

Ett liv för ett liv – mödradödlighet i utvecklingsländer söder om Sahara

En kvalitativ litteraturstudie

Clarissa Grönblom

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård BM
Identifikationsnummer:	8320
Författare:	Clarissa Grönblom
Arbetets namn:	Ett liv för ett liv – mödradödlighet i utvecklingsländer söder om Sahara En kvalitativ litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Uppdragsgivare:	
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete ingår i ett samarbetsprojekt med humanitära organisationen PADET. Temat för studien är mödradödlighet som ett fenomen och forskningsperspektivet är kvinnan och hennes hälsa under graviditeten. Syftet med studien är att öka kunskap om denna världsaktuella problematik och få denna vetskap ut till vårdpersonal och medmänniskor samt för att få en bättre uppfattning om de faktorer som påverkar kvinnors hälsa och mödradödligheten i utvecklingsländer söder om Sahara i Afrika och via den processen finna möjliga faktorer som kan spela en hjälparende roll i att minska mödradödligheten i dessa länder. Frågeställningarna i studien är: vilka faktorer påverkar kvinnans hälsa under mödradödlighetsperioden? Vilken är barnmorskans roll i inverkan på minskningen av mödradödlighet?. Studien är en kvalitativ litteraturstudie. Litteratursökning skedde genom en inledande och en egentlig litteratursökning. De vetenskapliga artiklarna som valts ut för denna litteraturstudie kommer från databaserna Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL, Google Scholar samt PubMed. Sökning av artiklar resulterade i sammanlagt 14 stycken artiklar. Dessa artiklar är skrivna mellan år 2004 - 2011. Datainsamlingen samt dataanalysen gjordes utgående från Fribergs (2006) bok om litteraturbaserade examensarbeten. Som studiens teoretiska referensram fungerar Barnmorskans etiska koder, framförda av Thompson et al. (2003). Resultaten visar att sociala, ekonomiska och kulturella bestämningsfaktorer påverkar kvinnans hälsa under mödradödlighetsperioden i utvecklingsländerna. Förändring och förbättring måste ske inom flickors och kvinnors möjlighet till utbildning, undervisning om sexualitet och samlevnad, tillgång till preventivmedel och säkra aborter samt mer adekvat och säker hälso- och förlossningsvård för mödrar. Ökning av andelen kvinnor som föder barn med hjälp av professionell assistans samt tillgång till akut förlossningsvård, är de mest väsentliga faktorerna för att globalt kunna minska mödradödlighet.</p>	
Nyckelord:	Mödradödlighet, utvecklingsländer, påverkande faktorer, kvinnans hälsa, barnmorska, minskning
Sidantal:	77
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	16.11.2012

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Care
Identification number:	8320
Author:	Clarissa Grönblom
Title:	A life for a life - maternal mortality in developing countries in Sub-Saharan Africa A qualitative literature review
Supervisor (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Commissioned by:	
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is part of a joint project with the humanitarian organization PADET. The theme of the study is maternal mortality as a phenomenon. The perspective of the research is the woman and her health during pregnancy. The purpose of this study is to increase knowledge about this current world problem and to communicate this knowledge to people in general and health professionals. Also to get a better idea of how and why the mortality affects women's health in developing countries in sub-Saharan Africa, in terms of influencing factors. And through the process finding possible factors that may play a facilitating role in helping to reduce the maternal mortality rate in these countries. The questions in the study are: What factors affect a woman's health during the period of maternal mortality? What is the midwife's role in the impact on the reduction of maternal mortality?</p> <p>The study is a qualitative literature review. Literature search was done as an initial and a proper literature search. The articles selected for this study come from the databases Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL, Google Scholar and PubMed. The article search resulted in a total of 14 articles. These articles are written between 2004 - 2011. This thesis consists of a literature review and a qualitative content analysis according to Friberg's (2006) work on literature-based studies. The Code of Ethics for Midwives, by Thompson et al. (2003) has been used as the study's theoretical framework. The results show that social, economic and cultural determinants affect a woman's health during the period of maternal mortality in developing countries. Change and improvement must be made within girls' and women's access to education, teaching about sexuality and relationships, access to contraception and safe abortion. As well as more appropriate and safe health- and obstetric care for mothers. Increasing the percentage of women who give birth with the help of professional assistance and access to needed emergency obstetric care, are the most significant factors for global reduction of maternal mortality.</p>	
Keywords:	Maternal mortality, developing countries, influencing factors, women's health, midwife, reduction
Number of pages:	77
Language:	Swedish
Date of acceptance:	16.11.2012

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	8320
Tekijä:	Clarissa Grönblom
Työn nimi:	Elämä elämästä - äitiyskuolleisuus kehitysmaissa Saharan eteläpuolisessa Afrikassa Kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus
Työn ohjaaja (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Toimeksiantaja:	
<p>Tiivistelmä: Opinnäytetyö on osa yhteistä projektia humanitaarisen järjestön PADET:in kanssa. Teemana tutkimuksessa on äitiyskuolleisuus ilmiönä ja tutkimuksen näkökulma on nainen ja hänen terveys raskauden aikana. Tämän tutkimuksen tarkoitus on lisätä tietoa tästä ajankohtaisesta maailmanongelmasta ja saada tämä tieto ulos terveysalan ammattilaisille ja kansaihmisille ja sen lisäksi saada paremman käsityksen niistä tekijöistä jotka vaikuttavat naisten terveyteen ja äityiskuoleisuuteen Saharan eteläpuoleisissa kehitysmaissa. Ja prosessin aikana löytää mahdollisia tekijöitä, jotka voivat auttaa vähentämään äitiyskuolleisuus näissä maissa. Kysymyksiä tutkimuksessa on: Mitkä tekijät vaikuttavat naisen terveyteen äitiyskuolleisuusajan aikana? Mikä on kättilön roolin vaikutus äitiyskuolleisuuden vähentämisessä? Tutkimus on kvalitatiivinen kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuushaku tehtiin alustavana ja varsinaisena. Ne tieteelliset artikkelit joita valittiin tähän tutkimukseen tulevat tietokannoista Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL, Google Scholar ja PubMed. Tiedonhaku johti yhteensä 14 artikkeliin. Nämä artikkelit on kirjoitettu vuosina 2004 - 2011. Tiedonkeruu ja tietojen analysointi perustuivat Fribergin (2006) kirjaan kirjallisuuteen perustuvista opinnäytetöistä. Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä toimii Kättilön Eettiset Ohjeet, Thompson et al. (2003) esittäminä. Tulokset osoittavat että sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset tekijät vaikuttavat naisen terveydentilaan äitiyskuolleisuuden aikana kehitysmaissa. Muutoksia ja parannuksia on tehtävä tyttöjen ja naisten mahdollisuuksiin päästä koulutukseen, seksuaali- ja parisuhdeopetukseen, mahdollisuuksiin ehkäisyvälineiden saamiseen, turvallisiin abortteihin sekä tarkoituksenmukaisempaan ja turvallisempaan terveys- ja synnytys hoitoon äideille. Lisäämällä niiden naisten määräluku, jotka synnyttävät lapsia ammattilais avulla sekä mahdollisuus akuuttiin synnytyshoitoon ovat merkittävimmät tekijät globaalisti vähentämään äitiyskuolleisuutta.</p>	
Avainsanat:	Äitiyskuolleisuus, kehitysmaat, vaikuttavat tekijät, naisen terveys, kättilö, vähentäminen
Sivumäärä:	77
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	16.11.2012

INNEHÅLL

FÖRORD	8
<i>"The Hand That Rocks The Cradle Is The Hand That Rules The World"</i>	8
1 INLEDNING	9
2 DEFINITIONER	11
3 BAKGRUND	15
3.1 Mödradödlighet – inledning	15
3.2 Reproduktiv hälsa och mödradödlighet.....	16
3.3 Millenniumutvecklingsmål 5.....	17
3.4 Globala initiativ inom förbättring av mödradödlighet	18
3.5 Utbredning	20
3.6 Mätning av mödradödlighet	21
3.7 Kliniska orsaker till mödradödlighet	23
4 PROBLEMPRECISERING	26
5 SYFTE & FRÅGESTÄLLNING	26
6 TEORETISK REFERENSRAM	27
6.1 Barnmorskans etiska koder.....	28
6.2 Mellanmänskliga relationer i barnmorskans arbete.....	28
6.3 Praktiska barnmorskearbetet	29
6.4 Etiska kodens övriga aspekter	29
7 METOD	30
7.1 Litteraturoversikt som metod	31
7.2 Datainsamling.....	32
7.2.1 <i>Genomförandet av datainsamlingen</i>	32
7.2.2 <i>Inkluderings- och exkluderingskriterier</i>	35
7.2.3 <i>Material</i>	36
7.2.4 <i>Sökvägar och sökord</i>	38
7.3 Sammanställning av artiklar som analyseras i arbetet.....	42
7.4 Databearbetning	47
7.4.1 <i>Genomförandet av databearbetningen</i>	47
8 DESIGN	49
9 ETISK REFLEKTION	50

10	RESULTAT	51
10.1	Kvinnans hälsostatus	53
10.1.1	Ålder	53
10.1.2	Paritet	53
10.2	Social Status.....	54
10.2.1	<i>Kvinnan i samhället</i>	54
10.2.2	<i>Kvinnans utbildning</i>	54
10.3	<i>Finansiella faktorer</i>	55
10.3.1	<i>Ekonomisk fördelning</i>	55
10.3.2	<i>Vårdkostnad</i>	56
10.3.3	<i>Transportkostnad</i>	56
10.3.4	<i>Avstånd</i>	57
10.4	Kulturella faktorer	57
10.4.1	<i>Seder och vanor</i>	57
10.4.2	<i>Hemförlossning</i>	58
10.4.3	<i>Kunskap om graviditet och förlossning</i>	58
10.5	Användning av antenatal vård.....	59
10.6	Tillgång till aborttjänster	60
10.7	Kvalitet på vård - och hälsosystemet.....	61
10.8	Utbildning av barnmorska och TBA.....	62
10.9	Vårdarens kunskap.....	62
11	Attityder	64
12	Barnmorskans erbjudande av tjänster	64
12.1	Mödravård	64
12.2	Sexuella och reproduktiva rättigheter.....	65
12.3	Spridning av kunskap	65
13	RESULTATET ÅTERSPEGLAT TILL TEORETISKA REFERENSRAMEN	66
14	KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION	69
15	SLUTORD	72
Källor	73	
Bilagor	78	

Figurer

Figur 1. Redogörelse för de olika faserna i arbetsgången vid en litteraturöversikt.....	34
Figur 2. Redovisning för arbetsgången i examensarbetet.....	49
Figur 3. Resultat av innehållsanalysen indelat i kategorier.....	52

Tabeller

Tabell 1. Redogörelse över sökvägar och sökord i databaser.....	39
Tabell 2. Presentation av medtagna och analyserade forskningsartiklar i studien.....	43

FÖRORD

*"The Hand That Rocks The Cradle
Is The Hand That Rules The World"*

*Blessings on the hand of women!
Angels guard its strength and grace,
In the palace, cottage, hovel,
Oh, no matter where the place;
Would that never storms assailed it,
Rainbows ever gently curled;
For the hand that rocks the cradle
Is the hand that rules the world.*

*Infancy's the tender fountain,
Power may with beauty flow,
Mother's first to guide the streamlets,
From them souls unresting grow--
Grow on for the good or evil,
Sunshine streamed or evil hurled;
For the hand that rocks the cradle
Is the hand that rules the world.*

*Woman, how divine your mission
Here upon our natal sod!
Keep, oh, keep the young heart open
Always to the breath of God!
All true trophies of the ages
Are from mother-love impearled;
For the hand that rocks the cradle
Is the hand that rules the world.*

*Blessings on the hand of women!
Fathers, sons, and daughters cry,
And the sacred song is mingled
With the worship in the sky--
Mingles where no tempest darkens,
Rainbows evermore are hurled;
For the hand that rocks the cradle
Is the hand that rules the world.*

William Ross Wallace

Denna berömda dikt av William Ross Wallace hyllar moderskapet som den mest framstående kraften att förändra världen. Men kommer detta fina ögonblick någonsin när döden slår till så snabbt? Hur kan en mamma någonsin kunna vagga sitt barn när hon avlider innan hon kan höra sitt barn gråta?

1 INLEDNING

Det har varit en aning svårt att hitta och bestämma sig för ett särskilt ämne som för skribenten kändes intressant att forska inom. Men när handledare Pirjo Väyrynen gav ett förslag om att forska inom antingen barn - eller mödradödlighet blev detta fort intressant och fascinerande. Vidare utforskning inom dessa förslag visade snabbt att mödradödlighetsområdet var det som skribenten ville satsa på. I och med att skribenten studerar på vårdprogrammet samt till barnmorska, har vården av kvinnor kommit allt närmare under årens lopp. Som barnmorske-studerande har skribenten varit i nära kontakt med vården av gravida kvinnor samt av kvinnor i förlossningskontext. Jag har fått upp ögonen för och lärt mig hurudan vård dessa kvinnor har möjlighet till. Blivande mödrar i det finländska samhället har tillgång till en fungerande och lätt tillgänglig mödravård. Kort sammanfattat, syftet med rådgivningstjänsterna för mödravård är att garantera moderns samt barnets välmående.

Men detta är ingen självklar sak för alla blivande mödrar runt om i världen, speciellt inte i utvecklingsländer. I stället för att graviditet och förlossning borde vara och ses som en spännande tid med glädje, lycka och hopp, så kan det resultera i allt annat än detta. I utvecklingsländer är graviditet och förlossning en ledande orsak till dödsfall bland kvinnor.

Den största hälsoskillnaden mellan utvecklade och utvecklingsländer kan ses i moderskapsdödlighetsnivåerna. Globalt sett beräknas 585.000 kvinnor dö av graviditetsrelaterade orsaker varje år, 99 % av dessa dödsfall inträffar i utvecklingsländerna. (Ray; Salihu, 2004:5).

Detta ämne är därför väldigt viktigt och aktuellt inom vården runt om i världen. Som vårdare och barnmorska har vi alla därför ett ansvar att förbättra mödrarnas ställning och överlevnad och därmed ge dem chansen att fortsätta leva tillsammans med sin nyfödda. Ge dessa kvinnor rätten till liv helt enkelt.

I detta examensarbete undersöks vilka som är de största påverkande orsakerna till mödradödlighet samt på vilket sätt man skulle kunna minska mödradödlighet i utvecklingsländerna.

Detta slutarbete ingår i ett samarbetsprojekt mellan Arcada- Nylands svenska yrkeshögskola och med den humanitära organisationen PADET.

Professional Alliance for Development in Ethiopia (PADET) är en inhemsk, icke-vinstdrivande, icke-statlig, humanitär organisation som grundades år 1998 av en grupp frivilliga utvecklingsprofessionella som arbetade inom statliga och icke-statliga organisationer. PADET grundades i syfte att tjäna de fattigaste och mest utsatta och marginaliserade delarna av befolkningen, särskilt barn, ungdomar och kvinnor. Under årens lopp har PADET vuxit till att betjäna sina målgrupper genom deltagande i utvecklingsprogram med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa, HIV / AIDS och vård, samt tryggad livsmedelsförsörjning / livsuppehållande. (PADET (u.å)). [Broschyr].

2 DEFINITIONER

I detta stycke definieras olika synonymer, förkortningar/ord/ begrepp som skribenten använder i sin studie för att underlätta läsningen av arbetet.

I detta arbete används följande ord synonymt:

Arbete – studie

Mödradödlighet - moderskapsdödlighet (se begrepps definition nedan)

Med vårdpersonal avses läkare eller barnmorska som vårdar föderskan/ sköter förlossningen

Här nedan följer en förklaring av några ord/förkortningar/begrepp som används i arbetet:

Abort = avbrytande av havandeskap (Svenska akademien. 1998: 1). Osäkra aborter beräknas stå för 13% av mödradödligheten globalt. Afrika står för 25% av alla illegala aborter som utförs i världen och mindre än 1% av alla lagliga aborter. Den uppskattade andelen av alla graviditeter som avslutas med abort i Afrika är bara 15%, den lägsta för alla kontinenter. Detta beror delvis på stränga sanktioner mot abort i de flesta afrikanska länder, men också på en önskan om större familjer än i resten av världen. (Baggaley; Burgin; Campbell. 2010: 1).

Dödfödsel = Dödfödd; ett barn som föds utan livstecken (efter 28:e graviditetsveckan) kallas dödfött. (Lundh; Györki. 1983: 60).

FNs generalförsamling = Generalförsamlingen är Förenta Nationernas centrala organ. Generalförsamlingens funktion inkluderar bl.a. att diskutera sätt och metoder för att förbättra barns, ungdomars och kvinnors situation. Att diskutera hållbar utveckling och mänskliga rättigheter. (Unric. [www]).

Hypertoni = Med hypertoni menas högt blodtryck. (Sahlin- Úlfssdóttir et al. 2009:178).

Obokad status = att kvinnan inte varit och visat upp sig för vård och därmed inte fått antenatal vård under sin graviditetstid. (Igberase; Ebeigbe. 2007:276).

Obstetrik = läran om graviditetens, förlossningens och barnsängstidens fysiologi samt sjukdomar och om vården av dessa. (Lundh; Györki. 1983: 186). Med obstetrisk komplikation menas komplikationer som uppstår under sen graviditet, förlossning eller under barnsängstiden (från det att barnet är fött till sex veckor efter förlossning).

Postpartum blödning = blödning efter förlossning, definieras allmänt som blodförlust större än eller lika med 500 ml inom 24 timmar efter födseln, medan allvarlig postpartum blödning är blodförlust större än eller lika med 1000 ml inom 24 timmar. Detta är den vanligaste orsaken till maternella dödsfall över hela världen. (WHO. 2009:1).

MDG 5 = Millenniumutvecklingsmål 5. Ett av åtta mål för utveckling i Millenniumdeklarationen (Hogan et al. 2010: 1). Målet är att förminska mödradödlighetsförhållandet med 75 % från år 1990 till år 2015. (Montagu et al. 2011: 1).

