

Kristine Korssjøen Asbøll (10084) og
Fredrikke Johannessen Kjenstad (10173)

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge mødredødelighet ved en svangerskapsklinikk i Kenya?

Prosjektbachelor utland
Antall ord: 4539

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Kristine Korssjøen Asbøll (10084) og
Fredrikke Johannessen Kjenstad (10173)

Hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge mødredødelighet ved en svangerskapsklinikk i Kenya?

Prosjektbachelor utland
Antall ord: 4539

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Når jeg møter nye mennesker, forsøker jeg alltid å møte dem med utgangspunkt i det mest basale, i det som vi har felles. Vi har alle en fysisk kropp, et sinn og følelser. Vi er alle født på samme måte, og vi skal alle dø. Vi ønsker alle et lykkelig liv, og vi har ikke lyst til å lide. Når jeg ser på dem jeg møter, på denne måten, og ikke understreker forskjellene som faktisk er der, for eksempel at jeg selv er tibetaner eller at jeg har annen hudfarge, religion og kulturell bakgrunn enn dem, gir jeg meg selv mulighet til å møte den andre som om det var meg selv. Når jeg forholder meg til en fremmed på denne måten, opplever jeg at det blir mye lettere for oss å kommunisere og å utveksle tanker.

Dalai Lama, 1998.

Oversatt av Ragnhild Magelssen i *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene.*

Sammendrag

Introduksjon

Mødredødelighet er et verdensomfattende problem som i størst grad rammer lav- og middelinntektsland. Sykepleieren ved en svangerskapsklinikk har en unik rolle i direkte møte med den gravide kvinnen, til å bidra i forebygging av mødredødelighet. Spørsmålet som skal besvares i det følgende er derfor "hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge mødredødelighet ved en svangerskapsklinikk i Kenya?"

Metode

I denne kvalitative studien har vi utført dybdeintervjuer av tre sykepleiere i Kenya, tilknyttet svangerskapsklinikk og fødestue. Resultatene fra intervjuene ble oversatt fra engelsk til norsk, og kategorisert i to hovedkategorier og ni underkategorier. Videre har intervjuresultatene blitt diskutert i lys av fag- og forskningslitteratur. På grunn av at vi forsker på tvers av flere kulturer har vi tatt særlig hensyn til kultursensitivitet, med et åpent og nysgjerrig sinn.

Resultat

I våre resultat fant vi at sykepleierens metoder for forebygging i stor grad muliggjøres av programmet Linda Mama, et offentlig finansiert program som tilbyr gravide kostnadsfri svangerskapsomsorg. Utfordringene vi fant som påvirker sykepleierens forebyggende arbeid knyttes til pasientens personlige økonomi, ressursmangler på klinikken, gravides manglende kunnskap om svangerskapsomsorg, tro og tradisjonell medisin, manglende støtte fra partner og stigmatisering av yngre gravide. Vi fant også enkelte tiltak innenfor sykepleierens handlingsrom, som kan bidra til å redusere utfordringene.

Konklusjon

Vår studie har frembragt fem kategorier hvor sykepleieren ved en svangerskapsklinikk i Kenya kan bidra til å forebygge mødredødelighet. Disse er tidlig identifisering av risikofaktorer, separering av yngre og eldre gravide, kultursensitiv kommunikasjon, fremming av gravides helsekompetanse og involvering av partner. Vi mener dette kan bidra til å forebygge mødredødelighet ved at flere gravide velger å oppsøke klinikken, samt at kvaliteten på tjenesten som gis, styrkes.

Abstract

Introduction

Maternal mortality is a worldwide problem that mostly affects low- and middle-income countries. The nurse at an antenatal clinic has a unique role in direct contact with the pregnant woman, to contribute to prevent maternal mortality. The question to be answered in the following is therefore "how can the nurse contribute to preventing maternal mortality at an antenatal clinic in Kenya?"

Method

In this qualitative study, we have conducted in-depth interviews with three nurses in Kenya, working at antenatal clinics and delivery rooms. The results from the interviews were translated from English to Norwegian, and categorized into two main categories and nine subcategories. Furthermore, the interview results have been discussed in the light of professional and research literature. Due to the cross-cultural context in which we have researched, we have paid particular attention to cultural sensitivity, with an open and curious mind.

Result

In our results, we found that the nurse's methods of prevention are largely facilitated by the Linda Mama programme, a publicly funded program that offers pregnant women free antenatal care. The challenges we found that affect the nurse's preventive work are linked to the patient's personal finances, lack of resources at the clinic, pregnant women's lack of knowledge about maternal health, beliefs and traditional medicine, lack of support from partners and stigmatization of younger pregnant women. We also found certain methods within the nurse's scope of practice, which can contribute to reducing the challenges.

Conclusion

Our study has identified five categories where nurses at an antenatal clinic in Kenya can contribute to preventing maternal mortality. These are early identification of risk factors, separation of younger and older pregnant women, culturally sensitive communication, promotion of pregnant women's health literacy and involvement of partners. We believe this can contribute to prevent maternal mortality by encouraging more pregnant women to seek the clinic's services, as well as enhancing the quality of the care provided.

Introduksjon

Gjennom 10 ukers praksisutveksling ved to offentlige sykehus i Kenya fikk vi erfare at det for en kenyansk kvinne ikke er en selvfølge å overleve svangerskap og fødsel. Vi fikk et innblikk i arbeidshverdagen til sykepleiere ved to svangerskapsklinikker, hvor vår interesse for temaet oppsto.

Mødredødelighet

Mødredødelighet defineres ifølge diagnosesystemet ICD-11 som *“Døden til en kvinne mens hun er gravid eller innen 42 dager etter avsluttet graviditet, dette uavhengig av varighet av eller sted for graviditet, fra enhver årsak relatert til eller forverret av graviditeten eller dens behandling, men ikke fra utilsiktede eller tilfeldige årsaker”* (1). Nesten 95% av all mødredødelighet forekommer i lav- eller middelinntektsland (2). Kenya er et lavere middelinntektsland, hvor mødredødeligheten var på 530 per 100.000 levendefødte i 2020 (3). Mødredødelighet representerer en trussel mot menneskerettighetene, da de fleste tilfeller kunne vært unngått (4). En reduksjon av antall tilfeller mødredødelighet globalt inngår som et av FNs bærekraftsmål (5). Dersom målet skal nås innen 2030 må tilgangen til kvalitetssikker svangerskaps- og fødselsomsorg forbedres i områder hvor ressursmangel er størst (2).

