



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för kvinnor och barns hälsa
Enheten för reproduktiv hälsa
Kurs: Examensarbete 7,5 p

Mödrahälsovård i Tanzania - en litteraturstudie

Antenatal care in Tanzania - a literature review

Examensarbete i sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa, 7,5 hp
(Avancerad nivå), 2012

Författare:

Maria Brander, Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent
Marika Törnblom, Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent
Marie Webb, Leg. Sjuksköterska, barnmorskestudent

Handledare:

Anna-Berit Ransjö- Arvidson, docent

Examinator:

Ingegerd Hildingsson, professor

MÖDRAVÅRD I TANZANIA

En litteraturstudie

Brander, M., Törnblom, M., & Webb, M. (2012)

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tillgång till evidensbaserad mödra- och förlossningsvård under graviditet kan i många fall göra skillnaden mellan liv och död. Varje år avlider cirka en halv miljon kvinnor i världen årligen i barnsäng. Majoriteten av de kvinnor som avlider i barnsäng finns i Afrika. I Tanzania uppskattas mödradödligheten till 3000-4000 kvinnor årligen och siffran har i stort sett varit oförändrad sedan 1990.

Syfte: Kartlägga faktorer som avgör om kvinnorna på landsbygden i Tanzania söker professionell vård i samband med graviditet och förlossning.

Metod: En granskning baserad på sex kvalitativa artiklar om mödravård i Tanzania genomfördes. Artiklarna var publicerade mellan 2009-2011 och skrivna på engelska.

Resultat: Sammanställningen av de olika studierna resulterade i fem teman som påverkar kvinnors val att söka antenatal- och förlossningsvård i Tanzania; *Information under graviditeten, utbildning, sociokulturella faktorer, sociala nätverkets betydelse och mäns delaktighet*. Att öka medvetenheten om riskfaktorer och varningstecken under graviditeten är en viktig del i strävan att göra mödrahälsovården effektivare samt att minska mödradödligheten. Genom information och utbildning på landsbygden i Tanzania om fördelarna med mödravård, familjeplanering och att föda på klinik, kan hälsan förbättras för många. Resultatet visade även att sociokulturella faktorer, det sociala stödet och männens medverkan och delaktighet i reproduktion och familjeplanering är av stor betydelse.

Slutsats: Arbetet med att förbättra mödrahälsovården för gravida kvinnor på landsbygden i Tanzania är en mångfacetterad process. Faktorer som har betydelse för huruvida kvinnorna söker mödra- och förlossningsvård och reducera mödradödligheten är: information, utbildning, ekonomi, infrastruktur, geografiska avstånd samt det sociala nätverket.

Nyckelord: Mödravård, mödradödlighet, klinikfödsel, riskfaktorer, varningstecken, information, utbildning, socialt nätverk.

ANTENATAL CARE IN TANZANIA

A review

Brander, M., Törnblom, M., & Webb, M. (2012)

ABSTRACT

Background: The use of antenatal and obstetric care during pregnancy can often make the difference between life and death. Every year about half a million women die worldwide in childbirth. The majority of these women live in the poorest countries in Africa. Tanzania has an estimated maternal mortality rate for 3000-4000 women each year and the figures are virtually unchanged since 1990.

Purpose: Identify factors that determine whether women in rural Tanzania seek professional care during pregnancy and delivery.

Method: A literature review based on six scientific qualitative articles in the subject antenatal care in Tanzania was conducted. Articles were published between 2009-2011 and were written in English.

Result: The compilation of the various studies resulted in five themes that affect women's choice to seek antenatal and obstetric care in Tanzania; *information during pregnancy, education, socio-cultural factors, social network's role and men's participation.*

To raise awareness of risk factors and warning signs during pregnancy is an important part in the effort to make antenatal care more efficient and reduce maternal mortality. By spreading information and knowledge in rural areas in Tanzania about the benefits of antenatal care, family planning and to give birth at a clinic, the health and welfare may improve for many people. The results also show that social support and the men's involvement and participation in reproductive health and family planning are essential.

Conclusion: Efforts to improve antenatal care for pregnant women in rural Tanzania is a multifaceted process. Factors that have a bearing on whether women seek antenatal and obstetric care and can reduce maternal mortality are: information, education, economy, infrastructure, geographical distance and social network.

Keywords: Antenatal care, maternal mortality, clinical birth, riskfactors, dangersigns, information, education, social network

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
SYFTE.....	5
METOD.....	5
RESULTAT.....	7
DISKUSSION.....	16
SLUTSATS.....	19
REFERENSER.....	21
BILAGA.....	23

Inledning

Ämnet Global hälsa integrerar kunskap och erfarenheter från olika discipliner såsom folkhälsa, medicin, epidemiologi, hälsoekonomi, miljömedicin, beteendevetenskap och antropologi. Global hälsa erbjuder en plattform för forskning, utbildning och information kring de hälsoutmaningar som världens befolkning står inför. Som en del av vår barnmorskeutbildning har vi sökt och blivit antagna till Karolinska Institutets (KI) kurs Global Health, där det teoretiska innehållet ges vid enheten för Global hälsa (IHCAR), KI och det verksamhetsförlagda kursavsnittet ligger i något av Sveriges samarbetsländer. I vårt fall är den praktiska delen av kursen förlagd till Tanzania närmare bestämt Dar es Salaam och Bagamoyo vid Tanzanias östkust. För det vetenskapliga arbetet som ingår i barnmorskeutbildningen vid KI har vi valt att göra en litteraturstudie d.v.s. granskning av vetenskapliga artiklar om vad som finns utforskat och publicerat om mödrahälsovård med fokus på landsbygdstudier i Tanzania. Då det finns många synonyma begrepp för mödrahälsovård i litteraturen har vi valt att använda oss av både mödrahälsovård och antenatalvård i arbetet. Båda dessa ord syftar till då kvinnan söker vård under graviditet och förlossning.

Bakgrund

Tanzania

Tanzania är det största landet i Östafrika med 45 miljoner invånare och det tionde största landet i Sub-Sahara. Ekonomiskt sett är Tanzania ett av de fattigaste länderna i världen och cirka 85 % av befolkningen lever i fattigdom. Landet är uppbyggt av ett 20-tal regioner och befolkas av 120 etniska grupper. Majoriteten av befolkningen är muslimer och kristna men traditionella afrikanska trosuppfattningar lever fortfarande kvar (www.fn.se).

Hälso- och sjukvårdsorganisationen i landet drivs genom staten samt religiösa och övriga frivilliga organisationer. Parallellt med detta utövas traditionell medicin i stor utsträckning. År 1993 infördes avgiftsbelagd sjukvård i Tanzania på grund av misslyckande från regeringen att ge fri sjukvård till alla medborgare genom skattefinansiering. Den främsta orsaken berodde på ökade vårdkostnader till följd av pandemiska sjukdomar som HIV/AIDS och malaria men även den dåliga ekonomin inverkade (www.moh.go.tz).

Mödradödlighet och komplikationer

Enligt FN avlider cirka en halv miljon kvinnor i världen årligen i barnsäng, varav majoriteten är från de fattigaste länderna i Afrika. Mödradödligheten i Tanzania uppskattas till 3000-4000 kvinnor årligen och situationen är i princip oförändrad sedan år 1990. Mödradödligheten står för 27 % av den totala dödligheten bland kvinnor i åldersgruppen 15-49. Till följd av bland annat det låga användandet av antikonceptionsmedel visar befintlig statistik att det genomsnittsliga födelsetalet är 5,6 barn under kvinnans levnadstid (www.unfpa.org).

