



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 433

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9108

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 109

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Afrika's mødre

Mother Africa

Kandidatnummer 433

BSS9-1 19H

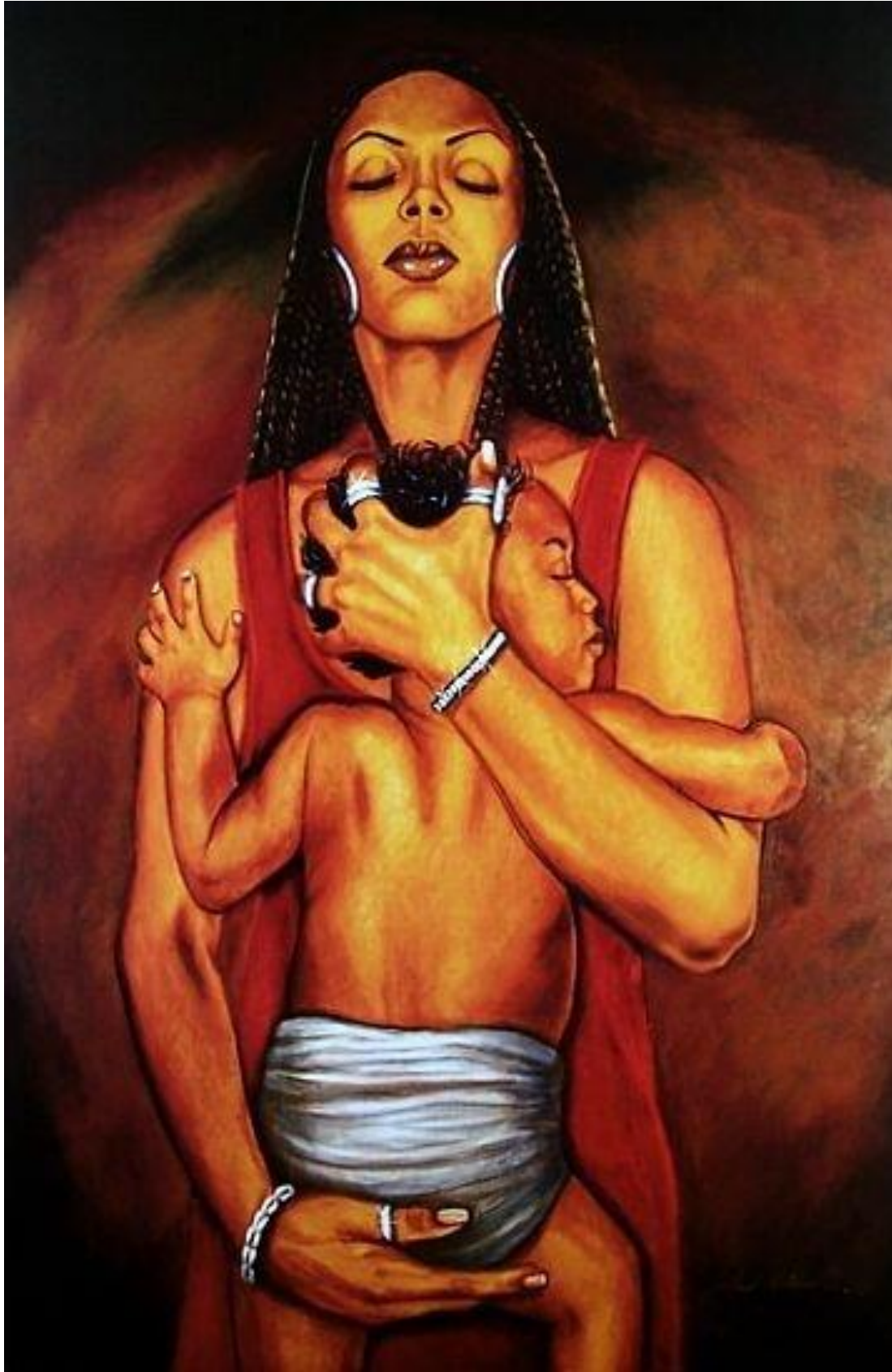
Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 22. 05. 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*



Please Hear My Cry

I am fearfully and wonderfully made,

I have ten little fingers and ten little toes,

A full head of hair and a little button nose,

As I rest in amniotic bliss,

I dream of my mother's kiss,

Nine months have passed and I am fully grown,

My bubble must burst into a life unknown,

But as the time draws near I have feelings of fear;

Will there be pain?

Will my mother labour in vain?

Will I breathe, will I suckle?

Will I be warm or will I shiver?

Who will help my mother deliver?

For all those who hear,

Please make my path clear,

So that I can survive and have a mother who's alive.

Please hear my cry,

I do not want to die,

Promise me that all will be well,

So that I too, like you,

Can have a story to tell!

(Mwine, 2014)

Figur 1: "Eternal bond" av F. Mathews, 2006, <https://evamwine.wordpress.com/author/evamwine/>

Tittel: *Afrikas mødre*

Bakgrunn:

I 2017 døde 295 000 kvinner i verden av fødsels- og svangerskapsrelaterte årsaker. Om lag 90% av dødsfallene forekommer i afrikanske land sør for Sahara. De aller fleste av disse dødsfallene kunne vært unngått. Der fattigdommen er stor, er mødredødeligheten også høy. Tallene vitner om tragiske tap av unge jenters og kvinners liv, men gir også en indikasjon på utfordringene mange gravide unge jenter og kvinner opplever når det gjelder tilgang til seksuelle og reproduktive helsetjenester. Verdenssamfunnet har vedtatt 17 bærekraftsmål (Sustainable Development Goals- SDGs), som skal nås innen 2030. Bærekraftsmål 3 adresserer helse, og delmål 3.1 mødredødelighet, med mål å redusere mødredødeligheten i verden til under 70 per 100 000 levendefødte innen 2030. De nyeste tallene fra FN viser at enkelte land i Afrika har en mødredødelighet på over 1 000 per 100 000 levendefødte. For å adressere denne utfordringen, er et viktig virkemiddel å sikre at flere gravide og fødende unge jenter og kvinner sikres tilgang til kvalifisert helsepersonell. I denne sammenhengen er en viktig yrkesgruppe sykepleierne.

Sammendrag:

Hensikten med bacheloroppgaven er å belyse helsetjenestene som tilbys gravide og fødende unge jenter og kvinner i lavinntektsland i Afrika. Problemstillingen er som følger: Hva kan vi lære av forskningslitteraturen om sykepleierens rolle i kampen for å redusere mødredødelighet og sikre bedre mødre helse i fattige land i Afrika? Forskning viser at økonomiske, sosiale og kulturelle forhold legger store føringer for helsetilbudet, nasjonalt og globalt. Mangel på ressurser kan blant annet føre til sykepleiemangel ved fødsels situasjoner, så vel som mangel på medisinsk utstyr som sykepleieren er avhengig av. Dette kan resultere i dårlig helsetilbud for gravide og fødende, samt vanskeligheter med å få tilgang til trygge svangerskaps- og fødselstilbud for unge jenter og kvinner. Forskning viser at mange av årsakene til mødredødsfall kan adresseres med å investere i tiltak som styrker tilgang til kvalifisert sykepleierkompetanse. Dette kan bl.a. oppnås ved at sykepleiere sikres større grad av kunnskapsbasert opplæring. Forskning viser for eksempel at simuleringstrening, basert på erfaringsbasert kunnskap, kan gi gode resultater i lavinntektsland i Afrika. Med investering i slik opplæring står sykepleierne bedre rustet til å gi pleie som bidrar til trygge fødselsforhold for unge jenter og kvinner i disse landene.

Fremgangsmåte:

Ved avanserte søk i anerkjente databaser har jeg funnet forskningslitteratur for å besvare min problemstilling. Bacheloroppgaven skrives som et fagessay.