Vi vil begrense denne studien til å kun omhandle svangerskap, ikke tiden under og etter fødsel. I Kenya ligger ansvar for oppfølging av gravide og fødende hos sykepleiere. I en norsk kontekst vil elementer i vår studie være gjenkjennbare som myndighet ilagt en jordmor(6). Likevel vurderte vi problemstillingen som relevant fordi sykepleieren i Kenya skal forstås på sine egne premisser, med de normene og levemåtene som er aktuelle for henne (7).

Sykdomsforebygging

Sykdomsforebygging er ifølge John Gunnar Mæland enten å 1) forhindre eller utsette sykdom hos friske mennesker, 2) hindre at sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre, eller 3) minske følgene sykdommen får for funksjon og livskvalitet. Helsefremming er komplementært til sykdomsforebygging i det helseforebyggende arbeidet(8), men på grunn av oppgavens ordbegrensning, avgrensers vi omfanget i studien til sykdomsforebygging. Som et resultat av dette vil studien ta utgangspunkt i hvordan sykepleieren kan forebygge komplikasjoner og sykdom, fremfor hvilke faktorer som kan styrke ressursene for god helse (8).

Svangerskapsklinikken

Svangerskapsomsorgen i Kenya er tilknyttet egne svangerskapsklinikker, hvor gravide følges opp av kvalifisert helsepersonell. Sykepleierens forebyggende arbeid ved klinikkene består eksempelvis av måling av blodprosent og blodtrykk, vaksinerings, antiviral behandling som forhindrer mor-barn-smitte av HIV, og fysiske undersøkelser (9). Den grunnleggende oppfølgingen av gravide er kostnadsfritt gjennom det offentlig finansierte programmet Linda Mama. Hensikten med programmet er å redusere mødre- og barnedødelighet gjennom å gi målgruppen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Programmet ble innført av kenyanske myndigheter i 2013 (10). I vår studie vil vi belyse om lik tilgang til helsetjenestene kan ha påvirket sykepleierens forebyggende arbeid gjennom å gjøre det kostnadsfritt og således øke målgruppens tilstedeværelse. Vi vil ikke inkludere hvorvidt kvaliteten på svangerskapsomsorgen er forbedret etter innføring av programmet.

Teoretisk grunnlag for forskningsområde

En systematisk studie fra 2021 finner at de ledende årsakene til mødredødelighet i Øst-Afrika er henholdsvis obstetrisk blødning og hypertensive tilstander (11). Det vil være relevant å belyse disse årsakene når vi skal diskutere hvordan tidlig identifisering av risikofaktorer kan bidra til å forebygge mødredødelighet. I en kvalitativ studie fra Uganda og en systematisk studie fra Øst-Afrika finner vi at barrierer som kan hindre gravides tilstedeværelse ved svangerskapsklinikken er blant annet gravides tidligere erfaringer, sosiokulturelle og økonomiske faktorer, samt avstand til klinikken. Nevnte studier understreker viktigheten av at barrierene identifiseres, og at det videre legges til rette for at de elimineres eller reduseres (12,13). Barrierene hindrer de gravides tilstedeværelse ved klinikkene og utfordrer dermed sykepleierens mulighet for forebygging av mødredødelighet.

I vår studie har vi latt oss inspirere av Magelssens omtale av kultursensitiv kommunikasjon, den modige holdningen hvor man ser likhetene i forskjellene (14). Vi vil først og fremst benytte dette fra vårt eget perspektiv som forskere i en krysskulturell kontekst (14,15). Videre er Kenya et land med et stort etnisk mangfold og en levende kultur (16). Derfor vil vi i oppgaven diskutere hvorfor kultursensitiv kommunikasjon også kan være relevant for sykepleieren i Kenya sitt møte med gravide.

Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å studere hvordan en sykepleier kan, innenfor det handlingsrommet hun har, bidra til at kvinnene i Kenya kan oppleve større trygghet knyttet til svangerskap. Spørsmålet som skal besvares i det følgende er derfor "hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge mødredødelighet ved en svangerskapsklinikk i Kenya?"

Denne studien kan bidra til å styrke norske sykepleiere sin kulturelle kompetanse, blant annet ved å gi et innblikk i hvordan ulike oppfatninger om helse og sykdom kan påvirke menneskers atferd (17). I tillegg belyser den viktigheten av kultursensitiv kommunikasjon i det mellommenneskelige møtet som daglig finner sted i det mangfoldige samfunnet vi lever i. Videre kan studien bidra til å spre kunnskap om et problem som i størst grad rammer lav- og middelinntektsland, men som påvirker hele verden. Bekjempelse av mødredødelighet og oppnåelse av FNs bærekraftsmål vil kreve både ressurser, kunnskap og velvillighet fra verdens mer velstående land (18).

Metode

Valg av metode

Kvalitativ forskningsmetode kan benyttes for å undersøke levende kunnskap, som menneskelige erfaringer og betydning av hendelser og atferd (19). Vi mener denne beskrivelsen var treffende for den dypere forståelsen vi ville tilegne oss om sykepleiernes forebygging av mødredødelighet i Kenya. Derfor ble kvalitativ metode vurdert som mest hensiktsmessig.

Utvalg

Tre sykepleiere ble intervjuet i forbindelse med studien, hvorav en er ansatt på fødestue, og to er ansatt på hver sin svangerskapsklinikk. Dette for å kartlegge perspektivet på det forebyggende arbeidet fra begge de aktuelle sykehusavdelingene som den gravide møter. Utvalget av intervjupersoner var basert på vår oppfatning av hvilken sykepleier som hadde en sentral rolle på avdelingen, og på grunn av få ansatte var ytterligere inklusjonskriterier ikke mulig. Likevel hadde sykepleierne to til fire års erfaring fra avdelingen, og minimum 8 år som sykepleier.

