

Ingrid S. Kveseth (10068)
Emilie Laulund (10087)

Prosjektbachelor Utland - Fagartikkel

Hvilke erfaringer har sykepleiere med family planning i Vest-Kenya?

Which experiences do nurses have with family planning in western Kenya?

SYT2900
Kull 2020

Antall ord: 4850

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Ingrid S. Kveseth (10068)
Emilie Laulund (10087)

Prosjektbachelor Utland - Fagartikkel

Hvilke erfaringer har sykepleiere med family planning i Vest-Kenya?

Which experiences do nurses have with family planning in western Kenya?

SYT2900
Kull 2020

Antall ord: 4850

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag:

Bakgrunn:

Family planning i Kenya er et tilbud som gir kvinner mulighet til å bestemme over egen reproduktiv helse. Family planning tilbyr ulike prevensjonsmetoder, samtale og fertilitetsveiledning. Tilbudet er med på å forebygge svangerskapsrelaterte dødsfall, usikre aborter og styrke kvinners empowerment. Studien tar for seg hvilke erfaringer sykepleiere i Vest-Kenya har med family planning og fokuserer på tre hovedkategorier; viktigheten, informasjonsbehovet og utfordringer knyttet til family planning.

Metode:

Studien er basert på tre semistrukturerte kvalitative samtaler med sykepleiere ved tre ulike family planning klinikker i Vest-Kenya. Datainnsamlingen ble gjennomført over en periode på ti uker som en del av et utvekslingsopphold og ble senere analysert og kategorisert i ulike temaer.

Resultat:

Resultatene viser at sykepleierne i studien har god erfaring med family planning og de forteller om viktigheten rundt tilbudets forebyggende og helsefremmende effekt. Videre viser resultatene at det er et stort behov for at befolkningen får informasjon om tilbudet for at de kan ta det i bruk. Likevel er sykepleierne inneforstått med at ulike utfordringer, som stigma og ressursmangler, er med på å redusere bruken av tilbudet i befolkningen.

Konklusjon:

Sykepleiernes erfaringer med family planning tilsier at dette er viktig forebyggende og helsefremmende arbeid som kan redusere svangerskapsrelaterte dødsfall, usikre aborter og uønskede graviditeter. Befolkningen har et informasjonsbehov for å kunne forstå hva family planning er og hva det gjør. Dette kan redusere misforståelser knyttet til bruk av prevensjonsmidler og redusere stigma i samfunnet. Sykepleierne erfarte at de med bedre kunnskapsforståelse angående family planning hadde mindre stigma knyttet til det, og benyttet dermed tilbudet i større grad. Ressursmangler hos klinikkene var ytre faktorer som skapte problemer hos kvinner som ønsket å benytte seg av family planning programmet.

Abstract:

Background:

Family planning is a program that gives women the ability to make decisions about their own reproductive health. Family planning includes the option for different forms of modern contraceptives, conversations about reproductive health, and fertility guidance. Family planning contributes to the prevention of maternal mortality and unsafe abortions, and heightened empowerment among women. This study deals with experiences nurses in western Kenya have with family planning, with a focus on the importance, information needed, and challenges connected to family planning.

Method:

This study is based on three semi structured qualitative discussions with nurses at three different clinics in western Kenya. Data collection was done during a ten-week period of an exchange program and was later analyzed and categorized into different topics.

Results:

The results show that the nurses in the study had a good amount of experience with family planning. The nurses discussed the importance of family planning because of its preventative and health promoting nature. The results also showed that there was a great need for the spread of information about family planning so that the local population could utilize the program. The nurses stated that there were several challenges in their work with family planning, including stigma and a lack of resources, which reduced the use of the program.

Conclusion:

The experiences of the nurses showed that family planning is an important part in their preventative and health promotional work, which can reduce maternal mortality rates, unsafe abortions and unwanted pregnancies. The local population has a need for information about what family planning is, and how it works, which could reduce the amount of misunderstandings and stigma regarding family planning and contraceptives. The nurses experienced that people with higher levels of understanding about family planning had less stigma linked to this, and a greater use of the program. A lack of resources at the clinics was still a factor that greatly impacted their work, and which caused problems for the women wishing to utilize the program.

1. Introduksjon:

1.1 Globalisering

Globalisering av dagens samfunn har ført til en bevissthet om at hele verdens befolkning lever i et fellesskap med en felles skjebne. Globalisering har også ført til at mennesker har en økt bevissthet om ulikheter i verden, inkludert menneskers levetilstand, valgmuligheter og helse (1).

FN's tredje bærekraftsmål er å "sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder". Et delmål under bærekraftsmålet er å sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, inkludert family planning, innen 2030 (2). Sykepleiere har et grunnleggende samfunnsmessig ansvar, og dermed blir FN's tredje bærekraftsmål en byggesten i sykepleierens rolle i det globale perspektivet (3).

1.2 Informasjon om Kenya

Korrupsjon og mangelfull modernisering utgjør et stort hinder for videreutviklingen av landets økonomi som igjen påvirker utviklingen av landets helsevesen. Over en tredjedel av befolkningen lever under fattigdomsgrensen (4). Det offentlige helsetilbudet i Vest-Kenya er preget av begrensede fasiliteter, få ressurser og dårlig distribusjon av helsearbeidere, der spesielt mangelen på leger gir sykepleiere et stort ansvar (5).

1.3 Hva er family planning?

Tilgang til trygg og frivillig family planning er en menneskerett. Family planning er sentralt i likestillingen, kvinnelig empowerment og en viktig faktor for å redusere fattigdom ifølge FNs befolkningsfond (6).