Oppsummering: For at verdenssamfunnet skal nå FNs bærekraftsmål 3.1, kreves blant annet at flere unge jenter og kvinner i lavinntektsland i Afrika føder på helseklinikk med kvalifisert helsepersonell til stede. Sykepleierne må sikres bedre opplæring i prosedyrer, kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter samt god kunnskap om obstetikk. Å styrke simuleringstrening for sykepleierne kan være et viktig tiltak i så måte. Investeringer i dette

bør være mulig selv i lavinntektsland, om prioriteringer settes riktig, også globalt. Slike investeringer er viktig også i et menneskerettighetsperspektiv, for å sikre kvinners rettigheter. Det må erkjennes at det fortsatt er mange politiske, økonomiske, kulturelle og sosiale forhold som setter hindringer i kampen for å redusere mødredødeligheten i Afrika, og at denne kampen må føres på mange fronter. Men jeg ser at sykepleiere kan spille en viktig rolle, og at de vil kunne bidra enda bedre i denne kampen, forutsatt god og tilpasset investering i sykepleie og sykepleie-opplæring.

Nøkkelord: Sykepleie, mødrehelse, mødredødelighet, Afrika Sør for Sahara, FNs bærekraftsmål

Title: Mother Africa

Background:

In 2017, 295 000 women worldwide died due to birth- and pregnancy related causes. More than around 90% of these cases took place in Africa South of Sahara, and most of the cases could have been avoided. Where poverty is widespread, the death rates related to birth- and pregnancy are also high. The high death rates indicate not only a high number of girls and women that lose their lives, but also the challenges in access to sexual and reproductive health that many pregnant girls and women face, amongst others. The world community has adopted the United Nations 17 Sustainable Development Goals (SDG). SDG 3 addresses health and 3.1 maternal mortality, with the aim of reducing maternal mortality in the world to under 70 per 100 000 living born by 2030. The latest data from the UN indicates that, in some countries in Africa, the maternal mortality rate stand at above 1 000 per 100 000 living born. To address this major challenge, one important measure is to ensure that more women have access to qualified health personnel during pregnancy and when giving birth. This requires personnel with competence, resources, and knowledge. In this context, one important group of health personnel are the nurses.

Summary:

The purpose of this bachelor's thesis is to seek insight into the health services that pregnant and birth giving women in low income countries in Africa receive, or rather, not receive in an adequate manner, with a focus on the role of nurses. The main issue of my thesis is as follows: What can we learn from research literature about the role of the nurses in fighting for better maternal health care for young girls and women in the low-income countries in Africa? What does research literature tell us regarding the role of nurses in maternal health care in African countries south of Sahara? Research demonstrates that economic, social, and cultural dimensions are key factors that influence both supply and access to health services, nationally as well as globally. For instance, lack of resources may result in shortages in the number of trained nurses in health institutions, as well as lack of essential health equipment that nurses depend upon. This again, may result in limited access and poor-quality maternal health care provided to the young girls and women. Research shows that several of the causes of maternal health could be addressed quite easily by investing in improving the access of qualified nurse

personnel. This could partly be achieved if nurses are provided with more knowledge-based training. Research shows that knowledge based simulation training for nurses can provide good results in low income countries in Africa, by equipping the nurses well, for them to provide the care needed, for a safe delivery for birth giving young girls and women in these countries.

Approach:

I have done advanced search for research literature in recommended data basis, and based on this, done my analysis. The bachelor's thesis is written as academic essay.

Conclusions: In order for the world community to be able to reach Sustainable Development Goal 3.1, by 2030, more women in low income countries must get access to safe delivery services in health clinics, with qualified health personnel present. Nurses must be provided with better training in procedures, communication, interaction skills and sufficient knowledge in obstetrics. Ensuring that nurses are exposed to simulation training has shown to be an important tool in this regard. This should be an affordable investment even in low income countries, if priorities are set right, also globally. This is a question of human rights; the need to ensure women's rights. However, there remain several political, economic, social and cultural constraints impacting negatively on to what extent the goal of reducing maternal mortality in low income countries in Africa, can be met. But I strongly believe, having reviewed research, that improved investment in nursing and nurses is critical, and that nurses could then do even more.

Key words: Maternal health, maternal mortality, Africa South for Sahara, Nursing, UN Sustainable Development Goals.

Innhold

Innledning	1
Teori.....	2
Mødrehelse og mødredødelighet	2
Seksuelle og reproduktive rettigheter	3
FNs bærekraftsmål.....	4
Mødrehelse i Afrika sør for Sahara	5
Sykepleieteori og sykepleies rolle	6
Metode	8
Valg av metode og skriveform	8
Søkeprosessen.....	9
Kildekritikk.....	11
Etiske overveielser	13
Resultat	14
Diskusjon	20
Konklusjon.....	30
Referanseliste	31
Vedlegg	35

Innholdsfortegnelse av figurer og tabeller

Figur 1: "Eternal bond" av F. Mathews.....	Forside 2
Figur 2: «Multidimensional Poverty Index».....	6
Tabell 1: PI(C)O.....	10
Figur 3: Prosentandel av fødsler med tilstrekkelig helsepersonell. Verdenskart 2017.....	25
Tabell 2: Oversikt over søkeord og MESH- Termer.....	35
Tabell 3: Litteratormatrise.....	36-38
Tabell 4: Søkeord i Pubmed, Embase, medline og Cochrane.....	39-41
Tabell 5: Søkeord i WHO og Google Scholar.....	42

! Merknad: Antall ord i oppgaven: 9108.

Dette ekskluderer sammendrag, innhold, referanseliste og tabeller. Det inkluderer henvisning til kilder i teksten.

Innledning

Lyden av barneskrik fyller rommet på et sykehus i Zimbabwe. Her hjelper sykepleieren og jordmoren en kvinne med å føde sitt første barn, med rent fødselsutstyr og beredskap i fall komplikasjoner. På en kvinneklinikk i Kongo får en ung jente hjelp av sykepleieren slik at hun får gjennomført en trygg abort. I et klasserom i Somalia, blant fnising og pinlige miner, foregår den ukentlige undervisningstimen om kropp, helse og seksuelle rettigheter. På en helsestasjon i en landsby i Tanzania er prevensjonsmidler og god rådgivning om seksuell helse lett tilgjengelig, og kvinner, menn og ungdommer kan enkelt komme seg dit. Hjemme hos en sykepleier i Nigeria snakkes det åpent om seksualitet og helse til hennes 15 år gamle datter og 17 år gamle sønn og disse deler ny kunnskap med klassekameratene sine. Fint, tenker du? Dessverre er ikke dette en virkelighet som mange kvinner, menn og ungdommer i ulike land i Afrika kan kjenne seg igjen i.

Kvaliteten på helsetilbudet og kvinners rett og tilgang til å benytte seg av dette, varierer mye fra land til land. På den lokale helsestasjonen i Tanzania står en 15 år gammel jente i kø i timevis i glødende varme for å få tak i prevensjon. Dette er den eneste dagen i uken helsestasjonen gir ut prevensjonsmidler. Når det endelig er hennes tur, får hun beskjed om at det er tomt (Kårstad, 2016). Rett over landegrensen, i Kongo, ligger en kvinne i en blodpøl med magesmerter i et mørkt og varmt rom. For kvinnen i Kongo er prisen for en trygg abort alt for dyr, og nå risikerer hun å måtte betale med eget liv isteden (Centre for Reproductive rights, 2019). Foran i klasserommet i Somalia underviser læreren i matematikk og engelsk, men undervisning om kropp og seksuell helse uteblir. Viktigheten av kunnskap om seksuell og reproduktiv helse har ikke plass i skoleprogrammet. Det får heller ikke plass som samtaletema med familien eller blant venninnene.

Det er anslått at 295 000 kvinner og unge jenter på verdensbasis døde av komplikasjoner ved fødsel og svangerskap i 2017. Over 90 % av disse kvinnene levde i verdens fattigste land, lavinntektsland, de aller fleste fra land i Afrika sør for Sahara (WHO, 2019). Hva skal til for å redde livene som går tapt? FNs bærekraftsmål 3 har en målsetning om å redusere mødredødeligheten i verden, og «å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett

alder» (FN- sambandet, 2020). Årsakene til dødsfallene er sammensatte, men en viktig årsak er mangelfull kvalitet på helsetjenestene. Sparer vi liv dersom alle kvinner kunne få et tilfredsstillende svangerskaps- og fødselstilbud, med kvalifisert helsepersonell til stede under fødsel? Hvem er kvalifisert til å stå for helsetilbudene?