Datainnsamling

I studien har vi benyttet intervjuguide med semistrukturert form (vedlegg 1). Denne ga oss rammer for temaer vi ønsket svar på i dybdeintervjuene, men samtidig fleksibilitet til å gjøre justeringer underveis (19). Intervjuene ble gjennomført individuelt og varte i 30-40 minutter, hvor en av oss intervjuet og den andre tok notater. I studien har vi benyttet ustrukturerte observasjoner for utvikling av problemstilling og bedre forståelse av konteksten vi har forsket i. Vi har ikke inkludert ytterligere observasjoner i studien.

Analyse av data

Analysen av intervjumaterialet ble gjennomført i tråd med Malteruds metode for analyse av kvalitative data (19). I etterkant av hvert intervju ble materialet renskrevet for å sikre en gyldig gjengivelse av dybdeintervjuet. Det ble samtidig oversatt fra engelsk til norsk. Materialet ble lest gjennom flere ganger for å sikre en helhetlig forståelse. Deretter ble materialet fra intervjuene samlet i et felles dokument, og strukturert etter de kategoriene vi betraktet som hovedresultat fra intervjuet og som hadde relevans for problemstillingen. Det resulterte i 2 hovedkategorier, med 9 underkategorier. Kategoriene fremstilles i *tabell 1*.

Etiske vurderinger

Intervjupersonene hadde i forkant av dybdeintervjuet gitt et informert samtykke (vedlegg 3). De ble informert om prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til. Videre ble de informert om anonymiseringen av dem som person og deres arbeidsplass, samt retten til å til enhver tid trekke seg fra intervjuet eller studien. Intervjupersonene blir på grunn av anonymisering referert til som intervjuperson A, B og C. Kultursensitivitet er å være bevisst og ta hensyn til hvordan egne og andres kulturelle normer og verdier påvirker forståelse og samhandling (7). Dette har vi tatt særlig hensyn til på grunn av den krysskulturelle konteksten vi har forsket i. Vi har hatt et åpent sinn, med intensjon om å søke etter å forstå de menneskene vi har møtt, deres verdier, holdninger og livsverden.

Resultat

Tabell 1 - Fremstilling av hovedkategorier med underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
Sykepleierens metoder for forebygging av mødredødelighet	<ul style="list-style-type: none">- Tidlig identifisering av risikofaktorer og komplikasjoner- Sykepleierens pedagogiske funksjon- Rutinemessig oppfølging under svangerskapet
Sykepleierens utfordringer i forebygging av mødredødelighet, og tiltak for å redusere de	<ul style="list-style-type: none">- Pasienten må kunne påregne kostnader til tross for at Linda Mama-programmet er kostnadsfritt- Ressursmangler på klinikken- Gravide kan ha manglende kunnskap om egen svangerskapsomsorg- Misforhold i tilnærmingen til tro og tradisjonell medisin- Manglende støtte og forståelse fra partner- Stigmatisering av yngre gravide

Hovedkategori 1: Sykepleierens metoder for forebygging av mødredødelighet

Tidlig identifisering av risikofaktorer og komplikasjoner

Intervjupersonene er enstemmig og tydelig på viktigheten av tidlig identifisering av risikofaktorer, hvor anemi og hypertensjon er blant de vanligste. Risikofaktorer kan de ofte behandle, noe som forebygger komplikasjoner, og i ytterste konsekvens mødredødelighet. Intervjupersonene understreker at Linda Mama-programmet har bidratt til at flere oppsøker klinikken under svangerskap. Intervjuperson B:

Nå har også fattige mulighet til å komme hit tidlig nok, før de oppdager sykdom, og tilstanden forverres. Før programmet ble innført var disse stolene på venterommet tomme.

Sykepleierens pedagogiske funksjon

Gjennom undervisning på klinikken benytter sykepleieren sin informerende og veiledende rolle. Intervjupersonene forteller om ulike fremgangsmåter i undervisningen. På sykehuset i landsbyen tilstreber de å gjennomføre én felles undervisning på morgenen, mens de gravide sitter på venterommet. På sykehuset i storbyen gjennomføres undervisning gruppevis gjennom dagen. Intervjupersonene opplyser om at disse tiltakene har bidratt til å redusere ventetiden ved begge klinikkene. Intervjuperson B gir eksempler på hva undervisningen kan inneholde:

Vi underviser om faresignaler, prevensjon og mat under svangerskap som er tilgjengelig med tanke på bosted og økonomi.

Intervjuperson A vektlegger relasjonsbygging når hun understreker hva hun mener er viktigst i kommunikasjon med den gravide:

Holdninger i møte med den gravide har alt å si. Dersom de opplever å ha blitt møtt på en hyggelig måte, vil de komme tilbake.

Rutinemessig oppfølging under svangerskapet

Intervjupersonene vektlegger viktigheten av rutinemessig oppfølging under svangerskapet av kvalifisert helsepersonell. Intervjuperson C:

Det viktigste tiltaket for å forebygge mødredødelighet er å få gravide til å forstå hensikten med å komme til klinikken 8 ganger, slik myndighetene anbefaler.

Hovedkategori 2: Sykepleierens utfordringer i forebygging av mødredødelighet, og tiltak for å redusere de

Pasienten må kunne påregne kostnader til tross for at Linda Mama-programmet er kostnadsfritt

Til tross for at programmet er kostnadsfritt, opplyser intervjuperson B om at transport til og fra klinikken og finansiering av medisiner er et problem for mange. Hun forteller at det kun er første ultralyd- og laboratorieundersøkelse som er kostnadsfri, resten må betales av pasienten selv. Hun understreker at dette kan være problematisk da pasienter på offentlige sykehus ofte har lav sosioøkonomisk status, og utdyper:

På grunn av kostnadene kommer ikke alltid pasienter med anemi eller jernmangel tilbake for kontroll av hemoglobin-nivået i blodet, og dermed får ikke vi som sykepleiere mulighet til å følge opp.