Family planning er tilgangen til informasjon og metoder som gir kvinner muligheten til å bestemme over sin egen reproduktive helse, om, og eventuelt når de skal ha barn. De ulike metodene inkluderer forskjellige prevensjonsmidler som p-piller, p-stav, spiral, sterilisering og kondomer. Tilbudet gjelder også informasjon om hvordan man blir gravid, infertilitet og ikke-invasive former for prevensjon. Ikke-invasive metoder er for eksempel kalendermetoden og å avstå fra samleie (6).

Ved å få tilgang til informasjon rundt family planning og de ulike prevensjonsmetodene som tilbys, kan det være med på å forebygge svangerskapsrelaterte dødsfall, aborter og uønskede graviditeter (7).

1.4 Tilgjengelighet av family planning i Kenya

I 2022 brukte 6.42 millioner kvinner moderne prevensjonsmidler i Kenya. Denne bruken av moderne prevensjonsmidler førte til at 2.45 millioner uønskede graviditeter ble forhindret, samt at 610.000 usikre aborter ble unngått (8). I Kenya er abort kun tillatt dersom svangerskapet truer helsen eller livet til den som er gravid. Det er derfor flere kvinner i landet som prøver å avslutte graviditeten på egenhånd, noe som kan være svært farlig for den gravide kvinnen. Usikre aborter er en ledende årsak til mødredødelighet i Kenya (9).

Det er estimert at bruken av prevensjon forhindrede cirka 6.200 tilfeller av mødredødelighet i 2022 (10). 45.4% av kvinner i Kenya benytter seg av moderne prevensjonsmidler, hvor p-sprøyte og p-stav er de to mest brukte prevensjonsmidlene. P-sprøyte står for 35.1% av tilfellene, og p-stav for 37.1%. Bruken av moderne former for prevensjonsmidler blant kvinner har økt i Kenya, men det er fortsatt estimert at 14% av kvinner som ønsker moderne prevensjonsmidler ikke har tilgang på dette (8).

1.5 Kulturell kontekst

Flere studier viser til at kulturelle normer er med på å redusere bruken av family planning blant kvinner i Kenya (11) (9). I flere afrikanske land er det stor kulturell verdi i å ha mange barn, og dette er noe som kan ha betydning for om mennesker velger å bruke prevensjon eller ikke (12).

Stigmatiseringen fra familie, venner og bekjente rundt bruken av prevensjon hos unge ugifte kvinner i Kenya er en utfordring da dette er med på å gi prevensjon og kvinnene som bruker det, et dårlig rykte. Det er også erfart at det er mangel på informasjon om reproduktiv helse i befolkningen, og at det eksisterer en frykt for infertilitet ved bruk av prevensjonsmidler. Disse faktorene hindrer økt bruk av family planning tilbudet (13).

1.6 Sykepleierens rolle

Magelssen definerer kultur med det vi forstår av kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunnet (14). Gjennom denne studien har det vært viktig å være bevisst på kulturforskjellene mellom den vestlige og den afrikanske kulturen, og helsevesenet spesielt. Derfor står kultursensitivitet sentralt for å kunne forstå arbeidet med family planning i Kenya.

Som sykepleier er det en plikt å forsøke å redusere risiko for helseskade for den enkelte i fremtiden. Opplevelsen av kontroll og mestring kan styrkes gjennom at individet får større innsikt i egen helse, og ved å ta bevisste valg knyttet til helsen sin (1). Det sykdomsforebyggende arbeidet er basert på kunnskap om hva som skaper sykdom, og hvordan faktorer som fører til sykdom kan motarbeides. Dette arbeidet blir derfor sterkt knyttet opp mot sykepleieryrkets medisinske fagutøvelse (1).

Forebyggende helsearbeid inkluderer det å forebygge sykdom og skade, i tillegg til å fremme god helse. Både helsefremming og forebygging er nødvendig for å oppnå god folkehelse, og de to går hånd i hånd. Sykdomsforebyggende arbeid har som mål å hindre sykdom og skade hos friske personer, eller hindre at sykdom kommer tilbake eller forverres (1).

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i "de faktorene som kan styrke ressursene for god helse", og defineres som arbeidet som setter både individuelle mennesker og samfunnet i stand til å kontrollere de forholdene som har innvirkning på helsen, og at de derfor har mulighet til å bedre egen helse. Helsefremmende arbeid skiller seg derfor fra det forebyggende arbeidet ved at helsefremming i større grad krever medvirkning fra dem det angår, mens forebygging styres mer av eksperter og fagfolk (1). Empowerment betyr å ta kontroll og makt over egen helse og er derfor sentralt i helsefremming (1). Empowerment blir sentralt i denne studien da family planning omhandler kvinners rettigheter til å ta valg knyttet til egen reproduktiv helse.

Sykepleierens rolle i family planning er hovedsakelig forebyggende og helsefremmende (3), i og med at de er med på å fremme valg kvinner tar for sin egen reproduktive helse og samtidig forebygge uønskede graviditeter, svangerskapsrelaterte dødsfall og aborter (15).

Sykepleiernes erfaringer kan vurderes ut fra et fenomenologisk perspektiv, som i denne kvalitative forskningen innebærer en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra informantenes egne erfaringer (16). På denne måten blir samtalene og fokuset i denne studien begrenset til å omhandle informantenes verden og synspunkter.

1.7 Problemstilling og kategorisering:

Før ressursamtalene ble startet opp ble det definert en tentativ problemstilling der målet var å samle informasjon om family planning i Vest-Kenya. Underveis i samtalene fastslo informantene hva som var viktig i deres arbeid og problemstillingen ble konkretisert til følgende:

"Hvilke erfaringer har sykepleiere med family planning i Vest-Kenya?"

Det fantes likheter i hva alle de tre sykepleierne syntes var viktig i deres arbeid, og det ble fastslått tre hovedkategorier av erfaringer sykepleierne hadde; viktigheten, informasjonsbehovet og utfordringer knyttet til family planning. Disse tre kategoriene danner grunnlaget for oppbyggingen av resten av oppgaven.