Det er store ulikheter i verden når det gjelder muligheten for å bære frem et friskt og levende barn, med eget liv i behold (WHO, 2019). På grunn av den store risikoen som kvinner i afrikanske land sør for Sahara er utsatt for (Austveg, 2006, s. 11), ønsker jeg å skrive et essay om kvinnene i noen av disse landene. Deler av oppgaven blir skrevet i det afrikanske kontinentet, da jeg reiser til Tanzania på utveksling, og vil se utfordringene sykepleierne opplever med egne øyne. Jeg tilbrakte mine første seks leveår i Nigeria, og har nok et hjerte som banker for Afrika, med gode minner fra denne tiden.

Hensikten med denne oppgaven er gjennom et litteraturstudium å belyse helsetjeneste som tilbys gravide og fødende kvinner og unge jenter i Afrikanske land sør for Sahara. Problemstillingen min er som følger: Hva kan vi lære av forskningslitteraturen om sykepleierens rolle i kampen for å redusere mødredødelighet og sikre bedre mødrehelse i fattige land i Afrika? I oppgaven skal vi følge den fødende kvinnen i Zimbabwe, og stifte bekjentskap med sykepleieren i Nigeria. Nå skal sykepleie til gravide og fødende kvinner i disse landene settes i søkelyset.

Teori

Først noen begrepsavklaringer for å avklare hovedelementer i oppgaven.

Mødrehelse og mødredødelighet

En frisk mor

Mødrehelse, eller maternal helse, handler om kvinners helse under svangerskap, fødsel og gjennom barseltiden (WHO, u.å-a). Når en mor er frisk, virker alle kroppens organer. Sinnet hennes er skarpt og rolig, og hun er avbalansert. Hun har et sterkt immunforsvar, et solid

skjelett og bevegelige ledd. Hun føler seg selv fysisk, mentalt og spirituelt trygg og vel. Til slutt er voksen nok til å ha et foster som utvikler seg, og er i stand til å gi og ta vare på et nytt liv (Every mother counts, 2014). Mødrehelse handler om sosiokulturelle, økonomiske faktorer og omstendighetene rundt kvinner i svangerskap og fødsel. Obstetrikk er læren om svangerskap og fødsel, som er viktig kunnskap for sykepleierne som jobber med mødrehelse (Store medisinske leksikon, 2019).

En syk mor

Dårlig mødrehelse, kan føre til mødredødelighet. Mødredødsfall er definert i ICD- 10, som dødsfall hos en kvinne i svangerskap, eller som dødsfall i løpet av 42 dager etter at graviditeten er avsluttet (WHO, 2019). Når jeg snakker om mødredødelighet, vil jeg anvende mødredødelighetsratio. Jeg vil bruke forkortelsen MMR, som på engelsk står for «maternal mortality rate» (UNICEF, 2019). Det er et mål på mødredødelighet som viser antall kvinner som dør per 100 000 fødte, levende barn. Slik kan vi følge utviklingen av mødredødelighet på tvers av land. MMR blir også brukt for å se utviklingen i forhold til bærekraftsmålene (FN-Sambandet, 2020).

Dødsårsakene til mødredødelighet

I arbeidet for å redusere mødredødeligheten, er det viktig å kartlegge de direkte årsakene til dødsfallene i Afrika. På verdensbasis skyldes de fleste dødsfallene fem hovedkomplikasjoner. Alvorlig blødning, infeksjoner, hypertensjon, abort og andre indirekte årsaker står for 75% av alle dødsfallene (WHO, 2019). Sykepleierne skal ha kunnskap om alle de nevnte tilstandene. Denne verdifulle kunnskapen kan bidra til å redde liv.

Seksuelle og reproduktive rettigheter

Mødrehelse er nært knyttet til seksuell og reproduktiv helse. Det er et stort og omfattende tema. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell og reproduktiv helse som «en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet og reproduksjon.» (WHO, u.å-b). Begrepet omfatter sykdommer i svangerskap, ved fødsel og fosterets helse. Rett til familieplanlegging, prevensjonsmidler, abort, omskjæring og rett til å

ta frie valg inngår også i seksuelle og reproduktive rettigheter (Nesheim, 2019). For å sikre god seksuell helse må det enkelte individets rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles.

I første paragraf i menneskerettighetserklæringen slås det fast at «alle mennesker er født frie, med samme menneskeverd og menneskerettigheter» (UN, u.å). Jeg trekke frem Artikkel 12 i menneskerettighetserklæringen som omhandler spesifikt retten til høyest oppnåelig fysisk og mental helse standard. Her nevnes retten til *tilgang til helsetjenester* og retten til *frihet fra* underliggende forhold som skader helsen (Austveg, 2006, s. 161). Siden mødre helse og seksuell og reproduktiv helse henger tett sammen, vil jeg i oppgaven komme noe inn på sykepleiers rolle i å ivareta kvinners seksuelle og reproduktive rettigheter, da -knyttet til svangerskap og fødsel.

FNs bærekraftsmål

Ved slutten av 2015 var tiden for FNs tusenårsmål over. Verdenssamfunnet hadde gjennom 15 år, forsøkt å jobbe målrettet for å bekjempe fattigdom. Mål nummer fem var å forbedre mødre helse (UN, 2015). Til tross for arbeidet som ble lagt ned for å forbedre mødre helsen, døde det i 2015 fortsatt langt flere kvinner hver dag enn målsetningen til tusenårs målet tilsa. Utfordringene knyttet til tilgjengeligheten av reproduktive helsetjenester ble også satt på dagsordenen.

I 2015 vedtok verdenssamfunnet «Agenda 2030», med 17 nye bærekraftsmål (SDGs), som en oppfølging av tusenårs målene. Mål 3 er «God Helse» (FN- sambandet, 2020). Det handler om å sikre og fremme god helse for alle. Delmål 3.1 adresserer mødre dødelighet. Det konkrete målet er at mødre dødelighetsratioen skal reduseres til 70 dødsfall per 100 000 fødsel innen 2030. Hvert enkelt land har sin egen målsetning, men ingen land skal ha en MMR over 140 per 100 000 fødsel i 2030. For oppgavens relevans, viser jeg videre til SDG delmål 3.7 om at vi skal sikre allmenn tilgang til seksuell og reproduktiv helse, og SDG 3.C om «økt rekruttering, utvikling og opplæring av helsepersonell i utviklingsland (...)» (FN- sambandet, 2020). Den sentrale rollen sykepleiere har for at vi skal oppnå bærekraftsmål 3, med fokus på

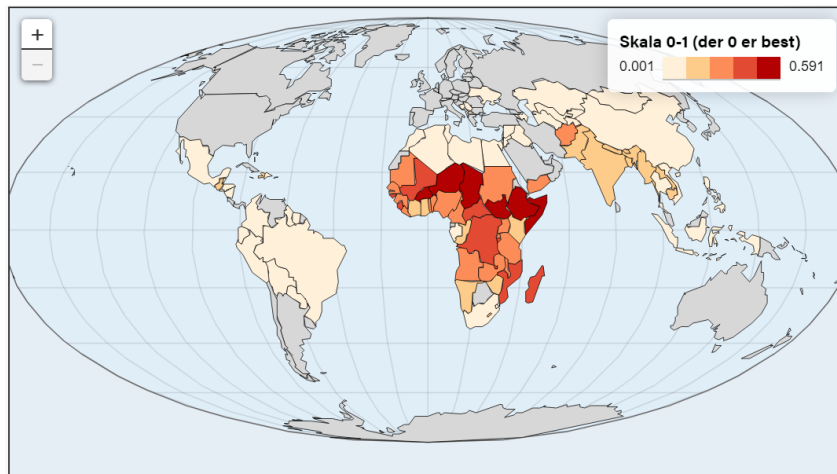
delmål 3.1 om mødredødelighet, kommer frem i oppgaven min, og er grunnlaget for hvorfor jeg har valgt temaet mødrehelse for bacheloroppgaven.

Mødrehelse i Afrika Sør for Sahara

94 % av svangerskaps og fødselsrelaterte dødsfall, foregår i lavinntektsland, de aller fleste i landene i Afrika sør for Sahara. Den tredje verden, det globale sør og utviklingsland er andre begreper som favner fattige land. I 2017 hadde regionen en MMR på 542. Det er et uvirkelig høyt tall, og får FNs bærekraftsmål til å virke svært ambisiøse. Vi ser at forskjellene er store både innad og mellom landene i verden. MMR strekker seg fra 12 dødsfall per 100 000 fødsel i utviklede områder, til 546 dødsfall i enkelte land i Afrika (Alkema et al., 2015).