Ressursmangler på klinikken

I dybeintervjuene kom det frem ulike syn på klinikkens ressurser. Intervjuperson B jobber på sykehuset i landsbyen, og understreker at hun har for lang venteliste og for lite tid til hver pasient. Hun utdyper:

Det er for mye jobb for én person, som resulterer i fatigue for de ansatte. På slutten av dagen er jeg så sliten at målet er å bare bli ferdig med pasientlista, dette på bekostning av kvaliteten på tilbudet som gis.

Intervjuperson A jobber på sykehuset i storbyen, og når hun får spørsmål om klinikkens ressurser, svarer hun:

Det hadde vært fint med en hånd eller to ekstra, men vi håndterer det så godt vi kan med det vi har.

Gravide kan ha manglende kunnskap om egen svangerskapsomsorg

Intervjupersonene opplever at gravide kan ha manglende kunnskap om egen svangerskapsomsorg. Noen gravide ser ikke hensikten med å delta i programmet, andre

ser ikke hensikten med videre oppfølging dersom alt ser bra ut ved første besøk. Intervjuperson A understreker at slike misoppfatninger kan ha alvorlige konsekvenser, og eksemplifiserer med et tilfelle som skjedde noen måneder tilbake:

En gravid kvinne med symptomer på eklampsi kom sammen med sin ektemann. De ønsket ikke å innlegges her, men på et privat sykehus. Vi tilbød de transport, men de ønsket å kjøre selv. Det viste seg at de aldri dro dit, men hjem i stedet. De skjønnte ikke alvorret i situasjonen den gangen. De kom tilbake hit fire dager senere, men da var det for sent. Barnet overlevde, men mor døde.

Misforhold i tilnærmingen til tro og tradisjonell medisin

Alle tre intervjupersonene understreker at pasientens forhold til tradisjonell medisin og tro kan oppleves som utfordrende. Enkelte gravide foretrekker tradisjonelle metoder for behandling fremfor medisinsk behandling. Intervjuperson C:

Vi ser at flere av de kvinnene som dør er sterkt knyttet til troen sin. De tror på urter og kirken. De forsøker å behandle tilstanden selv før de kommer til sykehuset, som er en utfordring for oss sykepleiere da vi ikke vet hva de har inntatt.

Manglende støtte og forståelse fra partner

Intervjupersonene understreker at manglende støtte og forståelse fra partner kan hindre kvinnen i å delta i programmet. Intervjuperson A ser et positivt utfall av både svangerskapsoppfølging og fødsel dersom partneren er involvert, og viser til tiltak for å involvere partner:

Vi spør kvinnen om hvilket transportmiddel hun planlegger å benytte til klinikken, om noen skal følge henne, og hvem som passer barna hjemme. Dette gjelder neste timeavtale, ved fødsel, eller når pasienten bør innlegges på grunn av komplikasjoner.

Intervjuperson A understreker at det hender de gravide ikke vil la seg innlegge, da de ikke har noen i hjemmet til å ta vare på resten av barna. Videre viser hun til tiltaket for å redusere denne utfordringer:

I slike tilfeller følger jeg selv kvinnen til observasjonsposten, for å være sikker på at hun ikke reiser hjem, men innlegges.

Stigmatisering av yngre gravide

Intervjuperson A og B forteller at yngre gravide kan unnlate å komme til klinikken på grunn av frykt for stigmatisering fra eldre gravide. Intervjuperson A forteller at de pleier å samle de unge gravide i egne grupper. Hun utdyper:

Deltakelse for de yngre er morsommere i grupper med andre unge gravide. De trenger å se andre unge i samme situasjon, og det gir dem motivasjon til å komme tilbake.

Diskusjon

I resultat av dybdeintervjuene fant vi at sykepleierens metoder for forebygging i stor grad muliggjøres av Linda Mama-programmet. Utfordringene vi fant som påvirker sykepleierens forebyggende arbeid knyttes til økonomi, ressurser, kunnskap, tro og samfunnsnormer. I utarbeidelsen av resultat fra intervju, fag- og forskningslitteratur har vi kommet frem til fem kategorier, hvor vi mener sykepleieren kan bidra til å forebygge mødredødelighet ved en svangerskapsklinikk i Kenya. Disse vil fungere som struktur i diskusjonskapitlet.

Sykepleieren kan bidra til tidlig identifisering av risikofaktorer

Resultatene indikerer at innføring av Linda Mama-programmet reduserte gravidens økonomiske barrierer, slik at sykepleieren kan identifisere risikofaktorer hos enda flere, også de fattigere. I Øst-Afrika er obstetrisk blødning den ledende årsaken til mødredødelighet, og postpartum-blødning er den hyppigst representerte blødningstypen innenfor denne kategorien (11). På en studie utført ved en svangerskapsklinikk i et distrikt sør i Kenya finner man at over en tredel av gravide får påvist anemi, hvorav jernmangelanemi er den hyppigste etiologien. Der ser man en tydelig sammenheng mellom å påbegynne Linda Mama-programmet sent i svangerskapet og forekomst av anemi (20,21). Anemi under svangerskap gir risiko for raskere dekompenisering, som fører til redusert sannsynlighet for overlevelse ved blødning under eller etter fødsel. I tillegg er anemi i seg selv en risikofaktor for at blødning oppstår (22). Intervjupersonene understreket at de kan avdekke anemi tidlig i svangerskapet når den gravide kommer til rutinekontroll gjennom Linda Mama-programmet, og dermed råde pasienten til å ta jerntilskudd. Eksempelet gir oss et innblikk i hvordan tidlig identifisering og behandling av risikofaktorer kan bidra til å forebygge komplikasjoner, og i ytterste konsekvens mødredødelighet. At en slik oppfølging er kostnadsfri gjennom Linda Mama-programmet, bidrar til likeverdige helsetjenester for kvinner med ulik sosioøkonomisk status. Likevel opplyser intervjupersonene om at transport, medisiner og kostnader fra og med andre laboratorietest fortsatt er et problem for mange, som forhindrer tilstedeværelse.

