hälsa och miljö och att lärarna upplever ämnet som obekvämt visar en sammanställning av nationella och internationella dokument (25).

## **Sammanfattning av språkliga faktorer**

Flickor har, på grund av frånvaro av skolutbildning, svårare att läsa och förstå information om kroppsbyggnad, kroppens utveckling och dess funktioner, vilket påverkar rådgivande och stödjande samtal och gör kvinnor mer utsatta för hälsorisker och utsatthet angående den reproduktiva hälsan.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Vid sökandet efter artiklar styrde tidigare erfarenheter som barnmorska och lärare i Nepal samt vad som fanns att hitta när studierna är begränsade till ett geografiskt område. Artiklarna lästes och deduktiv metod användes. Faktorerna i Leiningers soluppgångsmodell bildade ramar, som användes för att belysa fakta i studierna. Alla faktorer i soluppgångsmodellen fanns beskrivna i materialet, vilket underlättade sammanställningen. Vissa svårigheter innebar mängden av data, så fokus på syftet var viktigt samt att inte egna erfarenheter tenderade att styra urvalet och tolkningen. Vid läsningen av artiklarna var vissa faktorer komplexa och gick in i varandra jämfört med den skissade modellen. Vid starten av sökandet efter artiklar blev det inte många träffar, men dessa ökade betydligt efter år 2008. Svårigheten var att hitta kvalitativt genomförda studier. Tre av studierna var litteratursammanställningar som behandlade reproduktiv hälsa och Nepal (25, 19, 20), och var upptagna i vetenskapliga tidskrifter med ett stort antal referenser, vilket stärkte tillförlitligheten. Svagheter var att i dessa studier bygger resultatet på andras iakttagelser. Pokhrel gjorde ingen metodbeskrivning, men innehållet var aktuellt då den hade intentioner att kombinera Nepalikontexten med kunskap i det preventiva arbetet mot HIV/AIDS (25).

I fem av studierna användes både kvantitativa och kvalitativa metoder (18, 20, 21, 23, 27) Det har varit osäkert i vissa studier att se vilka data som framkommit genom den ena eller andra metoden. Analysmetod redovisades inte alltid, men det fanns kvaliteter, som bidrog till resultatet. I en studie (18) användes utöver kvantitativa data ett 40-tal övningar där deltagarna var aktiva och teknikerna gav viktig insyn i vilken kunskap unga människor hade om reproduktiv hälsa och hur de använde den. Vidare vilka önskningsområden som fanns hos främst de yngre deltagarna och hur sociala mönster begränsade dessa. De använda teknikerna var bland annat olika slags kartläggningar, som gav en mångfald av data. Alla dessa data sammantaget med fokusgrupper och djupintervjuer ger tyngd och djup åt frågeställningen som denna uppsats vill belysa. En av studierna utgick från perspektivet hälsa och mänskliga rättigheter (23). De nepalesiska författarna är erkända läroboks- och artikelförfattare inom gynekologi och folkhälsa. (25, 19, 27, 18) I några av studierna redovisas fakta på ett generellt sätt, kanske för att referenserna var många eller att vissa saker togs för givet. Flera författare använder ordet preventivmedel, som om det bara finns ett, svårt att veta vilken preventivmetod som avses. Alla är vi fångna i vår egen kontext och har förförståelse av vårt kulturella sammanhang.

En kvantitativ studie från distriktssjukhuset i Tansen, Palpa distrikt, på landsbygden väster om Kathmandu, tillförde data kring kvinnor, som sökte vård först när komplikationer uppstod. Studien gav viktiga data om gravida kvinnors utsatthet innan de remitterats till sjukhusvård (26). Undertecknad har arbetat med sjuksköterskestudenter på Tansen Hospital i ett halvår och först på plats insett vilka geografiska och kulturella problem det fanns innan kvinnorna fick hjälp och vård. Mahats båda studier använde också kvantitativa metoder. Hans studier visade på attityder och kunskap hos ungdomar angående reproduktiv hälsa, vilket var

representativt för studien. ( 24, 22) Båda studierna hade ett litet urval och Mahat var den enda av författarna som nämner etiska överväganden. Det var positivt, som barnmorska, att lyfta fram studier från en omvårdnadstidskrift som Journal of Advanced Nursing (24, 22). Studien om kunskap och attityder kring HIV/AIDS hos en grupp sjuksköterskestudenter var den första i sitt slag enligt studiens författare. I materialet fanns inte skolans namn eller geografiska placering angivet (24). I studien på en privatskola intervjuades eleverna på engelska. Det antas att ungdomarna klarade språket och en resursperson var närvarande för att svara på eventuella frågor. Även i denna studie var namnet på skolan utlämnat.