Fattigdom er ikke ensbetydende på at man ikke har penger. Det handler også om mangel på trygghet, valgmuligheter, ressurser og forutsigbarhet. En avansert måte å måle fattigdom og levestandard på er «*Multidimensional Poverty Index*» (MPI), altså multidimensjonal fattigdomsindeks (FN-sambandet, 2018). FN måler fattigdom på denne måten både på inntekt og på faktorer som tilgang på rent vann, toaletter, elektrisitet og eiendeler. Landene i Afrika sør for Sahara er noen av landene i verden som er hardest rammet av fattigdom, med lavest MPI.

Hvor fattig man må være for å regnes som fattig? Dette er komplekst, og det er også store forskjeller innad i land. Hjemme hos sykepleieren i Nigeria, må familien gå 30 minutter for å hente rent drikkevann. 8 åringer på skolebenken i Somalia får ikke fullført 6 års skolegang, og for den gravide kvinnen i Zimbabwe venter en fremtid med underernæring både for henne selv, og barnet. Dette er alle kriterier for høye MPI resultater (UNDP, 2019). På figuren nedenfor er det illustrert verdens land i farger med deres MPI.



Figur 2: «Multidimensional Poverty Index», MPI, rangerer på en indeks hvor mange mennesker som lider under fattigdom i et land, og hvor alvorlig denne fattigdommen er (FN-sambandet, 2018).

Det er en tydelig korrelasjon mellom fattigdom og mødredødelighet (FN-Sambandet, 2019). Det er land med relativt mange og sammensatte utviklingsproblemer, hvor utbredt fattigdom er et overskyggende problem. Jeg skal se på sykepleiers betydning i landene som er avbildet med oransje og røde farger på det afrikanske kontinentet. Dette er gruppen av land som har lengst vei å gå for å oppnå FNs bærekraftsmål 3. Verdenssamfunnet vil ikke kunne nå bærekraftsmålene innen 2030 derom ikke disse landene, og de fattigste og mest sårbare gruppene i disse landene tas med i utviklingen. Målet om at «alle skal med» (Doctor, Nkhana-Salimu, & Abdulsalam-Anibilowo, 2018), må i høyeste grad gjelde for de gravide jentene og kvinnene i Afrikas fattigste land.

Sykepleieteori og sykepleiers rolle

I 1899 ble *Det Internasjonale Sykepleierråd* (ICN) stiftet (ICN, 2017). Selv om både legevitenskapen, medisin og sykepleie har utviklet seg siden den gang, er det fremdeles visse grunnleggende prinsipper som alltid vil være knyttet til profesjonen vår (Henderson, V., & Mørland, I.1986, s. 4). Her slås det fast at sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder. Vi skal fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette god helse og hjelpe pasienten med å lindre lidelse. Dette er universelt for alle sykepleiere i verden (NSF, 2000). Når sykepleieren i Nigeria går på jobb, skal hun huske disse aspektene ved sin profesjon.

Øyet som ser:

Hvilken rolle spiller sykepleiere i arbeidet med mødrehelse? Svaret på dette kan variere fra øyet som ser. Jeg som skriver, og du som leser, har gjerne mest erfaring med sykepleie i Norge. I motsetning til mange norske sykepleiere, har flere sykepleiere på det afrikanske kontinentet erfaring med kvinner som dør i forbindelse med svangerskap og fødsel på sykehus eller på en lokal klinikk. Det tyder på at ting blir gjort forskjellig. Sykepleiestudentene jeg møtte i Tanzania så på meg med store øyne, da jeg spurte hvordan det manuelle jordmorstetoskopet fungerte. Dette måtte jeg jo vite. Jeg så til gjengjeld tilbake på dem med store øyne da de brukte samme kontaminerte hanske ved vaginalundersøkelse på to kvinner i aktiv fødsel. Tankene mine vandret til Semmelweis, og konsekvensene ved dårlig hygiene (Lund, 2006). Skulle jeg komme med belærende fakta om hva jeg har lært på sykepleiestudiet i Norge, eller skulle jeg prøve å forstå hvorfor de gjorde ting annerledes?

Omsorg i et kulturelt perspektiv

Det kan være vanskelig å forstå andre lands praksis og prosedyrer, spesielt når det står i strid med faktabasert kunnskap og forskning. Derfor ønsker jeg å trekke frem sykepleieteoretikeren Madeleine Leininger. Hun var den første som utviklet en sykepleieteori som systematisk satt søkelys på omsorg i et kulturelt perspektiv (Gonzalo, 2019). I boken «*Transcultural nursing*» (Sagar, 2011, s. 37-39), fremhever hun at transkulturell sykepleie innebærer at forskjellige kulturer, har ulike behov og syn på god helse. Å ha kunnskap om kultur står i samsvar med å ha kulturell intelligens. Dette krever en tilpasset utøvelse av sykepleie (Gonzalo, 2019).

En sykepleier i Afrika møter mennesker fra et bredt spekter av etniske grupper med ulik religion, alder og status. Som sykepleier er det derfor viktig å kjenne til noen av de kulturelle forskjellene, slik at det kan oppnås kulturell kongruens i forhold til pasientens betingelser. *Kulturell kongruens* kan defineres som handlinger, kunnskap og avgjørelser som treffer pasientens verdier og behov (Leininger, 2001). Når en sykepleier er bevisst på å utøve pleie med kulturell kongruens, kan det bidra til at pasienten opplever relasjonen som meningsfull og fordelaktig for hennes ønske. Hensikten med å inkludere Leiningers teori om transkulturell sykepleie i oppgaven, er for å få bredere innsikt i hvordan kulturforskjeller mellom sykepleier og pasient påvirker den utøvende sykepleien.

Relasjonskompetanse er et viktig element for å oppnå kulturell kongruens. Jeg ser på det som en viktig del av det å utøve pasientsentrert sykepleie til mødre, altså sykepleie rettet mot individet. Spurkland (2015), avgrensner relasjonskompetanse til «ferdigheter, evner, kunnskaper, holdninger som etablerer, utvikler, vedlikeholder og reparerer relasjoner mellom mennesker.» Det har betydning for den mellommenneskelige kontakten mellom sykepleier og pasient. Han nevner blant annet menneskeinteresse, dialogferdigheter, kommunikasjon, tillit, konflikthåndtering, og emosjonell modenhet som grunnleggende og avgjørende kompetanser for å lykkes med relasjonsbygging. Det kan brukes av sykepleiere som støttedimensjoner i møte med mennesker. I denne sammenhengen ser jeg på det som støtte for relasjonen og samarbeidet mellom den gravide kvinnen og sykepleieren.

Metode

Valg av metode og skriveform

Valg av metode omhandler fremgangsmåten jeg tar i bruk for å undersøke og samle data. Hvordan får jeg tak i den informasjonen jeg har behov for? Vilhelm Aubert definerer slik; «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer for å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med arsenalet av metoder» (Dalland, 2007, s.81). Ved å gjøre et litteraturstudium har jeg funnet publisert, og upubliserte verk om temaet sykepleie til mødrehelse, og skal sammenfatte dette, for å besvare problemstillingen (Cornin, 2008).

I forberedelsen til oppgaveskrivingen undret jeg meg over hvordan jeg best kunne fremstille sykepleierens rolle for å oppnå bedre mødrehelse i fattige land. Min første plan var å skrive et litteraturstudium med IMRAD struktur. Da ville jeg få frem budskapet på en enkelt og oversiktlig måte. Etter hvert som arbeidet utviklet seg, fikk jeg et større behov for å skildre problematikken med en mer emosjonell fremtoning, knyttet til rettighetsbegrepet og medmenneskelige aspekter. Dermed besluttet jeg at jeg å skrive essay. Det vil også gi en mulighet til å formidle noen av møtene jeg hadde i praksis på sykehus i Tanzania.