FNs målinger viser en betydelig nedgang i mødredødelighet etter FNs tusenårssmål, men i 2013, på samme tid som Linda Mama ble innført, stagnerte nedgangen (3). Slik statistikk må sees i sammenheng med andre forhold enn det Linda Mama-programmet og sykepleieren har direkte påvirkning på. Likevel kan vi med utgangspunkt i intervjupersonens utsagn og annen forskningslitteratur (10) konkludere med at Linda Mama-programmet legger til rette for at flere gravide kan benytte seg av klinikk-tilbudet, og at sykepleieren således får mulighet til å forebygge mødredødelighet hos enda flere.

Sykepleieren kan separere yngre og eldre gravide

Yngre gravide frykter å oppsøke klinikkene på grunn av skam og stigmatisering. Noen oppfatter seg selv som for unge til å være gravide, og frykter derfor hva andre tenker om dem (12). Dette er i tråd med resultater fra dybdeintervjuene. Det er av betydning at sykepleiere er kjent med de ulike barrierene kvinnene opplever, slik at de kan tilpasse tilbudet (12). Resultat fra vår studie viser at sykepleierne har tatt stilling til den aktuelle barrieren, og separerer yngre og eldre gravide ved klinikken. I tillegg vil tiltaket ha effekt på eldre gravide som frykter stigmatisering fra yngre (12). Tiltaket muliggjør forebygging av mødredødelighet for gravide i alle aldre. Imidlertid er det kun effektivt

dersom den gravide er kjent med tiltaket, og videre reduseres ikke frykten for å bli stigmatisert av sykepleieren ved klinikken.

Sykepleieren kan benytte kultursensitiv kommunikasjon

Intervjupersonene opplever utfordringer knyttet til gravidens forhold til tro og tradisjonell medisin. Sykepleieren på fødestuen opplyser om at hun ser sammenheng mellom slike forhold og økt risiko for mødredødelighet. Det foreligger imidlertid kun erfaringsbasert kunnskap bak utsagnet. Det er også av betydning å påpeke at utsagnet ikke sier noe om hvilket forhold kvinner som ikke dør under svangerskap eller fødsel har til tro og tradisjonell medisin. Årsaksforhold kan være komplekse og kausaliteten er ikke alltid tydelig forankret i et bestemt fenomen (23). Skal man rette et kritisk blikk mot resultatene i vår studie vil det være naturlig å rette fokus mot forskningslitteraturen på området. En studie fra 2021 analyserer forhold mellom bruk av tradisjonell medisin og komplikasjoner under svangerskap og fødsel for kvinner i Zimbabwe. Studien fant sammenheng mellom bruk av tradisjonell medisin og *mindre* risiko for komplikasjoner under svangerskap og fødsel (24).

Utsagnet til intervjupersonen kan være et eksempel på ulike sosiokulturelle praksiser som skaper avstand mellom sykepleiere og gravide. Tradisjonell medisin er en del av det kulturelle systemet som påvirker hvilket valg mennesker tar for å bli frisk (25). Kenya er et land med ulike kulturer, noe som resulterer i ulik sosiokulturell praksis blant befolkningen. Dette bør sykepleieren ta forbehold om i møte med gravide. God relasjon til sykepleieren er en avgjørende faktor for at gravide skal velge å oppsøke klinikken (12,26), noe som også ble vektlagt av en intervjuperson. Manglende aksept overfor sosiokulturelle forhold fra kvalifisert helsepersonell gjør at gravide heller foretrekker å konsulteres av tradisjonelle fødekvinne (12). I forlengelse av dette kan man argumentere for at sykepleieren bør ha en kultursensitiv kommunikasjon i møte med den gravide. Kultursensitiv kommunikasjon er, som det ble omtalt i oppgavens introduksjon, noe som kan skape nærhet i relasjonen. Det kan bidra til at gravide opplever større grad av aksept, og således fremme tilstedeværelse ved klinikken. Ragnhild Magelssen tematiserer i sin bok *kultursensitivitet* at det kan foreligge ulikheter mellom mennesker, som ideologi, verdier, sosialisering, kunnskap og makt. Til tross for alle ulikhetene som eksisterer i møtet mellom to mennesker, eksisterer det også likheter i form av det å være et menneske. Om man søker etter likheter fremfor forskjeller, vil det bli lettere å kommunisere med hverandre (14). En slik tilnærming kan være et tiltak som reduserer den gravidens opplevelse av manglende aksept, men da ligger det et profesjonelt ansvar hos sykepleieren. Sykepleieren må være bevisst sine holdninger, og videre legge stereotypier og fordommer til side (14,17). Først da vil sykepleieren ha mulighet til å forebygge mødredødelighet for kvinner fra alle kulturer.

Sykepleieren kan fremme den gravidens helsekompetanse

Helsedirektoratet omtaler helsekompetanse som "en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse" (27). Noen gravide vurderer risikoen ved graviditet som lav, og forbinder helsehjelp med medisinsk behandling, fremfor forebygging (12,26). Med andre ord, lav opplevd nytteverdi av svangerskapsomsorg, som samsvarer med resultater fra vår studie. Sykepleieren har mulighet til å styrke den gravidens helsekompetanse når de samhandler, ved å formidle hensikten med å komme tilbake til klinikken selv om hemoglobinnivået var innenfor referanseområdet denne gangen, selv om transport kan være dyrt og selv om noen andre må passe barna i mellomtiden. Dette kan bidra til å nå

verdens helseorganisasjons mål om åtte svangerskapskontroller(2), et mål som også vektlegges i dybdeintervjuene. Gjennom å styrke pasientens helsekompetanse kan gravide treffe informerte valg vedrørende tilstedeværelse på klinikken. Det vil kunne øke den gravides tilstedeværelse og dermed sykepleierens mulighet til å forebygge mødredødelighet.