De studier som fördjupat resultatet är de, som grundar sig på intervjuer och samtal i fokusgrupper (18, 27, 22). De båda fokusgrupperna hade få deltagare. I studierna fanns blandade grupper, vilket gav bredare erfarenheter och ett litet antal kan förenkla gruppens samtal. Forskningsassistenternas roll var att se till att alla får komma till tals. Studien från Jumla distrikt, som handlade om förlossningar på landsbygden, var 18 tillskott till studien och stämmer väl överens med de erfarenheter som kommit fram i personliga samtal med nepaleser, boende på landsbygden, som undertecknad har mött (27).

## **Resultatdiskussion**

Litteraturstudien visar att kvinnors reproduktiva hälsa är ett stort ämne med flera dimensioner för Nepals kvinnor. Den enskilt mest framträdande faktorn i denna studie är kunskapsbrist, som orsakar flickor och kvinnor stor osäkerhet och lidande. Exempelvis risk för STI och HIV-smitta, graviditetskomplikationer då tillgång till vård varierar, för att nämna några risker ( 27, 25, 26, 23 Soluppgångsmodellen, en kognitiv karta, som gör det lättare att upptäcka, tolka, och förklara sammanhang som påverkar omsorgen. Ramarna för teorin visar på samband mellan nyckelfaktorerna i sociala och kulturella dimensioner, som skapar individens, familjers, grupper och samhällens världsbild. Med hjälp av faktorerna i denna modell ska man ge vård, som är anpassad till individens kulturella behov (16) Det finns behov av större medvetenhet och kunskap kring sexualitet och sjukdomar som STI, HIV och hur man skyddar sig mot graviditet. Inom skolan behövs utbildad personal och mod att genomföra sexualundervisning, till exempel (21, 19). Här kan man knyta an till två typer av omsorg som bygger på olika former av kunskap. Den naturliga omsorgen bygger på familjär och traditionell kunskap och den professionella omsorgen innebär inlärd kunskaper från institutioner för vårdutbildningar Leininger (16). Det kvinnor i allmänhet lär sig om samlivet kommer från de äldre kvinnorna i storfamiljen. Dessa kvinnor har ansvaret för familjens hälsa och att föra traditioner vidare (6).

En av studierna tar upp begreppet Life Skills Based Education, ett begrepp som innebär att kunskap och psykosocial förståelse sammanvävs, viktigt i allt preventionsarbete och särskilt viktigt när djupt rotade attityder ska förändras relaterat till sexualitet och familjeplanering (18,19) Den utbildade barnmorskans roll är att ge stöd, omvårdnad och råd, vilket innebär förebyggande åtgärder och behandling inom reproduktionsområdet. I yrkesrollen ingår också att ge råd i hälsofrågor och utbildning till kvinnor, familjer och i samhället (9). Att ändra attityder och invanda mönster är en lång process, som måste få ta tid (18). Det finns en risk att olika preventionsprogram, som genomförs av nationella och internationella organisationer, blir en händelse, ett avbrott från det vardagliga livet, och sedan görs det statistik på det genomförda. Sådana program måste alltid utvärderas och följas upp (18). Frågor som bör ställas är: Vad hände? Nådde informationen fram? Vem tar ansvar för nästa steg i detta preventionsprogram? Om inte programmen följs upp riskerar resultatet bli negativt. Pokhrel vill i sin studie förena HIV-prevention med

den nepalesiska kulturen och traditionen och visar på konkreta förslag (25) och. hans mål med preventionsprogrammen sammanfaller med Leiningers tanke om kulturkongruent omsorg (17).