Enligt beräkningar är risken att dö i barnsäng 1 på 16 i Sub-Sahara jämfört med 1 på 2800 i mer utvecklade länder (WHO). Mödradödlighet definieras som dödsfall av en gravid kvinna eller dödsfall inom 42 dagar efter avslutad graviditet. I denna definition ingår alla orsaker eller faktorer som kan ha påverkat dödsfallet (Lindstrand, A., Bergström, S., Rosling, H., Rubenson, B., Stenson, B., & Tylleskär, T, 2006).

De vanligaste orsakerna till mödradödlighet i mindre utvecklade länder, kan vara en direkt följd av blödningar och cirkulatoriska sjukdomstillstånd, preeclampsi samt infektioner som kan leda till sepsis. Dessa står för hälften av alla dödsfall bland gravida kvinnor eller nyblivna mödrar. I cirka 18 procent orsakas dödsfallen av icke graviditetsrelaterade faktorer såsom malaria, HIV/AIDS och hjärtsjukdomar. Andra orsaker, som exempelvis långdragna förlossningar, komplikationer med bedövning eller kejsarsnitt samt utomkvedshavandeskap orsakar cirka elva procent av dödsfallen. Resterande beror på missfall och osäkra aborter. En annan riskfaktor som inte nödvändigtvis behöver leda till dödsfall kan vara bäckenträngsel hos unga och fysiskt utvecklade kvinnor, som i sin tur kan leda till komplicerade förlossningar och eventuella fistelbildningar (www.fn.se).

En moders död innebär även en större risk att det nyfödda barnet dör under det första levnadsåret, och även deras syskon, i synnerhet de som är under fem år. Rätten till hälsa under graviditet, förlossning och eftervård innebär för många skillnaden mellan liv, livslångt handikapp eller död (www.fn.se).

FN:s (Förenta Nationerna) befolkningsfond UNFPA (United Nation Fund Population Activities) tog tillsammans med UNICEF (United Nations Childrens Fond) och WHO (World Health Organization) 1989 initiativet att bilda det s.k Safe Motherhood Initiative med syfte att reducera den höga mödradödligheten. Syftet med samarbetet var att stärka redan existerande system för hälsa och välbefinnande hos kvinnor i utvecklingsländer. En av uppgifterna var att

initiera familjeplanering för att reducera kvinnors sjukdom och dödsfall som är kopplat till graviditet och förlossning. År 2000 skrev 189 länder under de åtta så kallade Millenniemålen, varav det femte målet syftar till att förbättra mödrars hälsa och på så sätt minska mödradödligheten med tre fjärdedelar fram till år 2015. Några av målen är att informera om riskerna med att föda barn i ung ålder (under 18 år), täta graviditeter och förlossningar (mindre än två års intervall), att föda fler än fem barn samt hög mödraålder (över 35 år) (Mella, P, 2003).

Mödrahälsovård globalt

Den höga dödligheten bland mödrar har legat högt i topp på den internationella agendan sedan 1980-talet och på FN:s toppmöte i september 2000 samlades stats- och regeringschefer från 189 länder. Syftet var att gemensamt skapa riktlinjer och mål för att minska fattigdomen i världen. Detta möte resulterade i *Millenniedeklarationen* som i sin tur innehåller åtta mätbara mål för att förbättra livet för världens fattiga. Millenniemål nummer fem syftar till att minska mödradödligheten med tre fjärdedelar till år 2015 (www.fn.se).

Trots detta har få framsteg gjorts i de värst drabbade regionerna i världen. Statistiken för mödradödlighet är osäker och det är svårt att avgöra om utvecklingen går åt rätt håll, och om det går tillräckligt fort för att hinna uppnå millenniemål nummer fem. Målet med mödrahälsovård sett ur ett globalt perspektiv är att främja hälsa för mor och barn och förebygga komplikation i samband med graviditet och förlossning. I mödrahälsovården ingår också att informera om fördelarna med att föda på klinik samt att erhålla post-partumvård för både kvinna och barn (www.fn.se).

WHO (World Health Organisation) rekommenderar fyra mödrahälsovårdsbesök för kvinnor med normal graviditet, med det första besöket i den första trimestern. WHO rekommenderar mödravårdsprogrammet FANC (Focused Antenatal Care) som syftar till att vården skall fokusera på den enskilda kvinnans speciella behov av information, rådgivning och omvårdnadsåtgärder. FANC skall även inkludera prevention i form av stelkrampsvaccin som förebygger stelkramp för både mor och barn samt behandling av järnbristanemi. Stelkramp orsakar årligen ca 200 000 fall av spädbarnsdöd och står för ca åtta procent av de neonatala dödsfallen globalt. Järnbristanemi är den största enskilda nutritionsdefekten hos gravida kvinnor. I de länder där bandmaskinfektioner och malaria förekommer är det därför viktigt att inkludera prevention och åtgärder för att minska icke-nutritionsrelaterad anemi (UNICEF, 2002).

Mödrahälsovård i Tanzania

Tanzania är ett av få länder i Sub-Sahara där regeringen har prioriterat utbyggnaden av kliniker och hälsocenter. Landet har numera många hälsocenter ute på landsbygden, men trots detta har det fortfarande inte setts någon ökning av antalet födselar på dessa kliniker. Det har beräknats att cirka 90 % av befolkningen bor inom tio kilometer från ett hälsocenter. Trots att dessa siffror pekar på en god tillgänglighet av hälsokliniker föder endast cirka 46 % av kvinnorna på någon form av hälsoklinik (Kruk et al., 2010).

Tanzania liksom många länder i Sub-Sahara har låg hälsobudget, otillräcklig medicinsk utrustning och begränsad tillgång till läkemedel. Detta begränsar möjligheterna till professionellt ledda förlossningskliniker. Hälsoklinikerna runt om i landet tillhandahåller vård på basnivå inklusive antenatalvård. Där finns det även vårdpersonal som kan bistå vid okomplicerade förlossningar. Kvaliteten på många av dessa kliniker är tyvärr ofta bristfällig (Kruk et al., 2010).

Nikiema et al. (2009) sammanställde i sin studie data från Demographic and Health Survey (DHS) som visade att i 15 av 19 länder söder om Sahara uppgav mindre än hälften av de tillfrågade kvinnorna att de erhållit information om antenatalvård och tecken på graviditetskomplikationer. Samma studie uppger att cirka 90 % av gravida kvinnor besöker något center med antenatalvård en gång och runt 60 % gör fyra eller fler besök.

År 2002 införde Tanzania ett nytt mödravårdsprogram, Focused Antenatal Care (FANC) som baserades på WHO:s rekommendationer för safe motherhood. Syftet var att minska mödradödligheten och på så sätt uppnå FN:s millenniemål nummer fem. Målet med FANC är att förmedla hälsoutbildning och råd till de gravida kvinnorna för att bibehålla en normal graviditet samt undvika och upptäcka komplikationer. I programmet ingår att känna igen riskfaktorer, upptäcka tidiga varningstecken samt sjukdomstecken för att kvinnorna på så sätt skall veta när de skall söka vård (www.accesstohealth.org).

Sett ur ett folkhälsoperspektiv finns stora hinder att överkomma då kvinnornas ställning i samhället är lägre än mannens. Särskilt uttalat kan detta vara på landsbygden där uråldriga traditioner fortfarande har ett starkt inflytande på bl.a. jämställdhet och utbildning. Att minska antalet kvinnor som dör i samband med graviditeter eller förlossning är en mödosam och komplicerad process. För att minska mödradödlighet krävs bland annat utbildning av barnmorskor, bättre mödravård, ökad kunskap och information till befolkningen om

reproduktiv hälsa och familjeplanering. I många länder anses inte barnmorskeyrket vara en autonom profession och bristen på barnmorskor är stor (www.fn.se). WHO rekommenderar dock att en kompetent barnmorska bör vara närvarande vid varje förlossning.