En av intervjupersonene trekker frem lange ventelister og få ansatte som en utfordring i pasientoppfølgingen. Hun erkjenner at det medfører fatigue og går på bekostning av kvaliteten på tilbudet som gis. Mangel på ressurser gjør at mer tid til hver pasient er lite sannsynlig, og gruppevis undervisning kan derfor være et godt alternativ for å styrke pasientenes svangerskapsomsorg og helsekompetanse. Derimot er det en utfordring at det i landsbyen kun undervises på morgenen, da flere kvinner ikke rekker seg til klinikken før sent på dagen på grunn av ansvar i hjemmet (12). I neste avsnitt skal vi se nærmere på flere forhold ved kjønnsrollene i samfunnet som påvirker sykepleierens mulighet til forebygging.

Sykepleieren kan bidra til at den gravides partner involveres

Forskning viser sammenheng mellom lav- og middelinntektsland og sosiokulturelle normer som reduserer eller påvirker kvinners autonomi i beslutningen om å oppsøke helsehjelp (12,13). Kvinnen har plikter i hjemmet som vanskeliggjør besøk til klinikken. En intervjuperson fortalte at dersom hun mistenker at kvinnen kom til å reise hjem i stedet for å innlegges, brukte sykepleieren personlig å følge henne til observasjonspost. Slike tiltak er basert på den enkelte sykepleiers engasjement, men fører til lite varig endring. På den ene siden sørger tiltaket for at gravide legges inn, men på den annen side får en ikke bukt med årsaken til utfordringen.

Forskning viser at mennenes engasjement i mødrehelse øker helsesøkende atferd hos kvinner, og bidrar til felles beslutningstaking (12,13). Våre resultater viser at sykepleierne forsøker å involvere partner gjennom planlegging av videre svangerskapsoppfølging. I tillegg viser forskning at deltakelse kan styrkes ved å opplyse partner om hensikten med svangerskapsoppfølging, og hvordan det kan styrke både den gravide og fosterets sikkerhet (13,26). På denne måten kan sykepleieren skape holdningsendringer med mer engasjement og deltakelse fra partner (12). Det kan derimot reises innvendinger mot partnerens deltakelse, basert på resultat som viser at kvinner som ledsages av menn kan rykke frem i køen, noe som svekker kvinner uten partner sin tilgang på helsetjenester (13). Involvering av partner må ikke gå på bekostning av likeverdig helsehjelp blant gravide eller den gravide sin autonomi (12,13). Dette bør sykepleieren ta forbehold om, og være bevisst i samhandling med pasient og partner.

Går vi dypere i forståelsen av et slikt fenomen, er det blant annet samfunnets kjønnsroller som vanskeliggjør kvinnens mulighet til adekvat helsehjelp. En slik utfordring har komplekse sammenhenger, og er forankret i samfunnets sosiokulturelle normer. En potensiell endring i holdninger og atferd i et samfunn skjer gjennom kunnskap, hvor det ikke bare er enkeltmenneskets helse som påvirkes, men også politikk og samfunnsnormer (8). Noen andre må passe barna mens mor er på svangerskapskontroll, og mannen skal gjerne slå følge. Dette utfordrer kjønnsrollene og samfunnets normer. Slike utfordringer er vektlagt i intervjupersonenes svar, men må sees i sammenheng med flere faktorer enn det sykepleieren rår over. Sykepleierne ved svangerskapsklinikken utøver sin sykdomsforebyggende funksjon i møte med

enkeltindividet, og det er ved at tilstrekkelig mange enkeltindivider påvirkes, at gruppen endres (8). Derfor starter slik påvirkning hos den enkelte gravide og hennes partner.

Studiens styrker og svakheter

Datainnsamling

Intervjumaterialet ble oversatt fra engelsk til norsk. I denne transkripsjonen risikerer man at viktig innhold går tapt, hvilket kan være en svakhet i studien (19). Derimot var vi to i oversettelsen, og behandlet datamaterialet fortløpende etter hvert intervju, noe som bidro til å bevare viktig innhold mens kunnskapen fortsatt var fersk. Det tas forbehold om at oppgavens innhold og konklusjon kunne gitt andre svar dersom studien var utført av andre forskere, eller det hadde blitt benyttet en annen metode eller andre eller flere informanter.

Å forske i en krysskulturell kontekst

God kulturkompetanse krever lang tid og erfaring (15). Vi erkjenner derfor at studien er utført i et samfunn hvor vi ikke har de reelle forutsetningene til å forstå alle normer og verdier, og at dette kan være en svakhet i studien. I verste fall kan mangel på kunnskap og erfaring sette datamateriale fra intervjuene i fare, og true validiteten i studien (15). På den annen side har ti uker praksisutveksling til en viss grad styrket vår innsikt i kulturen vi har forsket innenfor. Gjennom vår oppriktige søken etter å forstå de verdiene, normene og levemåtene hos de lokale vi har møtt i Kenya, har vi vært bevisste våre egne holdninger og verdier i møtet med de ulike kulturene i landet. Vi valgte å ikke inkludere ytterligere observasjoner i studien, hvilket kan argumenteres for å være en svakhet. Vår evne til oppmerksomhet, våre forkunnskaper, og vår personlige og sosiale bakgrunn påvirker hvordan vi tolker og analyserer våre observasjoner (28). Dermed så vi ikke oss selv i posisjon til å foreta og inkludere observasjoner som er gjort i en krysskulturell kontekst.

Tillit i forskningsprosessen

Når man forsker i en krysskulturell kontekst er det avgjørende å etablere et tillitsfullt forhold mellom forsker og intervjuperson for å sikre pålitelig datamateriale (15). Vi valgte dybdeintervju som metode, hvor to av intervjupersonene var sykepleiere vi hadde fulgt i praksis, og etablert et tillitsfullt forhold til, noe vi anser som en styrke i vår studie. Det siste intervjuet var med en sykepleier vi ikke hadde direkte relasjon til. Dette kan være en svakhet i studien, da manglende tillit fra intervjupersonen kan gjøre at hun holder tilbake informasjon hun tror er ufordelaktig (19). Derimot forsikret vi oss om at sykepleieren hadde forstått at vår hensikt var å lære, ikke dømme, og kultursensitiv kommunikasjon var derfor avgjørende i vårt møte med henne.