Den unga kvinnan har lägst ställning i familjen och får finna sig i vad mannen, svärföräldrar och svågrar bestämmer. Kvinnan kan inte bestämma över sin sexualitet, inte ens påverka hur många barn hon vill föda. Hon är utsatt för sexuellt överförbar smitta, särskilt om mannen periodvis arbetar långt borta från hemmet eller har andra sexuella kontakter. Hon kan inte själv bestämma om eller när hon ska söka vård för sig själv eller barnen. Storfamiljen avgör var hon ska föda sitt barn och kvinnans säkerhet beaktas inte förrän komplikationer uppstår. I det läget kan det ta lång tid innan man får någon hjälp (19, 27). Kvinnor, främst på landsbygden, lever med stor hälsorisk angående sin reproduktiva hälsa. Det är långt från intentionerna i WHO:s definition om reproduktiv hälsa, där man beskriver rätten att känna tillfredsställelse och trygghet i sexuallivet samt att känna till och kunna använda olika familjeplaneringsmetoder (19). När kvinnor i Nepal får kunskap om detta kommer de att må bättre fysiskt, psykiskt och socialt. Utvecklingen i städerna går mot en större öppenhet i många avseenden. Min personliga önskan är att det spänningsfält som unga människor och deras familjer upplever när traditionen ställs mot nya värderingar får fortsätta i ett samtal så att förståelse för varandras situationer kan växa fram. Detta gäller inom alla de områden, som Leiningers lyfter fram i soluppgångsmodellen.

Utbildning och ökad kompetens för olika personalgrupper inom hälsoväsendet efterfrågas i några studier och att landsbygdsbefolkningen är i särskilt stort behov av förebyggande vård och sjukvård, då den länge varit eftersatt och kvinnor på landsbygden är en riskgrupp för HIV-smitta (18, 23). En personlig önskan är att Nepal skulle satsa på kommunbaserade barnmorskor, där man enligt svensk modell utbildar sig i och inkluderar folkhälso- och familjeperspektivet. Svenska SIDA ger bistånd till sådana projekt i Nepal i samarbete med lokala organisationer (NGO) (29). Förslag från en studie är att det ska finnas kliniker för sexuell och reproduktiv hälsa där ungdomar och nygifta ska kunna få råd i frågor kring prevention och sexualitet. Här ska hälsorisker kommuniceras och förnekandet av HIV och AIDS ersättas av korrekt kunskap (19). I egenskap av barnmorska är det lätt att citera från "A Decade of Action for Human Resources for Health" från World Health Assembly 2006 (29):

*Investing in midwives and others with midwifery skills saving the lives of mothers and newborns and improving their health*

Sådan verksamhet liknar det arbete som utförs inom svensk mödrahälsovård och på ungdomsmottagningar. Utvecklingsarbete bör tillåtas ta tid för att integreras med kultur och tradition, en kulturkongruent omsorg (16), som inom landet måste ta hänsyn till olika folkgrupper (1). Det är särskilt viktigt om man vill nå både utbildade och utbildade nepaleser.

I en studie från en privatskola känner 24 % av ungdomarna någon person, som har HIV. Samma elevgrupp har bristande kunskaper om hur man skyddar sig mot STI-smitta (22). Frågan är: Är det rädslan att stigmatiseras som styr hur man reagerar på denna sorts kunskap(20) och kan smittan undgåas om man inget vet? Är det så fatalismen/ödestron ser ut? I så fall är den en försvårande faktor vid förändringar. En annan fundering är varför inte geografisk plats anges i en av studierna (22). Finns det risk att deltagarna får utstå trakasserier om undersökningens innehåll blir känd för omgivningen?

Barnmorskans roll är att stärka kvinnor i olika situationer, omfattande kvinnans hälsa och sexualitet samt barnavård. Den utbildade barnmorskan har mycket att bidra med i

ett utvecklingsland som Nepal. Målet för hälsa och utbildningsinsatser beskrivs i en studie (19), vilket är fokus i denna studie och tankarna bakom soluppgångsmodellen. Det är förbättringar inom områden som migration, hälsostatus, könsdiskriminering och långsiktig förändring angående utbildning, speciellt för flickor (23).

Denna studie börjar med berättelsen om studenters förvåning och osäkerhet i mötet med sexualundervisning. Min mening var inte att genera någon, men i ett ögonblick blev de kulturella skillnaderna väldigt tydliga för undertecknad. Studenterna fick samtala i smågrupper och formulera för- och nackdelar med sexualundervisning. En diskussion följde och när studenterna insåg att inte alla i västvärlden har sexuellt umgänge, på det vis, som de uppfattat via media och TV, blev ämnet avdramatiserat. En annan detalj har med kultur och språk att göra. Sjuksköterskestuderande i Nepal läser sin yrkesutbildning på ett främmande språk, engelska, vilket ibland leder till svar tagna ordagrant från läroboken och tanken har slagit mig; Tänk om utbildningar inom vården kunde ske på hemspråket.

20

### **Konklusion**

Resultatet visar att det finns många och komplexa faktorer som påverkar den reproduktiva hälsan för Nepals kvinnor. Kunskap och tillgång till information är en avgörande faktor för kvinnors hälsa. Dessutom påverkar de socioekonomiska och geografiska skillnaderna vilka som får möjligheter till en god reproduktiv hälsa.

### **Förslag till fortsatt forskning**

Det behövs mer kvalitativ forskning och en studie föreslår: utvärdera kulturellt och psykologiskt inflytande på ungdomars sexvanor och rikta effektiva hälsoinsatser mot ungdomar, familjer inklusive fäder (19). Det skulle vara mycket intressant att fördjupa sig mer i detta ämne i exempelvis en interventionsstudie.

## REFERENSER

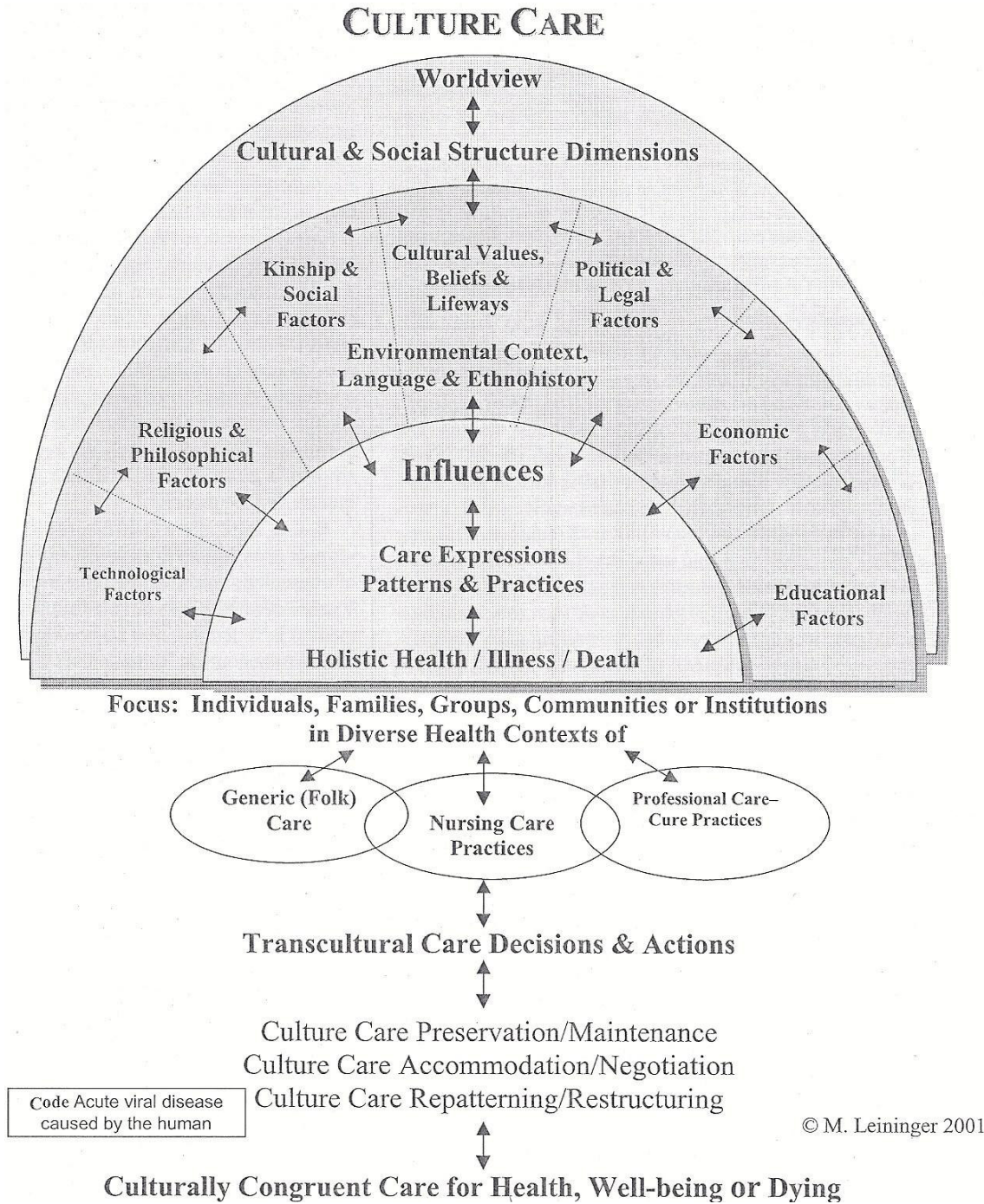
1. Beine D K. Ensnared by AIDS, Cultural Contexts of HIV/AIDS in Nepal. 21  
Kathmandu, Mandala Book Point; 2003.
2. World Health Organization. WHO. available at:  
[www.who.int/countries/npl/en/2009](http://www.who.int/countries/npl/en/2009).
3. The World Bank. available at:  
[http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/NPALEXTN/0\\_2008-08-30\\_11.30](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/SOUTHASIAEXT/NPALEXTN/0_2008-08-30_11.30)
4. UNAIDS. available at:  
[www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/nepal.asp20070825](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/nepal.asp20070825)
5. Family Health International. FHI. available at:  
[www.fhi.org/en/CountryProfiles/Nepal/index.htm2008](http://www.fhi.org/en/CountryProfiles/Nepal/index.htm2008).
6. Lindstrand A, Bergström S, Rosling H, Rubensson B, Stenson B.  
Global Health an introductory textbook, Lund, Studentlitteratur AB; 2006.
7. Bista, D.B. Fatalism and Development, Nepal's struggle for modernization.  
Patna, India. Orient Longman Ltd; 1999.
8. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. NAIDS. available at:  
[www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp](http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp), 2008.
9. National Centre for AIDS and STD Control. NCASC. available at:  
[www.ncasc.gov.np2008-11](http://www.ncasc.gov.np2008-11)
10. World Health Organization. WHO. available at:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/en/print.html> 2009.
11. Regeringskansliet. Tillgänglig från URL:  
[www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file\\_archive/060621/9649d2011fd4f5bb858acf149189c67/konventionstexter\\_pdf-version.pdf](http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/060621/9649d2011fd4f5bb858acf149189c67/konventionstexter_pdf-version.pdf)
12. United Nations Populations Fund. UNFPA. available at:  
[unfpa.org/en/programmes/reproductive.php](http://unfpa.org/en/programmes/reproductive.php) 2009.
13. United Nations. UN Millennium Development Goals. Geneva. 2004  
available at: [www.un.org/millenniumgoals](http://www.un.org/millenniumgoals), accessed 3 May 2004.
14. Regeringskansliet. Tillgänglig från URL:  
[www.humanrights.gov.se/extra/document/?instance=1&action\\_show\\_document.566.=1](http://www.humanrights.gov.se/extra/document/?instance=1&action_show_document.566.=1)

15. Svenska Barnmorskeförbundet. Tillgänglig från URL:  
[http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska\\_koden.doc](http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc)
16. Reynolds CL, Leininger M. Cultural Care Diversity and Universality Theory. Newbury Park, Sage Publications; 1993.
17. Leininger, M, McFarland M. Transcultural nursing – concepts, research & practice. New York, Mc Graw-Hill; 2002.
18. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Adolescent girl's life aspirations and reproductive health in Nepal. Repr Health Matters 2001; 9(17) 91-99.
19. Regmi K. Opportunities and Challenges of Sexual Health Services among Young People: A Study in Nepal. J Sex Med 2009; 6:352-261.
20. Furber A S, Newell J N, Lubben, M. A systematic review of current knowledg 22 HIV epidemiology and of sexual behaviour in Nepal. Trop Med Int Health 2002; 7 (2) 140-148.
21. Puri M, Cleland J. Sexual behaviour and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers in Nepal. J Adol Health 2006; 38, 237-246.
22. Mahat G, Scoloveno M A. HIV/AIDS knowledge, attitudes and beliefs among Nepalese adolescents. J Adv Nurs 2006; 53 (5) 583-590.
23. Smith-Estelle A, Gruskin, S. Vulnerability to HIV/STI among Rural Women from Migrant Communities in Nepal: A Health and Human Rights Framework, Repr Health Matters 2003; 11 (22) 142-151.
24. Mahat G, Sanzero E L. HIV/AIDS and universal precautions: knowledge and attitudes of Nepalese nursing students. J Adv Nurs 2009; 65 (9),1907-1915.
25. Pokhrel P, Shekhar R, Piedade E. HIV/AIDS Prevention in the Nepalese Context. Eval & the Health Prof 2008; 31 (2) 198-210.
26. Furber A S. Referral to hospital in Nepal: 4 years experience in one rural district. Trop Dr 2002; 32, 75-84.
27. Thapa N, Chongsuvivatwong V, Geater, A F, Ulstein, M. High-Risk Childbirth Practices in Remote Nepal and Their Determinants. Wom & Health 2000; 31(4).
28. Forsberg C, Wengström Y. Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm, Natur och Kultur; 2003.
29. United Nations Populations Fund. UNFPA. available at:  
www. International forum on training and scaling-up midwives and others with midwifery skills. 20100520.

**TABELLER**

Tabell, Folkhälsodata i Nepal..... 5





## **Förkortningar**

Bilaga 2

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
FCSW	Female commercial sex worker
HIV	Human Immune deficiency Virus
NCASC	National Centre for Aids & STD Control
NGO	Non-Governmental Organisation
PLWAIDS	People living with AIDS
SIDA	Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete
STI	Sexually transmitted infection
TBA	Traditional Birth Attendance

## Artikelpresentation

Bilaga 3;1

Ref-nr	Titel	Författare	Land, årtal	Syfte	Metod	Urval	Antal ref.
18	Adolescent girls' life aspirations and reproductive health in Nepal	Mathur S, Malhotra A, Mehta A	Nepal 2001	Att stärka reproduktiv hälsa på landsbygden och i städer i Nepal	Kvantitativ metod: Hushållsundersökning Kvalitativ metod: 12 fokusgrupper, ett 40-tal aktiviteter där blandade grupper deltog samt intervjuer	965 hushåll, 752 vuxna, 742 ungdomar 14-24 år	13
19	Opportunities and Challenges of Sexual Health Services among Young People; A Study in Nepal	Regmi K	Nepal 2008	Att evaluera och sammanfatta möjligheter och utmaningar för sexuell hälsoarbete bland ungdomar i Nepal	Kvantitativ metod: Databaser, policydokument, FN-data	Ungdomar mellan 15-24 år	58
20	A systematic review of current knowledge of HIV epidemiology and of sexual behaviour in Nepal	Furber A S, James N, Lubben N	Nepal 2002	Identify gaps in current knowledge about HIV and sexual behaviour	Kvantitativ metod: Databaser och journaler samt expert kontakter	Åldrar 15-49 Personlig kontakt med 20 experter	32
21	Sexual behaviour and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers In Nepal	Puri M, Cleland J	Storbritannien 2004	Att analysera sexuellt beteende och risker att få STI och HIV	Kvantitativ metod: Frågeformulär kvalitativ metod: Djupintervjuer, huvudteman kodades och analyserades	1050 arbetare, 500 pojkar, 550 flickor. 14-19 år	25
22	HIV/AIDS knowledge, attitudes and beliefs among Nepalese adolescents'	Mahat G	USA 2005				

## Bilaga 3;2

23	Vulnerability to HIV/STIs among Rural Women from Migrant Communities in Nepal; A Health and Human Rights Framework	Smith-Estelle A, Gruskin S	USA 2003	Att belysa hur migration, hälsostatus, könsdiskriminering och tillgång till utbildning påverkar utsattheten för HIV/AIDS hos kvinnor	Kvantitativ metod: data från policydokument Kvalitativ metod: intervjuer med representanter och kvinnor på en klinik	900 kvinnor från 2 landskommuner 15-49 år Ledande personer i kommunen	38
24	HIV/AIDS and universal precautions: knowledge and attitudes of Nepalese nursing students	Mahat G, Sanzero Ellen L	USA 2009	Att kartlägga sjuksköterskestudenter kunskap och attityder kring HIV/AIDS och förebyggande åtgärder	Kvantitativ metod Frågeformulär	127 kvinnliga sjuksköterskestudenter	27
25	HIV/AIDS prevention in a Nepalese context/ Evaluation & the Health Professional	Pokhrel P, Regmi S, Piedade E	USA 2008	Att framställa den ”unika nepalkontexten” i förhållande till prevention av HIV/AIDS	Kvantitativa metod: data från nationella dokument och material från FN.	Riskgrupper för HIV/AIDS	41
26	Referral to hospital in Nepal: 4 years experience in a rural district	Furber AS	Nepal 2002	Belysa patienters väg från primär till sjukhusvård på landsbygden i Nepal	Kvantitativ metod:  Genomgång av remisser och journaler	Remisser och journaler 156 gravida kvinnor	17
27	High-Risk Childbirth Practices in Remote Nepal and Their Determinants	Thapa N, Chongsuvivatwong V, Geater A F, Ulstein Magnar	Thailand 2000	To describe birth-related practices and their determinants in Jumla district	Kvantitativ metod: hushållsenkät, kvalitativ metod: 4 fokusgrupper samt djupintervjuer med 14 personer	657 kvinnor	19