Problemformulering

Som blivande svenska barnmorskor upplever vi att det är av stor vikt att närma sig den verklighet våra kollegor barnmorskorna i Tanzania arbetar i. Sexuell och reproduktiv hälsa i ett livsperspektiv som är barnmorskans arbets- och forskningsfält är omfattande och i detta arbete har vi valt att fokusera vår litteraturstudie på mödrahälsovården i Tanzania.

Syfte

Syftet med denna uppsats är att kartlägga faktorer som avgör om kvinnorna på landsbygden i Tanzania söker professionell vård i samband med graviditet och förlossning.

Metod

Design

Studien bygger på en systematisk granskning av kvalitativa samt kombinerade kvalitativa och kvantitativa studier inom ämnesområdet och baseras på referee-granskade artiklar publicerade i vetenskapliga tidsskrifter. Kvalitativ forskning tar sikte på att tolka och skapa mening och förståelse för människans upplevelse av verkligheten. Den kvalitativa forskningen har sina rötter i bland annat filosofi och antropologi. Genom den kvalitativa forskningen får forskaren fördjupad kunskap om informanternas livsvärld och deras röster blir hörda (Forsberg & Wengström, 2008).

Datainsamling

Artiklar söktes i databasen PubMed på Karolinska Institutets universitetsbibliotek. Titeln på de artiklar som berörde syftet valdes ut. Abstrakt lästes och därefter lästes ett antal artiklar som gick att läsa i fulltext. De artiklar som valdes ut var de där innehållet svarade på syftet och överensstämde med våra inklusionskriterier (Tabell 1).

Sökord som användes var: *Prenatal care and Tanzania, Maternity care and Tanzania and Pregnancy and Tanzania, Childbirth and Tanzania*

Inklusion- och exklusionskriterier

Artiklar från år 2002 söktes då vi inte ville inkludera artiklar äldre än 10 år. Artiklarna som användes i resultatet var publicerade mellan 2009-2011 och endast engelskspråkiga artiklar valdes. Studier som enbart använt sig av en kvantitativ analysmetod har exkluderats.

Kombinerade kvalitativa och kvantitativa studier har dock inkluderats.

Tabell 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

<i>Databas</i>	<i>Sökord</i>	<i>Träffar</i>		<i>Granskade</i>	<i>Använda</i>
		<i>Alla</i>	<i>Fulltext</i>		
PubMed	Prenatal care and Tanzania	101	46	4	2
	Maternity care and Tanzania	117	32	7	1
	Pregnancy and Tanzania	828	242	4	2
	Childbirth and Tanzania	61	19	3	1

Analys

Artiklarna sorterades utifrån design, datainsamlings- och analysmetod samt centrala begrepp identifierades. Artiklarna lästes först i sin helhet för att få en förståelse för området. 18 artiklar granskades varav sex valdes ut då resterande antingen var rent kvantitativa eller inte motsvarade syftet. Dessa artiklar valdes bort. Författarna läste alla sex artiklarna som använts i resultatet var för sig, och centrala begrepp jämfördes, kategoriserades och sammanställdes i

en matris (Tabell 2). Var och en av författarna djupgranskade två artiklar var och identifierade sedan centrala begrepp som återkom i artiklarna. De centrala begreppen som framkom var: *Utbildning, information, geografiska/ekonomiska hinder, brist på utrustning, hälsopersonal, riskfaktorer, vårdkvalitet, männens delaktighet, fattigdom, sociala nätverk, stereotypa könsroller, samarbete*. De tolv begreppen sammanfattades i fem olika teman och bildade således en ny helhet. Dessa teman sammanfattas och presenteras i resultatavsnittet; information under graviditet, utbildning, sociokulturella och övriga faktorer, sociala nätverkets betydelse och männens delaktighet.

Etik

Endast studier som har granskats av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden har gjorts kommer inkluderas.

Resultat

Totalt granskades 6 publikationer. Olika områden, stammar och religioner i Tanzania finns representerade genom studierna utförda i södra Tanzania (1, 6), sydöstra (2), och norra Tanzania (4, 5), Dar es Salaam (3). Data hade samlats med hjälp av kvalitativa djupintervjuer med ”key informants”, hälsopersonal, traditional birth attendants (TBA), fokusgrupp diskussioner och observationer av pågående vårdrutiner. Sammanställningen av de olika studierna resulterade i fem nya teman som enligt syftet med studien var att belysa de faktorer som påverkar kvinnors val att söka antenatalvård i Tanzania. Dessa teman är: *Information under graviditeten, utbildning, socio-kulturella faktorer, sociala nätverkets betydelse, mäns delaktighet*.

Information under graviditet

Med bakgrund av den höga mödradödligheten kan det med hjälp av preventivt arbete vara möjligt att upptäcka obstetriska komplikationer i tid och sedan åtgärda dessa. Det är därför av största vikt att nå ut med kunskap om hälsa och att utbilda mödrar i att upptäcka potentiella risksymtom och tecken i graviditeten. Målet är att ge kvinnor kunskap och möjlighet att upptäcka dessa risker och därmed förebygga att komplikationen uppstår och att kvinnan

uppsöker obstetrisk vård i tid (Sarker, M, Schmid, G., Larsson, E., Kirenga, S., De Allegri, M., Neuhan, F, Mbunda, T, Lekule, I., & Muller, O, 2010).

I studien av Gross, K., Armstrong Schellenberg, J., Kessy, F., Pfeiffer, C., & Obrist, B (2011) visade det sig att mödravårdsbesöken var väldigt korta och intensiva. Återbesöken var bara några få minuter långa medan inskrivningsbesöket kunde vara lite längre då man tog en kort anamnes, kroppsundersökning, laboratorieprover, utskrivning av läkemedel och sist hälso-information. Hälso- informationen gavs endast vid första mödravårdsbesöket. Ämnen som togs upp var framförallt könssjukdomar (STI) och HIV prevention, personlig hygien, kost och nutrition. Information om var kvinnan hade tänkt föda togs sällan upp.

Även Magoma, M., Requejo, J., Campbell M. R, O., Cousens, S., & Filippi, V (2010) beskriver att bristen på information under mödrahälsovårdsbesöken gjorde att kvinnorna inte förstod vikten av att sedan föda på hälsocenter/klinik. Den korta tiden som kvinnorna hade under besöket att ställa frågor eller att få information var en bidragande orsak.

I studien av Mrisho, M., Obrist, B., Armstrong-Schellenberg, J., Haws, R., Kushi, A. K., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D (2009) beskrev vårdpersonalen att de vid mödravårdsbesöken försökte utbilda och informera kvinnorna, medan många kvinnor berättade att det ofta inte fått information om varför personalen utförde vissa undersökningar eller mätningar. Hälften av de gravida kvinnorna upplevde att de inte fick någon speciell information innan olika procedurer. Författarna menar att just bristen på information för kvinnorna på landsbygden och utbildning av personalen i att ge information är ett stort hinder i utvecklingen mot att gravida kvinnor ska lära sig riskfaktorer och tecken på sjukdom. Även hälsopersonalen i studien uppgav att de skulle vilja ha kontinuerlig utbildning, ökad personalstyrka för att minska den tunga arbetsbördan och bättre utrustning.

Det har visat sig i andra studier bl.a. Sarker et al. (2010) att resultatet och uppföljningen för de kvinnor som söker vård utifrån uppvisande av graviditetsrelaterade sjukdomstecken är direkt relaterat till vårdkvaliteten och personalens kunskap och utbildning. Lite mer än hälften av de kvinnor som besökte mödravården i denna studie fick information om riskfaktorer och varningstecken. Flertalet av de kvinnorna kunde efter besöket inte redogöra för varför vissa undersökningar blev gjorda.