Konklusjon

For å finne svar på problemstillingen, "hvordan kan sykepleieren bidra til å forebygge mødredødelighet ved en svangerskapsklinikk i Kenya", har vi sett på sykepleierens metoder for forebygging, utfordringer sykepleieren møter og hvordan disse kan reduseres. Vår studie har frembragt fem kategorier hvor sykepleiere ved en svangerskapsklinikk i Kenya kan bidra til å forebygge mødredødelighet. Disse er tidlig identifisering av risikofaktorer, separering av yngre og eldre gravide, kultursensitiv kommunikasjon, fremming av gravidens helsekompetanse og involvering av partner. Vi mener dette kan bidra til å forebygge mødredødelighet ved at flere gravide velger å oppsøke klinikken, samt styrke kvaliteten på tjenesten som gis.

Mæland understreker at det er gjennom å påvirke tilstrekkelig mange enkeltmennesker at gruppen kan endres. Sykepleierens forebyggende arbeid skjer i direkte samhandling med den enkelte gravide, og derfor spiller sykepleieren en sentral rolle i det verdensomfattende problemet, mødredødelighet. Vår studie viser at utfordringer i sykepleierens forebyggende arbeid som er kulturelt betinget, har komplekse sammenhenger, og kan argumenteres for å være utenfor sykepleierens handlingsrom. Likevel har sykepleieren en unik mulighet til å påvirke og skape endring i samhandlingen med pasienten, sett i lys av at endring må starte hos enkeltmennesket. Dette mener vi er mulig gjennom de fem nevnte kategoriene.

Det kan i fremtidige studier være relevant å undersøke samme problemstilling på andre svangerskapsklinikker for å avkrefte eller styrke vår konklusjon. I tillegg kan det være aktuelt å undersøke ytterligere hvordan helsepersonell kan legge til rette for å imøtekomme de barrierene som forhindrer gravide fra adekvat svangerskapsoppfølging. I våre søk etter forskningslitteratur fikk vi inntrykk av at barrierene var godt kartlagt, men at tiltak for å redusere disse ikke er like godt tematisert.

For å oppnå FNs bærekraftsmål innen 2030 kreves et felles globalt ansvar, og som enkeltmennesker kan vi bidra gjennom å spre kunnskap og engasjement. Potensielt kan denne oppgaven bidra til å skape bevissthet rundt et problem som er en trussel mot menneskerettighetene, som svekker muligheten til likestilling og som hindrer bærekraftig utvikling.

Referanser

1. Verdens helseorganisasjon. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internett]. Verdens helseorganisasjon; 2023 [hentet 14. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
2. Verdens helseorganisasjon. Maternal Mortality [Internett]. Verdens helseorganisasjon; 2023 [hentet 14. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. WHO, Unicef, WBG, UNDESA, UNFPA. Trends in maternal mortality 2000 to 2020 [Internett]. Geneva: World Health Organization; 2023 [hentet 17. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
4. Solnes Miltenburg A, Lambermon F, Hamelink C, Meguid T. Maternity care and Human Rights: what do women think? BMC Int Health Hum Rights. 2. juli 2016;16(1):17.
5. FN-sambandet. God helse og livskvalitet. [Internett]. FN-sambandet; 2016 [hentet 23. april 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
6. Ministry of Medical Services, Ministry of Public Health and Sanitation. National Guidelines for Quality Obstetrics and Perinatal Care [Internett]. Ministry of Public Health and Sanitation; 2011 [hentet 25. mai 2023]. Tilgjengelig fra: http://guidelines.health.go.ke:8000/media/National_Guidelines_for_Quality_Obstetrics_and_Perinatal_Care.pdf
7. Nordhus, Gerd EM. Kultursensitiv kommunikasjon. I: Molnes SI, redaktør. Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
8. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
9. Unicef. Antenatal care [Internett]. Unicef; 2022 [hentet 16. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
10. Ministry of Health. Linda Mama - Implementation Manual for Programme Managers [Internett]. Ministry of Health; 2016 [hentet 23. mai 2023]. Tilgjengelig fra: http://guidelines.health.go.ke:8000/media/Implementation_Manual_for_Programme_Managers_-_December_2016.pdf
11. Musarandega R, Nyakura M, Machekano R, Pattinson R, Munjanja SP. Causes of maternal mortality in Sub-Saharan Africa: A systematic review of studies published from 2015 to 2020. J Glob Health. 9. oktober 2021;11:04048.
12. Uldbjerg CS, Schramm S, Kaducu FO, Ovuga E, Sodemann M. Perceived barriers to utilization of antenatal care services in northern Uganda: A qualitative study. Sex Reprod Healthc. mars 2020;23:100464.