MDR = maternal deaths reviews, en kvalitativ fördjupad undersökning av orsakerna till och omständigheterna kring mödradödlighet som förekommer på sjukvårdsinrättningar. (Dumont et al. 2006: 218).

MMR = maternal mortality ratio, förhållandet/proportionen mellan antalet dödsfall bland mödrar per 100.000 levande födda under samma tidsperiod, som är i allmänhet ett år. Används som ett mått på kvaliteten i ett sjukvårdssystem. (Baggaley; Burgin; Campbell. 2010: 2) samt är det viktigaste måttet för att få fram mödradödlighetsrisken (Unicef. 2008:7).

Mortalitet = dödlighet; dödlighet relaterad till hela befolkningen. (Svenska akademien 1998: 553).

MWA = Maternity waiting area, är en miljö där kvinnor med hög risk graviditeter kan vistas under de sista veckorna av graviditeten nära ett sjukhus med omfattande vårdinrättningar för akutvård och- nyfödda . (Kelly et al. 2010:1).

Mödradödlighet/ moderskapsdödlighet = Begreppet mödradödlighet definieras som dödsfall i samband med graviditet eller inom 42 dagar efter att graviditeten är avslutad, oberoende av graviditetens längd eller av någon orsak relaterad till eller förvärrad av graviditet eller dess omhändertagande, men inte p.g.a. olyckshändelser. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009: 1).

Rural = betyder landsbygden eller dess landsbygdsbefolkning.

Safe motherhood = Safe Motherhood Initiative, som lanserades vid Nairobi-konferensen år 1987 förde samman internationella verksamheter med nationella regeringar och icke-statliga organisationer i en enhetlig insats för att förbättra mödrars överlevnad. (Ray; Salihu. 2004:5-6).

Sepsis = blodförgiftning, en allvarlig infektion som beror på att bakterier kommit in i blodet. (Lindberg; Grandelius. 2004: 219).

SSA = Sub-Sahara Afrika. Med detta menas afrikanska länder som befinner sig söder om Sahara. (Alvarez et al. 2009: 2).

Stillbirth = dödfödsel, dödfött barn (Nordstedts ordbok 1998: 794).

TBA = en traditionell förlossnings skötare (Traditional Birth Attendant), även känd som en traditionell barnmorska, samhälls -eller bybarnmorska, en vårdgivare vid graviditet och förlossning. Ger majoriteten av primär mödravård i många utvecklingsländer och kan fungera inom specifika samhällen i utvecklade länder. (Wikipedia [www]).

UNDP = FN:s utvecklingsprogram (United Nations Development Program). UNDP arbetar inom fyra huvudområden: fattigdomsbekämpning och uppnåelse av millenniumutvecklingsmålen (MDG), demokratisk samhällsstyrning, krisförebyggande och återhämtning, miljö och hållbar utveckling. (UNDP [www]).

Unicef = The United Nations Children's Fund arbetar på uppdrag av FN för att förverkliga barns rättigheter. Med barnkonventionen som grund kämpar den i över 190 länder och territorier för alla barns rätt till överlevnad, trygghet, utveckling och inflytande. (Unicef [www]).

Utvecklingsländer = I detta arbete menar skribenten först och främst Etiopien samt utvecklingsländer som är koncentrerade under Sahara öknen i Afrika.

White Ribbon Alliance = (WRA) är en internationell organisation som bildats år 1999, för att främja allmänhetens ökade medvetenhet om behovet av att göra graviditet och förlossning säkert för alla kvinnor och nyfödda i utvecklings- och utvecklade länder. Huvudsakliga syftet är att globalt minska dödsfall hos mödrar -och nyfödda. (Wikipedia. [www]).

WHO = World Health Organisation, Världshälsoorganisationen, är ledande och samordnande auktoritet för internationell hälsa inom FN: s system. WHO- experter ger hälsoriktlinjer och -standarder och hjälper länder att hantera folkhälsofrågor. Genom WHO kan regeringar gemensamt ta itu med globala hälsoproblem och förbättra människors välbefinnande. (WHO [www]).

3 BAKGRUND

I följande kapitel presenterar skribenten en översikt av bakgrunden till mödrasdödlighet enligt den använda litteraturen i form av forskningsartiklar. Kapitlet tar fram information i form av olika teman som tangerar bakgrunden såsom mödradödlighet som ett allmänt fenomen, reproduktiv hälsa och mödradödlighet, millenniumutvecklingsmålet 5, globala initiativ inom förbättring inom minskandet av mödradödlighet, dess utbredning samt mätning av mödradödlighet och kliniska orsaker till fenomenet. Med hjälp av denna bakgrundsbelysning hoppas skribenten att läsaren får mera kunskap om vad moderskapsdödlighet handlar om samt få en bredare inblick i dess situation i utvecklingsländerna.

3.1 Mödradödlighet – inledning

Varje minut dör en moder någonstans i utvecklingsländerna. Att föda barn borde vara en tid fylld av lycka men för mer än en halv miljon kvinnor, resulterar graviditet och förlossning varje år i döden. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009: 1). Detta är fortfarande en stor utmaning för hälso- och sjukvårdssystemen runtom i hela världen. (Hogan et al. 2010: 1). Det uppskattas att mer än 500.000 kvinnor dör varje år i världen på grund av komplikationer i samband med graviditet eller förlossning, hälften av dessa kvinnor lever i Sub-Sahara Afrika (SSA). (Alvarez et al. 2009: 2). I länder såsom Etiopien är mödradödligheten beräknad till 673/100.000 levande födda. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009: 1).

Det har nästan gått två decennier sedan inledandet av Safe Motherhood Initiative, men mödradödligheten är fortfarande mycket hög i de flesta utvecklingsländer. Under år 2000 beräknade WHO mödradödligheten till 920/100.000 levande födda i Afrika söder om Sahara med en livstidsrisk för att en moder dör i 1 av 16 fall. Dessa siffror är väldigt höga i jämförelse med de mer utvecklade ländernas livstidsrisk på 1 av 2800 beräknade under samma tid. (Mpembeni.2007:2).

Undersökningar som gjorts hittills har försökt att kvantifiera antalet och orsaker till mödradödligheten. Att känna till nivån på mödradödligheten är inte tillräckligt, utan man måste ha förståelse för de bakomliggande faktorerna som ledde till dessa dödsfall. Varje dödsfall har en historia att berätta och kan därmed ge indikationer om praktiska metoder för att angripa dess orsaker och bidragande faktorer. Detta ger i sin tur också en exklusiv möjlighet att ta med familjens och samhällets uttalanden om tillgången till och kvaliteten av hälso-och sjukvården. (Kebede et al. 2010: 71). Bland alla regioner i världen, bär Sub-Sahara Afrika (där problemet är som mest akut) den lägsta årliga minskningstakten: 0,1 % (Montagu et al. 2011:1). Det finns en utbredd uppfattning om att framsteg inom minskandet av mödradödligheten har framskridit långsamt samt att det på flertal ställen är icke existerande. Nödvändigheten av grundlig övervakning av mödradödlighet har länge varit känt, att förespråka för resurser och att få politisk uppmärksamhet samt för att följa med framåtskridanden. (Hogan et al. 2010: 1).

3.2 Reproduktiv hälsa och mödradödlighet

Mödradödlighet uppstår p.g.a. risker i samband graviditet och förlossning samt från den resursknappa omsorgskvalitet på hälso-och sjukvården. Effektiva tjänster för att förbättra den allmänna mödravården är i behov av inriktad hälso-och socialpolitik som i sin tur informerar om relevant och korrekt fakta. (Khan et al. 2006: 1066).

Även om nästan alla maternella dödsfall kan undvikas har standardprogram för att förebygga dödsfallen inte varit tillräckligt effektiva för att kontrollera orsakerna till mödradödligheten. År 1998 uppgav WHO's avdelning för reproduktiv hälsa att det hade varit lite bevis på framsteg i arbetet med att reducera antalet maternella dödsfall. I många länder är mödradödlighet den främsta dödsorsaken bland kvinnor i reproduktiv ålder. Svårighetsgraden av problemet har gett upphov till FN's generalförsamling att inrikta sin uppmärksamhet på att förbättra mödrars hälsa. Ingreppen inom reproduktiv hälsa är nödvändiga om mödradödligheten skall kunna lindras. (Gil-González; Carrasco-Portino; Ruiz. 2006: 903).

Globalt sett dör cirka 67.900 kvinnor varje år till följd av osäkra aborter (13% av mödradödligheten) och ca 5,3 miljoner lider av tillfälliga eller permanenta funktionshinder. Tillhandahållande av säker abort skulle förhindra många av dessa dödsfall, emellertid lever 26% av världens befolkning i länder där abort antingen är strängt förbjudet eller tillåts endast för att rädda en kvinnas liv. (Baggaley; Burgin; Cambell. 2010:1).

Afrika söder om Sahara har världens högsta mödradödlighetsförhållanden (MMR). I denna region beror 3,9% av mödradödligheten på framkallade aborter. Det görs uppskattningsvis 19 miljoner osäkra aborter årligen i denna region. Den beräknade andelen av alla graviditeter som avslutas med abort i Afrika är endast 15%, den lägsta för alla kontinenter. Detta beror delvis på stränga påföljder av abort, men också på en önskan om större familjer än i resten av världen. Afrika är också ett av de farligaste områdena för att göra abort. I utvecklade länder är abort/dödsfallförhållandet mindre än 1/100.000 jämfört med utvecklingsländernas 330/100.000. För Afrika enbart är medelvärdet 680/100.000. (Baggaley; Burgin; Cambell. 2010:1).

En förtidig död hos en moder till följd av graviditetsrelaterade orsaker har även betydande konsekvenser för familjen hon lämnar efter sig. I utvecklingsländer står föräldralösa barn under fem år inför en dödsrisk så hög som 50%. (Ray; Salihu. 2004:5).

3.3 Millenniumutvecklingsmål 5

Millennieskiftesuttalandet av FN godkändes år 2000 av 189 stater och omfattar två mål relaterade till maternell hälsa: att minska mödradödligheten med tre fjärdedelar mellan år 1990 och 2015 samt att uppnå en universell och allmän tillgång till reproduktiv hälsa senast vid år 2015. (Alvarez et al. 2009:2). Fokuset på mödradödlighet förstärktes när minskningen av mödradödligheten blev ett av åtta mål för utveckling i Millenniedeklarationen (Millennium Development Goal [MDG] 5). (Hogan et al. 2010: 1).

I juni 2009 gav FN: s råd för mänskliga rättigheter ut en resolution om behovet av förebyggandet av mödradödlighet och - sjuklighet som en angelägen mänsklig rättighetsfråga. Mödradödlighet och - sjuklighet ses som kränkande av en kvinnas rätt till liv, hälsa, utbildning, värdighet och information. (Baggaley; Burgin; Cambell. 2010:1).

Minskandet av den globala bördan för förebyggande maternella, neonatal - och barndödsfall har idag ett högt fokus för den globala hälsogemenskapen. Förbättring av mödra-, neonatal- och barn hälsa (MNCH) var en viktig utvecklingsprioritering i juni 2010 vid G8- toppmötet samt i september 2010 vid millennium toppmötet. Även om den årliga mängden av mödradödlighetsfall har minskat i världen från 526.300 år 1980 till 342.900 under 2008 är det emellertid endast 23 länder som går i rätt riktning för att nå millenniummål 5- målet för att minska mödradödligheten med 75% fram till 2015. (Montagu et al. 2011:1).

För att uppnå detta femte millenniummål (MDG 5) kommer det att krävas politiskt deltagande, resurser och användbara strategier. Vissa studier har sökt efter de avgörande faktorer som påverkar mödradödligheten i utvecklingsländerna, men en genomgång av de senaste uppgifterna visar att andra variabler som inte tidigare beaktats bör beaktas. Speciellt pedagogiska variabler behövs för att avgöra om millenniumutvecklingsmålen är möjliga att uppnå. (Alvarez et al. 2009: 2).

3.4 Globala initiativ inom förbättring av mödradödlighet

Sedan 1980- talet har förebyggandet av mödradödligheten i utvecklingsländerna fått allt större uppmärksamhet från internationella hälsoorganisationer. (Ray; Salihu. 2004:5-6). Globala initiativ för att intensifiera interventionspolitik för mödradödlighet började med Safe Motherhood- initiativet under år 1987, ett svar på växande insikt om att primär hälso- och sjukvårdsprogram i många utvecklingsländer inte är tillräckligt fokuserade på mödrarnas hälsa. (Hogan et al. 2010: 1). Safe Motherhood Initiative, som lanserades vid Nairobi konferensen år

1987, förde samman internationella verksamheter med nationella regeringar och icke-statliga organisationer i en enhetlig insats för att förbättra mödrars överlevnad. (Ray; Salihu. 2004:5-6).

Under 1994 års internationella konferensen om befolkning och utveckling (International Conference on Population and Development) stärktes internationellt engagemang för reproduktiv hälsa. (Hogan et al. 2010: 1). De mål som fastställdes vid den internationella konferensen om befolkning och utveckling +5 (International Conference on Population and Development +5, ICPD +) var att ha mer än 80% av alla förlossningar skötta av kvalificerade vårdare, globalt sett, år 2005, 85% år 2010 och 90% till år 2015. (Mpembeni et al. 2007:2).

För att öka sannolikheten i att uppnå en minskning av mödradödligheten lanserade WHO partnerskapet för mödra, nyfödda och barns hälsa i september 2005. Detta samarbete mellan flera akademiska - och forskninginstitutioner, regeringar, icke statliga organisationer, professionella grupper samt hälsomyndigheter syftar till att vidta omedelbara åtgärder för att hjälpa kvinnor och barn att överleva. Betydelsen av att ta itu med mödrars hälsa med samma beslutsamhet som framkommit för barns hälsa och inflytandet av Mål 5 på de övriga millenniumutvecklingsmålen är de väsentligaste punkterna i detta partnerskap. WHO har som intention att prioritera mödrars hälsa samt att höja medvetenhet om att mödravårdsinterventioner inte har varit förverkligade i de länder där graviditeten och förlossning utgör de största hoten för kvinnornas hälsa. Det råder enighet om att tillgång till hälso- och sjukvård är en förutsättning för att den höga mödradödligheten skall kunna minskas. (Gil-González; Carrasco-Portino; Ruiz. 2006: 903).

Framsteg inom mödradödligheten har fått förnyad politisk uppmärksamhet i USA genom Obama-administrationens förslag ”Global Health Initiative”. Högprofilerade civila samhällsgrupper såsom White Ribbon Alliance fortsätter att ytterligare uppmärksamma saken. (Hogan et al. 2010: 1).

Effektiva insatser för att förhindra mödradödlighet under graviditet och förlossning fortsätter att vara en utmaning för den globala folkhälsan under 2000-talet. Ansträngningar med att minska mödradödligheten har använts i en rad olika strategier, inklusive förhindrande av oönskade

graviditeter, mödravård samt kompetent närvaro under förlossningen. Tidiga åtgärder för förbättring i hanteringen av förlossningar fokuserade på traditionella förlossningsskötare (TBAS). Man trodde att den utbildning som erbjöds inom hygienisk förlossningsvård samt livräddande teknik till dem som redan deltog vid förlossningar i bristfälliga områden skulle bidra till den mest långtgående och kostnadseffektivaste strategin för att öka moderns överlevnads chanser. Faktum kvarstår att minst 60% av förlossningarna i utvecklingsländerna sker utanför en vårdinrättning samt i drygt hälften av dessa deltar endast en traditionell förlossningsskötare, familjemedlemmar eller ingen alls. (Ray; Salihu. 2004:5-6).

3.5 Utbredning

Det uppskattas att mödradödligheten i världen år 2000 var 529.000 dödsfall. Tretton länder, varav ett var Etiopien, står för ca 67 % av alla dödsfall bland mödrar. Enligt en uppskattning gjord år 2000 rankas Etiopien som fjärde (24.000) i det absoluta antalet och 22:a i mödradödlighets antal (MMR). En senare uppskattning för detta förhållandet inom Etiopien är 673 per 100.000 levande födda. Detta är en av de högsta i världen och behöver fördjupad insikt av orsakerna till den höga mödradödligheten. (Kebede et al. 2010: 71). Bördan av mödradödlighet återstår att vara som störst i Afrika söder om Sahara. (Montagu et al. 2011:1).

I själva verket har det totala antalet dödsfall bland mödrar ökat mellan åren 1990 och 2005. WHO beräknar en global kvot på 400 mödradödlighetsfall per 100.000 levande födda. Där ingenting görs för att undvika att mödrar dör är "naturlig" dödlighet omkring 1000-1500 per 100.000 födselar (en uppskattning baserad på historiska studier och data från samtida religiösa grupper som inte ingriper i barnsäng). Som följd av flera globala insatser från hälso- och medicinska ingripanden är mödradödlighetsförhållandet för närvarande fyra gånger mindre än den "naturliga" nivån. Näst intill alla naturliga dödsfall bland mödrar förhindras i utvecklade länder (endast 1% av mödradödligheten sker i den utvecklade världen), medan enbart en tredjedel av dessa dödsfall förhindras i afrikanska länder (Sierra Leone och Niger är över denna siffra). Av de 20 länder som

har de högsta mödradödlighetsciffrorna är 19 av dessa i Afrika söder om Sahara. Endast Afghanistan är inte i denna region. Därtill är mödradödligheten mer orimligt utspridd över hela världen än nyföddhets - eller barndödsfall. Mödradödligheten återspeglar kvinnornas ställning och är ett känsligt tecken på ojämlikhet. (Alvarez et al. 2009: 2).

Av de beräknade 1.600 kvinnor som dagligen avlider p.g.a. komplikationer under graviditet och förlossning runtom i världen inträffar 98 % i utvecklingsländer. Nigeria har en av de högsta mödradödlighetsandelarna i världen med riksgenomsnittet på 704 dödsfall per 100.000 levande födda barn, men siffran varierar mycket från 166 per 100.000 levande födda i sydväst till 1.549 per 100.000 levande födda i nordöst. Studier har visat att endast 10 - 33% av förlossningarna sker i en vårdinrättning. (Olowonyo; Oshin; Obasanjo-Bello. 2005: 638).

I Tanzania liksom i andra länder söder om Sahara är mödradödligheten fortfarande ett problem av betydelse för allmän hälsa. Livstidsrisken för mödradödsfall i Tanzania har beräknats till 1 på 38. Tanzania rankades som sjätte land bland de tretton länder med högsta andel av mödradödlighet och står därmed för 67 % av hela världens mödradödlighet. Användning av hälsoanläggningar vid förlossning är fortfarande mycket låg i Tanzania. Det rapporteras att endast 47 % av förlossningar sker i hälsoanläggningar och de resterande mer än hälften sker i hemmet med hjälp av utbildade skötare. Detta händer trots det faktum att Tanzania har ett bra nätverk av hälsoanläggningar med omkring 72 % av befolkningen bosatt inom 5 kilometer radie samt 90 % bor inom 10 kilometers radie av en vårdinrättning. Likaså erbjuds gratis mödravård i nästan alla offentliga hälsovårdslokaler. (Mpembeni et al. 2007:2).

3.6 Mätning av mödradödlighet

Det finns ett flertal olika metoder för att mäta dödligheten bland mödrar. Men som man har uppfattat det från artiklarna har detta område inte utvecklats tillräckligt.

Maternell mortalitet bedöms som väldigt svårt att mäta som fenomen. Med tanke på den fortsatta positionen av mödradödlighet som ett hälso- och utvecklingsmål måste globala hastigheter och trender inom mödradödligheten ses över.

Först och främst, Global Burden of Disease (GBD) studien har gjort en detaljerad analys av viktiga registreringsuppgifter för att identifiera missklassificerade dödsfall av orsaker såsom mödradödlighet. Sekundärt sett har metodologiska framsteg möjliggjort korrigering av kända fördomar i undersökningar av syskonhistoriadata, inklusive ifall om syskon dödsfall beror på modern. För det tredje har populationsbaserade verbala obduktionsstudier som mäter mödradödlighet, både nationellt och subnationellt, gjorts. Som fjärde har en systematisk bedömning av datakällor över dödsfall bland vuxna kvinnor gett uppskattningar om dödsfall bland kvinnor i fertil ålder (15-49 år) från år 1970 till 2010. Slutligen, har också metodutvecklingen inom övriga områden gett bättre metoder för uppskattning. (Hogan et al. 2010: 1-2).

Det viktigaste måttet på dödsfallsrisk är mödradödlighet (maternal mortality ratio, MMR) som identifieras som antalet dödsfall bland mödrar under en given tidsperiod per 100.000 levande födda under samma period, som i allmänhet är ett år. En annan viktig mätning är livstidsrisken (lifetime risk of maternal death) för moderns död, som speglar sannolikheten att bli gravid och sannolikheten för att dö av en maternell orsak under en kvinnas reproduktiva livslängd. Med andra ord är risken för moderns död relaterad till två huvudfaktorer: dödlighet förknippad med en enda graviditet eller levande födsel, och antalet graviditeter som kvinnor har under sina reproduktiva år. (Unicef. 2008:7).

I utvecklingsländerna är granskningen av tillvägagångssätt en av de mest effektiva metoderna för att förbättra prestationen hos hälsovårdspersonalen och kan leda till förändringar för att minska mödra- och perinatale dödsfall vid hälsoanläggningar. WHO talar för tre huvudsakliga anläggningsbaserade revisionsmetoder: en översyn av moderns dödsfall, en genomgång av närapå-fall och klinisk granskning. I resursknappa uppsättningar är en anläggningsbaserad mödradödlighetsöversikt (MDR) också definierad som ”en kvalitativ” ingående undersökning av orsakerna till och omständigheterna kring moderns dödsfall som inträffar vid vårdinrättningar, en

av de äldsta och mest dokumenterade metoder som kan vara effektiv i förbättringen av akut förlossningsvård- och resultat. Den här typen av undersökning är lätt att verkställa och kräver inte extern expertis. Dock finns det inga vetenskapliga bevis om effektiviteten av anläggningsbaserad mödradödlighetsöversikt i resursknappa anläggningar. (Dumont et al. 2006: 219-220).

Mödradödligheten är besvärlig att mäta på grund av bristen på fullständiga centrala registrerings system i många utvecklingsländer, speciellt på landsbygden där problemet vanligtvis är svårast. (Ray; Salihu. 2004:5).

3.7 Kliniska orsaker till mödradödlighet

Förekomsten av mödradödlighet i utvecklingsländerna är olycklig eftersom det är nästan helt fråga om förebyggande verksamhet, vilket framgår av den extremt låga risken för mödradödsfall i de utvecklade länderna. De fem främsta orsakerna till mödradödlighet, inklusive sepsis, blödningar, komplikationer av osäkra aborter, högt blodtryck samt förlossning med förhinder, kan näst intill alltid kontrolleras och behandlas med medicinska insatser som i sin tur har existerat i de utvecklade länder i ca 60 år. (Ray; Salihu. 2004:5).

När det gäller tidpunkten för moderns död är det mellan 11 % och 17 % av mödradödligheter som sker under förlossningen och mellan 50 % och 71 % sker postpartum, efter förlossning. Det faktum att en hög risknivå är koncentrerad till själva förlossningen. Många dödsfall sker efter förlossning, även det ett resultat av vad som skedde under själva förlossningen. Detta visar att det är centralt att uppmärksamma mödrarna under de timmar och ibland dagar som spenderas i förlossningsarbete och även under själva framfödandet. Dessa är de ögonblick när en glädjande händelse oväntat kan omvandlas till en kris. (Alvarez et al. 2009: 2).

Orsakerna till mödradödlighet kan delas in i direkta orsaker och indirekta orsaker:

- Direkta obstetriska orsaker är relaterade till obstetriska komplikationer (under graviditeten, förlossningen eller under postpartum), eventuella interventioner, försummelser, felaktig behandling eller händelser som resulterat från någon av dessa ovannämnda. De största orsakerna är blödning (oftast förekommande postpartum), sepsis, eklampsi, hindrad arbetskraft och komplikationer av (osäker) abort. Merparten av mödradödligheten beror på direkta orsaker. Nivåerna av mödradödlighet beror på ifall dessa komplikationer behandlas på rätt sätt och tillräckligt fort. (WHO. 2005:62-63).
- Indirekta obstetriska orsaker inträffar antingen p.g.a. tidigare existerande villkor eller förhållanden (sjukdom) som kan uppstå under graviditeten och som inte är relaterade till direkta obstetriska orsaker, men kan förvärras av de fysiologiska effekterna av graviditeten. Dessa omfattar sådana villkor som HIV / AIDS, malaria, anemi och hjärt-kärlsjukdomar. (Unicef. 2008:7). Mödradödlighet på grund av indirekta orsaker utgör 20% av det globala totalt. Deras roll i mödradödligheten varierar från land till land, beroende på det epidemiologiska sammanhanget och hälsosystemets effektivitet på att reagera. (WHO. 2005:62-63).

Korrekt klassificering av orsakerna till moderns död, vare sig direkt eller indirekt, oavsiktlig eller tillfällig, är en utmaning. För att exakt kunna kategorisera ett dödsfall som maternellt behövs information om dödsorsaken samt graviditetsstatus eller tidpunkten för dödsfallet i förhållande till graviditeten. Denna information kan saknas, vara felaktigt klassificerad eller under-rapporterad även i industrialiserade länder med fullt fungerande vitala registreringssystem, liksom i utvecklingsländer som står inför stora bördor av mödradödlighet. Det finns flera orsaker till detta: för det första sker många förlossningar i hemmet, särskilt i de minst utvecklade länderna och på landsbygden, vilket komplicerar insatser för att etablera dödsorsaken. För det andra kan civila registreringssystem vara ofullständiga eller även om de bedöms som fullständiga kan fördelningen av dödsorsaker vara bristfällig. För det tredje modern medicin kan försena en kvinnas död bortom 42- dagars postpartum- perioden. Av dessa skäl används i vissa fall

alternativa definitioner av mödradödligheten. Ett koncept avser alla dödsorsaker under graviditeten eller under postpartum- perioden. Ett annat koncept tar hänsyn till dödsfall från direkta eller indirekta orsaker som uppstår efter postpartum- perioden upp till ett år efter graviditeten. (Unicef. 2008:7).

Emellertid visar mortaliteten bland mödrar endast en del av det globala lidandet eftersom det för varje dödsfall uppskattas att tjugo fler kvinnor kommer att överleva med bestående följsjukdomar. Dessa är ännu svårare att uttrycka i kvantitet än mödradödligheten. De flesta av dödsfallen och funktionshindren orsakade av förlossning kan undvikas eftersom medicinska lösningar är välkända. (Alvarez et al. 2009: 2).

Fokus på enbart kliniska orsaker till mödradödlighet får inte vara det mest omfattande perspektivet från vilket man förstår mödradödlighetsdilemmat eftersom det till stor del ignorerar makrostrukturella – dvs kulturella, sociala, politiska samt ekonomiska bestämningsfaktorer för hälsa. Vissa studier har noterat sambandet mellan mödradödlighet och socioekonomiska faktorer, såsom inkomst per capita, BNP samt graden av utbildning. Mindre ansträngning har dock gjorts med att forska om betydelsen av kulturell och politisk inverkan på hälsa, även om det har visats att politiska faktorer, såsom demokrati, har en positiv inverkan på hälsoindikationer involverande mödradödlighet. (Gil-González; Carrasco-Portino; Ruiz. 2006: 904).

4 PROBLEMPRECISERING

Denna studie avgränsas så att den uppfyller ramarna för ett examensarbete på yrkeshögskolenivå. Studien är en kvalitativ litteraturstudie, som i sin tur handlar om att skapa en djupare förståelse för bakomliggande orsaker och mekanismer till det fenomen som har valts att studeras. Som resultat av genomgången av tidigare forskningsmaterial har 14 vetenskapliga forskningsartiklar valts ut. Dessa artiklar fungerar som grund för studien. Som teoretisk referensram för studien fungerar Barnmorskans etiska koder, som är framförda av Thompson et al. (2003). Vid datainsamlingen användes Febe Fribergs (2006) ”Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten” som arbetsverktyg. Dataanalysen görs med hjälp av Friberg (2006).

Temat för studien är mödradödlighet som ett fenomen och som forskningsperspektiv i arbetet fungerar kvinnan och hennes hälsa under graviditeten.

Studien avgränsas också på så vis att det endast tas upp utvecklingsländer i form av afrikanska länder söder om Sahara. Industrialiserade länder kommer på så vis inte att studeras. De medicinska aspekterna i form av orsak till mödradödlighet kommer inte att specifikt undersökas i studien. Detta är ett mer känt ämne, det har kommit upp ur tidigare forskningar. Mödradödlighet i samband med morbiditet, det vill säga sjuklighet under och efter graviditet, kommer inte heller att undersökas mer ingående.

I följande kapitel tas det mer grundligt fasta på vad som kommer att utforskas i detta arbete likaså hur de centrala frågeställningarna lyder.

5 SYFTE & FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna studie är att öka kunskap om detta området genom att göra en studie inom denna världsaktuella problematik och få denna vetskap ut till vårdpersonalen och medmänniskor samt för att få en bättre uppfattning om de faktorer som påverkar och drabbar kvinnors hälsa och

mödradödligheten i utvecklingsländer söder om Sahara i Afrika. Likaså att genom den processen finna möjliga faktorer som kan spela en hjälpande roll i att minska mödradödligheten i dessa länder.

Meningen är att denna studie även skall kunna användas i framtiden och att det färdiga arbetet skulle utarbetas till en artikel för utvecklingsarbete inom studierna. Eventuellt skulle även denna artikel kunna föras vidare till en vårdvetenskaplig publikation. Genom detta skulle kunskapen om forskningsresultatet kunna ge omgivningen ytterligare vetskap om detta oroväckande fenomen, mödradödlighet, och inom vilka områden t.ex. barnmorskan och övrig personal kan ge en hjälpande hand.

Frågeställningar:

1. Vilka faktorer påverkar kvinnans hälsa under mödradödlighetsperioden?
2. Vilken är barnmorskans roll i inverkan på minskningen av mödradödlighet?

6 TEORETISK REFERENSRAM

I detta kapitel kommer skribenten att presentera den valda referensramen som kommer att följa med under arbetets gång. Kapitlet tar först upp en kort inledning som följs av en mer utförlig presentation av referensramen.

Vid valet av teoretisk referensram ville skribenten få fram ett perspektiv som hade sin grund i barnmorskeyrket. Detta i och med att mödradödlighet förknippas med vårdandet av väntande mödrar, mödrhälsovård och helt enkelt möjligheten att bli vårdad av professionella vårdare inom området. I och med detta bestämdes det för att framhäva Barnmorskans etiska koder.

6.1 Barnmorskans etiska koder

Denna etiska kod som respondenten har valt att använda sig av i arbetet är utvecklad av det internationella barnmorskeförbundet (International Confederation of Midwives). Den etiska kodens målsättning är att världsomfattande höja på standarden av vården som erbjuds till kvinnor, barn och familjer. (Thompson et al. 2003).

Den etiska koden har framtagits för att bemöta det huvudsakliga syftet med att befrämja kvinnors hälsa. Dessa etiska riktlinjer verifierar kvinnan som en individuell person, inriktar sig på att ge rättvist bemötande och tillgång till jämlika hälso-tjänster åt alla människor. Därtill ses respekt, tillförlitlighet och mänskligt bemötande som en grundförutsättning i alla mänskliga relationer. (Thompson et al. 2003).

Den etiska koden består av fyra olika stycken som var för sig tar upp olika aspekter inom barnmorskeyrket. Som följande kommer respondenten att redogöra för de mest väsentliga aspekterna som har valts att ta med i arbetet som teoretisk referensram.

Därefter följer en kort presentation av de övriga punkterna i den etiska koden. Dessa punkter är dock inte medtagna i referensramen, men respondenten valde att också presentera dessa så att läsaren skulle få en uppfattning av den etiska koden som en helhet. Slutligen framförs en kort sammanfattning av respondentens uppfattning om det centrala budskapet i Barnmorskans etiska koder.

6.2 Mellanmänskliga relationer i barnmorskans arbete

Detta går ut på att barnmorskan respekterar varje kvinnas rätt att få nödvändig kunskap för att kunna ta egna beslut, likaså att stöda kvinnan i eventuella följder som besluten kan leda till. Barnmorskan stöder kvinnans rätt till att aktivt delta i beslut som berör hennes egen vård samt uppmuntrar kvinnan att aktivt ta ställning i frågor som tangerar kvinnans eller familjens hälsa i

sin egen kultur. Barnmorskor samarbetar såväl tillsammans med kvinnor som med med politiska och ekonomiska myndigheter för att fastställa kvinnors behov av hälsojänster. Likaså att försäkra sig om att prioritering och tillgänglighet i resursfördelningen tas i beaktande. Barnmorskor stöder och stärker varandra yrkesmässigt och vårdar samtidigt sin egen och varandras självkänsla. Barnmorskan är medveten om sin yrkesmässiga kunskapsbas och samarbetar vid behov med andra professionella yrkesgrupper inom vården. Barnmorskan observerar mänskliga beroendeförhållanden och försöker finna lösningar till eventuellt uppkomna konflikter. (Thompson et al. 2003).

6.3 Praktiska barnmorskearbetet

Vad gäller det praktiska barnmorskearbetet skall barnmorskan vårda kvinnan och den blivande familjen med respekt för olika kulturer samt att samtidigt avlägsna skadliga seder som kan tillhöra kulturen. Barnmorskan bekräftar kvinnans behov, samtidigt som hon värnar om att kvinnan inte kommer till skada i förhållande till förlossningen.

Barnmorskan använder sin yrkeskunskap för att försäkra sig om att vårdhandlingar i förlossningsvården är trygga i alla miljöer och kulturer. Barnmorskan tar under alla omständigheter i beaktande kvinnors fysiska, psykiska, emotionella och andliga hälsa samt deras behov av hälsovård. Barnmorskan skall också med sin hälsosamma livsstil föregå med gott exempel för kvinnor i alla åldrar och familjer. (Thompson et al. 2003).

6.4 Etiska kodens övriga aspekter

De övriga aspekterna inom den etiska koden behandlar barnmorskans yrkesmässiga skyldigheter samt utveckling av barnmorskearbetets kunskapsområde. Dessa punkter kommer dock inte att

vara de centrala inom denna referensram, utan endast en poängtering av de övriga punkterna i etiska koden.

Barnmorskans yrkesmässiga skyldigheter hänvisar till att barnmorskan skall genom tystnadsplikt skydda varje människas personliga integritet. Barnmorskan är ansvarig för de beslut och handlingar hon tar, likaså dess följder. Barnmorskan har kunskap om de konsekvenser som etiska och mänskliga rättighetsbrott har på hälsan hos varje individ och därmed arbetar hon emot dessa kränkningar. Barnmorskan är delaktig i hälsopolitiska åtgärder och - utveckling vars syfte är att befärma hälsa för alla kvinnor och blivande föräldrar. (Thompson et al. 2003).

Till utveckling av barnmorskearbetets kunskapsområde hör bland annat att barnmorskan skall försäkra sig om att utvecklingen av barnmorskans kunskapsområde baseras på aktiviteter såsom forskning, som i sin tur försvarar kvinnors rättigheter som individer. (Thompson et al. 2003).

Sammanfattningsvis i förhållande till denna referensram ansåg respondenten att det är väsentligt att också lyfta fram kvinnan i detta arbete. Såsom det också väl framkommer i denna etiska kod, som är uppbyggd på aspekter inom barnmorskeyrket, är det ändå kvinnan som är i centrum i denna teoretiska referensram. Mer specifikt sagt, är det vården av kvinnan samt kvinnan som en helhet som är av största betydelse. Kvinno- centrerad vård är mer eller mindre det centrala budskapet i detta sammanhang.

7 METOD

I nedanstående kapitel kommer litteraturöversikten att presenteras som övergripande metod efter Febe Fribergs (2006) teorier om litteraturöversikt. Katie Erikssons (1992) teorier om kvalitativ metod tas kortfattat upp.

Datainsamlings- och databearbetningsmetoden tas också upp i kommande kapitel. Utöver den skriftliga presentationen är även dessa skeden illustrerade i figur 1. I den ifrågavarande figuren tas även datainsamlingsmetoden, helikopterperspektivet upp, samt databearbetningen (Friberg

2006). Likaså presenteras sökvägar samt sökordsprocessen och sammanställning av forskningsartiklarna.

7.1 Litteraturöversikt som metod

Enligt Friberg (2006) kan litteraturöversikt ses som ett strukturerat arbetssätt där forskaren försöker att skapa en bild över ett utvalt forsknings område utgående ifrån systematiskt valda vetenskapliga texter, såsom forskningsartiklar, rapporter m.m. Detta görs inom ett avgränsat område inom vårdvetenskap och allmänsjuksköterskans verksamhetsområde. Texterna som används för arbetet kan vara både kvalitativa och kvantitativa. De utvalda vetenskapliga artiklarna kommer att genomgå kvalitetsgranskning samt därefter analyseras. Detta kommer i sin tur att resultera i en beskrivande överblick av det valda området. (Friberg. 2006:116).

Litteraturöversikt är enligt Fribergs (2006:115) mening en arbetsmetod som kan ha olika syften. Den kan antingen göras som ett fristående arbete eller användas som grund för att skapa en problemformulering för ett kommande arbete av empiriskt slag.

Detta examensarbete är ett arbete i ett samarbetsprojekt med humanitära organisationen PADET. I den kontexten är arbetet i detta skede ett fristående arbete, men med fördel kan detta arbete kanske också användas som grund i ett kommande empiriskt arbete för PADET organisationen. På basen av bl.a. beskrivningarna ovan samt p.g.a. geografiska svårigheter, valde respondenten att använda sig av en litteraturstudie i detta arbete. Likaså skulle det vara omöjligt att göra en empirisk studie som koncentrerar sig på det aktuella forskningsområdet i de berörda länderna.

Enligt Eriksson (1992:99-101) kan den kvalitativa metoden beskrivas som ett närmelsesätt till ett forskningsfält. Karakteristiskt för den kvalitativa metoden anses vara att man strävar till att komma så nära forskningsobjektet som möjligt. Man använder sig av denna metod då man inte innehar tillräckligt med förhandskunskap om det fenomen som man önskar studera. Den kvalitativa metoden och kvalitativa data kommer bäst till användning då man vill göra

analytiska beskrivningar av totala situationer. I den kvalitativa studien är förhållningssättet hos forskaren objektiv och forskaren gör ett försök i att möta situationen som om den alltid vore ny. Alla situationer är värda att studeras samtidigt som forskaren inte utelämnar något även om det kan förefalla som irrelevant. Syftet vid databearbetningen i den kvalitativa metoden är att uppnå en helhetsförståelse av specifika förhållanden.

7.2 Datainsamling

Med termen ”helikopterperspektiv” menar Friberg (2006) att i detta skede av arbetet tas ett helhetsbegrepp på området. Med andra ord kan det beskrivas som att man börjar med att söka litteratur med ett helikopterperspektiv av området. Detta hjälper en att förstå vad som har skrivits och forskats om inom området. Genom att utföra ett sådant perspektiv är fokuset inte riktat mot detaljer i de enskilda studierna, utan mot sådant som är framträdande för det studerade området. (Friberg. 2006: 118-119).

7.2.1 Genomförandet av datainsamlingen

Respondenten började med att söka ur ett bredare perspektiv för att se vad och hur mycket som hade skrivits om de två föreslagna arbetsämnena (barn- eller mödradödlighet) som PADET-organisationen skulle vara intresserad av. I samband med denna helikoptersökning märktes att det hittades ungefär lika mycket relevanta artiklar/forskningar som handlade om mödradödlighet som barndödlighet. Men att det småningom kom fram ett helhetsintryck av att artiklarna som berörde mödradödligheten skulle kunna vara mer passande för en litteraturstudie. Detta var inte den enda orsaken till att detta ämne i sig valdes, utan också för att det kändes mer fascinerande samt ”närmare” med tanke på respondentens yrkesutbildning. Sådant som fattades i samband med denna sökning och som var intressant för detta arbete, var att man fick intryck av att det inte

fanns många artiklar som behandlade de verkligt meningsfulla, bakomliggande orsakerna till att mödradödlighet inte reduceras tillräckligt snabbt. Istället framkom en hel del som tangerade de medicinska aspekterna. I ett flertal artiklar kom det dock fram att man måste se djupare in i fenomenet och söka efter det som verkligen orsakar detta fenomen.

Något annat som också framkom var att det också fanns en hel del artiklar som enbart koncentrerade sig på industrialiserade länders situation.

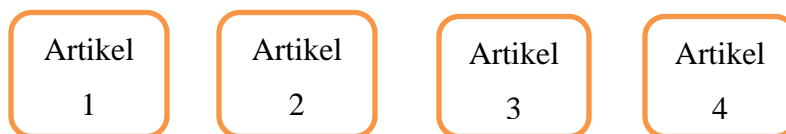
Denna helikoptersökning var enbart för att med neutrala ögon få en bättre helhetssyn på vad som är skrivet på området, samt för att pröva på lite sökordskombinationer inför den egentliga artikelsökningen. I och med att inga artiklar valdes ut i samband med detta helikopterperspektiv har denna sökning inte inkluderats i själva överblicken av artikelsökningen.

Val av forsknings
område / fenomen



Litteratursökning i form av två steg:

- 1) Första steget- genom att anlägga ett helikopterperspektiv
- 2) Andra steget- genom att avgränsa till ett urval av studier som kommer att användas i studien



Artiklarna läses och granskas kritiskt, likheter och olikheter hittas i t.ex. resultat, teori m.m.



Bilda en helhet av de valda artiklarna



Olika teman formuleras i relation till syftet och frågeställningarna, dessa presenteras i arbetets resultatredovisning.

Figur.1. Denna figur fungerar som en redogörelse för de olika faserna i arbetsgången vid en litteraturöversikt (Friberg, 2006:118).

7.2.2 Inkluderings- och exkluderingskriterier

För att begränsa materialet valdes inkluderings- och exkluderingskriterier: Nedtill presenteras hur sökningen av artiklar avgränsades i sin helhet.

Inkluderingskriterier:

- Artiklarna skulle vara vetenskapligt skrivna på engelska
- Dessa artiklar skulle vara tillgängliga gratis och finnas i Full-text format
- Forskningsartiklarna skulle vara publicerade fr.o.m år 2000
- Artikeln skulle handla om mödradödlighet
- Artikeln skulle behandla mödradödlighet i utvecklingsländer, i främsta hand Etiopien.

Exkluderingskriterier:

- Publicerats innan år 2000
- Artiklar är som inte är tillgängliga gratis och som inte finns i Full-text format
- Icke skrivna på engelska
- Artikeln behandlar inte mödradödlighet
- Artikeln behandlar enbart mödradödlighet i industrialiserade länder.

Friberg (2006: 37- 38) menar att en vetenskaplig artikel redogör för den senaste forskningen kring ett ämne eller ett problem i särskilda tidsskrifter, som kan vara antingen i pappersformat eller nätbaserade. Det som kännetecknar en vetenskaplig artikel är att den redovisar ny kunskap från t.ex. en empirisk undersökning eller så kan den innehålla en analys av tidigare genomförd forskning. Det är också väsentligt att den vetenskapliga artikeln är möjlig att granska. För att dessa krav skall uppfyllas skall den vetenskapliga artikeln innehålla följande: bakgrund, syfte/frågeställning/hypotes, material samt metod, resultat, diskussion och litteraturreferenser. Dessa rubriker gör det möjligt att granska hållbarheten i den utförda undersökningen. Allt det som påstås i en vetenskaplig artikel skall antingen basera sig på vetenskaplig litteratur eller i de egna resultaten i en genomförd undersökning. En vetenskaplig artikel skall dessutom ha varit

utsatt för bedömning samt genomgått en så kallad fackgranskning. Det slutliga kännetecknet för en vetenskaplig artikel är att denna har publicerats på engelska, som numera är vetenskapens officiella språk. I och med detta är det i sin tur möjligt för forskaren att nå så långt som möjligt och sprida sin kunskap till andra forskare.

7.2.3 Material

Detta arbetets material utgörs av vetenskapliga artiklar samt till en viss del elektronisk litteratur. De vetenskapliga artiklarna som har valts för denna litteraturstudie kommer från databaserna Academic Search Elite (EBSCO), CINAHL, Google Scholar samt PubMed. Google Scholar, Academic Search Elite (EBSCO) och CINAHL har varit de databaser som jag har använt mig mest av samt eftersom att dessa databaser har gett de mest relevanta resultaten.

Sökningarna är gjorda under tidsintervallen 26.09-24.10.2011. Sökningen av artiklar resulterade i att sammanlagt 14 artiklar har valts ut och används för denna studie. Dessa är skrivna mellan år 2004 - 2011. De artiklar som blivit utvalda till examensarbetet är alla skrivna på engelska. Artiklarna koncentrerar sig på olika länder. Fyra artiklar fokuserar på ett flertal olika länder (allt från industrialiserade länder till de mest drabbade utvecklingsländerna), tre stycken på Etiopien, två på Nigeria, två på Sub-Sahara Afrika och en på respektive Senegal, Tanzania och Etiopien-Tanzania.

De sökord som har använts i detta arbete är följande: maternal mortality, mothers mortality, maternal death, maternal, mothers, motherhood, child mortality, reduce, developing countries, Ethiopia, pregnancy och complications. Dessa sökord har sedan kombinerats på olika sätt vid de olika sökningarna.

Vid sökningen i dessa databaser riktades uppmärksamheten på rubriker som hänvisade till syftet med examensarbetet. Abstrakt som verkade intressanta och relevanta lästes igenom och därefter

valdes dessa antingen med i studien eller inte, enligt inklusions-och exklusionskriterierna för litteratursökningen.

Respondenten har även sökt artiklar i databaserna OVID, Science Direct samt MEDIC. Men i dessa databaser kunde respondenten endast finna artiklar som inte var relevanta för mitt syfte, inte mötte mina kriterier eller artiklar redan hittade från de övriga databaserna. Flera olika sökord och kombinationer av sökord har använts i dessa sökningar. Dessa beskrivs dock inte noggrannare eftersom de inte gav lämpliga träffar. Det som visade sig vara det största problemet med sökningarna i största allmänhet var att artiklar som erhöles inte fanns tillgängliga i fulltext, uppfyllde inte kriterierna för vetenskapliga forskningsartiklar samt att innehållet i artiklarna inte berörde ämnesområdet för denna studien.

Till en början var det aningen svårt att hitta vetenskapliga artiklar inom det område som berörde mitt syfte trots att respondenten fick handledning i infosökning av S. Hjortling. Vid denna infosökning prövades olika ordkombinationer med “mortality*”. Ett flertal gånger dök det upp artiklar eller forskning som tog upp “morbidity” (morbidity) i samband med mödradödlighet. Det vill säga sjuklighet under graviditet. Detta kan i sin tur utvecklas till allvarlig sjuklighet under graviditeten samt öka risken för graviditetsrelaterad och perinatal dödlighet och det skulle ha kunnat vara intressant och relevant i viss mån i samband med studien. Men rätt fort insåg respondenten att detta kunde resultera i att omfånget av studien skulle bli alldeles för brett som forskningsämne. Dessa artiklar togs inte med i arbetet p.g.a. av att de inte fyllde kriterierna för sökningen.

Till en början var det svårt att hitta artiklar som helst inte skulle handla om medicinska och kliniska orsaker till mödradödlighet. En annan sak som respondenten ansåg vara svår i litteratursökningen var att hitta relevant forskningslitteratur som enbart koncentrerade sig på Etiopien. I och med att detta skulle visa sig vara en aning svårt bestämdes det att det också kunde inkludera övriga utvecklingsländer som är ligger söder om Saharaöknen.

7.2.4 Sökvägar och sökord

I följande tabell kommer det att framföras en redogörelse över sökvägar och sökord i databaser. I tabellen kommer det att framkomma följande; datum för artikelsökningen, vilka databaser och vilka sökord som har använts, antal träffar som sökorden resulterade i samt antal använda artiklar och slutligen artikelns namn.

Datum för sökning / Databas	Sökord	Antal träffar /antal utvalda artiklar	Namn på den utvalda artikeln
26.09.2011 / Google Scholar	maternal + death + mortality	314,000 träffar / 1	Hogan, Margaret C; Foreman, Kyle J; Naghavi, Mohsen ; Ahn, Stephanie Y; Wang, Mengru; Makela Susanna M; Lopez, Alan D; Lozano, Rafael & Murray, Christopher J L . 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. <i>The Lancet</i> . Published online April 12, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60518-1.
27.09.2011 / Google scholar	maternal mortality+Ethiopia.	10 700 träffar / 1	Hailu ,Samuel; Enqueselassie, Fikre & Berhane, Yemane. 2009. Health facility-based maternal death audit in Tigray, Ethiopia. <i>Ethiop. J. Health Dev</i> ; 23 (2): 115-119.
27.09.2011 / Google scholar.	maternal mortality + Ethiopia.	10 700 träffar / 1	Kelly J, Kohls E, Poovan P, Schiffer R, Redito A, Winter H, MacArthur C. 2010. The role of a maternity waiting area (MWA) in reducing maternal mortality and stillbirths in high-risk women in rural Ethiopia. <i>BJOG</i> 2010; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02669x.
27.09.2011 / Google scholar	reduce + maternal mortality + Ethiopia	9520 träffar /1	Baggaley, Rebecca F; Burgin, Joanna & Campbell Oona M.R. 2010. The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia? <i>PLoS ONE</i> 5(10): e13260. doi:10.1371/journal.pone.0013260 p.1-9.
27.09.2011 / Google scholar.	Maternal + death + mortality + Ethiopia.	10 700 träffar /1	Kebede, Deribe; Sibathu, Biadgilign; Alemayehu, Amberbir; Tefera, Belachew & Kifle, Woldemichael. 2010. The road to maternal death in rural Southwest Ethiopia. <i>Ethiopian Journal of Health Sciences</i> , Vol 20, No 1: 71-74.
27.09.2011 /Google scholar.	Reduce + maternal mortality +Ethiopia	9520 träffar / 1	Alvarez, Jose Luis; Gil, Ruth; Hernández, Valentín & Gil, Angel. 2009. Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study. <i>BMC Public Health</i> , 9: 462: 1-8.
29.09.2011/ CINAHL	Child mortality OR maternal mortality OR mothers mortality +	84 träffar / 1	Gil-Gonzalez, Diana; Carrasco-Portino, Mercedes & Ruiz, Maria Teresa. 2006. Knowledge gaps in scientific literature on

	developing countries.		maternal mortality: a systematic review. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> , 84 (11): 903-9.
30.09.2011 / Academic Search Elite: Ebsco Host.	(DE "CHILDREN -- Mortality") OR (DE "MOTHERS -- Mortality") + developed countries + reduction	10 träffar / 1	Khan, Khalid S.; Wojdyla, Daniel; Say, Lale; Gülmezoglu, A. Metin; Van Look, Paul F. A. 2006. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. <i>The Lancet</i> , April 1, Vol. 367 Issue 9516: 1066-1074 ; DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68397-9.
07.10.2011 / CINAHL (Ebsco Host).	"maternal mortality" AND developing countries.	52 träffar / 1	Dumont, Alexandre; Gaye, Alioune; de Bernis, Luc; Chaillet, Nils; Landry, Anne; Delage, Joanne & Bouvier-Colle, Marie-Hélène. 2006. Facility-based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal. <i>Bulletin of the World Health Organization</i> , 84 (3): 218-24.
07.10.2011 / Academic search elite. (Ebsco Host).	(DE "MOTHERS -- Mortality") + developing countries + reduce.	16 träffar/1	Ray, Alison M.; Salihu, H.M. 2004. The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives. <i>Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , 24 (1): 5-11. ISSN: 01443615.
17.10.2011 / PubMed	((maternal mortality) AND developing countries) AND reduce	92 träffar / 1	Montagu, Dominic; Yamey, Gavin; Visconti, Adam; Harding, April & Yoong, Joanne. 2011. Where do poor women in developing countries give birth? A multi-country analysis of demographic and health survey data. <i>PLoS One</i> , February 28: 6(2):e17155. Published online 2011 February 28. doi: 10.1371/journal.pone.0017155.
17.10.2011 / Academic search elite (Ebsco Host).	maternal* AND mortality AND reduce.	299 träffar / 1	Olowonyo, T.; Oshin, S. & Obasanjo-Bello, I. 2005. Registering in a health facility for delivery protects against maternal mortality in a developing country setting. <i>Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , October 2005, Vol. 25 Issue 7: 638-641.

24.10.2011/ Google Scholar.	maternal death + motherhood.	19 500 träffar / 1	Mpembeni, Rose NM; Killewo, Japhet Z.; Leshabari, Melkzedek T; Massawe, Siriel N; Jahn, Albrecht; Mushi, Declare & Mwakipa, Hassan. 2007. Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> 2007, 7:29 DOI:10.1186/1471-2393-7-29.
24.10.2011 / Academic Serach Elite: Ebsco Host.	(DE "MOTHERS -- Mortality" OR DE "PREGNANCY -- Complications") OR (DE "DEVELOPING countries").	5827 träffar / 1	Igberase, G. O.; Ebeigbe, P. N. 2007. Maternal mortality in a rural referral hospital in the Niger Delta, Nigeria. <i>Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> , April 2007, Vol. 27 Issue 3: 275-278.

Tabell 1. Redogörelse över sökvägar och sökord i databaser.

7.3 Sammanställning av artiklar som analyseras i arbetet

I nedanstående tabell presenteras alla de forskningsartiklar som blivit medtagna i arbetet och som analyseras i detta arbete. Dessa vetenskapliga artiklar, bestående av 14 stycken, tangerar alla mödradödlighet på ett eller annat vis. En kort beskrivning av varje enskild forskning ges. Artiklar kommer att presenteras i tabellform. Det som tas upp är författare, årtal av publicering och forskningens titel, forskningens syfte, metod/sampel och resultat. Dessa artiklar kommer att presenteras i kronologisk ordning från den äldsta till den nyaste.

Författare /Årtal/ Titel	Syfte	Metod / Sampel	Resultat
<p>Ray; Salihu. 2004.</p> <p>”The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives”.</p>	<p>Syftet med studien var att bedöma insatser som inriktar sig på förbättrad skötsel av de direkta orsakerna till dödsfall under graviditeten. Detta borde börja med förbättrad vård vid förlossningar i hemmet, där många av världens förlossningar fortfarande tar plats.</p>	<p>Metoden för denna studie var litteraturanlys. Studien granskade resultaten av 15 stycken traditionella förlossningsskötare (TBA) - och barnmorskebaserade interventionsundersökningar.</p>	<p>Resultatet visar att traditionella förlossningsskötare och by- barnmorskor kan spela en viktig roll i insatser för att förbättra graviditeter i utvecklingsländer. I de interventionsprogram som var mest lyckade agerade dessa vårdare inte dock ensamma utan snarare som en del av sektorsövergripande insatser.</p>
<p>Olowonyo; Oshin; Obasanjo-Bello. 2005.</p> <p>”Registering in a health facility for delivery protects against maternal mortality in a developing country setting”.</p>	<p>Syftet med denna studie var ett försök till att dokumentera mödradödligheten i offentliga och privata vårdinrättningar i staten Ogun i Nigeria för att i sin tur genom dessa uppgifter kunna fastställa programmets effektivitet.</p>	<p>Som metod gjordes en prospektiv studie under november 2003- juli 2004.</p>	<p>Resultaten av studien visar att mödradödligheten i staten Ogun är fortfarande mycket hög men lägre än den vanliga angivna siffran för Nigeria. Samt att registrering inför förlossning vid en vårdinrättning är förebyggande mot mödradödlighet. Totalt 81% av dödsfallen berodde på tre orsaker: blödning, eklampsi och infektion. Mödradödligheten var nästan tre gånger större hos kvinnor äldre än 35 år.</p>
<p>Dumont et al. 2006.</p> <p>”Facility- based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal”.</p>	<p>Syftet med denna före och efter studie var att utvärdera effekten av anläggningsbaserade mödradödlighetsöversikter (MDR) av mödradödlighetsantalet på ett distriktsjukhus i Senegal.</p>	<p>Metoden för studien var observationsstudie. En 1-års baslinjestudie gjordes först för att få klarhet i vilka befintliga faktorer som under denna tid på sjukhuset i fråga inverkar på mödradödligheten för att sedan kunna jämföra dessa resultat med resultaten under en 3-års interventionsperiod.</p>	<p>Resultaten visar att denna strategi ledde till en markant förändringar i anläggningens resurser och organisationsstruktur, som i sin tur ledde till bättre livräddande insatser med hjälp av relativt stora finansiella bidrag från gemenskapen. Den totala mödradödligheten minskade signifikant under denna 3 års interventions period.</p>
<p>Gil-González, Carrasco-Portiño, Ruiz. 2006.</p> <p>”Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review”.</p>	<p>Syftet i denna studie var att redovisa och bestämma mängden vetenskapligt intresse av antalet vetenskapliga studier publicerade mellan åren 2000 och 2004 om de främsta orsakerna till mödradödlighet, som identifierats av WHO. Likaså att systematiskt gå igenom egenskaper och kvaliteten av studierna på makrostrukturella bestämningsfaktorer av mödradödlighet.</p>	<p>Metoden som användes var litteraturstudie.</p>	<p>Resultaten som framkommit visar att det finns en brist i litteraturen på publicerad information om de kulturella och politiska faktorer av mödradödlighet. Resultaten fann också att rapporter om avstannad förlossning, osäkra aborter och blödning är under representerade i den vetenskapliga litteraturen. Dessutom noterade studien att forskning koncentrerat sig mer på kliniska frågor istället för sociala, ekonomiska och politiska faktorer som i sin tur kan påverka bidraget till mödradödlighet.</p>

<p>Khan et al. 2006.</p> <p>”WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review”.</p>	<p>Syftet var att fastställa fördelningen av orsakerna till mödradödlighet runt om i världen.</p>	<p>Som metod användes litteraturanalys.</p>	<p>Resultatet var bland annat att blödning och högt blodtryck är stora bidragsgivare till mödradödlighet i utvecklingsländerna. Studien påpekar också behovet av ökad betoning på specifika inriktningsprogram som t.ex. förebyggande och behandling av blödning före samt efter förlossning. Likaså att åtminstone de flesta postpartum blödningsdödsfallen borde kunna undvikas genom passande diagnos och behandling.</p>
<p>Mpembeni et al. 2007.</p> <p>”Use pattern of maternal mortality health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets”.</p>	<p>Forskningens avsikt var att bedöma användningen av bestämningsfaktorer för kompetenta förlossningsvårdare i landsbygdsdistriktet Miwara i sydöstra Tanzania.</p>	<p>Metoden som användes var en tvärsnittsstudie som omfattade kvantitativa forskningsmetoder som inkluderade intervjuer i form av frågeformulär. Samplet bestod av ett slumpmässigt urval av 974 antal kvinnor i åldern 14-50.</p>	<p>Resultaten visade bl.a. att även om nästan alla gravida kvinnor söker mödravård är mindre än hälften av dessa förlossningar vårdade av utbildad personal. Samt att andelen förlossningar i Miwara distriktet, där utbildad personal är närvarande, är långt under målet satt av ICPD+ (International Conference on Population and Development +5) i att ha 80% av förlossningarna omhändertagna av utbildad personal till år 2005.</p>
<p>Igberase; Ebeigbe. 2007.</p> <p>”Maternal mortality in a rural referral hospital in the Niger Delta, Nigeria”.</p>	<p>Syftet med denna studie var att fastställa förekomsten av och orsakerna till mödradödlighet på ett remissjukhus på landsbygden i Nigerdeltat, Nigeria. Målet var att lyfta fram egenheter i mödradödligheten på landsbygden och ge förslag till hur man kunde minska på mödradödligheten.</p>	<p>Metoden för studien var en granskning av 115 fall bland mödrar som tidigare varit intagna och behandlats på ett landsortssjukhus, Baptist Medical Center (BMC). Studien gjordes under en 10-årsperiod mellan januari 1994 och december 2003</p>	<p>Studiens resultat fann att de vanligaste orsakerna till maternell dödlighet var puerperal sepsis, komplikationer vid abort, pre-eklampsi/eklampsi, förlängd förlossning samt blödning, som står för 33%, 22%, 17,4%, 13% och 7,8% respektive. Majoriteten av dödsfallen var obokade och 38,2% hade skötts av traditionella barnmorskor. Obokad status är en riskfaktor för mödradödligheten.</p>
<p>Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009.</p> <p>”Health facility- based maternal death audit In Tigray, Ethiopia”.</p>	<p>Studiens syfte var att identifiera orsaker till mödradödlighet som sker på sjukhus samt att fastställa undvikbarhet av mödradödlighet.</p>	<p>Mellan december 2005 och maj 2006 granskades patient- och facilitetsjournaler genom att intervjua personer som varit involverade i vården av den avlidna.</p>	<p>Studiens resultat visade att fall av mödradödlighet inte är ordentligt dokumenterade i hälsoanordningar. Felaktig vård ledde till undvikbara dödsfall. Förbättring av vård och informationssystem är avgörande för att göra graviditeter säkrare samt för att minska mödradödlighet.</p>
<p>Alvarez et al. 2009.</p> <p>”Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study”.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva och fastställa olika faktorer som var associerade med mödradödlighetsförhållandet i länderna av Sub-Sahara Afrika.</p>	<p>En ekologisk multigruppstudie utfördes för att jämföra olika variabler emellan ett flertal olika afrikanska länder genom att använda insamlad data från åren 1997-2006.</p>	<p>Resultatet av studien visade att utbildning samt ett effektivt hälsovårdssystem, speciellt under graviditet och förlossning, är starkt relaterade till mödradödlighet. Makroekonomiska faktorer är också relaterade och dessa kan i sin tur påverka de andra.</p>

<p>Hogan et al. 2010</p> <p>”Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5”.</p>	<p>Syftet med studien var att bedöma nivåer och trender i mödradödlighet för 181 länder under tidsperioden 1980-2008.</p>	<p>Metod som användes var litteratur - samt statistikanalys med en databas av 2651 observationsstudier.</p>	<p>Resultat som framkom visar att en påtaglig minskning av mödradödlighet har skett. Det finns större orsak till optimism än man tidigare trott i att nå Millennium-utvecklingsmål 5. Även om endast 23 länder är på väg att nå en 75% minskning av MMR till år 2015, har länder som Egypten, Kina, Ecuador och Bolivia gjort snabba framsteg.</p>
<p>Kebede et al. 2010.</p> <p>”The Road To Maternal Death In Rural Southwest Ethiopia”.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka kulturella antaganden och föreställningar samt praktiserande metoder som bidrar till mödradödlighet.</p>	<p>Metoden bestod av en kvalitativ studie, som utfördes under 2006. Sex fall av mödradödlighet var i efterhand utforskade på landsbygden i sydvästra Etiopien.</p>	<p>Resultaten kom fram till att fyra av de sex dödsfallen inträffade på grund av direkta obstetriska orsaker. Svag primär - och remissvård där vårdare inte förstod/ignorerade hur allvarligt ett eventuellt hotande tillstånd är hos den gravida kvinnan, samt brist på transporter, var de huvudteman som identifierats som bidragande faktorer. Att den avlidna kvinnans anhöriga inte förstod allvarligheten i situationen ledde till fördröjning i uppsökande av vård. Bristande tillgång till förlossningsvård var ytterligare en faktor som bidrar till mödradödligheten.</p>
<p>Kelly et al. 2010.</p> <p>“The role of a maternity waiting area (MWA) in reducing maternal mortality and stillbirths in high- risk women in rural Ethiopia”.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka frekvensen av mödradödlighet och dödfödelse hos alla kvinnor som blivit antagna via ett såkallat väntrum för gravida (högriskgraviditet eller tidigare komplicerad graviditet) samt att jämföra talen för de kvinnor som blev antagna direkt till samma sjukhus (icke-väntrum).</p>	<p>Denna jämförelse skedde under en period på 22 år, mellan 1987-2008. Uppgifter om mödradödlighet, dödfödelse, kejsarsnitt och uterusruptur var abstraherade från rutinmässiga sjukhusprotokoll. Sociodemografiska egenskaper, mödravård och annan data samlades in för endast år 2008.</p>	<p>I resultatet kom det fram att mödradödlighets- och fosterdödsantalen var betydligt lägre hos kvinnor som antogs via ett väntrum. Det är sannolikt att åtminstone en del av denna skillnad förklaras med tidsmässig och lämplig obstetrisk hantering av kvinnor som använder sig av denna möjlighet.</p>
<p>Baggaley; Burgin; Campbell. 2010.</p> <p>”The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia?”.</p>	<p>Studiens syfte var att mer noggrant utforska de olika faktorer som påverkar en kvinnas lyckade användning av medicinsk abort. Samt dess potentiella inverkan på mödradödligheten i Afrika söder om Sahara, med hjälp av Tanzania och Etiopien som exempel länder.</p>	<p>Som metod användes scenario analys. Studien modellerade förändringar i mödradödlighet som kan uppnås om osäkra aborter ersattes av medicinsk abort. Etiopien och Tanzania valdes som exempel länder bl.a. på grund av deras höga mödradödlighets siffror (MMR).</p>	<p>Resultaten visar att tusentals kvinnors liv skulle kunna räddas varje år i vardera landet genom att införa medicinsk abort med hjälp av Misoprostol. Att införa medicinsk abort i länder med hög abortrelaterad dödlighet är ett möjligt steg mot att uppnå millenniumutvecklingsmålet 5.</p>
<p>Montagu et al. 2011.</p>	<p>Studiens syfte var att få mera kunskap om ifall mödradödlighet är mer sannolikt att</p>	<p>Metoden som användes var en sekundär analys. Uppgifter från</p>	<p>Resultaten visar att de rikaste kvinnorna i utvecklingsländerna var mycket mer benägna än de fattigaste att</p>

<p>”Where Do Poor Women in Developing Countries Give Birth? A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Survey Data”.</p>	<p>förhindras genom att införa effektiva insatser genom förstorade interventioner eller via samhällsbaserade tjänster.</p>	<p>DHS (Demographic and Health Surveys) om mödrars förlossningar i 48 utvecklingsländer studerades.</p>	<p>föda i en offentlig anläggning. En mycket hög andel fattiga kvinnor i Afrika söder om Sahara, Sydasien och Sydostasien rapporterades föda hemma (ca 8- 9 av 10 kvinnor). Nästan hälften av dessa rapporterade att deras förlossningar skedde utan uppsikt av någon erfaren assistent.</p>
--	--	---	--

Tabell 2. Presentation av medtagna och analyserade forskningsartiklar i studien

7.4 Databearbetning

När det kommer till att utföra databearbetning i studien handlar det om att analysera studierna så att övergripande områden identifieras. Studiens innehållsanalys av artiklarna har gjorts enligt Fribergs analysmodell (2006:121-122).

Dessa steg utförs som följande;

- 1) Genomläsning av litteraturen görs flertal gånger för att få en känsla för vad artiklarna handlar om.
- 2) Skillnader respektive likheter söks sedan i artiklarnas resultat.
- 3) En sammanställning görs av vad som valts att fokuseras på i artiklarna. (Friberg, 2006:121-122). I denna studie valdes det att koncentreras till resultaten.

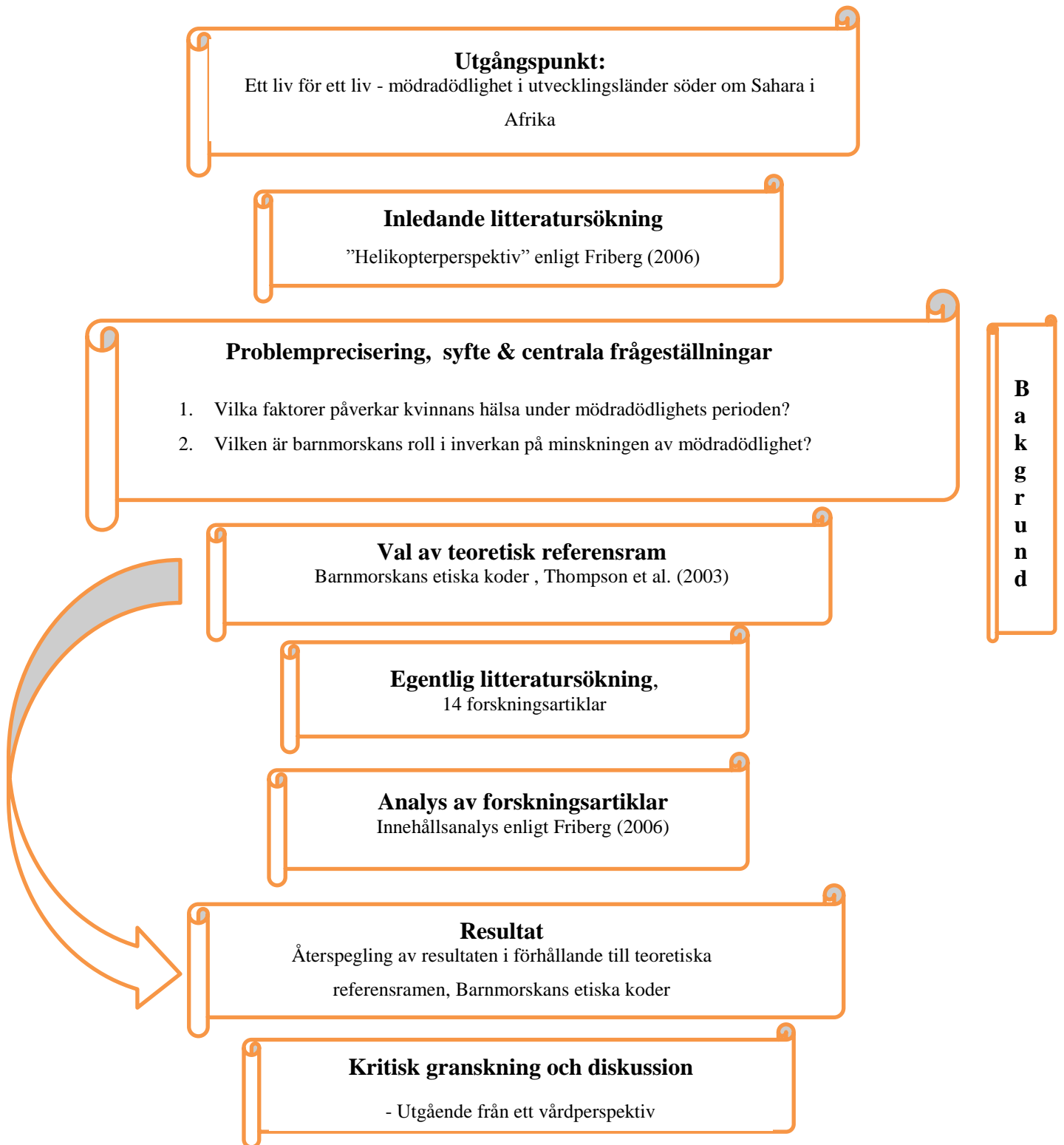
7.4.1 Genomförandet av databearbetningen

Genomförandet av databearbetningen i det stora hela kan också ses i kapitel 7.2.1 figur.1. Här kan läsaren se en illustrerad sammanfattning av faserna i arbetsgången av databearbetnings processen.

Varje enskild artikel lästes igenom en för en ett antal gånger för att få en helhetsbild av dessa. Sedan ställdes respektive frågeställning till artikelns resultatdel för att få fram meningar och svar i artikeln, som i sin tur kunde svara på frågeställningarna. Dessa svar markerades och understreckades med olika färgers pennor samt med siffrorna 1 eller 2, beroende på vilken frågeställning som dessa svarade på. Efter detta moment påbörjades fasen då man utredde vad som eventuellt kan passa ihop med vad eller vad som har samma utgångspunkt. Sedan följde processen att bilda en sammanställning av större enheter, s.k. teman eller kategorier, av vad som har fokuserats på inom analysen. I denna studie valdes det att fokuseras på resultaten, vilket slutligen utföll i resultat kategorier. Dessa kategorier uppkom främst utgående ifrån frågeställningarna och studiens syfte, men också av likheterna och skillnaderna emellan. Påverkande faktorer på kvinnans hälsa under mödradödlighetsperioden och barnmorskans roll i minskning av mödradödlighet är övergripande teman för resultatet. Utifrån forskningsmaterialet bildades sedan kategorier från ord, meningar samt uttryck som

hade understrukits i materialet. Resultaten är kategoriserade med rubriker, dessa rubriker har i sin tur stigit från textens sammanhang. Vid utförandet av analysen framkom det att alla utom en av de 14 artiklarna kunde ge svar på endera eller bägge frågeställningarna.

8 DESIGN



Figur 2. Redovisning för arbetsgången i examensarbetet.

9 ETISK REFLEKTION

Enligt Eriksson (1992) är det en konst att ha förmågan att bevara sin spontana samt naturliga medmänsklighet samtidigt som man måste lära sig kraven på distansering och objektivitet som förutsätts av en forskare. Varje forskare måste medvetet finna en form av naturlig etik, det vill säga utveckla sitt forskarsamvete. (1992:21).

Detta examensarbete utgår från Arcadas riktlinjer för god vetenskaplig praxis (Arcada.2012). Detta innefattar bland annat följande:

- Att uttrycka ärlighet , omsorgsfullhet och noggrannhet i undersökningen, dokumenteringen och redovisningen av resultaten.
- Respektera och ta hänsyn till andra forskares arbete och resultat på ett korrekt sätt.
- Att planera, genomföra och rapportera undersökningen eller projektet i detalj samt att dessa överensstämmer med kraven för vetenskapliga fakta.
- Att ta hänsyn till etiken inom sitt eget yrkesområde
(Arcada. 2012).

Under studiens gång tas hänsyn till forskningsetiken och respondenten kommer att vara noggrann med studien. Alla steg som skett under studiens process kommer att rapporteras och framföras. Detta gäller också alla resultat, även om dessa inte stöder studien. Alla resultat i denna studie kommer direkt från tidigare material och inga av dessa är fabricerade. Studiens hänvisningar är tydliga och sakliga.

I och med att detta arbete är en litteraturöversikt kommer inga enskilda personer att skadas. Men för att studien i sig koncentrerar sig på ett fenomen som behandlar dödsfall hos kvinnor vill respondenten också nämna att detta känsliga perspektiv bör och har hedrats och respekterats i detta arbete och under dess gång.

10 RESULTAT

I detta kapitel kommer redovisning av resultatet att presenteras. Till följd av analysen kunde sammanlagt 11 stycken huvudkategorier och 14 stycken underkategorier bildas utgående ifån studiens teman. Huvudkategorierna består av: kvinnans hälsostatus, sociala status, finansiella faktorer, kulturella faktorer, användning av antenatal vård, tillgång till aborttjänster, kvalitet på vård- och hälsosystemet, utbildning av barnmorska/TBA, vårdpersonalens kunskap, attityder och barnmorskans erbjudande av tjänster. En noggrannare indelning av dessa teman och kategorier redovisas nedan i Figur 3. I detta resultatkapitel följer också en enskild redogörelse för dessa kategorier.

Faktorer som påverkar kvinnans hälsa under mödradödlighetsperioden

- ❖ **Kvinnans hälsostatus**
 - Ålder
 - Paritet
- ❖ **Sociala status**
 - Kvinnan i samhället
 - Kvinnans utbildning
- ❖ **Finansiella faktorer**
 - Ekonomisk fördelning
 - Vårdkostnad
 - Transportkostnad
 - Avstånd
- ❖ **Kulturella faktorer**
 - Seder och vanor
 - Hemförlossning
 - Kunskap om graviditet och förlossning
- ❖ **Användning av antenatal vård**
- ❖ **Tillgång till aborttjänster**
- ❖ **Kvalitet på vård- och hälsosystemet**

Barnmorskans roll i minskningen av mödradödlighet

- ❖ **Utbildning av barnmorska/TBA**
- ❖ **Vårdpersonalens kunskap**
- ❖ **Attityder**
- ❖ **Barnmorskans erbjudande av tjänster**
 - Mödravård
 - Sexuella och reproduktiva rättigheter
 - Spridning av kunskap

Figur 3. Resultat av innehållsanalysen indelat i kategorier.

10.1 Kvinnans hälsostatus

Nedan presenteras kort den afrikanska kvinnans hälsostatus. Detta stycke redogör för kvinnans ålder och antalet graviditeter hon har haft, samt deras påverkan på hälsan.

10.1.1 Ålder

Enligt Igberase ; Ebeigbe (2007:267-277) visar deras studieresultat att den procentuella dödligheten var högre bland tonåringar och för kvinnor i åldern 20- 24 år. Detta kunde förklaras med att denna grupp av unga kvinnor är endast i början av sin reproduktiva karriär. Likaså framkom det att de flesta av de abortrelaterade dödsfallen inträffade i den yngre åldersgruppen. I studien av Hailu; Enqueselassie; Berhane (2009:116) framkom det att ca 20,5% av det totala antalet av dödsfallen i studien var bland mödrar som är yngre än 18 år. Dessa forskare menar att många kvinnor under 18 år avlider p.g.a. maternella orsaker och att denna död kunde relateras till de unga kvinnornas fysiska omognad. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009:117).

I studien gjord av Olowonyo; Oshin; Obanjo-Bello (2005) var mödradödlighets förhållandet nästan tre gånger större hos kvinnor som var äldre än 35 år. Denna studie indikerar att det finns ytterligare risk att dö av komplikationer för kvinnor som är över 35 år vid tiden för förlossning. Vetskapen om att kvinnor över 35 år löper större risk att dö i barnsäng bör ges spridning och att hälsovården bör rådats att behandla alla förlossningar hos kvinnor över 35 år som högriskgraviditeter. (Olowonyo; Oshin; Obanjo-Bello. 2005:640).

10.1.2 Paritet

En kvinna med status nulliparous (kvinna som aldrig fött ett livskraftigt eller levande spädbarn) och en med grandmultiparous (tillståndet hos en kvinna som har haft fem eller fler tidigare graviditeter), visades påverkas mest i jämförelsen mellan paritet och

totala födslar. Dessa kvinnor visade sig bidra med respektive 3,1% och 3,8% till den procentuella dödligheten av den nämnda jämförelsen. (Igberase; Ebeigbe. 2007: 276). Olowonyo; Oshin; Obanjo-Bello (2005:640) fann att en hög paritet inte spelade en viktig faktor för mödradödligheten i deras data eftersom 27% av de totala levande födda var av över fjärde paritet men endast stod för 22% av mödradödligheten.

10.2 Social Status

Olika varibaler såsom t.ex. kvinnans allmänna status i samhället som beslutsfattare samt hennes nivå av utbildning kan påverka statusen för kvinnan.

10.2.1 Kvinnan i samhället

Det framkommer av Mpembeni et al (2007) att sådant som sociodemografiska och ekonomiska variabler också påverkar statusen för kvinnan i samhället och att detta har visat sig påverka kvinnors beslutsfattande. En kvinna som är utbildad, singel och har aningen högre socioekonomisk status kan göra ett klokare beslut om sin egen hälsa än andra kvinnor. Likaså framkom det i studiens resultat att både ekonomiska och sociala dimensioner av maktfördelningen makarna emellan påverkar i sin tur också användningen av tjänster. (Mpembeni et al. 2007:6). Regeringen bör i sin tur stärka nigerianska kvinnor och göra fler saker möjliga för dem. (Igberase; Ebeigbe. 2007: 277).

10.2.2 Kvinnans utbildning

Mpembeni et al (2007:3) fann att nästan hälften (49,4%) av de svarande kvinnorna i deras studie hade aldrig gått i skolan. Av de som rapporteras ha deltagit i formella skolor rapporterade nästan tre fjärdedelar (72,2%) en skolgång på endast sju år. Andelen kvinnor som hade en erfaren skötare som deltog vid förlossningen sågs minska avsevärt med stigande ålder hos kvinnan, från 57,5 % bland kvinnor under 20 år till endast 48,8 % bland kvinnor i åldern 35 år eller mer. Antalet skolår visade också ett signifikant

samband med att söka sig till en utbildad vårdare att ha med under förlossningen. Kvinnor med mera skolgångsår har en högre andel förlossningar som sköts av utbildad personal jämfört med dem med färre skolgångsår eller de som inte gått en formell skolgång alls. (Mpembeni et al. 2007:4).

Hogan et al (2010) fann likaså i sin studie en stark korrelation av mödradödlighet med moderns utbildningsnivå. Det visade sig att denna utbildningsnivå har förbättrats och ökat allt mer med åren. Det genomsnittliga antalet skolår för kvinnor i fertil ålder, (ca 25-44 år), i Afrika söder om Sahara har stigit från i medeltal 1,5 skolår under år 1980 till 4,4 skolår under år 2008. (Hogan et al. 2010:12).

10.3 Finansiella faktorer

Fördelning i form av ekonomisk status och dess möjligheter, kostnad av vård och transport samt långt avstånd till närmaste vårdanrättningar har valts att inkluderas som finansiella faktorer.

10.3.1 Ekonomisk fördelning

Det var betydligt vanligare för de rikaste kvinnorna att använda sig av offentliga anläggningar än för de fattigaste kvinnorna. Det rapporterades att i Sub-Sahara Afrika visades att en andel på 54,1% av de rikaste kvinnorna använder offentliga lokaler jämfört med endast 17,7% av de fattigaste kvinnorna. I Sub-Sahara Afrika var de fattigaste kvinnorna mer än tre gånger mer sannolika att förlösa hemma än de rikaste kvinnorna. (Montagu et al.2011:3). Denna uppdelning av rikedom är avgörande för inriktningsinsatser i att minska mödradödligheten och är ett viktigt tillskott till tidigare studier. (Montagu et al. 2011:6)

Det som visade sig vara intressant i studien av Kebede et al. (2010) var att det har visats att det är en mycket högre tröskel av tolerans mot smärta hos personer som lever i

extrem fattigdom än bland dem i medelklassen. Detta kan vara en av orsakerna till att många kvinnor eller deras anhöriga, valde att inte göra något i ett hjälpsökande syfte trots uppkomsten av varningssignaler under graviditeten. (Kebede et al. 2010:73-74).

10.3.2 Vårdkostnad

De höga kostnaderna för obstetriska avgifter på BMC, ett tertiärt sjukhus i Niger Delta (Nigeria) kan delvis tillskrivas som en stor orsak till maternell dödlighet i denna region, liksom de höga kostnaderna för förlossningsvård. (Igberase; Ebeigbe 2007:277).

Montagu et al. (2011) fann i sin studie att endast 7% av de fattigaste kvinnorna rapporterade kostnad som en avgörande anledning till att inte gå till en anläggning för förlossning. Detta gällde både bland dem vars förlossning var oönskad och de vars förlossning var i närvaro av en traditionell förlossningsskötare eller annan klinisk vårdare. Bland rika kvinnor redovisade 7% av kvinnorna vars barnafödelse var oönskad och 4% av kvinnorna som genomgick en förlossning med stöd av en traditionell förlossningsskötare eller annan klinisk vårdare att kostnaden var den avgörande faktorn. (Montagu et al. 2011:4).

10.3.3 Transportkostnad

Enligt Kelly et al. (2010) rapporterade kvinnor i deras studie att kostnaden för transport var orsaken till deras förhinder att anlända till sjukhus. Så gott som tre fjärdedelar av kvinnorna i studien av Kelly et al. (2010), erkände att kostnaden för transporten var en viktig orsak till förseningar. Detta är sannolikt en viktig bidragande orsak till mödradödlighet och fosterdöd i deras studie på kvinnor som inte använde sig av ett väntrum för gravida (maternity waiting area). Få kvinnor eller deras anhöriga var villiga att resa på natten på grund av säkerhetsproblem och även om de var villiga uppgavs kostnaderna också vara många gånger högre på natten än under dagen. Några kvinnor ansåg att eftersom de hade förlöst normalt tidigare skulle de göra det igen och kunde undvika dyr transport genom att försöka förlösa hemma. (Kelly et al. 2010:4-5).

10.3.4 Avstånd

Hailu, Enqueselassie, Berhane (2009) fann att det genomsnittliga gångavståndet mellan bostaden av den avlidna kvinnans bostad och sjukhuset var ungefär åtta timmar. Likaså fann de att 73,5 % av dessa kvinnor bodde på landsbygden. När det kommer till att remittera kvinnor vidare i rättan tid måste hänsynstagande till transportproblem också uppmärksammas. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009: 116-118). Kvinnor bokar sent in sig till en vårdinrättning för att undvika att gå på för många antenatala vårdbesök. Avståndet till hälsoanläggningen var en stor beslutsamhetsfaktor vid valet av typ av förlossningsvård. Detta särskilt under omständigheter där anläggningen är ganska långt borta och det finns inga tillförlitliga transportmedel. (Mpembeni et al 2007: 5-6).

Enligt Kebede et al. (2010:74) saknar samhället i det sydvästra etiopiska området en regelbunden kollektivtrafik. Landsbygden i Etiopien har också en svår terräng med berg och raviner, vilket i sin tur bidrar till problem med vägkommunikation. (Kelly et al. 2010:5).

10.4 Kulturella faktorer

Viss utövning av praxis och olika vanor, motivering för hemförlossning samt kvinnans och samhällets kunskap om graviditet och förlossning kan visa sig vara ett hinder för att söka sig till kunskapsenlig vård vid graviditet och förlossning. .

10.4.1 Seder och vanor

Det finns en praxis där kvinnan instängs för 40 dagar efter förlossningen vilket är den tid då hon kommer att få en särskild omsorg och matning. Massage av buken och hudgenomträngning var också metoder under förlossningen för att förflytta fostret och för att lätta på buksmärter. Placantan (moderkakan) anses att bli kvar ifall den inte levereras inom en timme efter framfödandet. Kulturella vanor i att leverera moderkakan och instängning av kvinnan efter förlossningen skulle också komma i konflikt med beslutet att söka vård. (Kebede et al. 2010: 72-74).

I de flesta delar av norra Etiopien är tidiga äktenskap fortfarande mycket vanligt och en av de allvarliga konsekvenserna av detta är tidig död hos de unga flickorna. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009:118).

10.4.2 Hemförlossning

De främsta orsakerna till hemförlossning enligt Mpembeni et al (2007:6) sägs vara rädsla för att bli hänvisad till sjukhus, tillgången till antal traditionella förlossningsskötare samt förlossning av akut karaktär.

I några länder inom Sub-Sahara Afrika rapporterade en del kvinnor en hemförlossning som deras skäl till att inte ta sig till en anläggning för att förlösa. Motiveringar till att förlösa hemma påverkas sannolikt av sociala och kulturella föreställningar, på hushållsnivå samt på gemenskapsnivå, relaterat till värdet av anläggningsbaserad vård. När kvinnorna skulle ge en orsak till varför dessa inte valde att föda vid en vårdinrättning visade det sig att ”tillgång” till att söka sig till ett förlossningscenter gavs som skäl oftare än kostnaden, både för fattiga och rika kvinnor. De rikaste kvinnorna i utvecklingsländer var mycket mer benägna än de fattigaste att rapportera en förlossning i en statlig anläggning. Dessutom fann studien att en mycket hög andel fattiga kvinnor rapporterade att de förlöst hemma. Denna studie bekräftar därmed också tidigare forskning som funnit att de flesta fattiga kvinnor i utvecklingsländerna föder hemma. Hemförlossningar är antingen obevakade eller närvarande. Den stora andelen av obevakade hemförlossningar är ett hinder för att minska mödradödligheten i världen, i synnerhet för de fattiga. (Montagu et al. 2011:3-6).

10.4.3 Kunskap om graviditet och förlossning

Detta stycke skulle också möjligtvis passa väl in tillsammans med kvinnans utbildning. Detta i och med att kunskap om graviditet och förlossning också återspeglar kvinnans utbildning.

Kvinnor som rapporterade att de hade diskuterat med sina makar eller partners under graviditeten om var förlossningen skulle ske och de som rekommenderats vid ett antenatal vårdbesök av hälso-och sjukvårdspersonalen att förlösa i en vårdinrättning hade en högre andel av förlossningar med en kompetent assistent jämfört med dem som inte gjort detta. Andelen kvinnor med kvalificerad vård vid förlossningen ökade med deras kunskap om varningssignaler från 39 % bland kvinnor som inte kunde nämna varningstecken till 68 % bland dem som kunde nämna fyra eller fler varningssignaler. (Mpembeni et al. 2007:4). I grupperna rika, fattiga, närvarande och icke närvarande förlossningar var den överlägset vanligaste rapporterade orsaken till att inte ha en anläggningsbaserad förlossning den att det ansågs som " inte nödvändigt". (Montagu et al. 2011:4). Kvinnor som var mer kunniga om riskfaktorer var mer benägna att använda vårdinrättningar vid förlossning jämfört med dem utan denna kunskap. Det förväntas att en bättre informerad individ är bättre lämpad att göra rimliga beslut. (Mpembeni et al 2007:6). Familjen till den avlidna kvinnan förstår inte alltid allvaret i situationen vilket i sin tur leder till försening i att söka vård. Förlossningskomplikationer är ändå fruktade och kvinnor passerar alla de nio månaderna mellan en känsla av liv och död. (Kebede et al. 2010: 72-73).

10.5 Användning av antenatal vård

Den procentuella dödligheten för obokade kvinnor var tio gånger högre än för bokade patienter. Med andra ord är det i denna studie bevisat att obokad status är en riskfaktor för mödradödlighet. Detta visar att dåligt vårdsokningsbeteende är en utmaning på landsbygden i bl.a. Nigeria och interventioner behövs för att förbättra hälsotillståndet hos dess invånare. (Igberase; Ebeigbe. 2007: 276-277).

Endast fyra stycken (11,7%) av den totala andelen av de 34 avlidna kvinnorna i studien hade använt sig av antenatala vårdbesök åtminstone en gång under sin graviditet och endast 11 av dessa 34 kvinnor valde att förlösa på sjukhus. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009:117).

Resultatet i studien av Mpembeni et al. (2007) visade att nyttjande av antenatala vården överensstämde i 972 (99,8%) fall av 974 med kvinnornas rapport om att ha besökt mödravårdscentralen åtminstone en gång under sin senaste graviditet. På antenatalvårds-kliniken kan kvinnor granskas för eventuella riskfaktorer och få lämpliga råd, vaccinationer, hälsoutbildning och rådgivning om förlossningsplanering, behandling av malaria samt givande av järntillskott. Mindre än hälften (46,7%) av respondenterna uppgav sig ha fött i en vårdinrättning under sin senaste förlossning. Majoriteten av kvinnorna började dock sent med sina första antenatalavårdsbesök och ungefär en tredjedel gjorde färre än rekommenderat antalet besök. Att i ett sent skede påbörja antenatalvård och att gå på för få besök minskar i sin tur effektiviteten av den antenatala vården, detta eftersom vissa nödvändiga interventioner startas antingen mycket sent i graviditeten eller dessa behandlingar avslutas inte före tidpunkten för en förlossning (Mpembeni et al. 2007:4-5).

Enligt Kelly et al. (2010) visar deras resultat att mödradödlighetssiffran bland högrisk-kvinnor som blir intagna i förväg via ett väntrum för gravida är betydligt lägre än hos de högrisk-kvinnor som direkt blir antagna till förlossning. För kvinnor med högriskgraviditet, som lever i svårtillgängliga platser, kan ett väntrum erbjuda möjligheten till omedelbar tillgång till snabba och livräddande obstetriska ingripande vid behov. På grund av att övervakning är essentiell vid ett väntrum är det mindre sannolikt att sjukdomstillstånd under graviditeten skulle utvecklas. Vid ett väntrum för gravida strävas det till att så bra och så snabbt som möjligt diagnostisera och behandla ifall dessa tillstånd skulle uppkomma. Studiens resultat visar att ett välorganiserat och lokalt accepterat väntrum med allmän och snabb tillgång till livräddande insatser är sannolikt att minska mödradödlighet och fosterdöd i landsbygdsområden i utvecklingsländer. (Kelly et al. 2010:4-6).

10.6 Tillgång till aborttjänster

I vissa delar av Afrika börjar det politiska klimatet mot abort att visa en förändring mot det bättre. Etiopien t.e.x. har nyligen infört en mindre restriktiv begränsning av abort bestämmelser och Ghana har godkänt nationella standarder och riktlinjer för säker abort, som inkluderar medicinsk abort. Medicinska aborttjänster borde marknadsföras socialt

på samma vis som det görs med preventivmedel och myggnät. Detta kan dock vara omöjligt p.g.a. den politiska känsligheten mot abort som fortfarande råder i många afrikanska länder. (Baggaley, Burgin; Campbell. 2010:5-7). Den höga andelen av abortrelaterade dödsfall lägger uppmärksamheten på att utbilda kvinnor till att upptäcka en graviditet i ett tidigt skede och på så sätt snabbt få tillgång till lämpliga tjänster som kan hjälpa kvinnor att undvika oönskade graviditeter. Detta skulle vara nyckeln till att maximera ingripanden vid oönskad graviditet. (Baggaley; Burgin; Campbell. 2010:7 ; Khan et al. 2006:1074).

10.7 Kvalitet på vård- och hälsosystemet

Flera kvinnor i studien av Hailu, Enqueselassie, Berhane (2009) hade från tidigare en olycklig obstetrisk historia men den exakta arten av historien hade inte dokumenterats. Kvaliteten på journalerna var dåliga. Av 18 stycken viktiga datainsamlingsobjekt i den medicinska journalen saknades i genomsnitt 5,74 objekt från dokumenteringen. Tid för antagning, utskrivning och uppföljning av patienter dokumenterades sällan. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009:117).

Avsaknaden av ett standardiserat sätt att sköta patientjournaler kan visa sig vara en stor utmaning. Det är emellertid absolut viktigt att ha en detaljerad dokumentering för varje patient för att ge kunna ge god fortsatt vård och för att kunna följa utvecklingen mer effektivt. De medicinska informationssystemen bör förbättras för att höja standarden på vården i hälso - och sjukvårdssystemet. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009:117).

Det finns behov av att aktivera ett övervakningssystem för rapportering av mödradödligheten i varje by och stat. (Olowonyo; Oshin; Obanjo-Bello. 2005:640). Enligt Hogan et al. (2010:12) skulle användning av en kryssruta för att identifiera kvinnor som var gravida vid tidpunkten för dödsfallet eller inom 42 dagar före döden vara ett bra komplement till rapportering av mödradödlighetsfall.

Kebede et al (2010) menar att undermålig remiss vid vård visade sig vara den främsta bidragande faktorn till moderns död i deras studie. Vårdpersonal uttryckte inte alltid situationens allvarlighet eller de tenderade att ignorera varningssignaler som skulle kräva omedelbar remiss till vård. Förbättring i tekniska färdigheter i att identifiera

varningssignaler, information, kommunikation samt tidig rådgivning vid remittering är väsentliga i vården av den gravida kvinnan. (Kebede et al. 2010:73).

Resultat i studien av Alvarez et al. (2009) visar att hälso- och sjukvårdsrelaterade indikatorer såsom täckning av mödravård, förlossningar med kunnig vårdpersonal samt tillgång till vatten och sanitet inverkar starkt på mödradödlighetssiffror runt om i Sub-Sahara Afrika. (Alvarez et al. 2009:5).

Khan et al. (2006) menar att åtminstone de flesta maternella dödsfallen bör kunna undvikas genom lämplig diagnos och behandling. Förebyggande och behandling samt ökad tillgänglighet och användning av vårdresurser bör vara ett stort mål i alla regioner. Förmågan till att öka insatserna för att förbättra kvaliteten på registrering, rapportering och geografisk täckning inom vården borde förbättras. (Khan et al. 2006:1074).

10.8 Utbildning av barnmorska och TBA

Enligt Ray; Salihu (2004) varierar de utbildningar och resurser som finns tillgängliga för barnmorskeutövning från land till land, speciellt på landsbygden. Men trots detta har det visats att professionella barnmorskor är det bästa instrumentet när det kommer till samhällsbaserade interventioner för att förbättra mödradödlighet. Denna studie menar att det verkar som om traditionella förlossningsskötare och kommunbaserade barnmorskor verkligen spelade en roll för att minska mödradödlighetstalet. (Ray; Salihu. 2004: 7-10). Regeringens ansträngningar till att registrera traditionella vårdare samt att utbilda dem i grundliga hygieniska metoder och behovet av tidig remiss, borde också frambringa några resultat i förbättringen av mödradödlighet. (Olowonyo; Oshin; Obanjo-Bello. 2005: 640).

10.9 Vårdarens kunskap

Hailu; Enqueselassie; Berhane (2009) fann i sin studie att vid ungefär hälften av kvinnornas förlossningar deltog en kompetent förlossningsskötare och att 28 kvinnor (82,3%) dog vid tidpunkten efter födseln. Av studiens totala andel av 34 dödsfall var 12

stycken (35,2 %) av dessa tydligt identifierbara som undvikliga ifall kvinnorna hade erhållit ordentlig vård i rätt tid. Även om en erfaren skötare deltog vid vissa av kvinnornas förlossningar var de inte korrekt hanterade för att undvika döden. Detta kunde fastställas i och med att i ca 87,5 % av dödsfallen var medicinska tjänstrelaterade faktorer identifierade. Dessa inkluderade bl.a. brist på blod för transfusion, försening i behandlingen, olämplig behandling och felbedömda handlingar från personalens sida. (Hailu; Enqueselassie; Berhane. 2009: 117).

Bland kvinnor som förlöste hemma var 50,1 % av förlossningarna assisterade med hjälp av otränade släktingar eller vänner, medan 46,3% av kvinnorna fick hjälp av traditionella förlossningsskötare eller bybarnmorskor och endast 3,6 % fick hjälp av kunniga barnmorskor. (Mpembeni et al. 2007:4). Insatser för att minska mödra - och neonataldöd bör förbättras genom kvaliteten på deltagandet vid förlossning genom att öka graden av förlossnings närvaro. (Montagu et al. 2011:7).

Kunskap som bybarnmorskor och traditionella förlossningsskötare innehar varierade från olika studiers resultat. Enligt studien av Ray; Salihu (2004) visade sig utbildade traditionella förlossningsskötare övergripande sett ha höga nivåer av kunskap om hygieniska förlossningsmetoder samt riskfaktorer för komplikationer under graviditeten. Stora andelar vårdare påpekade också att de skulle hänvisa patienter med riskfaktorer såsom historia av obstetrisk komplikation och kortväxthet, vidare till en högre vårdnivå. Det är väsentligt att stärka traditionella förlossningsskötares placering för att de skall kunna fungera som remisslänkar till akuta förlossningsvårdstjänster. Traditionella förlossningsskötare och bybarnmorskor kan spela en viktig roll i att förbättra graviditeter i utvecklingsländer. I de interventioner som varit mest framgångsrika agerar dessa vårdare inte ensamma utan snarare som en del av sektorsövergripande kunskaps insatser. Dessa insatser garanterar i sin tur tillgång till akut förlossningsvård vid livshotande komplikationer som å andra sidan inte kan hanteras effektivt av traditionella förlossningsskötare eller bybaserade barnmorskor. Studien visade också att hög kompetens bibehölls hos traditionella förlossningsskötare även flera år efter utbildningen, samt en god kapacitet för att lära sig nya metoder trots låga nivåer av utbildning och begränsningar i läskunnighet. (Ray; Salihu. 2004:7-11).

Enligt Igberase; Ebeigbe (2007) däremot, kan inte traditionella förlossningsskötare känna igen varningssignaler, inte följa principer angående aseptik samt ge akut förlossningsvård. Gravida mödrar som är i förlossning hålls ofta för länge kvar hos dessa skötare istället för att remitteras vidare när livet är redan i fara. (Igberase; Ebeigbe. 2007:277).

11 ATTITYDER

Tillgång och utförande av abort beror också på andelen vårdpersonal som är villig att utföra medicinsk abort. Det har visats att en majoritet av sjuksköterskor (56 %) stöder abort vid våldtäkt eller incest eller om den fortsatta graviditeten skulle äventyra kvinnans hälsa (61%), men få stödde abort av sociala och ekonomiska skäl. Emellertid har forskning också visat att det är möjligt att förändra attityder. 70 % av de tillfrågade rapporterade attitydförändringar sex månader efter det att ett attitydförändrings seminarium hade hållits och 93% rapporterade en ökad medkänsla för kvinnor som söker abort tjänster. (Baggaley; Burgin; Campbell. 2010:7).

12 BARNMORSKANS ERBJUDANDE AV TJÄNSTER

Vårdpersonalens, barnmorskans och den traditionella förlossningsskötarens ansvar för kvinnans hälsa presenteras nedan i form av mödravård, sexuella och reproduktiva rättigheter och spridning av kunskap.

12.1 Mödravård

Mödravårdstäckning och vårdpersonalens deltagande vid förlossning är två åtgärder som alltid anses spela en nyckelroll i att minska mödradödlighetsantalet. I Sub- Sahara Afrika brukar siffrorna för mödravårdstäckning vara av 50% betydelse och av 80% betydelse för vårdpersonalens deltagande vid förlossningar. (Alvarez et al. 2009:6).

Bättre vårdinrättningar för akut förlossningsvård samt förbättring av moderskapstjänster vid hälsoanläggningar och tillräcklig personalstyrka kan resultera i minskningen av mödradödlighetssiffran. (Ray; Salihu. 2004:10 ; Olowonyo, Oshin ; Obanjo-Bello. 2005:640). Lågt utnyttjande av kunniga skötare vid förlossning och deras tjänster är den stora utmaningen inom mödravård. (Mpembeni et al. 2007:6).

12.2 Sexuella och reproduktiva rättigheter

Komplikationer av osäkra aborter, som stod för ungefär 13% av mödradödligheten globalt sett, kan i förväg förebyggas genom tillgång till preventivmedel och säkra aborter. (Alvarez et al. 2009:7). Dödsfall på grund av osäkra aborter skulle kunna reduceras med hjälp av underhållande av lämplig rådgivning och vård efter abort. Användningen av lämplig preventivmetod skulle också komma att minska stora mängder multipariteter. (Igberase; Ebeigbe. 2007:277).

Tillgänglighet till det medicinska abortpillret Misoprostol har ökat i takt med dess registrering i flera afrikanska länder för användning inom obstetrik och gynekologin. Som följd av detta ser tillgången till medicinsk abort ut att öka kraftigt. Potentialen för medicinsk abort att bli distribuerad på antenatala kliniker av barnmorskor kan betyda att upp till 95% av Tanzanias kvinnor skulle ha tillgång till medicinsk abort. (Baggaley; Burgin; Campbell. 2010:5-6).

12.3 Spridning av kunskap

Det är ett faktum att många antenatala besök utsätter kvinnor för mera hälsoutbildning och – rådgivning som skulle sannolikt öka viljan i att slutligtvis utnyttja tjänsterna. (Mpembeni et al. 2007:6). Likaså är det av stor betydelse att utbilda familjer i att känna igen tecken på komplikationer. Traditionella förlossningsutövare kan också i vissa fall erbjuda utbildning inom vaccination och familjeplanering. (Ray; Salihu. 2004:7).

13 RESULTATET ÅTERSPEGLAT TILL TEORETISKA REFERENSRAMEN

I följande kapitel kommer resultatet att speglas i förhållande till det teoretiska perspektivet.

Barnmorskan respekterar varje kvinnas rätt att få nödvändig kunskap för att kunna ta egna beslut, likaså att stöda kvinnan i eventuella följder som besluten kan leda till. Barnmorskan stöder kvinnans rätt till att aktivt delta i beslut som berör hennes egen vård samt uppmuntrar kvinnan att aktivt ta ställning i frågor som tangerar kvinnans eller familjens hälsa i sin egen kultur. (Thompson et al. 2003).

Resultaten visar att genom att sprida kunskap och utsätta kvinnor för allt mer hälso-utbildning och rådgivning ökar chanserna för att kvinnorna tar ett gott beslut angående vård. Likaså framkom det i resultaten att ju mer informerad kvinnan är desto rimligare hälsobeslut är hon trolig att ta. Till följd av dimensionerna på makt fördelning mellan makarna påverkar detta i sin tur också användningen av tjänster. Detta kan leda till att männen mycket väl kan ta de slutliga besluten om kvinnans vård istället för hon själv.

Det är också av stor betydelse att utbilda familjer inom bl.a. familjeplanering. Detta kan innebära information, råd och vård angående preventivmedel och abort. Kvinnors dödlighetssiffror var som högst bland unga kvinnor p.g.a. fysisk omognad och för äldre kvinnor till följd av högre risk för komplikationer vid förlossning. Kvinnan borde med andra ord stödas till ett bättre och mer värdefullt reproduktivt hälsoläge oavsett hennes ålder och paritet. Att försöka stöda kvinnan som en individuell person och också stöda hennes status i samhället kan i sin tur påverka hennes vårdbeslut. Barnmorskans bör även stöda kvinnor med låg utbildningsnivå att ta beslut som de inte kan ta på egen hand.

Barnmorskor samarbetar tillsammans med kvinnor och med politiska och ekonomiska myndigheter för att fastställa kvinnors behov av hälso-tjänster samt försäkras sig om att prioritering och tillgänglighet i resursfördelningen tas i beaktande. (Thompson et al. 2003).

Finansiella faktorer såsom fördelning i form av ekonomisk status och dess möjligheter, höga kostnader på vård och transport samt långa avstånd till närmaste vårdanrättningar har visats vara betydande hinderfaktorer för kvinnor att få sina behov av tjänster tillfredsställda. Likaså framkom det att regering och myndigheter också bör stärka kvinnors ställning och möjliggöra saker för dem. Det är betydligt vanligare för de mer förmögna kvinnorna att använda sig av offentliga anläggningar än för de fattigare kvinnorna. Fördelning av rikedom är avgörande för inriktningsinsatser i att minska mödradödligheten. Resurser som t.ex. finns tillgängliga för barnmorskeutövning varierar väldigt mycket. Ett mera omfattande samarbete barnmorskor, kvinnor och olika myndigheter emellan kunde saktat förbättra dessa förhållanden.

Barnmorskor stöder och stärker varandra yrkesmässigt och samtidigt vårdar de sin egen och varandras självkänsla. Barnmorskan är medveten om sin yrkesmässiga kunskapsbas och samarbetar vid behov med andra professionella yrkesgrupper inom vården. (Thompson et al. 2003).

Möjlighet till utbildning av barnmorskor växlar från land till land. Studien visar också att hög kompetens behålls hos vårdare flera år efter utbildningen, likaså god kapacitet för att lära sig nya metoder. Ansträngningar från regeringens sida att vidareutbilda vårdare borde också framkalla resultat i förbättringen av mödradödlighet. Kompetent förlossningsskötare samt korrekt hantering av förlossning är kritiska för att undvika olämplig behandling och felbedömda handlingar från personalens sida. Kunskap som bybarnmorskor och förlossningsskötare innehar varierade i förhållande till olika interventioner. I de interventioner som var mest framgångsrika agerade dessa vårdare som en del av sektorsövergripande kunskapsinsatser.

Barnmorskan vårdar kvinnan och den blivande familjen med respekt för olika kulturer och avlägsnar samtidigt skadliga seder som kan tillhöra kulturen. Barnmorskan bekräftar kvinnans behov samtidigt som att värna om att kvinnan inte kommer till skada i förhållande till förlossningen. (Thompson et al. 2003).

Diverse utövningar av praxis och olika vanor, motivering för val av hemförlossning samt samhällets kunskap om graviditet och förlossning har visat sig vara kulturella hinder för vården av kvinnan.

Kulturella uppfattningar i att vårda kvinnan på bästa sätt kan komma i konflikt med beslutet att söka vård. Att kunna vårda kvinnan med respekt för kulturer samtidigt som att avlägsna skadliga seder som kan tillhöra kulturen kan reflekteras mot både hemförlossning och abort.

Motiveringar till att förlösa hemma påverkas av sociala och kulturella föreställningar på familje - och samhällsnivå. Den stora andelen av oönskade hemförlossningar är ett stort hinder för att minska mödradödligheten i världen. Dessa kvinnor borde om möjligt få kompetenta vårdare vid sin sida för att kunna få bort uppfattningen om att dessa förlossningar är säkra och inte alltid behöver assistans.

För att kunna bekräfta kvinnans behov vid önskan om abort, vilket också är en del av hennes sexuella och reproduktiva rättighet, gäller det att finna vägar till att motarbeta osäkra aborter och att finna vårdpersonal som är villig att ge medicinsk abort. Överlag varierar vårdares attityder till abort. Vissa understöder abort vid våldtäkt alternativt incest, eller äventyrande av kvinnans hälsa, men få stöder p.g.a. sociala och ekonomiska skäl.

Barnmorskan använder sin yrkeskunskap för att försäkra sig om att vårdhandlingar i förlossningsvården är trygga i alla miljöer och kulturer. Barnmorskan tar under alla omständigheter i beaktande kvinnors fysiska, psykiska, emotionella och andliga hälsa samt deras behov av hälsovård. (Thompson et al. 2003).

Hälso - och sjukvårdsrelaterade indikatorer såsom mödravårdstjänster, bättre vårdinrättningar för akut förlossningsvård, förlossningar med deltagande av kunnig vårdpersonal, samt tillgång till vatten och sanitet inverkar starkt på mödradödlighetssiffrorna. Dessa vårdhandlingar kan spela en nyckelroll i att minska mödradödlighetsantalet. De flesta maternella dödsfallen bör kunna undvikas genom lämplig diagnos och vårdbehandling. Tillgänglighet och användning av vårdresurser bör vara ett stort mål för kvinnans hälsa. Tillgång till preventivmedel och säkra medicinska aborttjänster och underhållande av lämplig rådgivning och vård efter abort skulle kunna reducera dödsfall p.g.a. osäkra aborter.

Barnmorskans etiska kod tangerar vården av kvinnan som en individuell person samt också kvinnan som en helhet. Kvinnocentrerad vård är vad kvinnor och deras hälsa är i behov av i de drabbade afrikanska länderna. Mycket av studiens resultat stämmer

överrens med detta. Sammanfattningvis kan man konstatera att den teoretiska referensramen och resultaten av denna studie kan kopplas samman på flera olika punkter till Barnmorskans etiska koder.

14 KRITISK GRANSKNING OCH DISKUSSION

När den inledande datainsamlingen om det valda ämnet genomfördes var det uppenbart att det fanns mycket tillgänglig forskning om mördadödlighetens faktorer, men ur ett medicinskt och kliniskt perspektiv och hur dessa kan behandlas på bästa sätt. Däremot var det avsevärd brist på vårdvetenskaplig forskning kring faktorer som står att finna hos människor och i samhället och hur dessa tillsammans eller enskilt kan minska antalet dödsfall bland kvinnor. Likaså framkom det ur tidigare forskning att det inte finns tillräckligt forskat inom de mer makrostrukturella faktorerna, t.ex. kulturella och sociala, av fenomenet. Därmed anser jag att det slutliga inriktningsvalet av ämne för denna studie var välgrundat.

Trots att ingen facklitteratur som tangerade ämnet kunde hittas till bakgrundskapitlet är jag ändå rätt nöjd med bakgrunden som en helhet. Något som skulle ha kunnat göras på ett annorlunda vis när det gäller datainsamlingen är litteratursökning av artiklar. Sett såhär i efterhand skulle man ha kunnat be om ytterligare hjälp vid sökning av artiklar. Litteratursökningen skulle också ha kunnat göras i flera omgångar för att kontrollera om eventuell ny forskning uppkommit. Detta är trots allt ett område som det säkerligen ständigt forskas kring och genom att det inte är lång tid kvar till år 2015 då FN:s millenniummål skall vara uppnådda. Jag anser att jag har noggrant redovisat tillvägagångssätten och utförandet för datainsamlingen och databearbetningen för studien.

När det gäller den teoretiska referensramen, Barnmorskans etiska koder (Thompson et al. 2003), anser jag att denna har passat bra in i arbetets innehåll samt att den teoretiska referensramen kunde bra tillämpas i studien. Ett annat alternativ till ett teoretiskt perspektiv skulle med kvinnans hälsa under graviditeten som fokus ha kunnat vara "Hälsans idé" av Katie Eriksson (1986).

I och med att syftet med studien var att få en insikt i det valda ämnet var en kvalitativ litteraturoversikt som metod för datainsamlingen bäst tillämpad. I studien användes 14 stycken artiklar. Trots att en artikel av dessa 14 inte gav svar på studiens frågeställningar är jag rätt nöjd med analysen. Det som var svårt i analysen var att slutligen skilja på vissa uttryck och att få dessa att bilda passande kategorier på bästa sätt så att dessa skulle passa syftet för studien. Studiens datainsamling och innehållsanalys skedde i form av teorier enligt Friberg (2006).

Det insamlade materialet motsvarade ganska väl studiens frågeställningar. Jag tycker att kapitlen i arbetet presenteras i en logisk ordning samt att uppställningen av arbetet är tydlig och klar. Jag hade önskat att få ett mer beskrivande resultat angående religiösa orsaker och faktorer i resultatdelen. Detta skulle ha varit intressant. Jag anser att det resultat jag har fått ändå har en stark tillförlitlighet tack vare att flera forskningar som använts hade kommit till samma resultat.

I mitt resultat kom jag fram till en del påverkande faktorer inom de makrostrukturella, dvs. kulturella, sociala, ekonomiska och vissa politiska bestämningsfaktorer för kvinnans hälsa i utvecklingsländerna.

När man reflekterar tillbaka på uppdelningen av resultatet kan man väl egentligen säga att de påverkande faktorerna och möjligheter till minskning av dödligheten finns på tre nivåer, den makrostrukturella nivån (samhället), den lokala nivån (närsamhället, individens näromgivning) och den individuella nivån (individen själv, familj och släkt). Socioekonomiska faktorer visade sig vara ett stort hot och en stark påverkande faktor om man ser på de olika variablerna som en helhet. Kvinnoliv förkortas p.g.a. avsaknad av tillgång till säkra aborter och säkra förlossningar, för att kvinnan själv eller anhöriga inte förstår eller prioriterar att föra kvinnor till vård i tid, för att avståndet är för långt till närmaste vårdmöjlighet eller för att de inte har ekonomiska möjligheter till att nå närmaste vårdcentral.

Förändring och förbättring måste ske inom flickors och kvinnors möjlighet till utbildning, undervisning om sexualitet och samlevnad, tillgång till preventivmedel och säkra aborter samt mer adekvat och säker hälso- och förlossningsvård för mödrar.

Genom att försöka förbättra prioritering av resurser till att öka möjligheten att utbilda och vidareutbilda fler barnmorskor och traditionella förlossnings skötare samt förbättring av hälsovårdssystemet skulle detta i sin tur hjälpa många kvinnor på vägen.

Olika trösklar för allt fler kvinnor och familjer på landsbygden och i ett flertal fattiga områden i Sub- Sahara Afrika skulle bli lägre för att uppsöka vård.

Sammanfattningsvis resultatmässigt, kan man konstatera att genom att kunna öka andelen kvinnor som föder barn med hjälp av professionell assistans samt tillgång till akut förlossningsvård är egentligen de mest väsentliga faktorerna för att globalt kunna minska mödradödlighet. Barnmorskan och samhället borde på bästa möjliga sätt kunna möta vårdbehoven hos kvinnor i den fertila åldern samt stöda och respektera kvinnors sexuella och reproduktiva hälsa och alla kvinnors rättigheter.

Som helhet är jag relativt nöjd med examensarbetet. Skrivandet av detta arbete har varit lärorikt. Det har varit en lång process och det har emellanåt varit svårt att komma vidare med arbetet. Jag har flera gånger varit tvungen att påminna mig själv om att detta är ett övningsarbete och att det inte kan vara perfekt. Sist och slutligen anser jag att jag har förbättrats som skribent under denna process. Det som visade sig vara svårt i arbetet var att in i det sista hålla sig så objektiv som möjligt. Detta i och med att ämnet i sig är känsligt. När man själv som kvinna samt vårdare av gravida kvinnor sätter sig in i ett ämne som detta kan man inget annat än att känna sig behövlig och att man som vårdare har ett verkligt stort ansvar i denna fråga. Vi kan alla sprida kunskapen vidare och hjälpas åt att förbättra kvinnans status runt om i världen direkt eller indirekt på olika vis. Jag hoppas att detta arbete kan hjälpa vårdpersonal samt medmänniskor att förstå vad det är som påverkar detta tragiska fenomen och hur detta förhoppningsvis kan minskas i framtiden. Barnmorskan och övrig vårdpersonal är verkligen i en nyckelposition för att hjälpa kvinnan, hennes familj och samhället till att minska mödradödligheten och i sin tur hoppeligen nå det utsatta millenniemålet 5. Genom att sträva till detta kan man på längre sikt låta en ung flicka bli kvinna och en mor förbli mor.

15 SLUTORD

Jag vill härmed tacka min handledare Pirjo Väyrynen för god handledning under arbetet med denna studie.

Slutligen vill jag också rikta ett stort tack till min familj och vänner för ert stöd och uppmuntran.

KÄLLOR

Böcker

Eriksson, Katie. 1992, Broar. Introduktion i Vårdvetenskaplig metod. Åbo Akademi: Institutionen för Vårdvetenskap. S. 331.

Friberg, F. (red.). 2006. Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur. S. 154. ISBN: 978-91-44-04315-9. Upplaga 1:7.

Lindberg, T. & Grandelius, B. 2004. Barnläkarbok. Ditt barn. Hälsa, utveckling, sjukdomar, olycksfall. Stockholm: Albert Bonniers Förlag AB. S.557. ISBN: 91-0-010092-7.

Lundh, B ; Györki, I. 1983. Bonniers Medicinska Ordbok. BonnierFakta Bokförlag AB. Ungern. S. 304. ISBN 91-34-50191-6.

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket. 1998. Svenska akademien. Gjøvik, Norge. S. 1066. ISBN: 91-7227-032-2. Upplaga 12:1.

Sahlin-Úlfssdóttir, Hanna; Eriksson, Linn & Fjellvang, Hanne. 2009. Förlossningshandboken, Stockholm: Prisma, S. 183. ISBN: 978-91-518-5026-9.

Utarbetad av Petti, Vincent ; Norstedts ordboksredaktion (Rider, I; Swedenborg , L; Nygren, H). 1997. Nordstedts Ordbok AB. Clays Ltd., England (1998). S. 888. ISBN: 91-7227-000-4. Upplaga 3:2.

Elektroniskt material

E-tidsskrifter

Alvarez, Jose Luis; Gil, Ruth; Hernández, Valentín & Gil, Angel. 2009. Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study. *BMC Public Health*, 9: 462: 1-8. Tillgänglig Google scholar. Hämtad 27.09.2011.

Baggaley, Rebecca F; Burgin, Joanna & Campbell Oona M.R. 2010. The Potential of Medical Abortion to Reduce Maternal Mortality in Africa: What Benefits for Tanzania and Ethiopia? *PLoS ONE* 5(10): e13260. doi:10.1371/journal.pone.0013260 p.1-9. Tillgänglig Google scholar. Hämtad 27.09.2011

Dumont, Alexandre; Gaye, Alioune; de Bernis, Luc; Chaillet, Nils; Landry, Anne; Delage, Joanne & Bouvier-Colle, Marie- Hélène. 2006. Facility-based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (3): 218-24. Tillgänglig.CINAHL (Ebsco Host).Hämtad 07.10.2011.

Gil-Gonzalez, Diana; Carrasco-Portino, Mercedes & Ruiz, Maria Teresa. 2006. Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 84 (11): 903-9. Tillgänglig CINAHL. Hämtad 29.09.2011.

Hailu ,Samuel; Enqueselassie, Fikre & Berhane, Yemane. 2009. Health facility-based maternal death audit in Tigray, Ethiopia. *Ethiop. J. Health Dev*; 23 (2): 115-119. Tillgänglig Google scholar. Hämtad 27.09.2011.

Hogan, Margaret C; Foreman, Kyle J; Naghavi, Mohsen ; Ahn, Stephanie Y; Wang, Mengru; Makela Susanna M; Lopez, Alan D; Lozano, Rafael & Murray, Christopher J L . 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet*. Published online April 12, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60518-1. Tillgänglig Google Scholar. Hämtad 26.09.2011.

Igberase, G. O.; Ebeigbe, P. N. 2007. Maternal mortality in a rural referral hospital in the Niger Delta, Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, April 2007, Vol. 27 Issue 3: 275-278. Tillgänglig Academic Serach Elite: Ebsco Host. Hämtad 24.10.2011.

Kebede, Deribe; Sibathu, Biadgilign; Alemayehu, Amberbir; Tefera, Belachew & Kifle, Woldemichael. 2010. The road to maternal death in rural Southwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, Vol 20, No 1: 71-74. Tillgänglig Google scholar. Hämtad 27.09.2011.

Kelly J, Kohls E, Poovan P, Schiffer R, Redito A, Winter H, MacArthur C. 2010. The role of a maternity waiting area (MWA) in reducing maternal mortality and stillbirths in high-risk women in rural Ethiopia. *BJOG* 2010; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02669.x. Tillgänglig Google scholar. Hämtad 27.09.2011.

Khan, Khalid S.; Wojdyla, Daniel; Say, Lale; Gülmezoglu, A. Metin; Van Look, Paul F. A. 2006. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*, April 1, Vol. 367 Issue 9516: 1066-1074 ; DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68397-9. Tillgänglig Academic Serach Elite: Ebsco. Hämtad 30.09.2011.

Montagu, Dominic; Yamey, Gavin; Visconti, Adam; Harding, April & Yoong, Joanne. 2011. Where do poor women in developing countries give birth? A multi-country analysis of demographic and health survey data. *PLoS One*, February 28: 6(2):e17155. Published online 2011 February 28. doi: 10.1371/journal.pone.0017155. Tillgänglig PubMed. Hämtad 17.10.2011.

Mpembeni, Rose NM; Killewo, Japhet Z.; Leshabari, Melkzedek T; Massawe, Siriel N; Jahn, Albrecht; Mushi, Declare & Mwakipa, Hassan. 2007. Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007, 7:29 DOI:10.1186/1471-2393-7-29. Tillgänglig Google Scholar. Hämtad 24.10.2011.

Olowonyo, T.; Oshin, S. & Obasanjo-Bello, I. 2005. Registering in a health facility for delivery protects against maternal mortality in a developing country setting. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, October 2005, Vol. 25 Issue 7: 638-641. Tillgänglig Academic search elite (Ebsco Host). Hämtad 17.10.2011.

Ray, Alison M.; Salihu, H.M. 2004. The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 24 (1): 5-11. ISSN: 01443615. Tillgänglig Academic search elite. (Ebsco Host). Hämtad 07.10.2011.

Övrigt elektroniskt material

God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. 2012. [www] Tillgänglig:

http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481 Hämtad 20.08.2012.

The Hand That Rocks The Cradle Is The Hand That Rules The World. [www]

Tillgänglig: <http://theotherpages.org/poems/wallace1.html>. Hämtad 22.08.2012.

Thompson et al. 2003. ICM international code of ethics for midwives. [www] Tillgänglig:

<http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Code%20of%20Ethics%20Short%20Version-ENG.pdf>. Hämtad 15.06.2012.

UNDP. A world of development experience. [www] Tillgänglig:

http://www.undp.org/content/undp/en/home/operations/about_us.html. Hämtad 30.08.2012

Unicef. Vad är UNICEF?. [www] Tillgänglig:

http://freebook.se/UserFiles/SiteVersionId_11/file/Presentationer/SB2010/SB_2010_Unicef.pdf. Hämtad 30.08.2012.

Unicef. 2008. The State of the World's Children 2009. Maternal and Newborn Health.

[www]Tillgänglig: <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>.

Hämtad 09.08.2012.

Unric. FN- familjen: Vem gör vad? – Generalförsamlingen.[www] Tillgänglig

<HTTP://WWW.UNRIC.ORG/SV/INFORMATION-ON-FN/22?START=1>. Hämtad 30.08.2012.

Wikipedia. The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. [www]Tillgänglig:

http://en.wikipedia.org/wiki/White_Ribbon_Alliance_for_Safe_Motherhood. Hämtad 30.08.2012

Wikipedia. Traditional birth attendant. [www] Tillgänglig:

http://en.wikipedia.org/wiki/Traditional_birth_attendant. Hämtad 20.9.2012

World Health Organization. 2005. The World health report : 2005 : make every mother and child count. [www] Tillgänglig: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf. Hämtad 20.08.2012

WHO. Working for health. An introduction to World Health Organization.[www] Tillgänglig: http://www.who.int/about/brochure_en.pdf. Hämtad 30.08.2012

WHO. 2009. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. [www] Tillgänglig: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598514_eng.pdf. Hämtad 05.09.2012.

Övrigt material

Professional Alliance for Development in Ethiopia (PADET). (u.å) Decent life for all people! [Broschyr].

BILAGOR