2. Metode:

For å undersøke sykepleieres erfaringer med family planning ble det gjennomført en kvalitativt studie. Tre sykepleiere ved forskjellige sykehus og klinikker deltok på samtaler der det ble benyttet en felles samtaleguide (se vedlegg nr1: samtaleguide). Dette ble gjort som en del av et ti ukers utvekslingsopphold ved to forskjellige sykehus i Vest-Kenya. Det ble gjennomført samtaler med tre sykepleiere for å få kunnskap om hvilke erfaringer de har med family planning. Målet med disse ressursamtalene var å tilegne seg kunnskap (16).

2.1 Datainnsamling

Datainnsamlingen i forbindelse med prosjektbachelor arbeidet ble gjort under et utvekslingsopphold der det ble gjennomført kvalitative, semi-strukturerte ressursamtaler med tre forskjellige sykepleiere. Under samtalen ble det brukt en felles samtaleguide. Samtalene var semi-strukturerte, noe som innebar at de verken var helt åpne eller helt lukket (16). Denne metoden ble valgt for å få informasjon om informantenes meninger, følelser og erfaringer knyttet til temaet family planning. Det ble valgt å gjennomføre kvalitative samtaler siden den kvalitative orienteringen innebærer å rette oppmerksomhet mot det kulturelle og dagligdagse ved menneskelig tenkning og handling (16). Samtaleguiden besto av fem kategorier, og det var åpent for at informantene kunne utdype sine meninger gjennom åpne spørsmål. Samtaleguiden ble utarbeidet slik at samtaleførerne var forberedt på temaene som skulle diskuteres. Samtalen ble innledet med konkrete spørsmål, før den etterhvert peilet inn på spørsmål som forhåpentligvis åpnet for at informanten reflekterte rundt utfordringer og perspektiv på temaet. Målet ved å bygge opp samtalen på denne måten, var at informantene skulle føle det tryggere å åpne seg (17). Der det passet seg ble det stilt oppfølgingsspørsmål. Samtalene ble gjennomført på engelsk av to studenter der den ene studenten snakket med sykepleieren, mens den andre noterte ned svarene til sykepleieren.

2.2 Utvalg

For at problemstillingen skulle få et bredere spekter av perspektiv, ble det sett på som hensiktsmessig å velge sykepleiere med ulik bakgrunn. Sykepleierne hadde ulik yrkeserfaring, alder og kjønn. I tillegg arbeidet sykepleierne ved tre forskjellige family planning klinikker i ulike områder i Vest-Kenya.

2.3 Analyse

Samtalene ble skrevet ned som korte setninger og stikkord av transkribenten med samtykke fra informantene. Denne bruken av meningsfortetning gjorde det mulig å komprimere setningene uten at hovedpoenget forsvant (16). Samtalene ble gjennomført på engelsk og skrevet ned både på engelsk og norsk i form av stikkord. Dette kan ha medført tap av noe innhold (17). Notatene ble kort tid etter samtalen renskrevet for å sikre at informasjonen ikke ble glemt. Dataene ble bearbeidet og samlet i ett dokument der de ulike samtalene ble fargekodet slik at det ble lettere å skille svarene fra hverandre. Dataene ble deretter bearbeidet og plassert i ulike kategorier for å få et bedre overblikk over de viktigste temaene som dukket opp under samtalene og for å styrke studiens og informantenes resultater (16). Kategoriene baserer seg på gjentakende temaer gjennom samtalene.

2.4 Ethiske vurderinger

Ved bruk av ressursamtale som forskningsmetode er det en rekke etiske hensyn som må tas i betraktning (17). Etikk handler om hva som er rett og galt og godt eller dårlig i livet generelt (18). De etiske spørsmålene vil omfatte hele forskningsprosessen, ikke bare begrense seg til selve samtalsituasjonen (17). Kultursensitivitet er derfor et viktig etisk begrep gjennom denne studien.

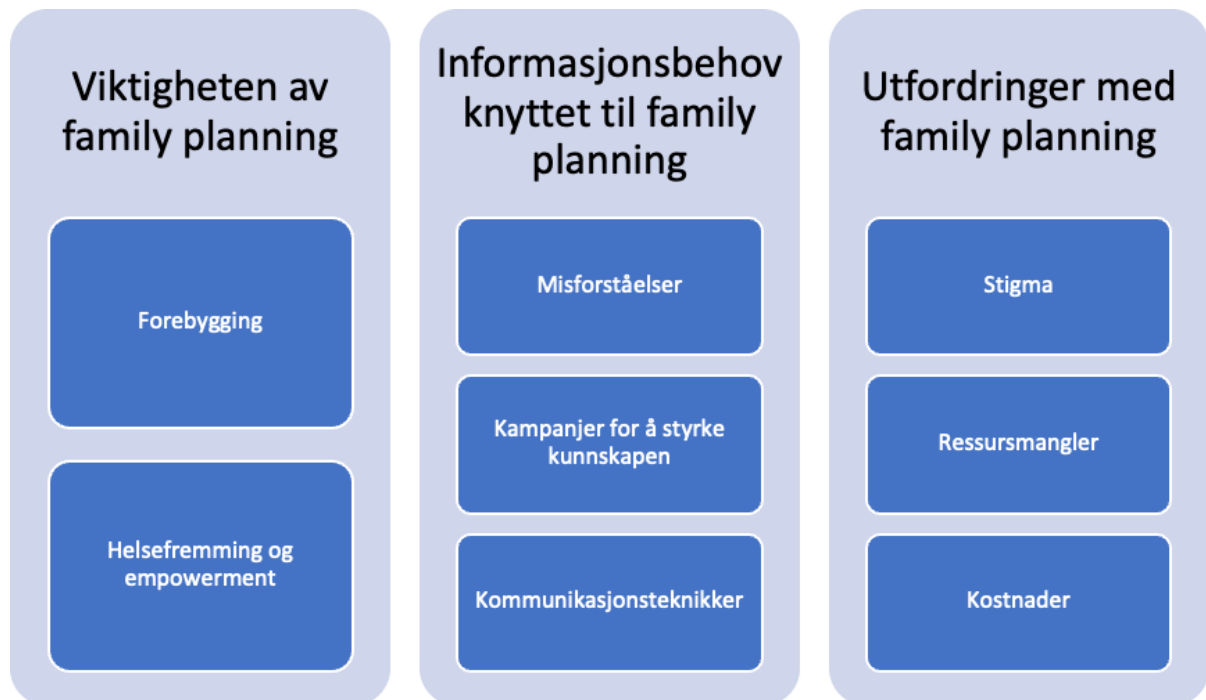
På forhånd fikk informantene informasjon om hva formålet med samtalen var og deres rettigheter. Informantene ga muntlig samtykke til å bli med på samtalene og ble fortalt at samtalen var frivillig, de kunne trekke seg når som helst og at spørsmålene ikke måtte besvares hvis dette var ukomfortabelt (17). De ble også gjort oppmerksomme på at samtaleførerne ikke var der for å dømme, og at det var en fordomsfri og aksepterende innstilling til samtalen (14). Informantene og institusjonene er anonymisert slik at det ikke er mulig å bli gjenkjent (17). Informantene presenteres videre som informant 1, 2 og 3.