13. Steele V, Patterson K, Berrang-Ford L, King N, Kulkarni M, Lwasa S, mfl. Antenatal Care Research in East Africa During the Millennium Development Goals Initiative: A Scoping Review. *Matern Child Health J.* mars 2022;26(3):469–80.
14. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Akribe; 2008.
15. Liamputtong P. Doing cross-cultural research: ethical and methodological perspectives. Dordrecht: Springer; 2008.
16. BBC. Kenya country profile. [Internett]. BBC; 2023 [hentet 2. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.bbc.com/news/world-africa-13681341>
17. Kolossa B, Saren J, Alpers LM. Sykepleien. Sykepleiere må ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. [Internett] Sykepleien; 2021 [hentet 15. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/fag/2021/11/sykepleiere-ma-ha-kulturell-kompetanse-i-mote-med-pasienter-med-etnisk>
18. United Nations. The Sustainable Development Agenda. [Internett] United Nations; 2018 [hentet 05. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda-retired/page/2/>
19. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
20. Jacobsen, EM, Jacobsen, AF, Sun C, Smith C, Skagseth R. Anemi og graviditet [Internett]. Oslo: Den norske legeforening; 2020 [hentet 15. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/anemi/>
21. Nduhiu-Githinji CW. Prevalence of anemia among pregnant women attending antenatal clinic at Mbagathi District Hospital [Master of Medicine]. Nairobi: University of Nairobi; 2013. Tilgjengelig fra: http://erepository.uonbi.ac.ke/bitstream/handle/11295/61318/Nduhiu-Githinji_Prevalence;jsessionid=4B9F86490D3393D413525639BC9E4816?sequence=3
22. Nyfløt LT, Aase TA, Jacobsen AF, Pettersen S, Sanda B, Baghestan E. Postpartum blødning (PPB) [Internett]. Oslo: Den norske legeforening; 2020 [hentet 15. mai 2023] Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/postpartum-blodning/?fbclid=IwAR1HoUSzMzqAVa1AQZjA-HcgrMRgEQxzuE7tn3LF53EWYP3SBBcN1xirDqo>
23. Dahlum S, Grønmo S. Kausalitet [Internett]. Store Norske Leksikon; 2021 [hentet 19. mai 2023] Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kausalitet>
24. Mudonhi N, Nunu WN. Traditional medicine utilisation and maternal complications during antenatal care among women in Bulilima, Plumtree, Zimbabwe. *Matern Health*

Neonatal Perinatol. desember 2021;7(1):9.

25. Hillestad AH, Sørensen AL. Bare reis! håndbok for helsefagstudenter i internasjonal praksis. Oslo: Cappelen akademisk; 2007.
26. Wilunda C, Scanagatta C, Putoto G, Montalbetti F, Segafredo G, Takahashi R, mfl. Barriers to utilisation of antenatal care services in South Sudan: a qualitative study in Rumbek North County. *Reprod Health*. desember 2017;14(1):65.
27. Helsedirektoratet. Helsekompetanse - kunnskap og tiltak [Internett]. Helsedirektoratet; 2021 [hentet 13. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse#referere>
28. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2020.

Intervjuguide (Vedlegg 1)

General introduction

First, we want to thank you for agreeing to the interview. As mentioned earlier, we are writing a project about antenatal care and preventing maternal mortality in Kenya, therefore your experiences and knowledge is valuable to us. Our theme for the project is "How can a nurse at an antenatal clinic contribute to prevent maternal mortality in Kenya?". We want to tell you that we are not here to assess or judge, we are here to understand and to learn. We will not record the interview. One will ask the questions, and the other one will take notes. Before we start, do you have any questions?

- What is your education?
- How long have you worked at the clinic?
- What motivates you to do this job?

Antenatal Care Clinic

Patients

- What type of patients do you have here at the clinic? (Age, life situation, personal economy, etc.)
- The women who visit the clinic, approximately how many times are they here for during pregnancy?
- What are the common risk factors or complications that you can uncover?
- When the women visit the clinic, how is the partner involved?
- Are the patients obligated to come here when they get pregnant?

Drop out

- Do you ever experience that women drop out of the program?
- What do you think is the reason for drop out of the program?
- Is there anything that you could do to prevent the women to drop out of the program?

Her job

- What is, in your opinion, the most important initiative to prevent maternal mortality?
- Can you tell us about how you work with the pregnant women that come to the clinic?
- Can you tell us about the information that you give to the pregnant women that come here?
- How do you consider the importance of your job to prevent maternal mortality?
- How do you consider the resources in this clinic? Regarding staff, competence, opening hours, etc.

- Are there some follow ups on the women that you wish you could do, or that you find necessary, but don't have the resources to?
- How does the patient's economy effect their possibility to be a part of the program?
- Can you tell us about the Linda Mama program?
- How do you think it would affect maternal mortality if this offer was no longer free of charge?
- Do you think the number of clinics in Kenya adds up with the population? Do the women have to travel far to come to the clinics?
- Is there anything else you would like to add?

Maternity ward

Importance of antenatal care

- What occurrence of complications are the most common pre-, per- and post-delivery?
- How often, would you say, maternal mortality occurs at the labour ward?
- What is, in your opinion, the most common reason for maternal mortality?
- What is the most important follow up that is done at the ANC during pregnancy?
- Can you spot any difference in the occurrence of complications between the patients that has frequently visited the ANC, and the patients that have visited the ANC below 4 times during pregnancy?
- In your opinion, what is the most important initiative to prevent maternal mortality?
- Is there anything else you would like to add?

Consent form for participation in our bachelor thesis (Vedlegg 2)

Information about the project:

As a part of our bachelor's degree in Norway we must submit a thesis. Due to our exchange program, we have been given the opportunity to write a project. Our project focuses on how a nurse, employed at an antenatal clinic, can contribute to reducing maternal mortality in Kenya. To gain a greater insight on that matter we would like to interview you, about 1) the job that you do here at the antenatal clinic and what impact it has on maternal mortality in Kenya, or 2) your sight on the importance of nurse at the antenatal clinic as a nurse at maternity ward, and what impact it has on maternal mortality in Kenya. If you would like to participate in our project, we would like to have your written consent.

Who is responsible for the project:

(Name) and (name) is responsible for the project. We are doing an exchange program here in Kenya until (date).

Participation is voluntary:

The participation is voluntary, you can withdraw your consent at any time. If you choose to withdraw, all your personal information and all the information you have provided to us will be deleted.

What the participation entails for you:

If you choose to participate in our project, it involves an interview lasting 30-40 minutes. The information that we collect from this interview will be included in our project. The participation is totally anonymous. No personal information or details about the workplace will be included. The material will be kept inaccessible to others.

What will happen to the information that you have provided for us:

The relevant information will be included in our theses. The information that we do not include will be deleted when we hand in the thesis for grading on June 1st. The thesis might be published as an article online, written in Norwegian.

You can contact us at:

If you have any questions, or would like to withdraw your participation, you can reach us at our Kenyan or Norwegian number.

(Name): (Number) or (number)

(Name): (Number) or (number)

Name of participant: (Name)

Signature:

