

Prosjektoppgave
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo
Våren 2011

Mødrehelsetjenester i North Tongu distriktet, Volta regionen, Ghana



Skrevet av Gry Marit Prestegården, V06 og Håkon Moen Schjelle, V07
Veileder: Babill Stray-Pedersen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Definisjoner og forkortelser	5
1. Innledning og bakgrunn	6
2. Målet med undersøkelsen	9
3. Metode	9
4. Resultater	10
4.1 Karakteristikk av kvinnene.....	10
4.2 Svangerskapskontroll	11
4.3 Fødested	16
4.4 Postnatale tjenester	22
4.5 Familieplanlegging	23
5. Diskusjon	25
5.1 Hovedfunn	25
5.2 Svangerskapskontroll	25
5.3 Fødested	27
5.4 Postnatale tjenester	30
5.5 Familieplanlegging	30
5.6 Metode.....	31
6. Konklusjon	33
7. Litteratur	34
8. Vedlegg, spørreskjema	35

Abstract

Background

The lifetime risk of dying from pregnancy or birth related complications are about 245 times higher for women from the Sub Sahara region of Africa as compared to women from Norway. One of the UN's millennium development goals, MDG5, is to reduce maternal mortality by 75% by 2015 and to grant universal access to reproductive health. The keys points for achieving this is to increase the number of women who give birth aided by a Skilled Healthcare Worker (SHW), increase the number of contacts with Maternal Health Services (MHS), and to increase the use of Family Planning (FP).

Purpose

We wanted to survey women's use of MHS in North Tongu district, Volta region in Ghana. We also wanted to examine possible underlying reasons weighing for or against the women's use of MHS, with the intent of using this information to develop strategies and programs to improve the quality of MHS in the area, and the ultimate goal being to reduce Maternal Mortality Rates (MMR) in the area.

Method

92 women, who had given birth within the last 12 months, were interviewed in a partly structured and partly semi-structured survey. We plotted and analyzed our data in SPSS. Our results were compared with literature found searching in PubMed, Cochrane Library and the WHO and UN's WebPages.

Results

Almost all the women, 97,8 %, went for at least one antenatal check during their last pregnancy. Almost $\frac{3}{4}$ went for 4 checks or more. The large majority of the women went for their first antenatal during their first trimester. Only 27 % gave birth at a hospital in their last pregnancy. Almost $\frac{1}{3}$ of the women who had given birth at home stated lack of transport as one reason for why they had given birth at home. In the group of women who had not given birth at a hospital, 26/67 expressed a desire to do so. There is a significant increase ($p < 0,05$) in number of home births and decrease in hospital births with an increase in distance from the nearest hospital. Women in polygamous marriages, women not living with their partner and women who have income at their own disposal, show a significant increase ($p < 0,05$) in hospital births compared to women who are living with their partner or who are monogamous or don't have any income at their own disposal. Most of the women, 81 out of 92, had attended Postnatal Services (PNS). About $\frac{1}{2}$ of the women stated checking the health of their baby as one of the reasons for going to PNS. Only 7,4 % stated their own health as a reason for going to PNS. Of all the women, only 14 % reported using any form of FP. Among the women not using FP, about 30 % claimed fear of side effects as a reason for not using it. About $\frac{1}{4}$ of the women stated financial problems as one of the reasons for not using FP. Only 3/92, reported having been treated badly by healthcare professionals. And conversely a large majority of the women stated a positive view of MHS.

Conclusion

Almost all the 92 Ghanaian women in our survey went for antenatal checks in their last pregnancy, but ¼ of them went less than the 4 times recommended by the WHO. We do not know the reasons why some of the women attend less than 4 antenatals. The number of women giving birth at a hospital was disappointingly low, and transport problems seems to be one of the main reasons. An increased degree of autonomy among the women is positively correlated with increased numbers of hospital births. In regards to FP it looks as if better information about access, side effects and benefits is needed to increase the small percentage of women using FP. Economy also seems to be a factor preventing women from using FP. PNS was not well enough investigated in our study, but is something deserving a more thorough examination, as about half the women who die in connection with pregnancy and childbirth, do so more than 24h after birth. Future studies are also needed to examine possible social and cultural aspects that form the women's attitudes towards MHS. Hopefully this information can be used to develop strategies and programs that can reduce MMR in the area.

Definisjoner/Forkortelser

- **BNP** – brutto nasjonalprodukt
- **SCC** – Seva Community Clinic.
- **CHN** – Community Health Nurses
- **FN** – Forente Nasjoner
- **FP** – Family Planning. Innebærer i ordets videste forstand alle former for metoder som tilrettelegger for planlagte svangerskap, inkludert avholdenhet. I vår oppgave har vi bare inkludert prevensjon.
- **FPS** – Family Planning Services. I denne oppgaven definert som et sted hvor kvinnene kan gå for å få råd og veiledning i forhold til bruk av prevensjonsmidler. Og hvor de kan få kjøpt eller utdelt prevensjonsmidler.
- **MHS** – Maternal Health Services. Antenatale og postnatale tjenester og fødselshjelp.
- **MMR** – maternal mortality ratio, antall kvinner som dør i svangerskap/fødsel per 100 000 levendefødte.
- **SHW** – Skilled Healthcare Worker. Av WHO definert som enten lege, sykepleier eller jordmor.
- **TBA** – Traditional Birth Attendant
- **WHO** – World Health Organization

1.0 Innledning og bakgrunn

En av oss, Håkon, bestemte seg for å reise til Ghana for å jobbe som frivillig på Mafi Seva Community Clinic (SCC) høsten 2010, og vi så dette som en fin anledning til å samtidig gjennomføre en studie som kunne danne grunnlag for prosjektoppgaven på legestudiet ved Medisinsk fakultet, universitetet i Oslo. Grunnet den høye mødredødeligheten i området, falt valget på å kartlegge bruken av helsetilbudet til gravide og fødende i området. Vi ville undersøke om vi kunne identifisere noen problemområder som vi så en gang seinere, kunne utvikle tiltak utfra med sikte på å redusere den høye mødredødeligheten i området.

Ingen kvinne skal måtte gi sitt liv for å sette et nytt liv til verden. Når en kvinne dør i svangerskap eller fødsel, får det store negative konsekvenser for familie og lokalsamfunn også.

Hvert minutt dør en kvinne av komplikasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel. Dette er stort sett komplikasjoner som lett kan forebygges. For hver kvinne som dør, får 20 varige men.

Livstidsrisiko for å dø av graviditet og fødsel: (2008 tall)

Norge: 1: 7600

Afrika sør for Sahara: 1: 31

(16)

Man definerer mødredødelighet ved død i graviditeten eller innen 42 døgn etter fødsel. Det er da snakk om død som en direkte komplikasjon av svangerskapet eller fødselen, eller av annen lidelse som forverres av svangerskapet eller fødselen (15).

Ulike måleverktøy er blitt brukt for å kartlegge frekvens av mødredødelighet.

Samtidig som det i mange land foreligger dårlig og mangelfull diagnostikk mht.

dødsårsak, blir tallene for mødredødelighet, spesielt i utviklingslandene, derfor svært usikre.

Et av tusenårsmålene til FN er å redusere svangerskapsrelatert dødelighet. Delmålene er å redusere dødeligheten blant gravide og fødende kvinner med 75 % fra 1990-2015, og å sikre universell adgang til reproduktiv helse innen 2015. Veien mot dette målet er enda lang, det er det tusenårsmålet man er lengst fra å nå. Spesielt i de afrikanske landene sør for Sahara, er framgangen treg. WHO anbefaler at kvinner går til minimum fire svangerskapskontroller og at de føder med tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell. I dag mottar kun halvparten av kvinner i utviklingsregioner de fire anbefalte kontrollene, og for kvinner i rurale områder er det bare en tredjedel som får fulgt anbefalingen. Under 50 % av kvinnene i landene sør for Sahara i Afrika føder med tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell (3).

Vi ønsket å se på hva som kan være tilgrunnliggende årsaker for den høye dødeligheten i et område i et av disse landene, Ghana, hvor mødredødeligheten målt ved Maternal mortality ratio (MMR) i 2008 var estimert til 350. I Ghana har de hatt en gjennomsnittlig årlig nedgang på ca 3,3 % i MMR fra 1990 til 2008, hvilket ikke er tilstrekkelig for å nå målet innen 2015 (16).

De fleste av de over 500 000 kvinnene som dør i forbindelse med svangerskap og fødsel i verden i dag, dør fordi de ikke har bra nok tilgang på adekvat helsetilbud. Og 99 % av disse dødsfallene skjer i utviklingsland. Mødreødeligheten har i landene sør for Sahara sunket med bare 0,1 % i årene 1990-2005. Den har sunket noe mer i en del asiatiske og nord-afrikanske land, men heller ikke der nok til å nå målet med 75 % reduksjon innen 2015 (2).

De hyppigste direkte årsakene til at mødre i utviklingsland dør, er blødninger, høyt blodtrykk, fødselskomplikasjoner og usikker abort (2). De fleste dødsfallene kunne vært forhindre om kvinnene hadde hatt tilgang til profesjonell omsorg. Indirekte årsaker som malaria, HIV/AIDS og hjertesykdom, står for ca 18 % av mødreødeligheten.

Viktige veier til å redusere mødreødeligheten er økt tilstedeværelse av profesjonelt helsepersonell ved fødsel, minimum 4 svangerskapskontroller hos kvalifisert helsepersonell, øke andelen som bruker familieplanlegging og å redusere antall tenåringsgraviditeter (1).

Ghana

Ghana er en republikk i vestlige Afrika som fram til 1957 var britisk koloni. Landet grenser mot Elfenbenskysten, Burkina Faso, Togo og Guineabukta. Landet har et areal på 239 460 km² og er delt inn i ti administrative regioner (4).

Befolkningstallet er på ca 24 millioner og består av forskjellige etniske grupper hvor den største er Akan, som utgjør ca halvparten av befolkningen. Ca 70 % er kristne, 15 % muslimer og 10 % har en tradisjonell religion (4).



Figur 1: Kart over Ghana

Ghana har et for det meste tropisk klima med varmeste måned i april og kaldeste i august, tørreste i januar og våteste i juni. Temperaturene er høye og ganske like gjennom hele året, ligger over tjue grader celsius. I tørketiden, 4-6 mnd, blåser tørre vinder fra Sahara (5).

Landet er rikt på naturressurser og har bedre økonomi enn de andre vestafrikanske landene, men er likevel avhengig av økonomisk bistand. De viktigste eksportproduktene er tømmer, gull og kakao. Privatøkonomien er i stor grad basert på jordbruk. Ca 40 % av BNP kommer derifra og 60 % av arbeidsstyrken finnes i primærnæringer (4).

Helsestatistikk:	Menn	Kvinner
Forventa levealder:	57 år	64 år
Død mellom 15-60 år per 1000:	402	253
Barnedødelighet per 1000: 69		

Ghana statistikk 2009, Ref 17.



Bilde 1. Fødestua på Seva Community Clinic

2.0 Målet med undersøkelsen

Kartlegge bruk av mødrehelsetjenester (MHS) og faktorer som ligger til grunn for grad og mønster for bruk blant kvinner i North Tongu distriktet i Volta regionen i Ghana. Dette for å se hvilke mulige årsaker det er som kan være med på å forklare den høye mødredødeligheten i området og dermed seinere kunne bruke denne informasjonen til å utvikle tiltak som kan redusere mødredødeligheten.

3.0 Metode

Spørreskjemaet vi brukte var dels basert på et spørreskjema som skulle brukes for en mødrehelse undersøkelse i Ebonyi State i Nigeria, dels på forslag fra veilederen vår, Babill Stray-Pedersen, og dels på litteratur og anbefalinger fra WHO mht. mødrehelse. Spørreundersøkelsen var dels strukturert og dels semi-strukturert. Grunnen til at vi valgte å gjøre noen av spørsmålene semi-strukturerte, var at vi ikke visste hvilke svar vi kunne forvente på disse spørsmålene. Disse spørsmålene dreide seg om årsaker til hvorfor intervjuobjektene valgte som de gjorde mht. bl.a. fødested og deltagelse på svangerskapskontroller. Disse svarene ble så gruppert i hva vi anså som passende kategorier. Intervjuobjektene var kvinner som hadde født i løpet av de siste 12 månedene. Dette var eneste utvalgs-kriterium.

Håkon utførte intervjuene med hjelp av tolker. Til sammen ble det brukt 3 tolker som alle var menn fra det lokale området. Tolkene ble forklart hensikten med studien og viktigheten av å være nøytral, objektiv og å ikke påvirke intervjuobjektene.

Vi valgte 13 landsbyer som representerte et variert utvalg mht avstand fra Seva klinikken og Adidome sykehus som er det nærmeste sykehuset. Intervjuobjektene ble valgt ut ved at vi dukket opp i landsbyene og spurte etter kvinner som hadde født i løpet av siste 12 måneder. I noen tilfeller reiste tolken ut til de aktuelle landsbyene en eller flere dager før, og fikk en lokal Traditional Birth Attendant (TBA) til å finne passende intervjuobjekter, og få de til å møte opp på et avtalt tidspunkt. Intervjuene ble gjennomført med en intervjuer, en tolk og et intervjuobjekt tilstede.

Etikk

Kvinnene ble informert om hensikten med undersøkelsen og at deltagelse var frivillig. De fikk også informasjon om at å velge og ikke delta i spørreundersøkelsen, ikke ville påvirke deres tilgang til helsehjelp eller ha annen negativ effekt på livene deres.

Det ble ikke brukt noe samtykkeskjema. I henhold til fakultetets retningslinjer ble det ikke søkt om etisk godkjenning av etisk komité i Norge.

Statistikk

Dataene fra intervjuene ble plottet inn i SPSS og analysert med frekvensanalyser, kji-kvadrat test og Fischers test.

4.0 Resultat

4.1 Karakteristikk av kvinnene

Bakgrunnsparametre for de 92 kvinnene som ble intervjuet, er presentert i tabell 1. Kvinnene var i alderen 18-45 år med en gjennomsnittsalder på 27,2 år og median på 26. Fem av kvinnene kunne ikke oppgi sin egen alder.

De fleste levde i monogame ekteskap, 26,1 % var polygame og 5,4 % var single, skilt eller enker. 82,6 % anga at de bodde med partneren.

Størsteparten av kvinnene var kristne mens ca en femtedel hadde en tradisjonell religion. Bare en kvinne var av muslimsk tilhørighet.

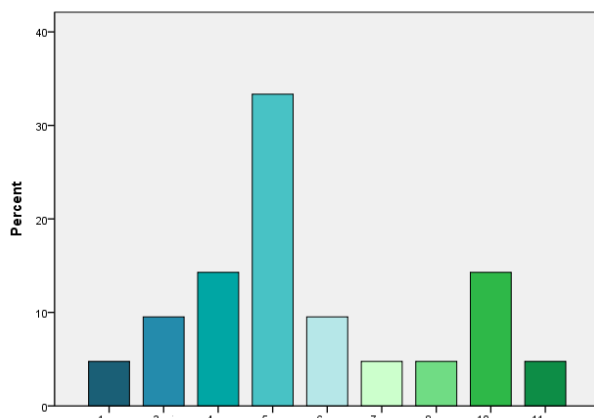
Når det gjelder utdanning hadde en femtedel ingen, litt over en tredjedel hadde barneskole, ca 40 % ungdomsskole og bare en kvinne hadde gått skole tilsvarende norsk videregående.

Ca 2/3 av kvinnene arbeidet innen jordbruk og en tiendedel var arbeidsledige. Resten var frisører, syersker eller jobba med handel.

Over halvparten oppga å disponere egen inntekt. De andre kvinnene hadde enten felles inntekt med mannen eller var avhengige av mannens inntekt. Antall fødsler per kvinne var fra 1 til 11. Ca 20 % av kvinnene var primipara og ca 20 % var multipara (5 eller flere fødsler). Gjennomsnittlig antall fødsler per kvinne var 3,3 med median på 3. Figur 2 viser antall fødsler blant kvinner over 31 år. I denne gruppen var gjennomsnittlig antall fødsler 5,8 med median på 5. Av de 72 flergangsfødende oppga 37,5 % å ha født på sykehus minst en gang tidligere.

Totalt antall kvinner	N	%
Sivilstand		
Monogam	63	68,5
Polygam	24	26,1
Singel/skilt/enke	5	5,4
Utdanning		
Ingen	19	20,7
Barneskole	34	37,0
Ungdomsskole	38	41,3
Videregående skole	1	1,1
Yrke		
Arbeidsledig	10	10,9
Bonde	61	66,3
Frisør	7	7,6
Handel	9	9,8
Syerske	5	5,4
Har egen inntekt	55	59,8
Paritet		
Primipara	20	21,7
Multipara	20	21,7
Religion		
Kristen	72	78,3
Muslim	1	1,1
Tradisjonell	16	17,4
Andre	3	3,3

Tabell 1 Bakgrunnsparametre for 92 kvinner fra Ghana

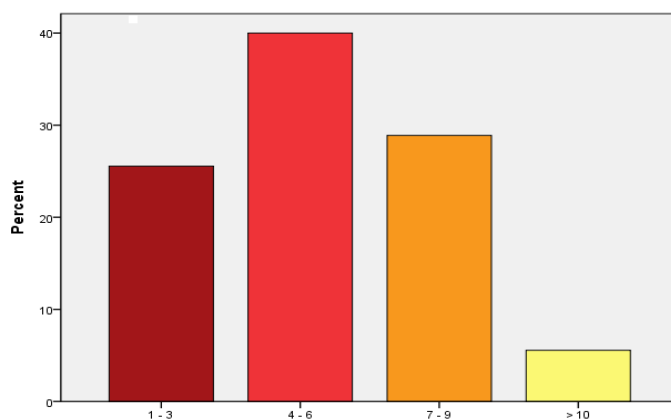


Figur 2: Antall fødsler for kvinner > 31 år.

4.2 Svangerskapskontroll

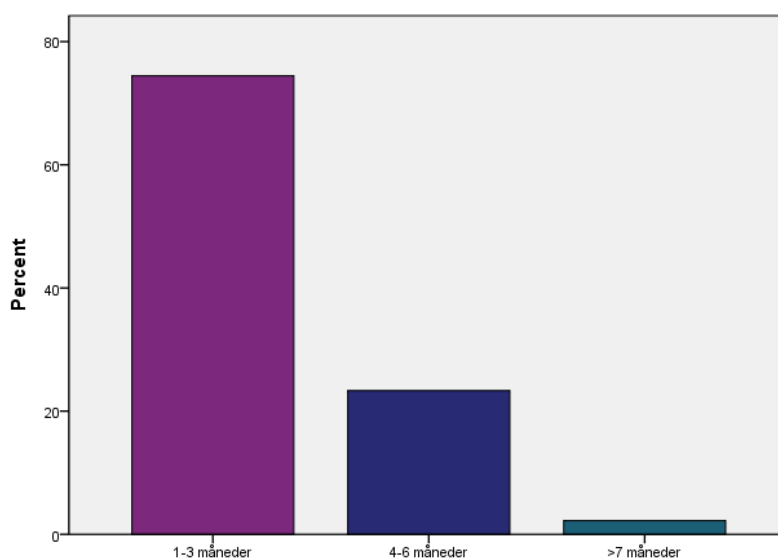
Svangerskapskontroll på sykehus.

Figur 3 viser fordelingen av antall svangerskapskontroller blant de 90 kvinnene som gikk til minst en kontroll hos kvalifisert helsepersonell (SHW). Ca $\frac{3}{4}$ har vært på 4 eller flere kontroller. Litt under halvparten går på mellom 4 – 6 ganger. Gjennomsnittlig antall svangerskapskontroller er 5,5 og medianen er 5.



Figur 3. Antall svangerskapskontroller for 90 kvinner

Vår undersøkelse viser at storparten, demonstrert i figur 4, går til første svangerskapskontroll i løpet av første trimester (67/90) og tilnærmet resten i løpet av andre trimester (21/90). Like mange hadde vært på informasjonsmøte om viktigheten av å gå til svangerskapskontroll, som de som ikke hadde vært det. Det er ingen signifikant sammenheng mellom de som har vært på informasjonsmøte og antall svangerskapskontroller



Figur 4. Trimester for første svangerskapskontroll

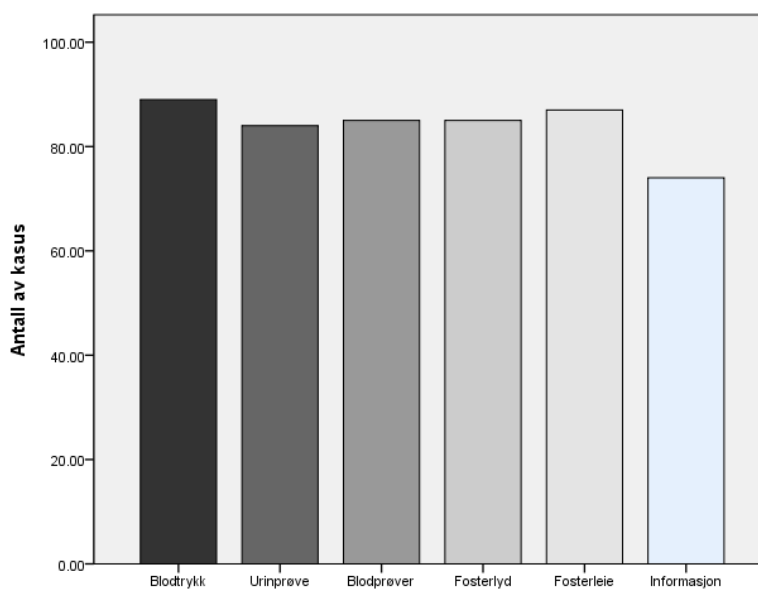
Med hensyn til grunner for å gå til kontroll hos helsepersonell i svangerskapet, var de fire hyppigst oppgitte årsakene fysiske plager, forsikre seg om egen og barnets helse, samt å sjekke fosterleie (Tabell 2). De to som ikke hadde vært til kontroll anga god helse og lang reiseavstand som årsaker for dette.

	Antall svar	Prosent av kvinnene
Fysiske plager	47	52,2
For barnets helse	59	65,6
Fordi andre går	1	1,1
Forsikre egen helse	32	35,6
Sjekke fosterleie	13	14,4
Opplært til å gå	7	7,8
Få medisiner	5	5,6
Andre	3	3,3

Tabell 2 Grunner til at kvinnene går til svangerskapskontroll

I 60/90 tilfeller ble kvinnen anbefalt av mannen om å gå til svangerskapskontroll, rundt halvparten ble anbefalt av annen familie og ca 5 % av TBA.

Nesten alle fikk utført alle leddene i svangerskapskontrollen vi spurte etter, dvs. måling av blodtrykk, undersøkelse av urin og blod samt sjekk av fosterleie og auskultasjon av fosterlyd. Litt færre fikk råd og informasjon mht. svangerskapet (Fig. 5)



Figur 5. Innhold i svangerskapskontrollen

På svangerskapskontroll ble ca $\frac{3}{4}$ anbefalt å komme til sykehuset for å føde.

Transport til svangerskapskontroll på sykehus.

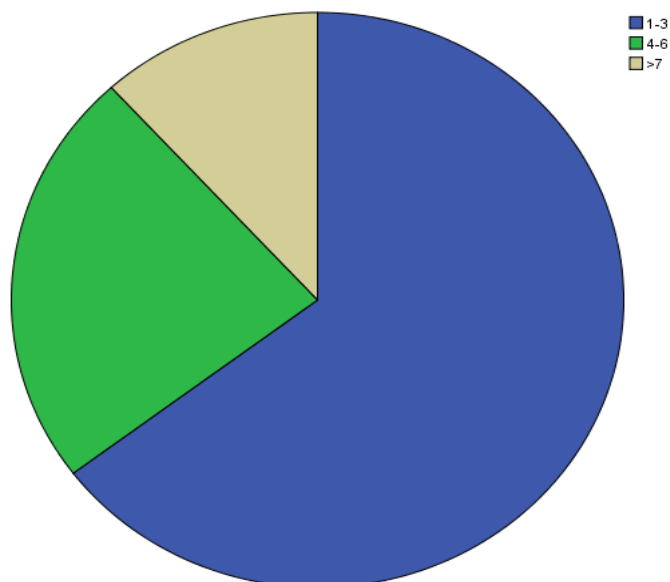
Som tabell 3 viser, brukte majoriteten tro-tro, den lokale formen for kollektivtransport, som transportmiddel til svangerskapskontroll på sykehus. Ca 12 % gikk og de resterende brukte bil eller motorsyssel.

	Frekvens	Prosent
Bil	4	4,4
Motorsyssel	2	2,2
Tro-tro	73	81,1
Gått	11	12,1
Totalt	90	100

Tabell 3. Transportmåter til svangerskapskontroll på sykehus.

Svangerskapskontroll hos TBA

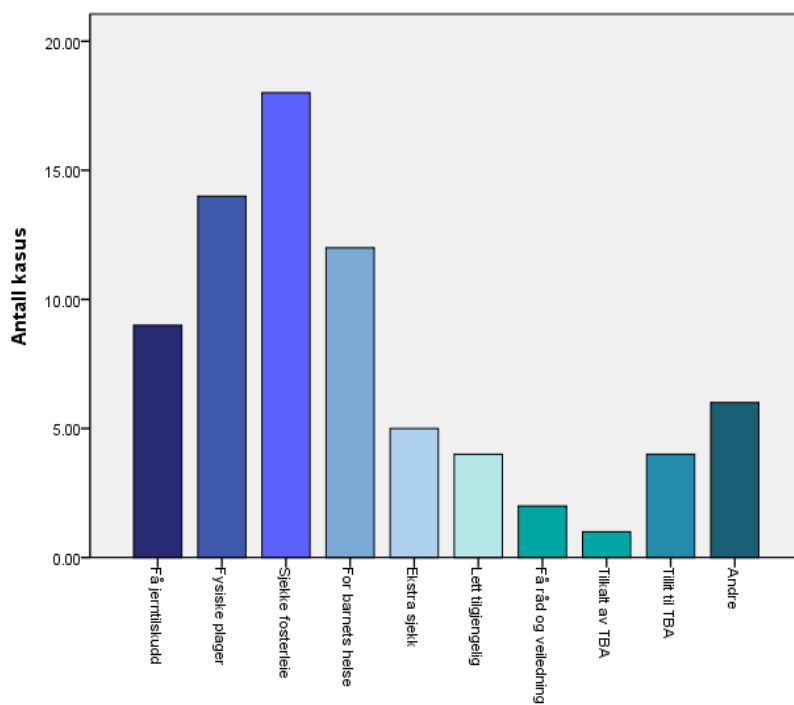
Rundt halvparten (51/92) har vært til svangerskapskontroll hos TBA (Figur 6). Gjennomsnittlig antall besøk var 3,7. Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom antall kontroller hos helsepersonell og antall kontroller hos TBA.



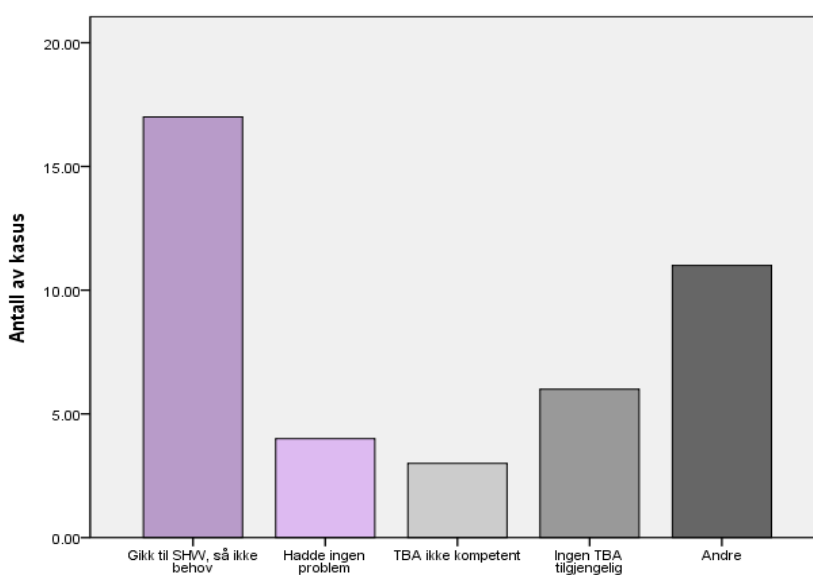
Figur 6. Antall svangerskapskontroller hos TBA

Som vi ser i figur 7, var de fire hyppigst oppgitte grunnene for å gå til TBA, å sjekke fosterleie, fysiske plager, fosterets helse og for å få jerntilskudd. Utdeling av jerntilskudd til TBA'ene for videreutdeling til gravide, er et prosjekt som er startet av Seva Community Clinic (SCC) for å forbygge anemi hos gravide.

Av de kvinnene som ikke hadde gått til svangerskapskontroll hos TBA, var det at de allerede gikk til kontroll hos SHW og derfor ikke så noe behov, den hyppigst oppgitte årsaken. Ellers var manglende tilgang til TBA og "andre" årsaker de vanligste (Figur 8).



Figur 7. Grunner for å gå til svangerskapskontroll hos TBA.



Figur 8. Grunner for ikke å gå til svangerskapskontroll hos TBA

Utdanning og svangerskapskontroller

Det er statistisk signifikant sammenheng mellom utdanning og antall svangerskapskontroller hos helsepersonell kvinnene har vært på. Når vi ser på gruppen uten utdanning mot de som har skole tilsvarende ungdomsskole, ser vi at de med denne graden av utdanning i større grad går på fire eller flere kontroller enn de som ikke har noen utdanning (Tabell 4).

			Antall svangerskapskontroller				Totalt
			1 - 3	4 - 6	7 - 9	> 10	
Utdanning	Ingen	Antall	7	2	10	0	19
		% Innen utdanning	36.8 %	10.5 %	52.6 %	.0 %	
	Barneskole	Antall	5	18	8	2	33
		% Innen utdanning	15.2 %	54.5 %	24.2 %	6.1 %	
	Ungdomskole	Antall	11	15	8	3	37
		% Innen utdanning	29.7 %	40.5 %	21.6 %	8.1 %	
	Videregående	Antall	0	1	0	0	1
		% Innen utdanning	.0 %		.0 %	.0 %	
Totalt	Antall	23	36	26	5	90	
	% Innen utdanning	25.6 %	40.0 %	28.9 %	5.6 %		

Tabell 4. Sammenheng mellom utdanning og antall svangerskapskontroller

Det er ingen signifikant sammenheng mht. antall svangerskapskontroller og:

- Valg av fødested
- Alder på kvinnene
- Religion
- Har egen inntekt eller ikke
- Sivilstatus
- Komplikasjoner i tidligere svangerskap
- Paritet
- Tidligere sykehusfødsel
- Vært på svangerskapskontroll hos TBA

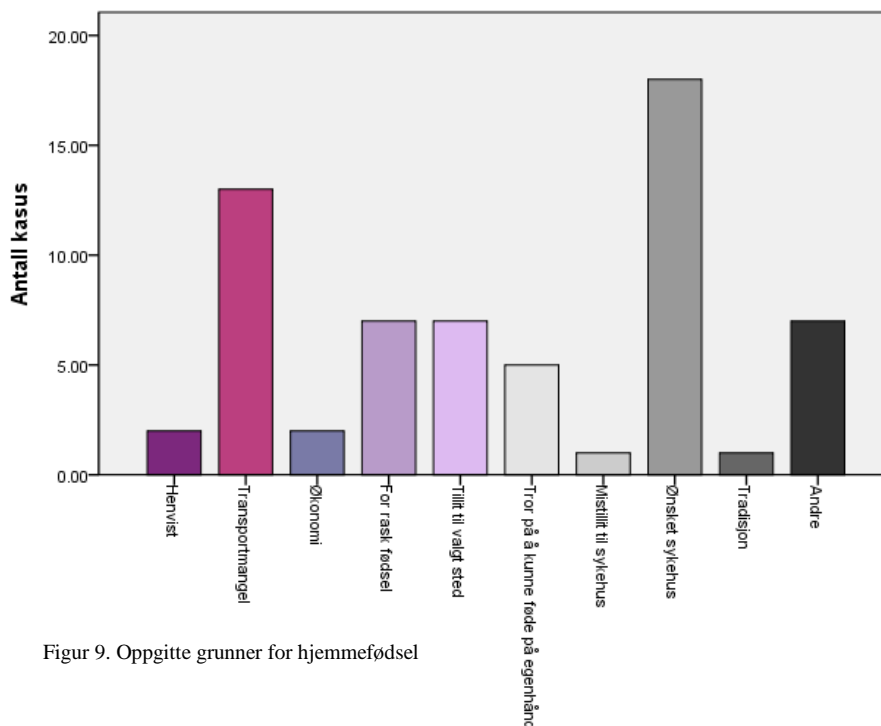
4.3 Fødested

Tabell 4 viser at under en tredjedel fødte på sykehus ved siste fødsel, nesten halvparten fødte hjemme og resten fordelte seg på Seva Community Clinic (SCC) og hjemme hos TBA

	Antall	Prosent av kvinnene
Hjemme	39	42,4
SCC	16	14,7
Sykehus	25	27,2
Hos TBA	12	13,0
Totalt	92	100

Tabell 4 Siste fødested for 92 kvinner

Over en tredjedel av de 63 kvinnene som fødte hjemme ved siste fødsel, oppgir transportproblemer som en årsak. Omtrent halvparten av de hjemmefødende sier at de ønsket å føde på sykehus (Fig. 9). Av de som hadde født hjemme hos en TBA, var det 6 som oppga at de egentlig hadde villet føde på sykehus. Av de som hadde født på SCC, oppga 2 at de egentlig hadde villet føde på sykehus. Totalt er det 51 kvinner som enten har født eller hadde et ønske om å føde på sykehus. Dette er bare litt over halvparten. Av de som hadde født enten hjemme eller hos TBA, uttrykte 17 kvinner tillit til fødestedet som en grunn for valget. Av kvinnene som hadde født ved SCC, uttrykte 9 det samme. Bare 2 kvinner oppga mistro til sykehuset som grunn for å ikke føde der.



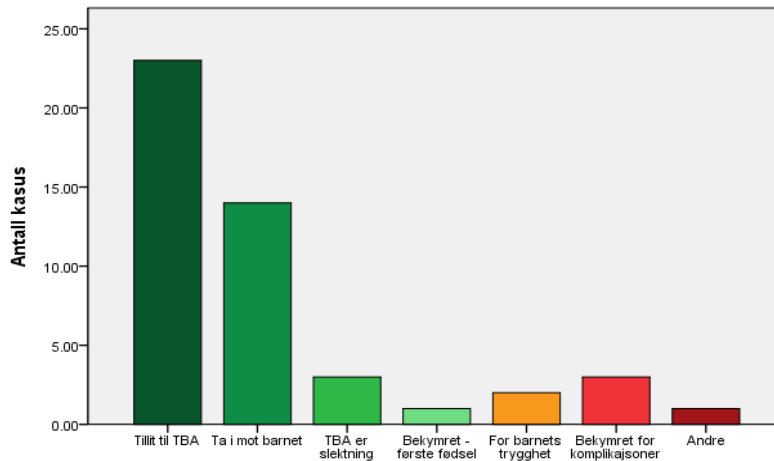
Figur 9. Oppgitte grunner for hjemmefødsel

Seva Community Clinic

Av de som fødte på SCC oppgir omtrent halvparten at de valgte det blant annet pga tillit til stedet. To andre hovedårsaker for dette valget av fødested, er lett tilgang og å være henvist fra TBA eller sykehus – sykehuspersonell har da anbefalt SCC som et i deres øyne, tross alt bedre alternativ enn hjemmefødsel.

TBA

Figur 10 viser at omtrent halvparten av de som valgte å ha TBA tilstede hjemme hos seg selv eller hjemme hos TBA, oppgir tillit til TBA som årsak og i overkant av en tredjedel ville ha TBA der til å ta imot barnet.



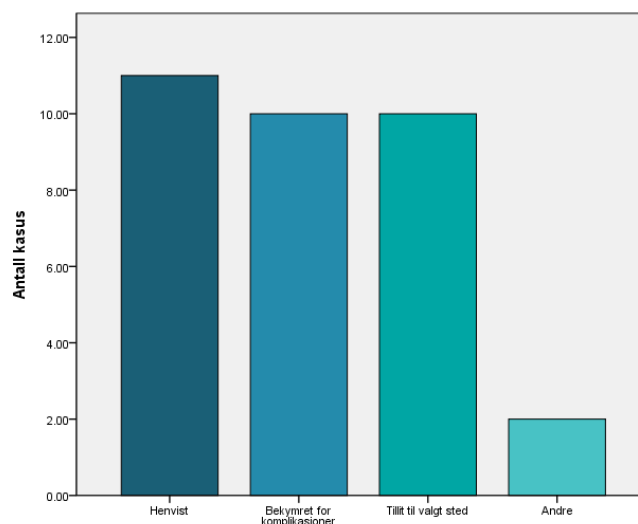
Figur 10. Oppgitte grunner for å ha TBA tilstede ved fødsel

I overkant av halvparten av de som ikke hadde TBA tilstede oppgir at det blant annet var fordi fødselen gikk for fort. Litt over en tredjedel hadde tiltro til at de kunne føde aleine, uten hjelp fra TBA.

Nesten halvparten av de som fødte hjemme hos TBA ønsket å føde på sykehus, men samtidig oppgir over 80 % at de har tillit til fødestedet. En fjerdedel hadde transportproblemer og i underkant av en femtedel hadde finansielle problemer.

Sykehus

Figur 11 viser at bekymring for komplikasjoner, henvisning til og tillit til sykehuset, er tre omtrent like store (40-50 %) beveggrunner for valg av sykehus som fødested.



Figur 11. Oppgitte grunner for valg av sykehus som fødested

Komplikasjoner ved siste fødsel.

Ved siste fødsel opplevde 24 av 92 kvinner komplikasjoner. Det ble ikke spurt mer konkret om hvilke typer komplikasjoner dette var, men intervjuer forsikret seg, i den grad det var mulig, om at dette var reelle komplikasjoner og ikke deler av normal fødselsprosess.

Avstand og fødested.

Av tabell 6 ser vi at av de kvinnene som bor innen 45 minutter gangavstand fra SCC, fødte 2/3 der, sammenlignet med 17,4 % av det totale utvalget av kvinner som fødte på SCC. Avstand til sykehus og siste fødested viser statistisk signifikans. Som tabell 7 viser, hvis vi ser bort ifra de 2 som oppga å bo nærmere 5 km fra sykehuset, er det en økning i andelen som føder hjemme for hver 5km avstanden øker fra sykehuset. Andelen som føder på sykehus er ca 30 % for de som oppga å bo 11-15 km og >16km fra sykehuset, men noe lavere for de som oppga avstanden 6-10km. I denne gruppen, 6-10 km, var derimot andelen som hadde født på SCC mye høyere enn i de andre gruppene.

			Siste fødested				Totalt
			Hjemme	SCC	Sykehus	Hos TBA	
BorVedCC	Ja	Antall	4	10	1	0	15
		% innen bor ved CC	26.7%	66.7%	6.7%	.0%	100.0%
	Nei	Antall	35	6	24	12	77
		% innen bor ved CC	45.5%	7.8%	31.2%	15.6%	100.0%
Totalt		Antall	39	16	25	12	92
		% innen bor ved CC	42.4%	17.4%	27.2%	13.0%	100.0%

Tabell 6. Sammenheng mellom bosted nær (innen 45 min. gange fra) Seva community clinic (SCC) og sist valgte fødested.

		Siste fødested				Totalt
		Hjemme	SCC	Sykehus	Hos TBA	
<5km	Antall	1	0	1	0	2
	% innen nærmeste sykehus	50.0%	.0%	50.0%	.0%	100.0%
6-10km	Antall	6	10	4	6	26
	% innen nærmeste sykehus	23.1%	38.5%	15.4%	23.1%	100.0%
11-15km	Antall	17	5	12	6	40
	% innen nærmeste sykehus	42.5%	12.5%	30.0%	15.0%	100.0%
>16km	Antall	15	1	8	0	24
	% innen nærmeste sykehus	62.5%	4.2%	33.3%	.0%	100.0%
Totalt		39	16	25	12	92
		42.4%	17.4%	27.2%	13.0%	100.0%

Tabell 7. Sammenheng mellom avstand til nærmeste sykehus og sist valgte fødested

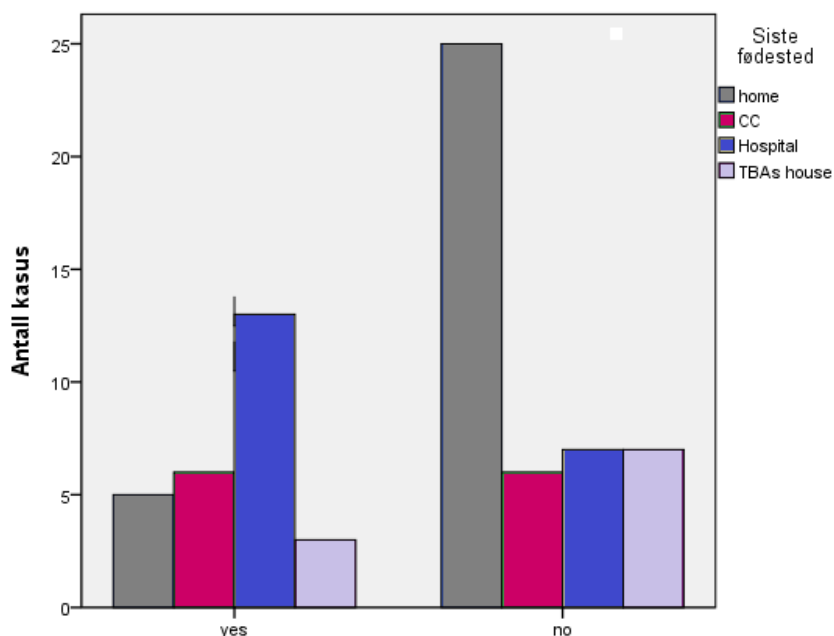
Reisetid til sykehuset viser også samme tendens. De som hadde over en times reisetid til sykehuset hadde dobbelt så stor sannsynlighet for å føde hjemme som de med under en times reisetid.

Bare 9 av 92 hadde tilgang til bil. Vi har her definert tilgang ved at de enten eier bil selv eller at de har venner eller familie i nærheten som kan gi tilgang på kort varsel.

Så mye som 44,4 % av kvinnene med tilgang til bil fødte på sykehus, mens bare 25,3 % av de uten tilgang på bil gjorde det samme. Denne sammenhengen er ikke statistisk signifikant.

Tidligere sykehusfødsel

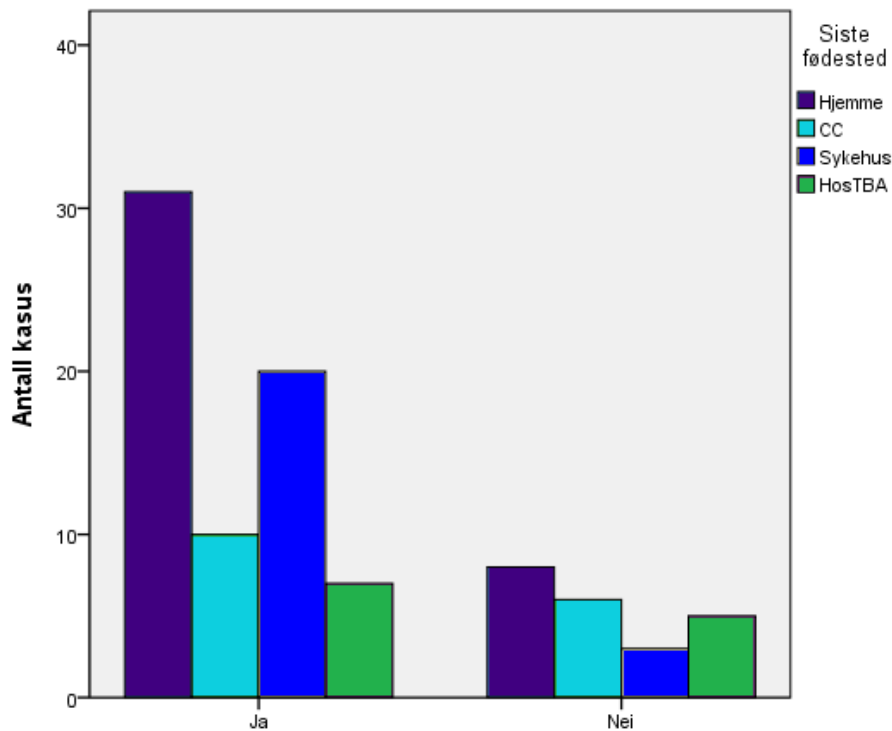
Tidligere sykehusfødsel viser også en statistisk signifikant innvirkning på valg av fødested. Kvinner som hadde født på sykehus tidligere, hadde 3 ganger så stor sannsynlighet for å føde på sykehus som kvinner som ikke hadde gjort det. Av figur 12 ser vi hvordan fordelingen er mht. siste fødested mellom de som har og de som ikke har født på sykehus tidligere.



Figur 12. Tidligere sykehusfødsel og valg av siste fødested

Svangerskapskontroll og sykehusfødsel

På svangerskapskontroll fikk 72,2 % av kvinnene anbefaling av sykehuspersonalet, om å komme tilbake til sykehuset for å føde. Av de som fikk denne anbefalingen var det 29,4 % som fødte på sykehus, mens 13,6 % som ikke fikk anbefalingen fødte der (figur 13). Vi finner ingen statistisk signifikant sammenheng, undersøkt ved kji-kvadrat test, mellom anbefaling om sykehusfødsel og det å føde på sykehus.



Figur 13. Fått/ikke fått anbefaling om å føde på sykehus og sist valgte fødested

Risikogrupper og sykehusfødsel

Av tenåringene i undersøkelsen var det bare 1 av 12 som oppga å ha født på sykehus, noe som er lavt i forhold gjennomsnittet for hele utvalget. Blant multiparaene hadde 6 av 20 født på sykehus, som er omtrent som gjennomsnittet for hele utvalget

Utdanning, religion og fødested

Utdanning og religion viser ingen statistisk signifikant sammenheng med valg av fødested.

Egen inntekt, sivilstatus og fødsel på sykehus

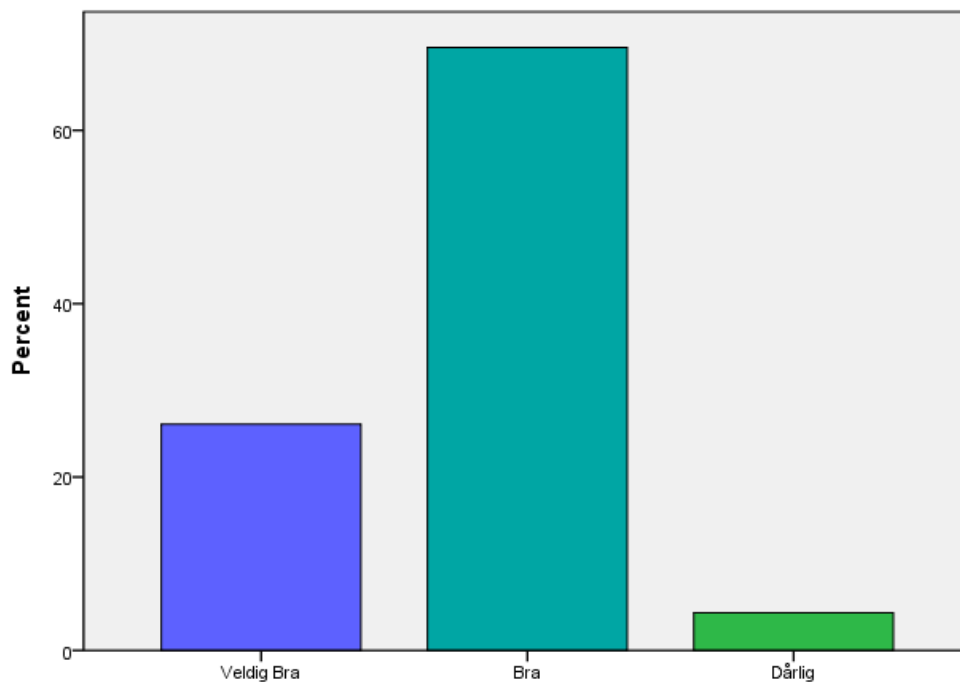
Tre andre faktorer som viser statistisk signifikant innvirkning på fødested, er disposisjon av egen inntekt, sivilstatus og om kvinnen bor med mannen eller ikke. Som tabell 8 viser, hadde kvinner som disponerer sin egen inntekt over 4 ganger så stor sannsynlighet for å føde på sykehus som de som ikke disponerte sin egen inntekt. Sivilstatus ser også ut til å virke inn på valg av fødested. Kvinner i polygame forhold hadde født på sykehus dobbelt så ofte som kvinner i monogame forhold. Kvinner som oppga å ikke bo med mannen, hadde omtrent dobbelt så stor sannsynlighet for å føde på sykehus sammenlignet med de som oppga å bo med mannen.

			Siste fødested				Totalt
			Hjemme	SCC	Sykehus	Hos TBA	
Egen inntekt	Ja	Antall	21	7	22	5	55
		% innen inntekt	38.2%	12.7%	40.0%	9.1%	100.0%
	Nei	Antall	18	9	3	7	37
		% Innen inntekt	48.6%	24.3%	8.1%	18.9%	100.0%
Totalt		Antall	39	16	25	12	92
		% innen inntekt	42.4%	17.4%	27.2%	13.0%	100.0%

Tabell 8. Egen inntekt og sist valgte fødested

Opplevelser på sykehus

Bare 2 kvinner oppga at de har blitt behandlet dårlig av sykehuspersonell. Av figur 14 ser vi at omtrent en fjerdedel av kvinnene synes MHS er svært bra, nesten 70 % synes det er bra og under 5 % vurderer MHS som dårlig.



Figur 14. Inntrykk av MHS

4.4 Postnatale tjenester

Postnatale tjenester (PNS) blir i dette området enten utført ved sykehus eller av Community Health Nurses som driver med oppsøkende tjeneste i landsbyene. Community Health Nurses (CHN) kan ikke ta blodprøver av mødrene for å sjekke Hb, og de utfører ingen somatisk undersøkelse av kvinnene. I hovedsak tilbyr de immunisering og veiing av barnet, noe mer sporadisk vil de også gi informasjon om FP, amming og ernæring for mødrene. Figur 15 viser frekvensen av de ulike leddene i PNS.

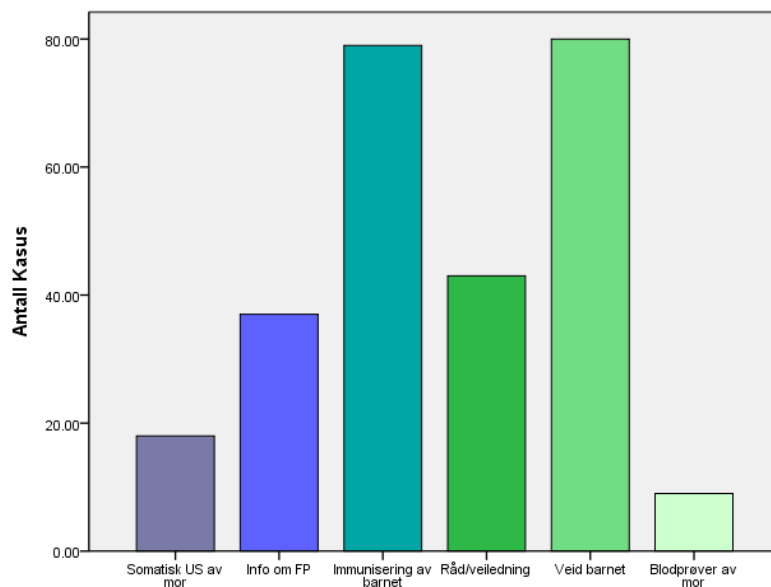
I denne undersøkelsen har vi ikke differensiert mellom de som har vært til PNS på sykehus og de som har vært hos CHN i landsbyene.

Den store majoriteten, 88 %, av kvinnene hadde oppsøkt postnatale tjenester.

Av de 11 kvinnene som ikke hadde oppsøkt, svarte 8 at barnet var for ungt, men at de hadde tenkt å gå seinere. To av de resterende 3 kvinnene oppga økonomi som grunn for å ikke gå til PNS. Figur 15 viser at hos nesten alle som gikk til PNS ble babyen veid og vaksinert. Nesten halvparten fikk informasjon om familieplanlegging. Mor fikk somatisk undersøkelse i kun ca en fjerdedel av tilfellene, og bare halvparten av mødrene opplevde å få informasjon om barnestell. I bare ca en tiendedel av tilfellene ble det tatt blodprøver. Tabell 9 viser at omtrent halvparten av kvinnene oppgir ønske om å sjekke at babyen er frisk som årsak for å gå til PNS og under 10 % oppgir sjekk av egen helse som grunn.

	Responser		Prosent av kvinnene
	Antall	Prosent	
Få råd og veiledning	11	8.5%	13.6%
Anbefalt av helsepersonell	9	6.9%	11.1%
Få vaksinekort	2	1.5%	2.5%
Veie barnet	23	17.7%	28.4%
Immunisere barnet	25	19.2%	30.9%
Sjekke barnets helse	39	30.0%	48.1%
Sjekke egen helse	6	4.6%	7.4%
Det er rutine	5	3.8%	6.2%
Andre	10	7.7%	12.3%
Totalt	130	100.0%	160.5%

Tabell 9. Oppgitte grunner for å gå til PNS

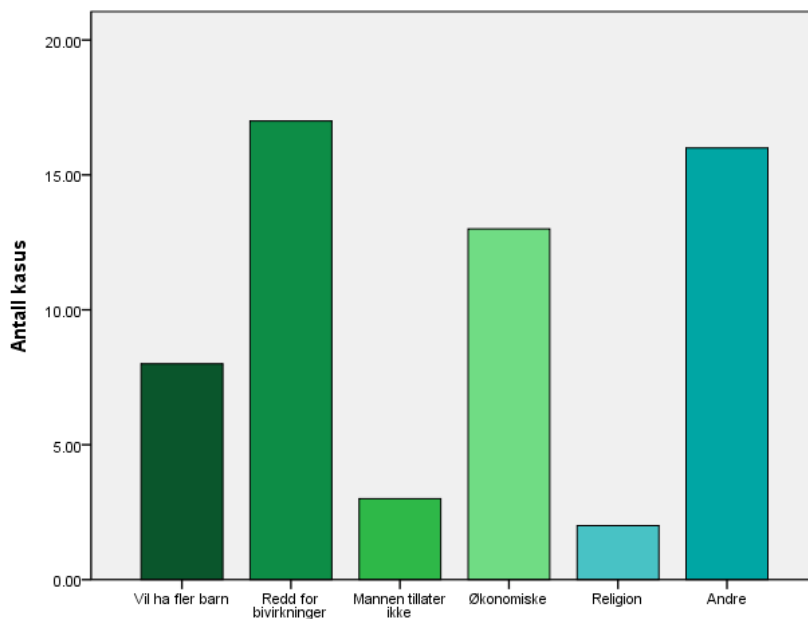


Figur 15. Innhold i PNS

4.5 Familieplanlegging

Bare 14,1 % av kvinnene oppga å bruke noen form for familieplanlegging (FP). Omtrent 1/3 av kvinnene (25/79) som ikke brukte FP, sa de hadde planer om å starte med det når de ikke lenger ammet.

Frykt for bivirkninger ble oppgitt som en årsak til å ikke bruke FP hos 17/79 kvinner og 13/79 oppga økonomi som grunn for at de ikke bruker. Blant de resterende som ikke brukte FP var det 8 som sa grunnen var at de ønsket seg flere barn og 3 av kvinnene sa at mannen ikke tillot at de bruker FP og 2 oppga religion som årsak til at de ikke bruker (figur 16).



Figur 16. Oppgitte grunner for å ikke bruke FP

Utdanning, religion, sivilstatus, alder, paritet og disposisjon av egen inntekt hadde ingen statistisk signifikant innvirkning på bruk av FP.

Omtrent halvparten av kvinnene hadde vært i kontakt med Family Planning Services (FPS). Det var ikke noen statistisk signifikant forskjell mellom kvinnene som hadde deltatt på FPS og de som ikke hadde det i forhold til frykt for bivirkninger.

Tabell 10 viser at de hyppigst oppgitte grunnene for å ikke ha vært i kontakt med FPS, var at kvinnene ikke visste hvor de kunne gå (ca 1/3), økonomiske, frykt for bivirkninger og at de ville ha flere barn. Her oppga 4 av kvinnene at mannen ikke tillot dette, mens 2 oppga religion som årsak.

	Responser		Prosent av kvinnene
	Antall	Prosent	
Vet ikke om	16	27.6%	32.7%
Langt unna	1	1.7%	2.0%
Mannen tillater ikke	4	6.9%	8.2%
Ser ikke behovet	3	5.2%	6.1%
Redd for bivirkninger	8	13.8%	16.3%
Økonomiske	10	17.2%	20.4%
Religion	2	3.4%	4.1%
Vil ha flere barn	7	12.1%	14.3%
Andre	7	12.1%	14.3%
Totalt	58	100.0%	118.4%

Tabell 10. Oppgitte grunner for å ikke oppsøke Family Planning Services (FPS).



Bilde 2. Føddestua på Adidome sykehus

5.0 Diskusjon

5.1 Hovedfunn

Vi har funnet at 90 av de 92 kvinnene i vårt utvalg fra North Tongu i Volta regionen i Ghana, går til svangerskapskontroll men at ca ¼ går på for lite enn de 4 kontrollene WHO anbefaler som et minimum. Utdanning viser signifikant sammenheng med antall svangerskapskontroller kvinnene går til. Under en tredjedel av kvinnene fødte på sykehus ved siste fødsel. Det som peker seg ut som en hovedårsak til dette er transportproblemer. Økt grad av selvstendighet hos kvinnene synes å øke andelen sykehusfødsler. Bare 14 % av kvinnene i utvalget vårt brukte prevensjon og hovedårsaker til dette er frykt for bivirkninger og økonomi. Postpartum/postnatale tjenester er noe vi har hatt for lite fokus på i denne undersøkelsen, men utfra at bare ca en fjerdedel av kvinnene fikk en somatisk undersøkelse på PNS, kan vi si at kontroll av mors helse etter fødsel trolig er for dårlig.

5.2 Svangerskapskontrollen

Synet på viktigheten av svangerskapskontroller som et ledd i å redusere mødredødelighet, er blitt endret de siste årene. De fleste kvinner som dør i forbindelse med svangerskap og fødsel, dør av årsaker som man ikke klarer å avdekke eller forutsi i forbindelse med svangerskapskontroller. I blant annet en WHO rapport om svangerskapskontroll i utviklingsland, vises det at svangerskapskontrollen ikke har noen signifikant innvirkning på mødredødelighet, men at den kan bidra til å bedre mødre helsen (7). Derimot er fødsel med tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell en svært viktig faktor i reduksjon av mødredødelighet, og svangerskapskontrollen kan benyttes som et redskap til å motivere kvinnene til å føde på sykehus, til å informere om symptomer på komplikasjoner som bør medføre ø-hjelp søking og til å informere om familieplanlegging som anses som en viktig faktor i å redusere mødredødeligheten. (7).

Ghana ligger godt an sammenlignet med andre afrikanske land mht. deltakelse på svangerskapskontroller. Tall fra perioden 2000-2008 viser at i Ghana går ca 92 % av kvinnene til minst en svangerskapskontroll mens tallet for kvinner i resten av Afrika er ca 69 % (20). Når det gjelder de som går fire ganger eller mer, er tallet for ghanesiske kvinner 73 % mot 45 % for kvinner i andre afrikanske land. Dette samsvarer godt med våre funn der 97,8 prosent har vært på minst en kontroll og 72,8 % har vært på fire kontroller eller mer. WHO anbefaler minimum fire svangerskapskontroller hos kvalifisert helsepersonell. Vi kan ikke si noe sikkert om hvorfor ca ¼ av kvinnene har gått til mindre enn fire kontroller. Hadde andelen som ikke har vært på svangerskapskontroll vært høyere, kunne deres grunner for å ikke gå, muligens fortalt oss noe om hvorfor noen går for få ganger.

Innhold på svangerskapskontrollen

WHO anbefaler at det som et minimum undersøkes mht blodtrykk, urin, blod, vekt og høyde (7). Over 95 % av kvinnene i vår undersøkelse fikk utført alle disse leddene men med mulig unntak av vekt og høyde som vi ikke spurte etter. Etter vårt syn virker det som gjennomføring av svangerskapskontroll mht. somatiske status er tilfredsstillende.

Utdanning og svangerskapskontroll

Vi har vist at det er en signifikant sammenheng mellom utdanning og antall svangerskapskontroller. Dette samsvarer med Gyimah SO et al sin studie (8). Men siden våre tall om utdanning og antall svangerskapskontroller spriker såpass mye, er det vanskelig å si sikkert hva som faktisk er signifikante forskjeller. Vi kan dermed ikke fastslå at det er slik som litteraturen sier, at de med høyere utdannelse går til flest kontroller.

Religion og svangerskapskontroll

I vårt materiale finner vi ingen statistisk signifikant sammenheng mellom religion og deltakelse på svangerskapskontroller. Dette står i motsetning til hva Gymiah so et al skriver i sin studie om at kristne har flere svangerskapskontroller enn tradisjonelle(8). I følge de lokale tolkene vi brukte, er det stor sannsynlighet for at andelen tradisjonelle egentlig er større enn det vi fant, og at andelen kristne da muligens er tilsvarende lavere. Dette fordi det visstnok er lavere sosial aksept for den tradisjonelle religionen og at en del kvinner derfor har utgitt seg for å ha en kristen bakgrunn heller enn en tradisjonell. Dermed kan det likevel være en statistisk signifikant sammenheng mellom religion og deltagelse på svangerskapskontroll.

Alder på kvinnene

Vi finner ingen sammenheng mellom alder og antall svangerskapskontroller. Dette er i motsetning til Magadi MA et al. som stadfester at tenåringer er i en svak posisjon i svangerskapsomsorgen. Tenåringer kommer seinere til kontroll i svangerskapet, har færre kontroller og føder oftere uten kvalifisert helsepersonell (6).

Kontroller og fødested

I motsetning til litteratur som viser at økt deltagelse på svangerskapskontroll medfører økt andel fødsler med kvalifisert helsepersonell, finner vi ingen slik korrelasjon. I en WHO rapport om svangerskapskontroll i utviklingsland (7) får vi kjennskap til at Sub-Sahara Afrika skiller seg ut med hensyn til at selv om den store majoriteten går til en eller flere svangerskapskontroller, er det fremdeles et mindretall som føder med kvalifisert helsepersonell tilstede. I alle regioner utenom sub Sahara Afrika er det leger som utfører den største andelen av svangerskapskontrollene. Dette kan være en årsaksfaktor mht diskrepansen mellom høy deltagelse på kontroller og liten andel fødsler med kvalifisert helsepersonell (7)

Antall kontroller og paritet

I utviklingsland har kvinner av høy paritet færre kontroller enn de som har født færre barn, unntaket er Sub-Sahara Afrika der forskjellene er små (7). Dette er i samsvar med vår undersøkelse der vi ikke finner noen sammenheng mellom paritet og antall kontroller.

Tid for første svangerskapskontroll

Ghana skiller seg ut fra resten av Sub-Sahara Afrika ved at majoriteten går til første svangerskapskontroll i første trimester, mens i resten av Sub-Sahara går størsteparten først i løpet av andre og tredje trimester (7). Våre funn samsvarer med dette – der 72,8 % går til første kontroll i løpet av første trimester.

Svangerskapskontroll hos TBA

Ca 55 % av kvinnene går til svangerskapskontroll hos TBA med gjennomsnittlig antall besøk på 3,7 og median på 3. Vi ser ingen signifikant sammenheng mellom antall svangerskapskontroller hos SHW og antall kontroller hos TBA. Kvaliteten på TBA skal angivelig være varierende og det er vanskelig å si noe samlet om innholdet på disse kontrollene.

5.3 Fødested

Å øke andelen som føder med tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell regnes som en av de viktigste måtene å redusere mødredødeligheten på. I Ghana føder 57,1 % med SHW (by: 83,4, landsbygd: 43. Volta region: 57,3) (9) mot 27,2 % i vår undersøkelse. At vårt tall er så lavt i forhold til det som oppgis for Volta regionen, kan ha å gjøre med at vi kun har regnet med de som fødte på sykehus som fødsler med SHW. Kun i perioder kommer det SHW fra utlandet og jobber på Seva community clinic.

Ser vi på alle som har født på SCC og sykehus, samt de som har født et annet sted men uttrykt ønske om å føde på sykehus, utgjør dette ca 71 %. Vi spurte ikke de kvinne som ikke hadde født på sykehus direkte om de egentlig ønsket å føde på sykehus. De som har svart at de egentlig ønsket å føde på sykehus har sagt dette uoppfordret. Det kan hende flere hadde svart at de ønsket å føde på sykehus hvis vi hadde spurt om dette direkte. Det er altså et stort flertall som ønsker å føde i en profesjonell setting. Mange av kvinne i dette utvalgte vil mest sannsynlig betrakte SCC som et sykehus. Samtidig uttrykker 17 av de 51 kvinnene som fødte hjemme eller hos TBA tiltro til fødestedet som en av grunnene for valget, så det er nærliggende å tenke seg at en del kvinner ikke ser nødvendigheten av å føde på sykehus.

Transportproblemer

Transport seg ut til å være en av de store hindringene for kvinner mht. å komme seg til sykehus for å føde. Lett tilgang og mangel på transport er noen av de hyppigste svarene kvinnene oppgir som årsak til valg av SCC, hjemme hos TBA og hjemme som fødested. Dette er også i tråd med hva vi har blitt fortalt av folk som jobber med mødrehelse i området og fra undersøkelser i regi av WHO som oppgir at ca 25 % av kvinnene oppgir transportproblemer som grunn for manglende kontakt med MHS (9). Andelen sykehusfødsler er lav men samtidig er altså deltagelsen på svangerskapskontroll på sykehus høy. En mulig forklaring på denne diskrepansen kan være at en del fødsler skjer såpass raskt at man ikke når ordne transport til sykehuset mens transport til svangerskapskontroll kan planlegges i god tid. Vi ser i tallene fra transportmidler brukt til å komme seg til svangerskapskontroll, at det overveldende flertallet bruker tro-tro som kun går maks en gang om dagen. Sett i lys av dette, blir transport til sykehus for å føde, fort et problem. En annen mulig medvirkende årsak er at, som vi har blitt fortalt av folk som kjenner området, slekt og familie ikke liker at kvinnen føder på sykehus da de da ikke vil kunne være med henne under fødselen. Dette gjenfinnes også i litteraturen(10). De få kvinnene som har tilgang på bil føder mer på sykehus enn de som ikke har det, men pga lite materiale finner vi ingen statistisk signifikant sammenheng. Det ville være interessant å se på dette i et større utvalg da man kanskje ville få fram en signifikant sammenheng siden transportproblemer jo ser ut til å være en avgjørende faktor mht. den lave andelen som føder på sykehus.

Avstand

Når det gjelder avstand fra sykehus i tid og km, er dette noe usikre tall da nøyaktige avstandsmålinger ikke er gjennomført og reisetiden selv fra samme landsby vil kunne variere fra dag til dag og med årstidene. Vi tror allikevel at det gir et rimelig adekvat bilde av reisesituasjonen. Antall kvinner som føder hjemme øker med økende avstand til sykehuset. Blant de som bor mer enn 10 km fra sykehuset føder ca 30 % på sykehus, mens for de som bor 6-10 km fra er andelen som føder på sykehus ca 15 %. I 6-10 km gruppen er derimot andelen som føder på SCC mye høyere enn for hele utvalget av kvinner som føder på SCC, henholdsvis 38,5 % mot 17,4 %. Grunnen til dette kan være at en del av landsbyene i nærheten av SCC også ligger 6-10km fra sykehuset og mange av kvinnene i disse landsbyene

har valgt å dra til SCC fremfor sykehuset for å føde. Vi har også sett at det er tydelig sammenheng mellom det å bo ca 45 minutters gange fra SCC eller mindre og valg av SCC som fødested. Vi kan tolke dette som at mange av kvinnene ønsker å føde i en klinikk eller sykehus fremfor å føde hjemme, og at hvis transportproblemene oppheves vil flere gjøre dette. Vi ser også den samme tendensen når det gjelder avstand i tid fra sykehuset og valg av fødested. De som bor mer enn en times reise fra sykehuset føder ca dobbelt så ofte hjemme som de som bor under en time unna. Gruppen som bor over en time unna føder også mindre på sykehus enn de som bor under en time fra sykehus.

Økonomi.

I vår undersøkelse er det bare fire kvinner som oppgir økonomiske problemer som årsak til valg av fødested utenom sykehus. Dette står i sterk kontrast til tall fra WHO hvor nærmere 50 % av kvinnene oppgir økonomi som årsak til at de benytter seg lite av MHS (9). Vi er overrasket over at vi fant det vi fant her – dette utfra WHO sine tall og opplysninger fra folk som jobber med MHS i området. En mulig tolkning av de lave tallene vi fant, er at gratis MHS-tilbud som Ghana innførte i 2003 faktisk fungerer (19), men da skulle jo dette mest sannsynlig også kommet fram i WHO sine tall. En annen mulig forklaring kan jo alltid være underrapportering av dårlig økonomi grunnet skam.

Opplevelser på sykehus og inntrykk av MHS.

I vår undersøkelse er det bare 3 av 92 kvinner som rapporterer å ha blitt dårlig behandlet av sykehuspersonell. Over 95 % er generelt godt fornøyd med MHS og bare 2 av 92 kvinner oppga mistillit til sykehus som grunn for å ikke føde der. Dette står i kontrast til hva Jansen I. (11) finner, og vi tenker at det kan være at kvinnene ikke har vært helt ærlige på dette området – at de har svart det de tror intervjuer, som jo er helsepersonell, vil høre. Dermed er det mulig at dårlige opplevelser som pasient i helsevesenet er en, i dette tilfellet skjult, årsak til at såpass få velger sykehus som fødested. Kvinnene som har født på sykehus tidligere fødte tre ganger så ofte på sykehus ved siste fødsel som de som ikke har født på sykehus tidligere. Dette kan støtte det vi har funnet om at de er fornøyd med den behandlingen de har fått på sykehus tidligere.

Kvinnerns autonomi og fødested

Med utgangspunkt i den fortolkning at kvinner som ikke bor med mannen sin og kvinner som lever i polygame forhold, har mer selvstendighet enn kvinner som bor med mannen og monogame kvinner, kan vi si at en høyere grad av selvstendighet har innvirkning på valg av fødested. Vi har vist at det er en statistisk signifikant sammenheng. Polygame, de som disponerer egen inntekt og de som ikke bor sammen med mannen, føder mer på sykehus enn andre. Utfra dette kan man si at å øke kvinnerns autonomi trolig vil øke antall fødsler med profesjonelt helsepersonell tilstede og dermed redusert mødredødelighet og morbiditet.

Svangerskapskontroll og sykehusfødsel.

Ca ¾ av kvinnene som har vært på svangerskapskontroll ble anbefalt av helsepersonellet der å komme tilbake til sykehuset for å føde. Ca 1/3 av disse kvinnene fødte på sykehus. Ca 13 % av kvinnene som ikke ble anbefalt å føde på sykehus, gjorde det. Andelen som blir anbefalt å føde på sykehus har her dobbelt så stor sannsynlighet for faktisk å gjøre det sammenlignet med de som ikke denne anbefalingen. Denne forskjellen er ikke statistisk signifikant i vår undersøkelse. Samtidig er ikke andelen av kvinner som er blitt anbefalt å føde på sykehus og gjør det, mye høyere enn for utvalget av kvinner som helhet, h.h.v 29,4 % mot 27,8 %. I blant annet en WHO-rapport om svangerskapskontroll i utviklingsland, kommer det fram at en av

de viktigste funksjonene svangerskapskontrollen har mht. å redusere mødredødeligheten, er å informere kvinnene om viktigheten av å føde med tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell (7). I vår undersøkelse kan vi ikke si sikkert at informasjon om dette på svangerskapskontroll, har noen sikker effekt mht. øke andel sykehusfødsler, men en grunn for dette, at vi ikke finner denne sammenhengen, kan være at anbefalingene og informasjonen som blir gitt, ikke er gode nok. Det ville derfor være nyttig å undersøke nærmere hva som blir sagt i forhold til dette på svangerskapskontroll og om denne informasjonen og oppfordringen om sykehusfødsel, kan forbedres slik at flere føder på sykehus.

Risikogrupper og sykehusfødsel

Kvinner som har født mange barn og tenåringer er risikogrupper mht. komplikasjoner i svangerskap og fødsel (14). Vi finner at bare ca 10 % tenåringene har født på sykehus mens multiparaene føder omtrent som gjennomsnittet for hele utvalget. Dermed kan vi si at man må vektlegge ekstra, informasjonen om viktigheten av sykehusfødsel til disse to gruppene. I tillegg kan man se for seg et mulig fremtidig outreach program som retter seg spesielt mot å øke andel sykehusfødsler i disse to gruppene.

Utdanning, religion og fødested.

Vi finner generelt ingen sammenheng mellom utdanning og religion i forhold til valg av fødested. Dette står i motsetning til studier som viser at kvinner med større grad av utdanning og kvinner med kristen bakgrunn (8, 21) føder mer på sykehus enn kvinner uten eller med lavere grad av utdanning og kvinner med annen religiøs bakgrunn. En mulig grunn til at vi ikke finner statistisk signifikant sammenheng her, er at vi kun har en kvinne med utdanning tilsvarende videregående skole slik at vi har lite sammenligningsgrunnlag mht. lav vs høyere utdanning. Når det gjelder religion viser vi til hva vi har skrevet tidligere om religion og svangerskapskontroll.

Mulige sosiokulturelle determinanter fra litteraturen

Her kommer det noen aspekter vi ikke kjente til før vi gjennomførte undersøkelsen og som vi derfor heller ikke har sett spesifikt på. Men det ville kunne være interessant og nyttig å undersøke dette nærmere seinere en gang – for å få en bedre kartlegging av beveggrunner for valg av fødested som jo er helt sentralt mht. senke mødredødeligheten og morbiditeten.

I en studie fra en landsby Kwame Daso/Ghana (2006) kartlegges en del kulturelle og sosiale determinanter bl.a. mht. valg av fødested, som også kan være gjeldende for kvinnene i vår undersøkelse (11). Her kommer det blant annet fram at fødsel blir sett på som noe naturlig, ikke en sykdomstilstand, hvilket innebærer at det er noe som kvinnen burde kunne gjøre hjemme. Kun hvis det oppstår alvorlige komplikasjoner blir det ansett som greit å føde på sykehus eller helsesenter. Samtidig blir komplikasjoner ofte sett på som resultat av noe ved kvinnen – noe personlig, noe ved oppførselen hennes eller at det er et resultat av noe spiritielt, religiøst eller økonomisk. Kvinnen blir ansett som en sterk kvinne og et godt menneske hvis hun kan føde aleine uten hjelp og hun blir faktisk først ansett som en kvinne etter hun har født. Dess vanskeligere en fødsel er dess mer respekt får kvinnen

I den samme studien fra Kwame Daso, får vi kjennskap til at eldre kvinnelige slektninger har en spesielt sentral rolle mht. avgjørelser i svangerskap og fødsel. Disse eldre kvinnene kan velsigne eller forbanne de svangre og fødende kvinnene, så i realiteten er det ikke et alternativ å si nei til anbefalingene og rådene disse eldre kommer med. En forbannelse kan for eksempel være en årsak til at en kvinne ikke greier føde aleine.

En annen studie fra et stort sykehus i Ghana viser at det ofte er en diskrepans mellom det kvinnene lærer av sykehuspersonell mht. svangerskap og fødsel, og det de lærer av mødre, slektninger og venner (12). Vi vet ikke om dette er tilfelle for befolkningen i området vi har studert, men regner det som sannsynlig at det ikke er så annerledes og tenker at helsepersonell må bli flinkere til å ta hensyn til denne forskjellen, bedre kommunikasjonen mellom partene, og tilpasse svangerskapsomsorgen slik at mødre helsen og dødeligheten kan reduseres.

I nok en annen studie fra en landsby i Ghana kommer det frem at fødsel er noe kvinnene søker å ha mest mulig kontroll over selv, og de holder gjerne graviditeten hemmelig så lenge som mulig for å unngå sladder og å unngå ”witchcraft”. Lokalt helsepersonell kan fortelle at dette hemmeligholderiet resulterer i at kvinner venter for lenge med å søke medisinsk hjelp (13).

5.4 Postnatale tjenester

Dette er et område vi har hatt lite fokus på i vår undersøkelse. Vi ser i ettertid at dette er kritikkverdig med tanke på hvor mange kvinner og barn som dør grunnet manglende helsesjekk og behandling etter fødsel.

De første timene, dagene og ukene etter fødsel er en farlig tid for både mor og barn. Halvparten av alle mødre som dør og mange av de nyfødte barna, dør etter det første døgnet etter fødsel. Blødning og infeksjon er hovedårsakene til mødredødeligheten (2).

I vår undersøkelse spurte vi om antall timer kvinnene var på fødestedet, dersom de ikke fødte hjemme, etter fødselen. Av de som fødte på sykehus var den store majoriteten over 48 timer på sykehus etter fødselen og under 10 % var under 12 timer. Dette er bra mht. risikoen for død kort tid etter fødsel.

Den store majoriteten har også vært til postnatal kontroll, men grunnlaget for å si noe om betydningen av denne kontrollen, er dessverre noe tynt da vi ikke spurte etter når denne ble gjort hos de enkelte og det er ikke skilt på om den er utført på sykehus eller av CHN. Våre resultater viser at det er for dårlig oppfølging av mødrenes helse i postpartum perioden og trolig ville flere liv kunne vært spart dersom dette var bedre. Man kan for eksempel se for seg at kontroll på sykehus kort tid etter hjemmefødsel, kunne være en måte å redusere mødredødeligheten på.

5.5 Familieplanlegging

Tenåringsgraviditeter og kort tid mellom graviditetene, øker farene for mor og barn. Uønskede graviditeter medfører mange farlige aborter som utgjør et stort bidrag til den høye mødredødeligheten og morbiditeten mange steder, spesielt i land i Afrika sør for Sahara. Familieplanlegging og prevensjon kan gi kvinner muligheten til å bestemme når og hvor mange barn de skal ha og dermed redusere mødredødeligheten (14)

Det er stor mangel på sikre prevensjonsmidler. Størst er den i Afrika der resultatet er 80 millioner uønskede graviditeter hvert år(1).

I vår undersøkelse oppgir bare 14,1 % av kvinnene å bruke noen form for FP. Nå er dette utvalget av kvinner ikke ideelt for å måle prevalensen på bruk av FP da en del av de fortsatt

ammet og således ikke hadde behov for prevensjon i det undersøkelsen ble gjort. Hvis vi regner med alle som ikke brukte prevensjon, men sa de hadde tenkt til å starte når de ikke lenger ammet, ville prevalensen vært 42,4 %. Tall fra WHO fra 2008 viser at i rurale deler av Ghana bruker 15 % av gifte kvinner prevensjon (9)

Nesten en tredjedel oppgir at en grunn til at de ikke bruker prevensjon er at de er redd for bivirkninger, dette taler for at man på Family Planning Services (FPS) og generelt innen MHS burde bli flinkere til å gi informasjon om nytten og bivirkninger av prevensjon. Nesten en fjerdedel oppgir økonomi som en årsak til at de ikke bruker FP. Vi vet dessverre ikke noe om hvor mange av de som ønsker prevensjon som faktisk kunne ha en reell tilgang, dette er noe som burde undersøkes nærmere.

I denne sammenheng er utbredelsen av abort også noe som burde vært kartlagt.

5.6 Metode

Gjennomføring av undersøkelsen

Tanken bak oppgaven vår var i utgangspunktet å gjøre en undersøkelse som belyste et eller flere helseproblemer hos befolkningen i det aktuelle geografiske området og å bruke denne informasjonen til å utvikle outreach programmer for befolkningen i Mafi Seva området. Den opprinnelige ideen var å lage en spørreundersøkelse som fokuserte mest på kvinner sin deltagelse på svangerskapskontroller. Folk som tidligere har jobbet på Seva klinikken, fortalte oss at for få kvinner deltar på svangerskapskontroller, og at dette skaper problemer i form av at kvinner som kommer til klinikken for å føde med foster i seteleie eller flerlingesvangerskap – noe som klinikken ikke er utrusta til å ta hånd om. Denne informasjonen viste seg å ikke stemme med hva vi kunne finne i litteraturen og vi bestemte oss derfor for å lage en ny problemstilling og nytt spørreskjema. Vi fikk en verdifull leksjon i svakheten ved subjektiv observasjon.

Den nye problemstillingen for oppgaven ble å undersøke hvordan bruken av mødrehelsetjenester i området er, og tilgrunnliggende årsaker for dette. Vi ville undersøke om vi kunne identifisere noen problemområder som vi så, en gang seinere, kunne utvikle outreach programmer utfra.

Utvalget av kvinner ble relativt lite, noe som generelt byr på problemer i forhold til å påvise statistisk signifikans.

Nesten alle de 92 kvinnene som ble intervjuet hadde sistfødte barn i live. Tolkene ble bedt om å inkludere alle kvinner som hadde født i løpet av de siste tolv månedene. Det kan være at de ikke gjorde så stor innsats for å inkludere de som hadde mistet barn. Dermed er det mulig at kvinner som har mistet barn er underrepresentert og at barnedødeligheten er høyere enn det som kommer fram i vår undersøkelse. Det kan da også være slik at disse dødsfallene kan være relatert til utilstrekkelig deltagelse på svangerskapskontroller.

Vi er også usikre på hvor ærlige respondentene har svart. Egne observasjoner om kulturelle forhold tilsier at folk i området har stor respekt for autoriter, som f. eks helsepersonell, og også hvite mennesker generelt. Dette samsvarer med hva vi har blitt fortalt av tolker og andre som jobber med helsearbeid i området. Vi har derfor mistanke om at kvinnene i noen tilfeller kan ha svart hva de har trodd intervjuer ønsker å høre i stedet for hva som var sannheten. Ifølge tolkene, var også spørsmål omkring religion i noen grad assosiert med skam. Særlig det

å ha en tradisjonell tro blir sett ned på. Dette kan igjen ha ført til at tradisjonelle har oppgitt kristendom som religion, slik at ratioen kristne mot tradisjonelle kan være høyere enn det som kommer fram.

Ingen av tolkene hadde medisinsk bakgrunn, og de var ikke profesjonelle tolker. At tolkene var menn og intervjuobjektene kvinner, kan medført at kvinnene ikke har følt seg komfortable med å svare oppriktig på visse spørsmål. Å bruke tolk er i seg selv en mulig kilde til feil.

Det burde også vært inkludert spørsmål om amming og abort.

Avdekking av underliggende sosiokulturelle determinanter.

Vår undersøkelse har ikke gått langt nok i å kartlegge mulige sosiokulturelle forhold som hindrer, begrenser og former kvinnenes bruk av MHS. Blant annet studien fra Kwame Daso (11) har vist at dette også er faktorer som spiller inn ved kvinners bruk av MHS, men dette er ikke noe vi har funnet. Mulige spørsmål som kunne vært stilt i en fremtidig undersøkelse er om noen i familien, TBA, o.l. har anbefalt kvinnene et spesifikt fødested, f. eks hjemme eller hos TBA. I tillegg kunne aktuelle spørsmål vært om det var en konflikt mellom hva kvinnene ble fortalt av helsepersonell under svangerskapskontroll angående graviditet og fødsel og de råd og formaninger de ble gitt av TBA og familie.

Forhåndsforberedelser

Vi ser også i ettertid at det burde vært gjort en grundigere forhåndsundersøkelse av tilbudet og gjennomføring av ante-, peri- og postnataletjenester i området. Vi kjente ikke til at det i tillegg til de store sykehusene i Adidome og Sogakope også finnes noen mindre, statlig drevne klinikker i området, med et varierende tilbud av MHS tjenester og varierende tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell. Vi har derfor ikke kunnet inkludere kvinner som har vært på noen av de mindre klinikkene i vår undersøkelse. Dette har ikke vært et stort hinder da størsteparten av kvinnene uansett hadde benyttet seg av Adidome for alle deler av MHS.

Videre burde vi ha kartlagt gjennomføringen av svangerskapskontrollen bedre for å kunne ha en bedre formening om kvaliteten på disse. Vi rakk kun å få snakket med en vikarierende jordmor en gang. Dessverre kom vi da for sent til å være med på gjennomføringen av svangerskapskontrollene og har således ingen informasjon utover hva vi har blitt fortalt av jordmor.

Særlig når det gjelder postnatale tjenester var vår forhåndskunnskap liten og vi fikk aldri vært med på noen gjennomføring av disse. Vi har derfor ikke noe annet enn andrehåndsinformasjon om innhold og gjennomføring av disse tjenestene. Vi ser blant annet at det burde vært skilt mellom postnatale tjenester utført av CHN og på sykehus, da kvaliteten og bredden i hva som blir tilbudt av tjenester mest mellom disse to, mest sannsynlig er veldig sprikende.

6.0 Konklusjon

Å øke andelen kvinner som føder med kvalifisert helsepersonell, gjennomgår minimum fire svangerskapskontroller og bruker FP, regnes som viktigste veier til å redusere mødredødeligheten. Vi har funnet at i North Tongu i Volta regionen i Ghana, deltar nesten alle på svangerskapskontroll men at en fjerdedel går for få ganger. Samtidig er det altfor få, ca en tredjedel, som føder på sykehus og bare 15 % bruker FP. Avstand og transportproblemer utpeker seg i vår undersøkelse, som hovedhindringer for å føde på sykehus, samtidig som økt grad av kvinners autonomi bidrar i positiv retning. Utfra dette er det en naturlig konklusjon å trekke at større grad av desentralisering av MHS og da med vekt på kvalifisert fødselsnødhjelp, vil kunne bidra til en økt andel av fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell.

Økonomi og frykt for bivirkninger peker seg ut som hovedgrunner til lav bruk av FP. Aktuelle tiltak her ville kunne være bedre informasjonsarbeid fra MHS-personell til pasient, mht. nytte og bivirkninger av FP samtidig som tilgjengeligheten bør bedres ved å enten redusere pris på prevensjon eller ved å dele ut gratis.

Etter denne relativt lille undersøkelsen, ser vi at det er mye man kan gå videre på og undersøke nærmere. Spesielt hadde det vært interessant og potensielt nyttig å gå dypere inn i hvorfor så få kvinner føder med tilstedeværelse av kvalifisert helsepersonell. Det er sannsynligvis mange skjulte kulturelle og sosiale determinanter som burde vært undersøkt nærmere. Med tanke på at økende grad av autonomi hos kvinnene viser økt grad av sykehusfødsler, hadde det vært interessant å kartlegge menns sitt syn på bruk av MHS med særlig vekt på sykehusfødsel.

7.0 Litteratur

1. Faktahefte om FNs Tusenårsmaal og reproduktive rettigheter. Tilgjengelig på:
http://www.fokuskvinner.no/PageFiles/1628/UNFPA_1%c3%b8sark_norsk_final.pdf
2. WHO rapport 2005, make every mother and child count. Tilgjengelig på:
<http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>
3. The Millennium Development Goals report 2010, UN. Tilgjengelig på:
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/mdg_report_2010.pdf
4. CIA world factbook. Tilgjengelig på: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>
5. Store norske leksikon. Tilgjengelig på : <http://www.snl.no/>.
6. Magadi MA, Agwanda AO, Obare FO: A comparative analysis of the use of maternal health services between teenagers and older mothers in sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys (DHS). *Soc Sci Med.* 2007 Mar;64(6):1311-25.
7. WHO, Department of Reproductive Health and Research: Antenatal care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials. Tilgjengelig på:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590947.pdf>
8. Gyimah SO, Takyi BK, Addai I: Challenges to the reproductive-health needs of African women: om health utilization in Ghana. *Soc Sci Med.* 2006 Jun;62(12):2930-44.
9. WHO. Country profile: Ghana. Department of Making Pregnancy Safer. Tilgjengelig på: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/countries/gha_rev.pdf
10. Adanu RM: Utilization of obstetric services in Ghana between 1999 and 2003. *Afr J Reprod Health.* 2010 Sep;14(3):153-8.
11. Jansen I: Decision making in childbirth: the influence of traditional structures in a Ghanaian village. *Int Nurs Rev.* 2006 Mar;53(1):41-6.
12. Bansah M, O'Brien B, Oware-Gyekye F: Perceived prenatal learning needs of multigravid Ghanaian women. *Midwifery* 2009 Jun;25(3): 317-26
13. Bazzano AN, Kirkwood B, Tawiah-Agyemang C, Owusu-Agyei S, Adongo P: Social costs of skilled attendance at birth in rural Ghana. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008 Jul;102(1):91-4.
14. FN. Mål 5: redusere svangerskapsrelatert dødelighet. Tilgjengelig på:
<http://www.fn.no/Temaer/OEkonomisk-og-sosial-utvikling/FNs-tusenaarsmaal/Maal-5-Redusere-svangerskapsrelatert-doedelighet>
15. WHO, definisjon mødredødelighet. Tilgjengelig på:
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/index.html>
16. WHO, Trends in Maternal Mortality, 1990-2008. Tilgjengelig på :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf
17. WHO, country profile Ghana, statistikk. Tilgjengelig på:
<http://www.who.int/countries/gha/gha/en/>
18. UN, MDG 5 tilgjengelig på: <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>
19. Ofori-Adjei D: *Ghana Med J.* 2007 September; 41(3): 94–95.
20. WHO, MDG 5, antenatal coverage. Tilgjengelig på:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/target_5b/en/index.html
21. Addai I: Determinants of use of maternal-child health services in rural Ghana. *J Biosoc Sci.* 2000 Jan;32(1):1-15

8.0 Vedlegg

Maternal Health Questionnaire

1.Age? Yes No	2.Address?	3.Relationship status? Married Single Divorced Polygamous	4. Living with partner? Yes No
5.Religion? Christian Muslim Traditional Other		6.Education? None Primary Junior High Senior High	7.Occupation?
8.Do you have income yourself? Yes No	9.Any of previous children been delivered at hospital (If yes, how many)? Yes No Nr_____		10.Number of children (including children who have died)? Nr_____
11.Any of previous children die during during delivery og whitin the first two days? Yes No	12.Had complications in previous pregnancies that led to seeking contact with the hospital? Yes No	13.Has access to a car (owns or has family/friends close by who will provide)? Yes No	
14.What is the nearest hospital to you? Less than 5 km 6-10 km 11-15 km 16 km or more		15.How long does it take you to go from your house to the nearest hospital using your current means of transportation? Less than 30 min 31-60 min 61-90 min more than 90 min	
16.Ever attended a local education seminar regarding the importance of going to the hospital for antenatal check-ups? Yes No			
17.Ever had an experience of being yelled at or exposed to any other form of abusive behaviour by hospital staff? (If yes describe experience) Yes No			
18.In your last pregnancy did you go to the hospital for antenatal check-up? (if yes, how many times) Yes No Nr_____		19.Which Hospital did you go to?	20.At what stage in your last pregnancy did you first go for antenatal? 1-3 months 4-6 months 7 month or later
21.What did the antenatal visit contain (Tick all applicable)? Blood pressure Urin testing Blood testing Listening to fetal heartsound Checking the lie of the fetus Education			22.Did the hospital staff recommend you to come back to the hospital to deliver ? Yes No
23.What were your reason/s for going / not going for check -up?			

24. Did someone recommend you to go for antenatal check-up? (Tick all applicable) Husband Other family TBA Friends Other		25. How did you get to the hospital for check-up? Car Motorbike Bicycle Tro-Tro Walked Other	
26. In your last pregnancy did you go to the TBA for antenatal check-up? (if yes, how many times) Yes No Nr _____		27. Did the TBA recommend you to go to the hospital to deliver the baby? Yes No	
28. What were your reason/s for going / not going for check-up with the TBA?			
29. Where did the last birth take place? At Home Community Clinic Hospital Other		30. Were there any complications at birth? Yes No	
31. What are the reason/s for giving birth at the chosen place?			
32. If your last birth was not in your home, how long did you stay at place of giving birth? Less than 12h 13-24h 25-48h more than 48h		33. If the birth was at home or other, was a TBA present? Yes No	34. Is your last child alive? Yes No
35. Reason/s for choosing to have a TBA present			
36. Did you visit postnatal services after delivery? Yes No		37. If yes, what were the services you received when you went for post natal? I was examined physically Family planning services My baby was immunized Education Baby was weighed Post natal immunization for me Lab test especially, HB /PCV	
38. What were your reason/s for going / not going for post natal services			
39. Have you attended family planning services? Yes No		40. If no, why not? Not aware Long distance to health facility Husband will not allow Don't see the need Afraid of side effects Financial Religious Other	
41. If you are not using family planning, what is the reason? Want more children Afraid of side effects Husband will not allow Financial Religious Other(specify) _____			
42. Are you using family planning now? Yes No		43. What is the impression about maternal health services where you attend? Very good Good Indifferent Bad Very bad	