3. Resultater:

Gjennom analysen av samtalene ble det trukket frem 3 hovedkategorier med flere underkategorier, som omhandler resultatene i studien (figur 1).

Resultatene av analysen viser til stor enighet mellom informantene angående de tre hovedkategoriene; viktigheten, informasjonsbehovet og utfordringer knyttet til family planning.

Figur 1: hovedkategorier og underkategorier av problemstillingen:



3.1 Viktigheten av family planning

Informantene poengterte viktigheten med family planning og hadde relativt god kunnskap om hvordan dette var forebyggende arbeid;

"...det beskytter pasientene mot uønskede graviditeter, spesielt tenåringer. Abort kan være en helserisiko og det skal mye til for å kunne gjennomføre en abort i Kenya."

Informant 1

Det ble poengtert at family planning er helsefremmende arbeid som er med på å skape empowerment blant kvinner ved at de tar selvstendige valg angående sin egen reproduktive helse;

"...kvinner har fått en sterkere stemme i dagens samfunn og kvinner generelt har ikke lenger lyst på/tid til å ha så mange barn. Det er mer fokus på kvinnelig empowerment og at man ikke skal bli gravid når man selv ikke er klar."

Informant 2

3.2 Informasjonsbehov knyttet til family planning

Informantene oppga at det er lite kunnskap knyttet til prevensjonsmidler i Kenya, og derfor et stort informasjonsbehov hos befolkningen.

"Mangel på kunnskap skaper misforståelser. Mangelen på informasjon hos befolkningen kan føre til mye misforståelser rundt klinikken, spesielt i lokalsamfunnene."

Informant 1

Samtlige informanter opplyste om forskjellige kampanjer for å styrke kunnskapen om family planning hos befolkningen.

"Jeg bruker sosiale medier til å spre budskapet. Vi drar også rundt i lokalsamfunnet for å spre budskapet og drar innom skoler og universiteter og henger opp plakater. Vi gir også informasjon via radioreklame."

Informant 1

Informantene fortalte at de bruker diverse kommunikasjonsteknikker i møte med pasientene.

"Jeg har en mappe der jeg kan vise frem de ulike prevensjonsmetodene vi tilbyr, dette inkluderer de ulike spiralene, p-stav, kondomer, osv. Ellers forklarer jeg en del til pasientene om de ulike alternativene."

Informant 2

"For meg er det viktig å være åpen og å virke trygg med pasientene. Det er viktig å være alene i et lukket rom slik at de føler seg trygge."

Informant 3

Sykepleierne som deltok i samtalene viste tydelig at det var et stort behov for informasjon om prevensjon og family planning hos pasientene som oppsøker dette, men også i befolkningen generelt. Informantene beskrev hvilke metoder de benytter seg av for å få informasjon ut til befolkningen, og hvilke kommunikasjonsteknikker de selv benyttet i møte med pasientene.

3.3 utfordringer knyttet til family planning

Alle de tre informantene fremhevet at stigma førte til at færre ønsket å bruke family planning, og at dette var til hinder for utbredt bruk av family planning i Kenya.

"Folk mener at ved å bruke prevensjon betyr det at man er seksuelt aktiv før giftemål og at det ikke er greit."

Informant 1

"Den gruppen mennesker som har lite kunnskap om temaet ser på kvinner som bruker prevensjon som prostituerte eller at de er utro ... som kvinne må man overse dette stigmaet når man skal tenke på sine egne behov."

Informant 2

"Det største problemet er ektemennene som tenker at kvinnene ønsker prevensjon slik at de kan være utro."

Informant 3

Informantene opplyste om at ressursmangel er en stor utfordring på klinikkene, og at de derfor ofte ikke kan tilby alle de ulike prevensjonsmetodene.

"Hovedproblemet vårt er mangel på de ulike prevensjonsmidlene, vi har ofte mangler. Per i dag har vi bare depot injeksjoner (p-sprøyte) og 12 års spiral."

Informant 2

Kostnadene rundt family planning kan være en utfordring for flere kvinner som ikke har nok penger til transport til/fra klinikkene. Det er også flere som ikke har råd til å fjerne spiral eller p-stav, da noen av klinikkene krever betaling for dette.

"Fjerningen koster penger, og det er et stort problem, noen må dra ganske langt for å finne en klinikk, og har ikke råd til reisekostnadene."

Informant 1

Informantene opplyste under samtalene at de opplevde flere av de samme utfordringene i arbeidet med family planning. Ifølge informantene er den største utfordringen stigma rundt prevensjonsmiddel, og bruken av det. Ressursmangler og kostnader knyttet til family planning var andre store utfordringer.

4. Diskusjon:

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med family planning i Vest-Kenya. Erfaringer er den kunnskapen man tilegner seg gjennom observasjoner og opplevelser, og gjør det mulig å se hva som hjelper, hva som ikke hjelper, og ideer om hva som kan utvikle tjenestene videre (19). Diskusjonen er strukturert på samme måte som resultatene og reflekterer rundt viktigheten, informasjonsbehovet, og utfordringer knyttet til family planning.

4.1 Hva er viktigheten av family planning i Vest-Kenya?

Ifølge *Grunnleggende Sykepleie bind 1*, er forebygging og helsefremming noen av sykepleierens grunnleggende funksjoner (3). Resultatene viser til at viktigheten med family planning er å forebygge uønskede graviditeter, redusere svangerskapsrelaterte dødsfall, usikre aborter og fremme kvinners selvbestemmelsesrett angående deres reproduktive helse.

4.1.2 Forebygging

I lavinntektsland er svangerskapsrelaterte dødsfall og usikre aborter som regel et resultat av uønskede graviditeter og er ledende årsaker til dødsfall for jenter mellom 15-19 år (20) (21). Informantenes påstander om at family planning har en forebyggende rolle understøttes med at i 2022 bidro dette tilbudet til at 610.000 usikre aborter og 6.200 svangerskapsrelaterte dødsfall ble unngått (10).

Mange unge mennesker opplever helseutfordringer knyttet til sex og samliv. Dette gjelder uønskede graviditeter, usikre aborter, mødredødelighet, svangerskapsrelaterte dødsfall og smitte av kjønnssykdommer (21). Ved å implementere et godt family planning tilbud er sykepleiere med på å forebygge disse helseutfordringene.

Family planning er også med på å redusere de negative konsekvensene rask befolkningsvekst har på klimaet, økonomien og samfunnet. Ved å la hver enkelt kvinne ta selvstendige og informerte valg om når og hvor mange barn de vil ha, kan family planning promotere helsen til befolkningen, redusere fattigdom og bygge en mer bærekraftig fremtid (6).

4.1.3 Helsefremming og empowerment

Forebyggende og helsefremmende arbeid i family planning går hånd i hånd, men det er likevel noen forskjeller. Det forebyggende arbeidet har som mål å forhindre de negative konsekvensene mangel på kunnskap om reproduktiv helse

kan føre til, mens det helsefremmende arbeidet fokuserer på de positive utfallene ved å styrke kvinners helse og gi dem mulighet til å ta større kontroll over eget liv.

Informantene hadde en felles forståelse for at family planning er helsefremmende arbeid som er med på å skape empowerment blant kvinner. Empowerment gir kvinner en sterkere stemme i dagens samfunn og gir dem mulighet til å ta flere selvstendige valg gjennom et godt family planning tilbud. De har mulighet til å delta mer i arbeidslivet og til å ta utdanning. En studie fra Etiopia (20) forteller at prevensjon er med på å styrke kvinners empowerment ved å redusere den mentale og fysiske byrden av gjentatte graviditeter. En annen gevinst er at det reduserer fattigdom ved å hindre den økonomiske belastningen barn har, og gir kvinner muligheten til å bidra mer i arbeidslivet.

Forebyggende og helsefremmende arbeid er spesielt viktig i lavinntektsland, land der de sosioøkonomiske forutsetningene er mye lavere og helsestandarden er helt annen enn i mer utviklede land. Redusert ressurstillgang, utbredte sykdommer (som HIV, tuberkulose og malaria), mangelfull tilgang på et adekvat helsevesen og sosiale og økonomiske faktorer slik som fattigdom, lav utdanning og kjønnsdiskriminering er faktorer som påvirker lavinntektsland på en negativ måte. Ved å implementere forebyggende og helsefremmende arbeid knyttet til family planning kan levestandarden økes (1).

4.2 Hvilket informasjonsbehov har befolkningen om family planning i Vest-Kenya?

Resultatene fra samtalene viser at det er et stort behov for at befolkningen i den aktuelle konteksten, får informasjon om hvilke tilbud som inngår i family planning.

4.2.2 Informasjonssvikt

Informantene opplyste om at informasjonssvikt kan føre til misforståelser om hva family planning er, hvordan det fungerer og hvordan klinikkene arbeider med det. En gjentagende misforståelse var blant annet at bruk av prevensjon kan føre til infertilitet, noe som ikke stemmer. Denne misforståelsen fører til at færre benytter seg av tilbudene som er tilgjengelig. En studie om family planning i Kilifi county i Kenya viser også at flere er bekymret for infertilitet i sammenheng med bruk av prevensjon, og er derfor skeptiske til bruken av det (13). Dersom befolkningen hadde hatt tilgang på mer informasjon kunne denne misforståelsen vært unngått.

4.2.3 Kampanjer for å styrke kunnskap

Informantene beskrev flere forskjellige måter de selv sprer informasjon om family planning på, de trakk frem eksempler som bruk av sosiale medier, radio,

plakater og opplæringsprogram. Informantene påpekte at disse metodene var effektive på generell basis, da de ofte får forespørsler om family planning i etterkant av disse kampanjene.

En studie om bruk av prevensjon i lavinntektsland (21), forteller at unge mennesker ofte frykter sterke og langvarige bivirkninger som følge av moderne prevensjonsmidler. Dette fører til at de tyr til andre metoder for å ikke bli gravide, slik som avbrutt samleie. Flere unge mennesker får heller ikke nok informasjon om korrekt bruk av de ulike prevensjonsmidlene og dermed brukes disse feil. Sannsynligheten for smitte av seksuelt overførbare sykdommer og uønskede graviditeter vil øke som en konsekvens av dette (21). Dersom kampanjer for å spre informasjon om family planning kan bidra med å øke forståelsen rundt prevensjonsmidler, kan det potensielt føre til at flere mennesker i befolkningen får større kunnskap om egen reproduktiv helse, som igjen kan medføre økt korrekt bruk av prevensjonsmidler.

4.2.4 Kommunikasjonsteknikker

Sykepleierens funksjoner omhandler undervisning og veiledning (3). Dersom sykepleiere bruker sin posisjon i samfunnet og sin faglige ekspertise til å gi undervisning om viktigheten av family planning, og hvilke ressurser som er tilgjengelig, kan dette føre til økt korrekt bruk av family planning metoder (21).

Informantene beskrev at de brukte forskjellige kommunikasjonsteknikker i sine møter med pasienter som oppsøkte family planning. De gjorde dette for å skape en god relasjon med pasientene for å kunne hjelpe dem best mulig. De tilpasset seg hver enkelt pasient, og det var viktig for dem å ta hensyn til at family planning er et sensitivt tema. Det var derfor behov for å holde disse samtalene på tomannshånd, i private rom. Ved å forsikre seg om at personvern blir ivarettatt kan man øke sjansen for at pasienten åpent diskuterer problemene sine (22).

Bruken av forskjellige hjelpemidler gjorde det lettere å beskrive for pasientene hvordan prevensjonsmidlene fungerer, og hvilke prevensjonsmidler som var tilgjengelig, fortalte informantene. Alle disse formene for kommunikasjon og tilpasning er nyttige teknikker for å formidle informasjon. Dersom pasientene føler at de blir sett og hørt, kan denne erfaringen være med på å spre et positivt budskap om family planning til venner og bekjente. Dette kan være avgjørende for om flere velger å benytte seg av tilbudet.

Det er et stort behov for informasjon hos befolkningen i Vest-Kenya om family planning tilbudet. Alle de tre informantene beskriver det som et problem at flere pasienter misforstår hvordan prevensjon fungerer og har en feiloppfatning om at prevensjon kan føre til infertilitet. Dersom befolkningen hadde fått mer informasjon om family planning, så hadde kanskje flere valgt å benytte seg av det, noe som er både helsefremmende og forebyggende.

4.3 Hvilke utfordringer er knyttet til family planning i Vest-Kenya?

Informantene beskrev under samtalene at det er flere utfordringer knyttet til family planning i Vest-Kenya.

4.3.2 Stigma

Samtlige informanter beskrev at stigma rundt bruken av family planning er en stor utfordring, og at flere i lokalsamfunnet velger å ikke bruke prevensjon på grunn av dette stigmaet. I Kenya bidrar fortsatt religion og kulturelle verdier til stigmatisering både rundt samleie utenfor ekteskap og bruk av prevensjon (9). Dette er noe informantene kjente igjen fra sitt arbeid, og noe som de så på som en utfordring.

En studie fra Kisumu i Vest-Kenya (9) viste at en stor andel unge mennesker mente at bruk av prevensjon kunne være skadelig for kvinnen, ved at det kunne minske deres sjans for å kunne bli gravid på et senere tidspunkt. Studien viste at menn scoret høyere på stigma relatert til prevensjon enn kvinner, og konkluderte med at disse negative holdningene til prevensjon kan være til hinder for at kvinner oppsøker family planning. Samtidig viste studien at kvinner også hadde negative holdninger til prevensjon, noe som igjen kan bidra til økt stigmatisering (9).

Dersom stigma knyttet til family planning og prevensjon i lokalsamfunnet kunne blitt redusert så hadde dette kanskje gjort det lettere å benytte seg av family planning tilbudet. Dette hadde også gjort sykepleiers arbeid med family planning lettere å gjennomføre, da det hadde vært en mindre barriere å overkomme.

4.3.3 Ressursmangler

Informantene beskrev store utfordringer knyttet til ressursmangler på klinikkene og sykehusene. De oppga at de ofte ikke hadde alle typene prevensjon, og at dette kan være en utfordring for kvinnene som ønsket et spesifikt prevensjonsmiddel. På grunn av stigma rundt prevensjon er det flere kvinner som spesifikt ønsker kun p-sprøyte, da disse ikke har noen fysiske merker på kroppen som andre kan se eller finne ut av. Dersom klinikkene går tom for p-sprøyter, beskrev informantene at pasientene ofte velger å ikke benytte seg av prevensjon i det hele tatt. Kombinasjonen av manglende tilgang til prevensjonsmidler og stigma fører med andre ord til at kvinnene blir mer utsatt for uønskede graviditeter.

Flere ressurser til klinikkene kunne økt sjansen for at kvinner benytter seg av family planning tilbudet, da dette kan føre til at utvalget av prevensjonsmidler blir større og hver enkelt finner en metode som passer dem selv best.

4.3.4 Kostnader

Flere av informantene meddelte at kostnader knyttet til family planning er en utfordring, og en stor grunn til at kvinner ikke benytter seg av prevensjonsmetodene. To av informantene jobbet på klinikker ved sykehus der family planning var gratis, mens den tredje jobbet ved en klinikk der family planning ikke var gratis. Av de som jobbet ved sykehus nevnte den ene at fjerning av spiral og p-stav kostet penger, mens innsetting av prevensjon var gratis. Alle informantene opplyste om at kostnadene knyttet til family planning står til hinder for at kvinner benytter seg av tilbudet. I tillegg er transportkostnader for å komme seg til/fra klinikkene også en stor utfordring, ifølge informantene. En studie fra Bondo i Vest- Kenya viser at flere av de som ble intervjuet til studien ikke benyttet seg av prevensjon på grunn av kostnadene knyttet til det (23). En studie fra 2014 konkluderer med at de anbefaler å tilby prevensjon gratis, eller til en lav pris (21). Dersom family planning tilbudet hadde vært gratis ved alle klinikkene så hadde dette kunne ført til at flere benyttet seg av tilbudet.

Det er mange utfordringer knyttet til family planning i Vest-Kenya. Informantene opplyste om at de største utfordringene i deres arbeid er stigma i samfunnet, ressursmangler, og kostnader. Disse utfordringene må aktivt jobbes med for å kunne gi det beste mulige tilbudet knyttet til family planning.

4.4 Styrker og svakheter

Studiens styrker er at den er basert på tre forskjellige samtaler med erfarne sykepleiere med ulik bakgrunn, alder og kjønn som alle jobber på family planning klinikker. Samtalene ble gjort av to studenter med en felles samtaleguide med åpne spørsmål for å få et bredt informasjonsgrunnlag. Ved å ha et utvekslingsopphold på ti uker styrker dette kulturforståelsen, og er med på å implementere en bredere forståelse av informantenes virkelighetsoppfatning under analysen av svarene (24) (14).

Forskningsartiklene som har dannet grunnlaget for å understøtte resultatene i studien er enten fra Kenya eller andre lavinntektsland som kan sammenlignes med Kenya. Artiklene er fra perioden mellom 2014-2023 og er derfor tidsaktuelle. I tillegg er det stor enighet mellom informantene og tidsaktuell forskning, noe som styrker resultatene i denne studien.

Da disse kvalitative samtaler er ment for å gå ned i dybden, kan ikke antallet informanter være for stort. Gode samtaler med tre personer kan gi mye stoff til en oppgave (17). Likevel kan flere kvalitative samtaler være med på å styrke datainnsamlingen, men siden omfanget av denne studien har sine begrensninger dekker tre informanter adekvat informasjonsbehovet.

Forholdene rundt samtaler kan bety mye for kvaliteten på samtalen (17). Ved alle tre samtalsituasjonene var vi alene på et kontor, men ble tidvis avbrutt av kolleger av informantene eller telefonsamtaler. Disse situasjonene skapte forstyrrelser og det ble avbrudd i samtaleflyten, noe som kan ha negativ innvirkning på svarene som ble gitt.

Samtalene var preget av språkutfordringer da de foregikk på engelsk, der verken samtaleførerne eller informantene hadde dette som morsmål. Selv om engelsk er et offisielt språk i Kenya har de fleste et annet morsmål og det kan derved oppstå misforståelser. Transkribenten noterte svarene fortløpende på en blanding av norsk og engelsk for å effektivisere noteringen. Svarene ble deretter finskrevet av transkribenten. Dette kan ha ført til noe feiltolkning og informasjonsmangel (24).

Kulturforskjellen mellom den vestlige og afrikanske kulturen er stor. Med dette i minne, er det viktig å være bevisst på egen rolle ved analyseringen av resultatene. Analysen vil ikke kunne være helt objektiv, da forventninger og egne verdier vil ha en påvirkning på datainnsamlingen og tolkningen (17).

4.5 Troverdighet, overførbarhet og videre undersøkelser

Gjennom samtaler fikk informantene mulighet til å formidle informasjon om deres arbeid med family planning, og hvilke erfaringer de hadde relatert til dette. Resultatdelen i denne studien baserer seg på informantenes opplevelser, og viser derfor kun deres perspektiv. Andre sykepleiere kan ha andre opplevelser og erfaringer, noe som er viktig å ta i betraktning. Kulturforskjellene kan ha påvirket informantene til å fortelle om faktorer som fremmer deres kultur og arbeid, men unngå å fortelle om arbeid som setter dette i negativt lys. Det var likevel stor grad av enighet mellom informantene, samt forskningsartiklene.

Norge blir et stadig mer flerkulturelt land (25) og det blir derfor viktig for sykepleiere å opptre kultursensitivt i møte med pasienter med ulik bakgrunn. Ved å forstå hva slags helseutfordringer mennesker fra lavinntektsland (slik som Kenya) opplever kan sykepleiere i Norge møte pasienter fra ulike kulturer med mer forståelse.

En videre undersøkelse, av større omfang for å innhente et større datagrunnlag, kan avdekke styrker og/eller svakheter ved denne studien. En annen undersøkelse kan fokusere på hvordan stigmatiseringen rundt prevensjonsbruk

kan fjernes, da dette er en av de største utfordringene knyttet til family planning i Kenya.

5. Konklusjon:

Hensikten med denne studien var å finne ut av hvilke erfaringer sykepleiere i Vest-Kenya har med family planning.

Sykepleiere i Kenya har en viktig og unik rolle i å promotere helse for kvinner gjennom family planning. Deres erfaringer tilsier at dette er viktig forebyggende og helsefremmende arbeid som kan redusere svangerskapsrelaterte dødsfall, usikre aborter og uønskede graviditeter. Befolkningen har et informasjonsbehov for å kunne forstå hva family planning er og hva det gjør. Dette kan redusere misforståelser knyttet til bruk av prevensjonsmidler og redusere stigma i samfunnet. Sykepleierne erfarte at de med bedre kunnskapsforståelse angående family planning hadde mindre stigma knyttet til det, og benyttet dermed tilbudet i større grad. Ressursmangler hos klinikkene var ytre faktorer som skapte problemer hos kvinner som ønsket å benytte seg av family planning programmet.

6. Referanser:

1. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2021.
2. God helse og livskvalitet [Internett]. 2023 [sitert 18 april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
3. Jahren Kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug EA, Grimsbø GH, editors. Grundleggende sykepleie. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016.
4. Kenya [Internett]. 2022 [sitert 18 april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Land/kenya>
5. World Health Organization & Alliance for Health Policy and Systems Research. (2017). Primary health care systems (primasys): case study from Kenya: abridged version. World Health Organization. [Internett]. [sitert 21 april 2023]. Tilgjengelig på: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341073/WHO-HIS-HSR-17.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Family planning [Internett]. United Nations Population Fund. [sitert 21 april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.unfpa.org/family-planning>
7. Patel M. Contraception: Everyone's responsibility. SAMJ South Afr Med J [Internett]. 2014 Sep; Tilgjengelig på: http://www.scielo.org.za/scielo.php?pid=S0256-95742014000900028&script=sci_arttext&tlng=es
8. Kenya 2022 Country Fact Sheet.pdf [Internett]. [sitert 23 april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.track20.org/download/pdf/2022%20Country%20FactSheets/English/Kenya%202022%20Country%20Fact%20Sheet.pdf>
9. Rehnström Loi U, Otieno B, Oguttu M, Gemzell-Danielsson K, Klingberg-Allvin M, Faxelid E, et al. Abortion and contraceptive use stigma: a cross-sectional study of attitudes and beliefs in secondary school students in western Kenya. Sex Reprod Health Matters. 2019 Nov 29;27(3):20–31.
10. Track20 [Internett]. [sitert 23 april 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.track20.org/Kenya>
11. Håkansson M, Monica Oguttu, Kristina Gemzell-Danielsson, Marlene Makenzius. Human rights versus societal norms: a mixed methods study among healthcare providers on social stigma related to adolescent abortion and contraceptive use in Kisumu, Kenya. BMJ Glob Health. 2018 Mar 1;3(2):e000608.
12. Namanda C, Atuyambe L, Ssali S, Mukose A, Tumwesigye NM, Makumbi FE, et al. A qualitative study of influences on the uptake of contraceptive services among people of reproductive age in Uganda. BMC Womens Health. 2023 Mar 25;23(1):130.

13. Lahiri S, Bingenheimer J, Sedlander E, Munar W, Rimal R. The role of social norms on adolescent family planning in rural Kilifi county, Kenya. Ummarino D, editor. PLOS ONE. 2023 Feb 2;18(2):e0275824.
14. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Akribe; 2008.
15. Family planning [Internett]. United Nations Population Fund. [sitert 3 mai 2023]. Tilgjengelig på: <https://www.unfpa.org/family-planning>
16. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
17. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
18. Brinchmann BS. Etikk i sykepleien. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
19. Elstad I. Sjukepleietenking. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014.
20. Abate H, Solomon T, Abebo TA, Elilo LT. Unmet need for long-acting and permanent contraceptives and associated factors among married women in Southern Ethiopia. BMC Womens Health. 2023 Mar 29;23(1):143.
21. Chandra-Mouli V, McCarragher DR, Phillips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. Reprod Health. 2014 Dec;11(1):1.
22. Geta T, Awoke N, Lankrew T, Elfios E, Israel E. Prevalence and associated factors of client satisfaction with family planning service among family planning users in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. 2023 Mar 30;23(1):151.
23. Nangendo S. Knowledge and use of Family Planning Methods and Services in West Yimbo Division, Bondo District, Western Kenya. Afr Study Monogr. 2012 desember;33(4):233–51.
24. Liamputtong P. Doing cross-cultural research: ethical and methodological perspectives. Dordrecht: Springer; 2008. (Social indicators research series).
25. Paulsen TM, Håberg GB. Det flerkulturelle Norge. NDLA [Internett]. 2020 Mar 13; Tilgjengelig på: <https://ndla.no/article/6437>

7. Vedlegg:

Vedlegg nr1: Samtaleguide:

Introduction:

- Thank you for taking the time to meet with us
- Estimated time for the interview: 45min
- Introduction of who we are- nursing students from Norway writing our bachelor-project here in Kenya while on an exchange program for our internship.
- Purpose of the interview, anonymity of participants
- We are not here to judge you or evaluate the clinic, but we are here to understand the work you do, and gain some insight into the Kenyan healthcare network
- There are no right or wrong answers to our questions, because the interviewee is the expert in the field.
- Are there any questions?

General information:

- Can you give some general background on your experience as a healthcare worker?
- What are some typical patient cases in family planning?
- What experience do you have with women seeking family planning advice and options for family planning?
- What are your thoughts around the importance of family planning and the information around this?
- What does family planning cost for the patients?

Nursing perspective:

- How do you feel that patients seeking family planning options are treated and taken care of? What can be some challenges surrounding family planning?
- Which parts of working in family planning do you experience as positive and giving? Which parts of family planning feel the most useful and giving to you?
- Do you use any special techniques when meeting patients in family planning (like communication techniques or others)? Do you have any examples of patient cases where you feel like you got through to the patient and had a big success in your communication with patients?
- What do you consider to be the best method of informing citizens of the family planning options, and encouraging them to utilize the resources available to them?
- Is there a stigma connected to family planning in Kenya?

Patients perspective:

- How do you believe the patients respond to the availability of family planning in their district? Is it a positive presence?
- What could be some challenges for patients wishing to utilize family planning?
- Do patients generally have a good understanding of what services family planning can offer? Why or why not?
- What impact do you believe family planning can have on the patients?
- Do the patients family have an impact on their decisions regarding family planning options?

Finally/summary:

- Is there anything that you would like to add that we have not already asked about and discussed?
- What are some of the most important things we have discussed?
- Is there anything else you would like to add to the conversation?