"The nurse wrapped a cuff around my arm and listened through another instrument. I don't know why and I didn't ask." (Kvinna, 4:e graviditeten, andra besöket) (Sarker et al., 2010).

Trots att Tanzanias regering har satsat åtskilligt för att höja kvaliteten på antenatalvården visar dessa studier att det finns stora brister i rådgivning och information beträffande risker och tecken på komplikation i samband med graviditet. En stor del av patienterna blev inte informerade överhuvudtaget. De hade inte heller möjlighet att ställa frågor på ett tillfredställande sätt (Sarker et al., 2010).

Utbildning

Regionen Mtwara är ett av de minst utvecklade områdena i Tanzania. Majoriteten av invånarna är fattiga bönder med en inkomst < 1USD/dag. 95 % av invånarna är muslimer. I området finns två hälsocenter som tillhandahåller antenatalvård och förlossningsvård och de bemannas av två "Clinical Officers" och två barnmorskor (Mushi, Mpembeni & Jahn, 2010).

Mushi, Mpembeni och Jahn (2010) genomförde en kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie som syftade till att utveckla, testa och implementera en samhällsbaserad "Safe Motherhood-Intervention" i fyra byar i Mtwara region. 50 blivande Safe Motherhood-konsulenter (SMP) valdes ut i byarna (28 kvinnor och 22 män). Deltagarna valdes ut från bland annat by-råd, religiösa institutioner, opinionsledare, hälsoarbetare samt TBA (traditional birth attendants). De utbildades sedan under tolv dagar i ämnena konception, graviditet och graviditetskomplikation samt förlossningsförberedelse. Utbildningen syftade också till att göra konsulenterna medvetna om vikten av att de gravida kvinnorna uppsöker antenatalvård samt att en utbildad person medverkar under förlossningen (Mushi, Mpembeni & Jahn, 2010).

En plan utarbetades som konsulenterna skulle utgå ifrån för att nå ut med sitt budskap.

- Att göra hembesök för att utbilda gravida kvinnor och deras män och familj om allvarliga komplikationstecken, förlossningskomplikationer och hur det förhindras att HIV-smitta överförs från mor till barn.
- Att motivera kvinnor att söka antenatalvård tidigt i graviditeten.
- Att en utbildad person finns med vid varje förlossning.
- Att delta på ett möte varje månad och samla in data.

Samtliga förlossningar i området under 2004 till 2006 inkluderades. Data samlades även in från ett antal by-invånare med frågor rörande kunskap om tecken på graviditetskomplikation, riskfaktorer, hemförlossning, sjukhusförlossning samt uppfattning om studiens utformning, styrkor och svagheter. Generellt var deltagarna mycket nöjda med projektet. Drygt hälften av kvinnorna och knappt hälften av männen var imponerade av hembesöken och uppföljningen. Analys av data visade att mer än tre fjärdedelar av de gravida kvinnorna fick besök av konsulenter under graviditeten. De flesta kvinnorna accepterade och tog till sig de råd de fick av konsulenterna. Några ansåg dock att konsulenterna var inkompetenta. Denna åsikt baserade sig uteslutande på att de ansåg att utbildningen var för kort (Mushi, Mpembeni & Jahn, 2010).

” When SMPs visit us at home we feel good because we have enough time to ask questions ”
(gravid kvinna, Mtwara) (Mushi, Mpembeni & Jahn, 2010).

Studien av Gross et al. (2011) redovisar nationell data från Tanzania som visar att mindre än hälften av kvinnorna har fått information eller utbildning under graviditeten för att känna igen symtom eller fått hjälp med malariaproylax. Mödravården har inte kunnat hjälpa kvinnorna med provtagningar på grund av brist på medicinsk utrustning och läkemedel. Studien visar på stora brister och dålig implementering av FANC (Focused Antenatal Care) då det saknats många faktorer som ingick i planen från start. Det visade också att vårdpersonalen utvecklade informella riktlinjer och arbetssätt för att kunna hantera den stora efterfrågan på vård samt de svåra arbetsförhållandena. I studien observerades mödravårdsbesöken och därefter utfördes intervjuer av vårdpersonal. Det framkom att vårdpersonalen hade bristfällig eller låg utbildning. Av åtta anställda fanns det bara en barnmorska. Det var dessutom alltid personalbrist och många av vårdarna utförde arbetsuppgifter som de inte hade utbildning för. Arbetsbördan för personalen var påtagligt tung dels på grund av personalbrist men också för att det saknades resurser såsom läkemedel, provtagningsanordningar och material. Kvinnorna fick då söka sig till en annan klinik eller så fick personalen låna mediciner eller material av närliggande kliniker.

Sociokulturella och övriga faktorer

I en kvalitativ studie av Magoma et al. (2010) undersöktes förståelsen för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Författarna studerade även sociokulturella faktorer som kan ligga till grund för att kvinnorna söker sig till mödravården men som sedan väljer att inte föda på klinik. Uppfattningar och beteenden relaterat till antenatalvård, förlossningsarbete, förlossning och eftervård samt bybornas syn på vårdgivare och TBA studerades också.

Besöken på antenatalvårdsklinik var en av de få gånger som kvinnorna på landsbygden sökte vård för sin egen hälsas skull. Över 90 % av kvinnorna i Tanzania besökte antenatalvård en eller flera gånger. Studien visade att vården hade gott anseende hos kvinnorna och att de flesta kände ett ansvar att gå. Det ansågs var en garanti för en friskare graviditet och mindre risk för komplicerade förlossningar samt att om besöken uteblev så skulle kvinnan riskera graviditetskomplikationer. Kvinnorna i studien uppgav att de viktigaste anledningarna för att uppsöka antenatalvård var: vaccinationer, behandling av nyupptäckta sjukdomar som exempelvis syfilis, graviditetskontroller, remittering av kvinnorna med problem till större sjukhus, intyg för gratis sjukvård och transporthjälp till klinik vid förlossning (Magoma et al., 2010).

Författarna i Magoma et al. (2010) menar även att kvinnor som sökte antenatalvård flera gånger i större utsträckning sökte förlossningsvård när det var dags att föda. Fortfarande var det bara 2/5 kvinnor som gått på antenatalvårds besök som sedan födde på klinik. En faktor som gjorde att kvinnorna som sökte mödravård inte sedan sökte sig till klinik för att föda, var att det ansågs att om graviditeten varit okomplicerad och följts upp vid ett eller flera besök på mödravården, så fanns det ingen anledning att oroa sig för den kommande förlossningen. De flesta kvinnor valde då att föda barn i hemmet med hjälp av en anhörig eller en TBA som stannade kvar hos kvinnan i upp till fem dagar efter förlossningen. Förlossning på klinik ansågs vara en sista utväg vid en eventuell komplikation.

En annan studie av Sarker et al. (2010) visade att även om kvinnor på landsbygden i stor utsträckning uppsökte mödravården vid minst ett tillfälle kunde de inte till fullo dra nytta av den vård som fanns. Brist på utbildad personal, information, utbildning och ojämn tillgång på medicin och utrustning är bland många andra, avgörande faktorer för att kvaliteten på mödravården skall kunna förbättras och göras säkrare. Även tidigare negativa upplevelser med vårdpersonal kan bidra till att gravida kvinnor är motvilliga till att söka vård.

Mrisho et al. (2009) använde sig av djupintervjuer och fokusgruppdiskussioner för att undersöka hur gravida kvinnor och vårdpersonal upplevde den antenatala och postnatala vården. Trots det ökade antalet hälsokliniker på landsbygden i Tanzania har det rapporterats om oro över dessa klinikers kvalitet och deras möjligheter att förutse, diagnostisera och behandla graviditetskomplikationer.

Studien visade att kvinnorna generellt var positivt inställda till både antenatal och postnatal vård. Detta visade sig inte alltid i antalet besök på klinikerna eller hur tidigt/sent besöken var i

graviditeten. Majoriteten av kvinnorna besökte ändå mödravården vid något tillfälle under graviditeten. Vårdpersonalen rekommenderade tidiga första besök, alltså innan fyra månader och totalt tre till fyra besök under graviditeten. De flesta kvinnorna hade gjort sitt första mödravårdsbesök sent i graviditeten (efter fem månader). En av anledningarna att söka sig till klinikerna senare var att slippa komma vid flera tillfällen under graviditeten. Vissa kvinnor upplevde det problematiskt att ta sig dit och ville gärna vänta så länge som möjligt för att slippa gå dit igen. Geografiska hinder innebar även för en del kvinnor en rädsla att gå genom landskap där det fanns vilda djur. Många upplevde även ekonomiska hinder för att kunna besöka hälsoklinikerna eller för att kunna fortsätta att gå efter första besöket. Nästan hälften av kvinnorna hade dessutom varit osäkra på om de var gravida och därför väntat av den orsaken. Andra uppgav också att de ville gå till mödrahälsovården för att få ett så kallat hälsokort. Detta var i många byar nödvändigt att ha om de vid ett senare tillfälle skulle råka ut för sjukdom eller akut vårdbehov under graviditeten (Mrisho et al., 2009).

Bristen på tillräckligt utbildad personal, medicinsk utrustning, läkemedel och dåliga lokaler kunde också vara ett hinder för att de kvinnorna som önskade, skulle kunna föda på hälsoklinikerna enligt vårdpersonalen. Flertalet av de intervjuade kvinnorna var också oroliga för kejsarsnitt om det besökte ett sjukhus istället för hälsoklinik. Att bli opererad innebar då problem i form av att hushållsarbete och försörjning blev lidande. Även denna studie visar att även om majoriteten av kvinnorna besökte mödravården var det bara hälften av dem som födde på hälsoklinik (Mrisho et al., 2009).

Majoriteten av de blivande mödrarna i studien av Sarker et al. (2010) var positivt inställda till förlossning på någon form av hälsoklinik. Den mest frekventa anledningen som nämndes var att de ville vara nära utbildad personal som kunde hjälpa till om något gick fel. Dock upplevde flera kvinnor svårigheter och hinder i genomförandet av att föda på klinik. Kostnaden, geografiska hinder samt inflytandet av TBA (traditional birth attendant) gjorde att nästan hälften av kvinnorna ändå födde hemma.

När det gällde postnatal vård uppgav majoriteten av kvinnorna i samma studie att det var bra för barnet att bli undersökt efter förlossningen och att det var därför de gick dit. Det var dock inte alltid känt varför det var bra för barnet. Nästan ingen av kvinnorna hade en tanke på att det även kunde vara bra för den nyblivna mamman att få rådgivning och vård. Även vårdpersonalen uppgav att såvida inte modern var sjuk eller behövde hjälp på något vis, gick uteslutande tid åt till barnet under besöket. Det flesta kom till klinikerna med sina barn vid

något tillfälle, men det varierade hur snart efter förlossningen de kom. Vissa mammor ville vänta ett par veckor, då de inte ville ta ut sitt barn utomhus den första tiden och andra ville vänta tills navelstumpen ramlat av (Mrisho et al., 2009).

Som i tidigare studier visade även studien av Magoma et al. (2010) att kvinnorna hade svårigheter att ta sig till en förlossningsklinik på grund av infrastrukturella faktorer och bristande transportmedel. Det var därför svårt att kunna förbereda förlossningen och på så sätt få möjlighet att planera transporten i förväg. Det var dessutom oftast för dyrt och opålitligt.

“Home delivery occurs because we do not plan for transport to the nearby health units in advance. I believe if we can plan in advance, we will be able to travel to health units before the onset of labour pain” (nyförlöst kvinna) (Magoma et al., 2010).

Personalen på mödravården informerade inte kvinnorna ordentligt om vikten av att föda på klinik och att planera transporten i förväg. Kvinnorna fick ett förlossningsdatum på mödravården och de flesta som startade sin förlossning tidigare än det satta datumet var helt oförberedda på det och födde således hemma för att de inte hann komma in till kliniken (Magoma et al., 2010).

Sociala nätverkets betydelse

Mbekenga, K-C., Pembe, A-B., Christensson, K., Darj, E., & Olsson, P. (2011) studerades det stöd som nyblivna föräldrar i Tanzania får av sina anhöriga och andra inofficiella stödpersoner. Det visade sig i resultatet att det finns ett starkt, auktoritärt och informellt stödnätverk ute på landsbygden. Det skiljer sig dock väldigt i vilken utsträckning kvinnorna och familjerna gagnas av dessa, då det finns mycket oskrivna regler om hur mycket hjälp familjerna kan förväntas få. En betydande faktor är hur mycket pengar familjen har. Ju mer pengar desto mer hjälp erbjöds enligt flera av intervjupersonerna. En annan faktor var hur engagerad kvinnan själv hade varit i bygemenskapen och hur mycket hon själv hade erbjudit sin hjälp till andra. Fattiga mödrar som levde isolerat och som ej deltagit i gemenskapen kunde förvänta sig väldigt lite, eller inget stöd alls.

Artikelförfattarna menade även att det är av största vikt att respektera och stödja det informella stödet kring familjerna beträffande basal omvårdnad som exempelvis hjälp med barn och hushållssysslor och liknande stöd. På samma sätt är det viktigt att nå ut med syftet med professionell hälso- och sjukvård och vikten av att söka vård när det uppstår

komplikationer. Det var enligt studien vanligt att det uppstod konflikter med motsägelsefulla budskap från olika aktörer ex. från hälso- och sjukvårdspersonal och från traditionella ”Healers” samt från familjerna. Ett sådant exempel var hur länge det var rekommenderat av avstå från sex efter förlossningen, där de traditionella ”healers” förespråkade lång avhållsamhet medan modern sjukvård förespråkade antikonceptionsmedel. Detta kunde leda till konflikter i familjen angående när det var lämpligt att ta upp den sexuella aktiviteten efter förlossningen (Mbekenga et al., 2011).

Många kvinnor lyssnade även till de andra kvinnorna i byn i form av upplevelser och vanor. Om merparten av kvinnorna i byn gick till mödravården eller födde sina barn på hälsokliniken var det större sannolikhet att många gjorde detsamma. I de byar där man skattade kvaliteten på vården högt var också sannolikheten högre att kvinnorna sökte sig dit. I de områden där man i större utsträckning födde hemma med hjälp av TBA, var sannolikheten lägre att kvinnorna i byn sökte sig till hälsoklinikerna då det var dags att föda (Mrisho et al., 2010).

Männens delaktighet

I studien av Magoma et al. (2010) visade det sig att männen hade stor inverkan på kvinnornas reproduktiva hälsa. Trots detta uppmuntrades de inte att delta i mödravårdsbesöken. Männen i både Watemi och Maasai stammen beslutade oftast var kvinnorna skulle föda men man såg viss skillnad på männen från Watemi där man börjat respektera kvinnans val i större utsträckning. Maasai kvinnorna fick endast lämna sina hem under förlossning eller vid graviditetskomplikationer om de fick tillåtelse av sina män.

” You know what, Maasai women are the workforces for their husbands. We look after cattle and farms. It can happen that you start labour when you’re away from home taking care of your husband’s cattle and end up delivering in the bush. When you come back home with the baby, this is seen as normal and there is usually nobody to assist you with household chores unless someone from your home comes to assist “(gravid kvinna från Maasai) (Magoma et al., 2010)

Kvinnorna uppgav att mödravårdsbesöken var en av de få sakerna de fick göra självständigt och utan deras mäns insyn eller tillåtelse. Detta sågs som något positivt av kvinnorna (Magoma et al., 2010).

” No; we do not need permission from anyone. Most men are motivated to assist us to attend clinics. They want us all to attend” (gravid kvinna från Watemi) (Magoma et al., 2010)

“How can you leave your household and you go to a health unit to deliver without your husband’s consent? He is the one who pays for the costs “(Maasai kvinna) (Magoma et al., 2010)

Studien av Mushi, Mpembeni och Jahn (2010) visade tre huvudresultat. Det första var att samhällsbaserad mödravård och obstetrisk vård praktiserat av frivilliga i samhället är genomförbart och effektivt. Det andra resultatet framhåller vikten av samarbete mellan redan existerande samhällsstrukturer och hälso – och sjukvårdsinrättningar. Slutligen visar studien att männen hade en viktig roll när de som Safe-Motherhoodkonsulenter hade en bättre möjlighet att nå ut med sitt budskap eftersom det i traditionella samhällen är män som styr. Författarna hänvisar till tidigare studier angående Safe Motherhood där det mestadels är kvinnor som kommunicerar innehållet och konceptet. I denna studie är nära hälften av konsulenterna män och dessutom godkändes och accepterades studien och genomförandet av religiösa ledare. Författarna menar vidare att det till och med är nödvändigt att involvera männen i mödrahälsovården och att folkhälsoutvecklare bör se män som partners och nyckelpersoner och inte som hinder. En positiv syn på män ökar chansen att involvera dem i hälsoprocessen.

Diskussion

Metoddiskussion

Flertalet av artiklarna i vårt arbete har en kvalitativ ansats och några har varit kombinerade kvalitativa och kvantitativa. Artiklarna har en variation av olika metoder, analysmetoder och ett flertal av dem innehåller intervjuer med öppna frågor där deltagarna svarar och beskriver den aktuella situationen. Då det kan vara svårt att försäkra sig om att svaren vid intervjuerna i studierna är äkta eller sanningsenliga kan det finnas en risk att verkligheten inte till fullo framkommer. Vi anser dock att artiklarna visar en tillförlitlig bild av det berörda ämnet.

En litteraturstudies styrka innebär att det valda ämnet relateras till aktuell vetenskaplig forskning vilket ska resultera i bästa evidens (Forsberg & Wengström, 2008). De teman som ställts samman och redovisats i resultatet var de som visade sig vara de mest framträdande i de artiklar som granskades. Vi har strävat efter att sammanställa resultatet genom dessa olika teman för att kunna belysa hälsosituationen i mödrahälsovården.

En svaghet i arbetet kan vara att vi inte granskat studier som enbart använt kvantitativa metoder samt att artiklarna varit från samma tidsskrift. Hade vi granskat kvantitativa studier med interventionsdesign till exempel randomiserade studier hade vi kunnat granska möjliga effekter av sådana interventioner till gagn för vårdutveckling och policyarbete.

Resultatdiskussion

Mödrahälsovårdssituationen i Tanzania och i övriga Sub-Sahara är ett komplext hälsoområde med många enskilda bidragande faktorer till hur vårdkvaliteten ser ut. Orsakerna ligger inte enbart på individ-nivå utan även på grupp- och samhällsnivå.

Information och utbildning

Inställningen i samhället till de lokala hälsocentren har visat sig influera kvinnans beslut att föda på en klinik. En bys positiva syn på hälsocenter samt tilltro till vårdpersonal, samt negativ syn på TBA var associerat med högre sannolikhet för att föda på någon hälsoklinik i studierna av Magoma et al. (2010) och Mrisho et al. (2009) vilket även Kruk, M. E., Rockers, P. C., Mbaruku, G., Paczkowski, M. M., Galea, S. (2010) bekräftar i sin studie. Kruk et al. (2010) menar vidare att genom att förbättra mödra- och förlossningsvård på Tanzanias landsbygd samt genom information om dess fördelar, kan medvetenheten om riskfaktorer och varningstecken leda till högre andel kvinnor som föder på klinik. Det framkommer i studierna av Gross et al. (2011), Mrisho et al. (2009), Pembe, A. B., Carlstedt, A., Urassa, D. P., Lindmark, G., Nyström, L., & Darj, E. (2010), Sarker et al. (2010) och Magoma et al. (2010) att majoriteten av kvinnorna på landsbygden har besökt en antenatalvårdsklinik minst en gång och endast cirka hälften av dem födde på förlossningsklinik eller kunde känna igen tecken på graviditetskomplikationer.

Även Pembe, A. B., Urassa, D. P., Carlstedt, A., Lindmark, G., Nyström, L., & Darj, E. (2009) undersökte huruvida kvinnorna på Tanzanias landsbygd var medvetna och hade kunskap om tecken på graviditetskomplikationer. Faktorer som visade sig påverka utfallet av kunskap hos kvinnorna var grad av utbildning, ålder, antal barn, antal besök på klinik samt om hon fått information om allvarliga symtom på kliniken. Artikelförfattarna själva såg en brist med studien då kvinnorna inte blev tillfrågade varifrån de hade fått sin kunskap. Om det var på en hälsoklinik eller om det var personliga erfarenheter eller kunskap som de fått berättat för sig ute i byarna.

Ovanstående resultat stöds även i en uppföljande studie av samma författare som visade att ju högre utbildning personalen hade, desto sämre information och utbildning gavs. 60 % av de besökande kvinnorna till sjuksköterskor (med 4 års utbildning i nursing och midwifery care) uppgav att de hade blivit informerade om tecken till graviditetskomplikation medan 3 gånger så många uppgav att de hade fått dito information av Auxiliary nurses (sjuksköterskeassistenter). Dessa som betraktas som utbildade, presterade mycket bättre än de högre utbildade yrkeskategorierna. Författarna spekulerar om det har att göra med bristande motivation hos sjuksköterskorna eller om det är okunskap angående vikten av att informera om graviditetsrisker. Fortsättningsvis visade studien av Pembe et al. (2010) att även tiden på kliniken hade stor betydelse då besökstiden varade i snitt 10 minuter.

Kommunikationen var mestadels enkelriktad, det vill säga att hälsopersonalen pratade med kvinnorna, som i sin tur gavs liten eller ingen möjlighet att ställa frågor. Många kvinnor upplevde att de inte fått information om progress i graviditeten och uppgav att de inte blivit upplysta om tecken på komplikationer (Pembe, 2010). Tidig upptäckt och behandling av graviditetskomplikationer är således av stor vikt för att uppnå en förbättrad mödrahälsovård i Tanzania.

Sociokulturella och övriga faktorer

Det finns många faktorer som påverkar kvinnornas val att söka vård under graviditet och förlossning. Det framkom i studien av Kruk et al. (2010) att de geografiska aspekterna såsom närheten till hälsocenter och kvaliteten på vägarna inte hade någon betydelse för frekvensen av besök till kliniken i samband med graviditet och förlossning. Då det visat sig i andra studier från länder i Sub-Sahara att de geografiska faktorerna är av betydelse drar författarna slutsatsen att det har med den ökande förekomsten av hälsokliniker på landsbygden att göra.

Således har det funnits andra faktorer för dessa kvinnor som har påverkat frekvensen av klinikbesök.

En parallell kan dras till studien av Rockers et al. (2008) som visar att kvinnor som bodde långt ifrån närmaste klinik var mindre benägna att söka sig till förlossningsklinik. Det framkom också en kvalitetsskillnad på de olika typerna av mödrahälsovårdsinrättningar. De missionsdrivna och regeringsdrivna hörde till de som var av bättre kvalitet och kvinnor som gick till dessa inrättningar var mer benägna att sedan föda barn på förlossningsklinik. Att förbättra kvaliteten på mödrahälsovården skulle således förbättra kvinnornas hälsa. Studien visar inte att mödradödligheten minskar nämnvärt om kvinnorna sökte mödrahälsovård i större utsträckning men den visar att det leder till mindre prematura förlossningar till följd av tillväxthämning, mindre anemier, minskade neonatal tetanus och bättre HIV screening för mödrar.

Rimligtvis kan slutsatsen dras att geografiska och infrastrukturella faktorer tycks vara en många viktiga aspekter för huruvida kvinnor söker mödra- och förlossningsvård.

Sociala nätverket och männens betydelse

Enligt UNICEF upphävs grundlagens förbud mot diskriminering av kvinnor på grund av traditionell muslimsk lag (sharialagar). Kvinnor har ingen rätt att äga mark och de saknar även arvsrätt. I byarna är det vanligt att kvinnor både arbetar på fälten och tar hand om familjen. UNICEF uppger även att nära en tredjedel av flickorna i Tanzania har upplevt sexuella övergrepp före 18 års ålder (www.unicef.se). Med hjälp av dessa fakta kan slutsatsen dras att den mansdominerade samhällsstrukturen utgör ett hinder för fortsatt utveckling.

Rykten och informella kontakter i byn angående kvaliteten och kunskapen på närmaste hälsocenter kan spela en stor roll i kvinnornas vårdval. Om den lokala hälsokliniken hade ett rykte om sig att erbjuda sämre vård än de gamla traditionella vårdgivare och TBA var sannolikheten betydligt lägre att de gravida kvinnorna sökte sig dit. Det framkommer i studien av Kruk et al. (2010) att det var större sannolikhet att kvinnor sökte mödra- och förlossningsvård om flertalet kvinnor i byn gjorde detsamma. Uppfattningen i byn rörande den närmsta hälsokliniken visade sig således ha ett stort inflytande på kvinnornas val.

Det har visat sig att det sociala nätverket och männens delaktighet har en stor betydelse för familjeplanering och reproduktiv hälsa. Männen i Tanzania har historiskt sett haft en ytterst begränsad delaktighet i mödra- och förlossningsvård. Könscrollerna är fortfarande stereotypa och Mushi et al. (2010) hävdar att det är en absolut nödvändighet att involvera männen i detta område för att främja utvecklingen.

Slutsats

Flertalet studier visar att mödrahälsovård kan öka hälsan hos mor och barn. Exempelvis Gross et al (2011) hävdar i sin studie att evidensen är bristfällig beträffande hur mödrahälsovård skulle minska mödradödligheten i fattiga länder. Däremot finns det många studier som pekar på att den kan öka hälsan hos mor och barn. Mödrahälsovården kan tillhandahålla medicinsk hjälp i form av profylaxbehandling, vaccinationer, diagnostisera och behandla infektionssjukdomar men också i form av utbildning till de blivande föräldrarna.

Hälsoklinikerna har hittills visats sig vara effektiva i frågor som serologi screening för syfilis, malariaprofylax, stelkrampsvaccin och prevention av HIV överföring mor- barn men har visat sig ha stora brister i mödra- och förlossningsvård.

Utöver den medicinska hjälpen som tillhandahålls på hälsocentralerna anser vi att det är av största vikt att nå ut i byarna på landsbygden. Detta för att informera om hälsa och sjukdom samt förmedla hälsovinsten med att delta i mödrahälsovård och att föda på klinik. Trots omfattande satsningar från Tanzanias regering vad gäller utbyggnad av hälsokliniker på landsbygden kan det möjligen vara så att vården är utformad på ett felaktigt sätt. Då det visat sig att kvaliteten ofta är bristfällig på klinikerna behövs insatser i form av ökade resurser och kvalitetssäkring. För att kunna möta de fattiga och många gånger utbildade människornas behov bör fokus ligga på utbildning och information av både vårdspersonal och befolkning. Mer forskning behövs för att kartlägga dessa behov och på så sätt bygga upp en fungerande mödra- och förlossningsvård.

Referenser

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Falun: Natur och kultur.

Gross, K., Armstrong Shellenberg, J., Kessy, F., Pfeiffer, C., & Obrist, B. (2011). Antenatal care in practice: an exploratory study in antenatal care clinics in the Kilombero Valley, south eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20;11:36.

Kruk, M.E., Rockers, P.C., Mbaruku, G., Paczkowski, M.M., Galea, S. (2010). Community and health system factors associated with facility delivery in rural Tanzania: A multilevel analysis. *Health Policy*, 97: 209-216.

Lindstrand, A., Bergström, S., Rosling, H., Rubenson, B., Stenson, B., & Tylleskär, T. (2006). *Global health – An introductory textbook*. Lund: Studentlitteratur.

Magoma, M., Requejo, J., Campbell M.R, O., Cousens, S., & Filippi, V. (2010). High ANC coverage and low skilled attendance in rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10:13.

Mbekenga, K.C., Pembe, A.B., Christensson, K., Darj, E., & Olsson, P. (2011). Informal support to first-parents after childbirth: A qualitative study in low-income suburbs of Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11:98.

Mella, P. (2003). Major factors that impact on women's health in Tanzania: the way forward. *Health care for women International*, 24:712-722.

Mrisho, M., Obrist, B., Armstrong-Schellenberg, J., Haws, R., Kushi, A.K., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D. (2009). The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9:10.

Mushi, D., Mpembeni, R., & Jahn, A. (2010). Effectiveness of community based safe motherhood promoters in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara Rural District in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10:14.

Nikiema, B., Beninuisse, G., & Haggerty, J.L. (2009). Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health Policy Plan*, 9:12.

Pembe, A-B., Urassa, D.P., Carlstedt, A., Lindmark, G., Nyström, L., & Darj, E. (2010). Quality of Antenatal care in rural Tanzania: counselling on pregnancy danger signs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10:35.

Pembe, A.B., Urassa, D.P., Carlstedt, A., Lindmark, G., Nyström, L., & Darj, E. (2009). Rural Tanzanian women's awareness of danger signs of obstetric complications. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9:12.

Rockers, P.C., Wilson, M.L., Mbaruku, G., & Kruk, M.E. (2008). Source of antenatal care influences facility delivery in rural Tanzania: A population based study. *Maternal child health journal*, 13:879-885

Sarker, M., Schmid, G., Larsson, E., Kirenga, S., De Allegri, M., Neuhaan, F, Mbunda, T, Lekule, I., & Muller, O. (2010). Quality of antenatal care in rural Tanzania: a reality check. *BMC Research Notes*, 3:209.

www.accesstohealth.org

www.fn.se

www.unfpa.org

www.who.se

www.moh.go.tz

www.unicef.se

Bilaga: Tabell 2 MATRIS Sammanfattning och kvalitetsbedömning av artiklarna

Författare, År Tidskrift	Titel	Syfte	Datainsamlingsmetod Analysmetod	Centrala begrepp	Resultat
Artikel 1 Mirsho, M., Obrist, E., Armstrong- Schellenberg, J., Haws, R., Kushi, A K., Mshinda, H., Tanner, M., & Schellenberg, D. (2009) BMC, Pregnancy and Childbirth	The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania.	Att undersöka hur kvinnor samt hälsopersonal upplever antenatal- och postnatalvården på landsbygden i Tanzania, för att finna faktorer som kan förbättra vården.	Etnografisk design Intervjustudier och gruppdiskussion. 74 kvinnor och vårdpersonal från 8 byar i södra Tanzania. Data analyserades och jämfördes mellan djupintervjuerna och fokusgruppsdiskussionerna	Information Utbildning Brist på utrustning Hälsopersonal Geografiska/ekonomiska hinder	Kvinnorna var generellt positiva till antenatal och postnatal vård. Däremot fanns det många förhinderande faktorer för att de frekvent skulle uppsöka mödravård. För att förbättra mödravården borde fokus ligga på att sammanlänka hälsosystemet med bysamhället, överbygga geografiska och ekonomiska hinder att besöka kliniker, att informera om riskfaktorer, utbilda personalen samt att öka kvaliteten på hälsokliniker.

Tabell 2 MATRIS Sammanfattning och kvalitetsbedömning av artiklarna

Författare, År	Titel	Syfte	Datansamlingsmetod	Centrala begrepp	Resultat
Tidsskrift			Analysmetod		
Artikel 2 Mushi, D., Mpenbeni, R., & Jahn, A. (2010) BMC, Pregnancy and Childbirth	Effectiveness of community based safe motherhood promotes in improving the utilization of obstetric care. The case of Mtwara Rural District in Tanzania.	Att utveckla, testa och värdera en samhällsbaserad "Safe Motherhood Invention" i Mtwara rural District of Tanzania.	50 utbildade SafeMotherhood Promoters" (SMP) gav antenatalvård och närvarade vid 512 födselar under år 2004-2006. 242 kvinnor intervjuades efteråt om kunskap och uppfattning om Safe Motherhood. Kvalitativ innehållsanalys	Vårdkvalitet Utbildning Samarbete Männens delaktighet	Studien visade att samhällsbaserad "Safe motherhood" med antenatalvård och utbildad personal närvarande vid förlossningen leder till förbättring. Även ett förbättrat samarbete mellan olika samhällsaktörer t. ex andra hälsoinstanser noterades samt att männen fick en mer framträdande roll i familjeplaneringen med ökad delaktighet.

Tabell 2 MATRIS Sammanfattning och kvalitetsbedömning av artiklarna

Författare, År	Titel	Syfte	Datainsamlingsmetod	Centrala begrepp	Resultat
Tidskrift			Analysmetod		
Artikel 3 Mbekenga, K-C., Pembe, A-B., Christensson, K., Darj, E., & Olsson, P. (2011) BMC Pregnancy and Childbirth	Informal support to first-parents after childbirth: a qualitative study in low-income suburbs of Dar es Salaam, Tanzania.	Att undersöka, utforska samtal och konversation ang. hälsorelaterat informellt stöd till förstagångsföräldrar i låginkomstförorter till Dar es Salaam, Tanzania.	13 st fokusgrupper med förstagångsföräldrar tillsammans med kvinnliga och manliga informella stödpersoner analyserades med hjälp av diskurs- analys.	Sociala nätverk Männens delaktighet Stereotypa könroller	Det finns ett starkt och autoritärt nätverk av informella stödpersoner. Fattigdom och ej deltagande i sociala normer resulterar i mindre stöd. Förbättrad familjehälsa kan uppnås och stärkas om stöd ges till redan existerande informellt stöd. Stereotypa könroller leder till ökad kravbörda för kvinnorna. Männens deltagande kan förbättra familjehälsan. Olika budskap från professionell hälsopersonal och traditionella "Healers" leder till förvirring och onödiga missförstånd.

Tabell 2 MATRIS Sammanfattning och kvalitetsbedömning av artiklarna

Författare, År	Titel	Syfte	Datainsamlingsmetod	Centrala begrepp	Resultat
----------------	-------	-------	---------------------	------------------	----------

Tidsskrift			Analysmetod		
Artikel 4 Magoma, M., Requejo, J., Campbell, MR, O., Cousens, S., & Filippi, V. (2010) BMC Pregnancy and Childbirth	High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention.	Att undersöka hälso- och sjukvårdssystemet samt sociokulturella faktorer som ligger till grund för att kvinnor inte söker förlossningsvård i större utsträckning.	Grounded theory 12 nyckelintervjuer och 15 fokusgruppsdiskussioner med kvinnor från 2 olika stammar, Maasai och Watemi. Sjukvårdare, TBA och by-invärdare ingick också i diskussionerna. Totalt 160 deltagare. Kvalitativ innehållsanalys	Information Utbildning Männens delaktighet Fattigdom	Bättre utbildning av all vårdpersonal leder till större utbredning av professionellt ledda förlossningar samt utveckling och implementering av Tanzanias befintliga mödravårdsprogram.

Tabell 2 MATRIS Sammanfattning och kvalitetsbedömning av artiklarna

Författare, År	Titel	Syfte	Datainsamlingsmetod	Centrala begrepp	Resultat

Tidsskrift			Analysmetod		
Artikel 5 Gross, K., Armstrong Shellenberg, J., Kessy, F., Pfeiffer, C., & Obrist, B. (2011) BMC Pregnancy and Childbirth	Antenatal care in practice: an exploratory study in antenatal care clinics in the Kilombero Valley, south eastern Tanzania	Att studera vilken påverkan vården hade på en antenatal klinik av klinikkens policy, rutiner och vårdkultur.	4 antenatal kliniker ingick där kvinnor och sjukvårdare observerades under sina dagliga besök. Sjukvårdare på kliniken intervjuades djupgående vid fem tillfällen. Sammanlagt observerades 36 besök och 38 olika omvårdnadsåtgärder. Informella konversationer med gravida kvinnor ingick i studien Kvalitativ innehållsanalys	Information Utbildning Vårdkvalitet Brist på utrustning	Brist på utbildad personal på kliniken var en bidragande orsak till brister i rutiner och följsamhet av FANC (Focused Antenatal Care) riktlinjer. Bättre utbildning av FANC:s riktlinjer är att eftersträva till alla vårdgivare då frånvaron av utbildad personal var stor.

Tabell 2 MATRIS Sammanfattning och kvalitetsbedömning av artiklarna

Författare, År	Titel	Syfte	Datainsamlingsmetod	Centrala begrepp	Resultat
----------------	-------	-------	---------------------	------------------	----------

Tidsskrift			Analysmetod	Utbildning	
Artikel 6 Sarker, M, Schmid, G., Larsson, E., Kirenga, S., De Allegri, M., Neuhann, F, Mbunda, T, Lekule, L., & Muller, O. (2010) BMC Pregnancy and Childbirth	Quality of antenatal care in rural southern Tanzania: a reality check.	A tt identifiera faktorer som kan påverka hur mödravården fungerar, samt kunskapen om riskfaktorer under graviditet hos kvinnorna och vårdpersonalen.	Intervjustudie Studien föregicks på sju hälsokliniker I Rufuji distriktet, södra Tanzania. Intervjuer med 11 vårdpersonal och 28 gravida kvinnor. Information samlades från sammanlagt 63 antenatalbesök. Kvalitativ innehållsanalys	Utbildning Brist på utrustning Information Riskfaktorer Vårdkvalitet	Om en förbättring kan ske inom mödrahälsovården genom att informera och utbilda både vårdpersonal och gravida kvinnor om riskfaktorer i samband med graviditet, kan uppföljningen och vården förbättras. Sena ingripande vid akutsituationer kan då förhindras i större utsträckning. Kvaliteten behöver också förbättras väsentligt i form av fler och bättre utbildad personal, bättre medicinsk utrustning och bättre tillgång till medicin.