Jo Bech Karlsen skriver: «Essayet er en sammensatt og personlig prosaform, der refleksjon over erfaringer bærer teksten. Det er en personlig bearbeidelse av erfaringer i den hensikt å forstå og skape forståelse» (Bech-Karlsen, 2003, s. 19). Å skrive et godt essay innebærer at jeg klarer å balansere følelser og fag, med god formidlingsevne. Det inneholder spørsmål, som skaper undring rundt problemstillingen. Fagteksten skal males med ord, og gjøre leseren klokere enn før han eller hun begynte lesingen (Dietrichson, 2016).

Søkeprosessen

Forfatterstemmen vil både styrkes og utfordres av forskning. I oppstartsfasen utførte jeg generelle søk på oria og google scholar. Jeg erfarte at det ga overveldende mange resultater, men det var allikevel nyttig. På denne måten ble jeg overordnet kjent med det eksisterende fagstoffet, og lærte at WHO, FN, UNDP og UNFPA var nyttige kilder. Fra de store, generelle søkene og fra gode tilbakemeldinger fra min veileder, tok jeg med meg videre at jeg i hovedsak ønsket å bruke FNs bærekraftsmål, menneskerettighetene og ICN's retningslinjer for sykepleiere som støtte til oppgaven. Jeg har samlet litteratur og forskning fra de anerkjente databasene pubmed, cochrane, cinhal og embase, samt bøker fra biblioteket.

Videre var det nødvendig å avansere søket. Relevant og ny forskning ga meg større innsyn og flere perspektiver på mødrehelse i lavinntektsland i Afrika sør for Sahara. For å avgrense mengden litteratur og sikre et fokus, valgte jeg følgende inklusjonskriterier. Kvalitative og kvantitative studier, studier publisert mellom 2012-2020, studier om lokale sykepleiere og helsepersonell som er til stede ved svangerskap og fødsel, sykepleieressurser, studier fra lavinntektsland i Afrika, studier om sykepleie knyttet til mødrehelse og studier om sykepleie til kvinners reproduktive og seksuelle helse. Eksklusjonskriteriene var studier om sykepleiere i andre lavinntektsland i andre kontinenter enn Afrika, om sykepleie til mannens reproduktive og seksuelle helse og studier publisert før 2012.

Som støtte i skriveprosessen brukte jeg boken *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (I. J. Thidemann, 2019). Hun skriver om søkeprosessen to deler; forberedelse til litteratursøket og gjennomføringen av selve søket. Hun anbefaler ulike verktøy som kan benyttes for å ha en god og strukturert søkeprosess. Jeg har valgt å bruke PICO og Mesh-termer (2019, s. 86- 87). «Sammenligning» (C) i PICO, har jeg valgt å ekskludere, da tiltakene ikke skal sammenlignes.

Tabell 1: PI(C)O

	P- populasjon og problem	I- Intervensjon	O- Utfall
Norsk	Sykepleiere Kvinner Mødre	Sykepleie for å forbedre mødre helse i lavinntektsland i Afrika sør for Sahara. Sykepleiers bidrag for å redusere mødre dødelighetsratioen i lavinntektsland i Afrika. Sykepleiers rolle	God sykepleie til mødre i lavinntektsland. Redusert mødre dødelighet
Engelsk	Nurses Women Mothers	Nursing to improve maternal health in low-income countries in Sub Saharan Africa. Nursing interventions to reduce maternal mortality rate in Sub Saharan Africa. Nursing role	Good standard nursing to mothers in low- income countries. Reduced maternal mortality.

Jeg utførte søkene på en strukturert og systematisk måte, ved at jeg kontinuerlig overførte resultater og funn i et eget dokument. Databasene har alle sine styrker og svakheter, og jeg har erfart at jeg får ulike resultater med de samme søkeordene. Derfor brukte jeg søkeordene mine med forskjellige kombinasjoner i forskjellige databaser. Slik sørget jeg for at jeg innhentet et bredt spekter av informasjon. Ved å finne Mesh termer (Medical Subject Headings), forsikret jeg meg om at jeg hadde valgt de riktige ordene for den aktuelle databasen. På den andre siden, kan bruk av mesh termer alene utelukke artikler. Derfor inkluderte jeg også søkeordene

i frisøking. Jeg brukte boolske operatører for å binde søkeordene sammen (Thidemann, 2012, s. 88). Ettersom mange av søkene ga resultater som lå utenfor problemstillingen, valgte jeg å endre og spesifisere søkeordene mine fortløpende. En nærmere oversikt over søkene mine er presentert i tabell 3 i kapittelet *Vedlegg*. I tabellene har jeg inkludert relevante søk, og utelukket søkene jeg har vurdert som irrelevante og feil.

Det aller første søket jeg utførte var om mødredødelighet i afrikanske land sør for Sahara på google. Jeg fant etter hvert ett navn som utpekte seg, og tok kontakt med professor Johanne Sundby ved avdeling for samfunnsmedisin og global helse (UiO, 2019). Hun førte meg videre til navnene Andrea Solnes Miltenburg, Nanna Maaløe og Berit Austveg. Jeg har inkludert noen av deres artikler og bøker i min bacheloroppgave.

På veien har jeg innhentet tilstrekkelig og relevant forskning, kritisk vurdert datamaterialet og knyttet det opp mot sykepleierfaget. Søkeresultatene har jeg gjennomgått ved å først vurdere tittelen, og deretter vurdere artiklenes «abstract». Artiklene jeg har valgt å inkludere har jeg kritisk vurdert med programmet: «Critical appraisal skills programme» (CASP, 2018).

Kildene jeg har brukt har jeg systematisert gjennom refereringsprogrammet «Endnote». Det er viktig for å anerkjenne andre forfatters arbeid, for å effektivisere min egen prosess og sørge for korrekt bruk av APA 6th, etter høyskolens retningslinjer. Jeg har lagt vekt på at det skal være en tydelig rød tråd i oppgaven, mellom, min historie, problemstillingen og fagartiklene.

Kildekritikk

Å innhente data i områder med lite ressurser

Gjennom avanserte søk i databaser og ytterligere søk på internett, har jeg funnet mengder av informasjon, synspunkter og fakta. Mødredødelighet har helt klart en viktig plass over utfordringer som verdenssamfunnet er opptatt av å bekjempe. Det er dog utfordrende å finne troverdig data. MMR og andre lignende målenheter for mødredødelighet er i kontinuerlig endring. For eksempel vil flom, naturkatastrofer og pandemier som COVID- 19 kunne påvirke mødredødelighet, men dette fanges nødvendigvis ikke opp av datagrunnlaget (UNFPA, 2020).

Først og fremst har jeg ønsket å finne den nyeste og mest oppdaterte forskningen. I tillegg har jeg inkludert artikler fra 2012 for å ikke overse god forskning fra FNs tusenårs mål.

Ytterligere valgte jeg å inkludere Berit Austveg sin bok fra 2006, grunnet bokens store grad av relevans og troverdighet. Siden denne boken ble utgitt for 14 år siden, har jeg brukt den som støtte og inspirasjon, og heller hentet tall og data fra nyere kilder. (Gerein, Green, & Pearson, 2006) sin artikkel har jeg også valgt å inkludere, siden sykepleiemangel i Afrika fremdeles er et stort problem.

Det er utfordrende å innhente pålitelig data i samfunn der det er mangel på registreringssystemer. Mange steder i Afrika er det mangel på elektroniske datasystemer. I visse områder mangler de fødselsregister. Å innhente informasjon om befolkningen foregår ofte ved å gå fra dør til dør å stille spørsmål (Austveg, 2006, s. 71). Jeg har sett mødredødelighetsratioer fra samme år variere blant ulike kilder. Det peker videre på store mørketall og svekket validitet. Jeg har derfor valgt å ta i bruk tall fra WHO som utgangspunkt (WHO, 2019). Deres tall er nært knyttet til bærekraftsmål 3.1, og brukes til å måle progresjonen av målene.

Kritisk vurdering

Anerkjente forfattere, og antall inkluderte deltakere i artiklene jeg har funnet, har også vært viktige når jeg kvalitetsvurderer artiklene. Jeg fant at litteraturmaterialet om mødre helse i Afrika innebærer et stort omfang av forskning knyttet til HIV/Aids pandemien- og disse artiklene valgte jeg å utelate. Artikler som kun omhandler jordmødre, har jeg også utelukket, men noen av artiklene som inkluderer flere profesjoner har jeg inkludert, siden spesifikke resultater av sykepleiere er belyst. Jordmoren er en sykepleierspesialist, og har mange av de samme oppgavene som sykepleierne, - spesielt i lavinntektsland i Afrika.

Videre fant jeg mye forskning knyttet til enten ett enkelt Afrikansk land, eller andre lavinntektsland utenfor Afrika. Jeg har utelatt mange artikler av den grunn, men artiklene jeg har anvendt fra enkeltland har belyst overføringsverdien av deres studie til resten av Afrika sør for Sahara.

Jeg har lurt på om avgrensningene jeg har gjort er for svake. Kan jeg generalisere alle de ulike landene? Jeg har også vurdert om det kunne vært mer hensiktsmessig å velge kun kvantitative eller kvalitative forskningsartikler. Siden mødrehelse er et så komplekst tema, har jeg vurdert at begge metodene har gitt meg relevant grunnlag for å belyse problemstillingen min. Til slutt har jeg lurt på om det er riktig å måle dødelighet. Ville det gitt et mer nyansert bilde dersom jeg målte sykkelighet hos kvinnene? Dødelighet og sykkelighet går ofte hånd i hånd, men ikke nødvendigvis.

Med all tvil og kritikk tatt i betraktning, spør jeg om det likevel vil gi et helhetlig bilde? De store forskjellene i mødredødelighet innad i land, og mellom land i Afrika er rystende. Forskjellene er også store på sykehusene. Sykepleiernes arbeid er nært knyttet til ressursene de har (Doctor et al., 2018). Jeg vet at store utfordringer innen helsetjenester er et komplekst spørsmål. Siden sykepleie knyttet til mødrehelse er et omfattende tema, har jeg ikke lykkes med å dekke tematikken helhetlig, men jeg har valgt ut viktige elementer med gode begrunnelser. I oppgaven forsøker jeg å sette søkelys på noen konkrete tiltak som kan bidra til bedring av situasjonen i Afrika sør for Sahara. Tiltakene og utfordringene resultatene mine viser er funnet i mange land, og må tilpasses til hver enkelt situasjon. Hovedfokuset vil uansett være på sykepleietjenestene, men det er viktig å fremheve at sykepleiere er en av flere viktige aktører i helsesektoren, og at andre forhold knyttet til geografiske, politiske, økonomiske og internasjonale elementer bidrar til problemene (Yakubu, Nor & Abidin, 2018).

Etiske overveielser

Å skrive essay innebærer en tydelig fortellerstemme med et subjektivt perspektiv. Jeg deler tanker og historier basert på erfaring, personlig tolkning og fagkunnskap. De etiske overveielsene omhandler anonymisering, grensesetting, faglige etiske retningslinjer og korrekt bruk av kilder. Forskningsartiklene jeg har tatt i bruk er dokumentert etisk forsvarlige. Jeg viser til dette i Tabell 4 i kapittelet *Vedlegg*. Dette har en betydning for meg, både fordi resultatet i artiklene skal være valide, og for at personene som har deltatt i forskningen har blitt behandlet med respekt.

Riktig bruk av kilder er viktig for å vise hvem som står bak arbeidet og forskningen. Uten forskerne, ville jeg ikke hatt mulighet til å finne troverdige resultater som enten støtter opp eller motbeviser mine antagelser. Siden oppgaven ikke spesifikt handler om meg, har jeg unngått å utlevere meg selv, samt passet på å ikke utlevere noen andre. Her ønsker jeg å finne en god balanse mellom de etiske overveielser og retningslinjer for å skrive essay (Bech-Karlsen, 2003). Det har jeg gjort ved å anonymisere i skriveprosessen, og ved å ha tatt et klart standpunkt om dette i planleggingsfasen av oppgaven. Kvinnene jeg snakker om er fiktive, og er eksempler for de som utsettes for mødredødsfall i Afrika. De er basert på artikler jeg har lest, og mennesker jeg har blitt kjent med.

Resultat

Etter jeg utformet problemstillingen, fant jeg søkeord for å belyse noe av forskningen som er gjort rundt helsetjenestene til gravide og fødende i Afrika sør for Sahara. Resultatene fra artiklene jeg har valgt å anvende innebærer kunnskap om hvem sykepleierne er, hvordan sykepleie som blir utøvet, og hvordan sykepleieutøvelsen kan forbedres for å bedre mødrehelsetilbudet. På bakgrunn av resultatene mine ønsker jeg at kvinnen i Zimbabwe får en trygg fødsel, og at sykepleieren i Nigeria trives, og føler seg sikker i sin jobb. En strukturert oversikt over artiklene er presentert i litteraturmatriksen, tabell 4, i kapittelet *Vedlegg*.

«Sykepleierens rolle i Afrikanske land sør for Sahara»

Artikkelen «Roles of nurses in Sub-Saharan African region» (C. Ugochukwu et al., 2013) gir innsikt i sykepleierens rolle i Afrika Sør for Sahara. Studien innebærer tre ulike, atskilte komponenter, deriblant en kvalitativ studie som beskriver hvilke oppgaver sykepleierne har på sykehus.

734 sykepleiere fra åtte forskjellige land i regionen deltok på studien. Hva er sykepleierens viktigste funksjoner? Resultatet viste at de vanligste sykepleieoppgavene innebærer å vise

omsorg for pasienter, å klinisk undersøke pasienter, å utøve grunnleggende sykepleie, å dele kunnskap og informasjon, å opprettholde et hygienisk miljø og å utøve akutt sykepleie. Sykepleie knyttet til mødre helse var listet som en av de ti vanligste sykepleieoppgavene, men det var ikke nevnt av mange nok deltakere til å være allmenn konsensus om at det var en stor del av sykepleierens rolle.

Artikkelen presenterer forskning fra WHO over de vanligste dødsårsakene i 2004. Som fjerde vanligste dødsårsak finner vi dødsfall knyttet til mødre helse. I tillegg står disse landene ovenfor en rask befolkningsvekst. Det belyser at behovet for helsehjelp til kvinner i svangerskap og fødsel er stort. Dette verket påpeker at å utøve sykepleie til kvinner i barseltiden er en del av sykepleierens ansvarsområder. Omsorg til disse kvinnene, samt å sørge for trygge graviditeter og å forebygge mødredødsfall er listet som en sykepleiers og jordmors ansvar.

«Kunnskap om sykepleie for kritisk mødre- og spedbarns omsorg i urbane Afrikanske omgivelser med høy dødelighet: En tverrfaglig studie»

Sykepleierne som jobber i helseinstitusjoner i Afrika sør for Sahara, er alle viktige bidragsyttere for å nå verdens mål som er satt for å redusere MMR. Artikkelen «Nursing knowledge of essential maternal and new-born care in a high-mortality urban African setting: A cross-sectional study» (Murphy et al., 2019), peker på sykepleierenes kunnskapsnivå. Hensikten med artikkelen var å avdekke hvilke prosedyrer knyttet til obstetikk som var sykepleiernes svakheter og styrker. Forskingen er hentet fra Nairobi, Kenya der 125 sykepleiere fra 31 ulike institusjoner deltok på kvalitative intervju. De besvarte spørsmål om diverse prosedyrer, komplikasjoner og utfall ved svangerskapsomsorg og fødsel.

Resultatet viste at spørsmål knyttet til fødselens tredje stadium, nemlig den aktive fasen av fødselen, var deres sterkeste kunnskapsfelt. Det svakeste kunnskapsfeltet var håndtering av hypertensjon. 92% av sykepleierene kunne svare at magnesium sulfat var det foretrukne medikamentet mot eklamptiske krampeanfallet, men kun 31% kunne svare på spørsmål knyttet til dosen og oppfølgingen av medikamenthåndteringen. Videre var det kun 43% av

sykepleierne som kunne svare på de fire viktigste tiltakene om livredning ved fødsel. Blant helsepersonellet, scoret sykepleierne med lengst erfaring, bedre enn de som var nyere utdannet. Studien viser også et skille, der de som hadde gjennomgått simuleringstrening og trent på å håndtere akutt sykepleie nylig, presterte bedre enn de som ikke hadde trent nylig. Forfattere konkluderer med at 31% av deltakerne utøver sykepleie på et svært lavt kompetansenivå, og belyser viktigheten av regelmessig trening og fagutvikling. Simuleringstrening tar oss videre til neste artikkel jeg har valgt å anvende.

«Få det til å skje: Å trene helsepersonell i akutt fødsleshjelp og nyfødt omsorg»

I 2015 publiserte Elsevier artikkelen «Making it Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and new born care» (Ameh & Van Den Broek, 2015). Forfatterne fremmer nøkkelintervensjoner for å forbedre det eksisterende mødrehelsetilbudet. Kvalifisert helsepersonell, flere spesialister, god tilgang til akutt fødselshjelp og bedre ivaretagelse av mor og barn er blant det de ser på som viktig. Helsepersonellet, deriblant sykepleiere, skal arbeide kunnskapsbasert. Konkrete prosedyrer som administrering av antibiotika og medikamenter, manuell fjerning av morkaken, operativ forløsning, assistert vaginal fødsel og gjenopplivning av nyfødte er listet som forventet kunnskap for en sykepleier som arbeider i fagfeltet.

Artikkelen presenterer et treningsprogram kalt «Skills and Drills». Det innebærer tilpasset praktisk og teoretisk øvelse for prosedyrene nevnt ovenfor. Forfatterne hevder at simulering er det mest effektive tiltaket for forbedring, i motsetning til vanlig didaktisk eller klinisk opplæring. Helsepersonellens kunnskap, selvsikkerhet og utførelse viser seg å være forbedret etter simuleringstreningen. Artikkelen forteller dog at det er vanskelig å vise til konkrete, målbare resultater, da målemetodene er mindre valide i områder med lave ressurser. Den anerkjente forskeren, Charles A. Ameh, har videre sett på konkrete resultater av «skills and drills» treningsprogrammet.

«Kunnskap og ferdigheter blant helsepersonell i Sub- Sahara Afrika og Asia før og etter kompetanse- basert trening i akutt fødsels- og nyfødt omsorg»

«Emergency Obstetric and new-born care programs», forkortet EmONC, er en del av 65% av intervensjonsprogrammene for å redusere mødredødsfall i verdens lav- og middelinntektsland. Artikkelen «Knowledge and skills of healthcare providers in Sub- Saharan Africa and Asia before and after Competency- Based Training in Emergency Obstetric and Early Newborn Care» (Ameh et al., 2016), har evaluert effektiviteten av EmONC simuleringstrening som intervensjon for å forbedre helsepersonellens utøvelse av svangerskaps og fødselshjelp.

I studien var det 5 939 deltakere, deriblant 3 045 sykepleiere, som ble evaluert før og etter et 3-5 dagers «skills and drills» kurs. Hver deltaker fikk 40 (av 240) tilfeldige spørsmål om EmONC. Etter utførelsen av treningsprogrammet, ble de på nytt testet med 40 spørsmål. Resultatet viste at det var en signifikant forbedring når det gjelder kunnskap og praktiske ferdigheter. Gjennomsnittlig forbedret svarene til sykepleiergruppen seg fra 60% riktige svar før treningsprogrammet, til 80,3% riktige svar etter treningen. Studien viser at den største forbedringen gjaldt blødninger, som ble forbedret med et resultat på 49% før treningen, til 70% etter treningen. Studien konkluderer med at både kunnskapsnivået og ferdighetsnivået forbedret seg hos 99,7% av deltakerne, men at det er vanskelig å vise til konkrete tall på hvordan simuleringstrening kan redusere mødredødelighetsraten i Afrika.

«Utfordringer ved manglende dekning av helsepersonell for mødrehelse i Afrika sør for Sahara»

Det er klart at helsepersonell, inkludert sykepleiere, utgjør en viktig jobb i dagens samfunn. I 2006 ble artikkelen «The implications of Shortage of Health Professionals for Maternal Health in Sub Saharan Africa» (Gerein et al., 2006) publisert. Forfatterne belyser hvordan manglende helsepersonell påvirker kvaliteten på tilbudet ved klinikkene. Eksempelvis var det 6 sykepleiere per 100 000 innbygger i Uganda, sammenliknet med 773 sykepleiere per 100 000 innbygger i USA. Begge tilfellene ble rapportert som sykepleiemangel. En sykepleier

i Kenya forteller i et kvalitativt intervju at det kan forekomme ca. 80 fødsler på 24 timer. Studien viser til en rekke alvorlige konsekvenser av mangel på sykepleiere i mødrehelsetilbudet.

Mangelen fører til økt arbeidsbelastning på tilstedeværende sykepleiere, lengre ventetid for pasienter, kortere undersøkelsestid og redusert kontroll over infeksjoner på avdelingen. I tillegg belyser forfatterne at mangelen på helsepersonell endrer sykepleierens rolle. Sykepleieren risikerer å fungere som lege, jordmor, assistent og vaskepersonell. Belastningen på hver enkelt sykepleier, skaper misnøye. Et økende problem de siste årene er immigrasjon av sykepleiere til andre land. Faktorer som lønn, trivsel på arbeidsplassen, infrastruktur og tilgang på utstyr, samt ledelse og karriere muligheter, påvirker valget om sykepleiere ønsker å fortsette i jobben sin.

«Ivaretakelse av kvinner under fødsel på helseinstitusjoner i fire land: et tverrsnitts studie med observasjoner fra fødsel og spørreundersøkelser»

«How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys» er publisert i the Lancet av forfatterne Bohren et al. (2019) Data er innhentet gjennom observasjon av 2 016 kvinner i fødsel, og 2 672 kvinner har besvart spørreundersøkelser på sykehus i Ghana, Nigeria, Myanmar og Guinea mellom 2016 til 2018. Totalt inkluderer studien 4688 fødselshistorier.

Resultatene viste at mer en tredjedel av pasientene opplevde mishandling fra helsepersonell. 838 av 2 016 (41.6%) av de som ble observert, og 945 av 2 672 (35.4%) av de som svarte på spørreundersøkelsen opplevde stigma, diskriminering eller fysisk eller verbal mishandling fra helsepersonellet. Ved observasjonene var de vanligste formene for verbal mishandling å bli skreket til, utskjelt, eller å bli mobbet. Den vanligste fysiske mishandlingen innebar å bli slått, kløpet eller holdt fast mot sin vilje. De yngste og minst utdannede kvinnene var oftest offer for denne type dårlig behandling. Videre viser artikkelen at 59.4% av 4 393 kvinner ble vaginalt undersøkt uten deres samtykke. Når det gjaldt smertelindring, ble dette etterspurt av

142 kvinner, hvorav 48 kvinner fikk avslag på forespørselen om smertestillende medikamenter.

Forfatterne peker på nøkkelord som respekt, likestilling og verdighet som holdninger som sykepleiere burde få bedre opplæring i for å forbedre situasjonen. Økt rom for privatliv ved fødsel, mobilisering i fødselens første stadium, riktig bruk av medikamentell behandling og tilbud om å ha pårørende til stede, er listet som intervensjoner for en bedret mødrehelse og færre dødsfall. Forfatterne legger også vekt på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som grunnlag for forbedring.

«Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient i helse og omsorgssituasjoner i Afrika sør for Sahara: en systematisk undersøkelse»

I artikkelen «Communication in nurse- patient interaction in health care settings in Sub Saharan Africa: A scoping review» (Kwame & Petrucka, 2020), presenterer forfatterne studier om kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Basert på 32 ulike studier med 826 deltakere, viser det seg at kommunikasjonen ved mange sykehus i Afrika sør for Sahara ofte er dominert og styrt av helsepersonellet. Sykepleiere overser pasientens behov og bekymringer, samt mishandler og ydmyker kvinnene på fødeavdelingen. Mangel på privatliv og konfidensialitet, og en streng, upersonlig og autoritær tone blir portrettert.

Studier viser at faktorene som påvirker kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient innebærer miljøfaktorer som: støy, arbeidsbelastning på den enkelte sykepleier, mistillit og manglende konfidensialitet. Kulturelle og religiøse årsaker viste seg å påvirke kommunikasjonen. Artikkelen viser til et eksempel der en sykepleier forteller at «pasienten vil ikke lytte, uansett hva jeg sier, fordi han tror på tradisjonell medisin». (s.18) Videre er språk, maktbalanse og sykepleierens holdninger listet som faktorer som påvirker kommunikasjonen. Forfatterne trekker frem viktige prinsipper ved god kommunikasjon. Det er viktig at pasienten inkluderes og engasjeres i samtale. Forfatterne oppfordrer til gjensidig respekt, tillit, forståelse og samarbeid som grunnlaget for god kommunikasjon.

Diskusjon

Hvert liv tapt, er ett for mye

Når solen står opp en tidlig morgen, går sykepleieren i Nigeria på jobb på sykehuset i landsbyen sin. Som sykepleier sitter hun med ansvaret om å dekke befolkningens helsemessige og sosiale behov, og dette gjelder særlig for utsatte grupper (NSF, 2000). I Afrika Sør for Sahara finner vi utsatte kvinner som lever langt under fattigdomsgrensen, med høy MPI. Når sykepleieren går på jobb i dag, er målsetningen hennes å hjelpe disse kvinnene. Med utgangspunkt i FNs bærekraftsmål skal hun bidra til å redusere mødredødelighetsratioen i verden til 70 dødsfall per 100 000 fødsel innen 2030 (FN- sambandet, 2020). Det er selvsagt at ikke alle livene til de vi vet dør som kan reddes, men sykepleieren er pliktet til å gjøre sitt ytterste for å hjelpe. Basert på statistikken vi kjenner til i dag, betyr det at når solen går ned, og sykepleieren går hjem fra jobb den kvelden, har 808 kvinner i verden mistet livet i løpet av det siste døgnet.

De fem tragediene

Hvilke historier ligger bak de 295 000 antall kvinnene som dør årlig i dag? Vi har tidligere sett at det er fem store direkte årsaker til mødredødsfall, der alle tilstandene er innenfor sykepleierens kompetanseområde (WHO, 2019). Den første årsaken er alvorlig blødning. Kvinnen i Zimbabwe som nettopp ga liv til sitt første barn, mistet 1 liter blod, og livet hennes var ikke til å berge. Hvor var sykepleieren som skulle administrere blodtransfusjon? Den andre årsaken er hypertensjon gjennom svangerskapet, altså eklampsi og preeklampsi. Hadde sykepleieren målt og dokumentert blodtrykket over tid før døden inntraff? Infeksjoner er den neste ledende årsaken. Ble det brukt sterilt utstyr? Eller ble Semmelweis sitt rop om antiseptiske prosedyrer oversett? (Lund, 2006). Kvinnen i Kongo mistet livet alene på et sementgulv. Hun ble stemplet som en synder, og fikk ingen støtte fra helsevesenet i landsbyen til å utføre en trygg abort (Centre for Reproductive Rights, 2019). Den siste ledende årsaken til mødredødelighet er andre indirekte årsaker. Disse oppstår som følge av sykdommer som blant annet malaria, diabetes eller hjerte og kar sykdom (WHO, 2019). Ga sykepleieren undervisning om livsstilsendring til pasienten?

Jeg lister opp disse årsakene fordi denne grovinndelingen av årsaker til mødredødelighet er omtalt i bøker, artikler og FN rapporter jeg har lest, og er tilstander sykepleier skal ha

kompetansen til å håndtere. Artikkelen til C. G Ugochukwu, understreker at disse fem store dødsårsakene, er knyttet til sykepleierens rolle. Sykepleierne i Afrika sin rolle innebærer å kunne administrere medikamenter, observere pasienten og oppdage komplikasjoner. Videre skal sykepleieren veilede til riktig prosedyre, samt vise trygghet og støtte i situasjonen.

I ICN's etiske retningslinjer for sykepleiere, skildres det at sykepleieren har et personlig ansvar for sin praksis, og har ansvar for å oppdatere sin kompetanse gjennom kontinuerlig læring (NSF, 2000). Det kan lære oss at sykepleieren skal arbeide kunnskapsbasert, og utføre prosedyrer til sitt kompetanseområde. Kunnskapen om direkte årsaker til dødsfallene er viktig for at helsemyndigheter iverksetter riktige tiltak, og slik at sykepleierne har best mulig forståelse, og forutsetning for å effektivt bidra til reduksjon av mødredødelighet. Dermed føler jeg meg trygg på å si at helsepersonell, deriblant sykepleiere, har en viktig rolle i rommet når kvinnen i Zimbabwe kjenner riene strømme på.

Sykepleiers kompetanse på stedet

I 2018 hadde kun 59% av kvinner i Afrika sør for Sahara kvalifisert helsepersonell til stede under fødselen (UN, 2019, s. 8). Sentralt i bærekraftsmål 3, slås det fast at for å redusere MMR, må flere kvinner ha helsepersonell til stede ved fødsel (FN-sambandet, 2020). Denne utfordringen blir i stor grad påvirket av mange sosioøkonomiske årsaker, men krever også endringer inne på institusjonene. Sykepleierens utsagn i Gerein et al sin artikkel, som forteller om 80 fødsler gjennom ett døgn på en avdeling, reflektere utfordringene med å klare å bistå hver enkelt kvinne med kvalifisert helsepersonell ved hver fødsel. Fravær av spesialister på fødestuen forekommer daglig (Ameh et al., 2016). Der er det egentlig jordmoren, og om nødvendig legen, som har lederrollen. Der dette ikke er det faktiske tilfellet, ligger mye av ansvaret på sykepleieren. Det krever at sykepleierne har kompetanse og kunnskap i sin rolle på fødeavdelingen.

I løpet av mitt opphold i Tanzania ble jeg imponert over hvordan sykepleiestudentene på fødeavdelingen så trygt kunne bistå kvinner gjennom fødsel. De virket kloke og trygge i deres rolle. De fortalte at på deres fjerde år på sykepleierstudiet har de kun obstetrikk-fag, slik at alle utdannede sykepleiere skal være i stand til å ta imot barn. At alle ferdigutdannede

sykepleiere har kunnskap om obstetrikk, fører til at de menneskelige ressursene står sterkere, og at man kan bruke flere i personalgruppen til flere oppgaver. Jeg tenker det er bra, men det er fremdeles viktig å huske på at kvantiteten, ikke skal gå utover kvaliteten på helsetilbudet.

Artikkelen «*Nursing knowledge of essential maternal and newborn care in a high-mortality urban African setting*» (Murphy et al., 2019) viser at 31% av sykepleierne som deltok i forskningen utøver sykepleie på et svært lavt kompetansenivå. Er det godt nok etter forholdene? De høye dødsratene indikerer et behov for helsepersonell med høyere kompetansenivå. Ser vi på årsakene til mødredødelighet, har vi lært at de aller fleste dødsfallene kan forhindres. Kunnskapen, medikamentene og prosedyrene eksisterer allerede. Utviklede land, som Norge, er eksempel på det. Dermed er det nødvendig å iverksette de rette tiltakene for å forbedre sykepleiernes kompetanse i å for eksempel håndtere graviditetsrelatert hypertensjon som fører til at kvinnen balanserer mellom liv og død.

Studien avdekker at det arbeidsfeltet sykepleierne presterte dårligst i, var akuttisykepleie. Der MMR er høy, forekommer det altså hyppigst dødsfall, og derfor er sykepleiernes kompetanse på livredning helt nødvendig. Har ikke sykepleierne tilstrekkelig kunnskap i sin opplæring om førstehjelp og akutte situasjoner? I så fall, hvordan kan situasjonen forbedres? For det første er evnen til å se komplikasjoner, og håndtere disse avgjørende, - og det krever øvelse. Deretter er trening, fagutvikling og evnen til å anvende kunnskapen man har lært på en hensiktsmessig måte, viktig for å øke kvaliteten på sykepleierne (Ameh & Van Den Broek 2015). På den andre siden undrer jeg meg over om mødredødsfallene handler om mer enn manglende akuttisykepleie, og om det skyldes andre årsaker. Det er gjerne ikke personlige egnethet hos sykepleieren som setter en stopper, men heller strukturelle problemer som gjør situasjonen håpløs for dem. Sykepleieren utgjør en viktig del, men er avhengig av andre forhold som påvirker kvaliteten på svangerskaps- og fødselstilbudet. I det følgende skal vi se på et eksempel på hvordan samspillet på et sykehus kan endre seg, og hvilken betydning det kan ha for mødredødelighet.

Et sykehus i endring

Historien du nå skal lese er hentet fra et sykehus i Tanzania, nærmere bestemt en by med navn Kigoma. For 30 år siden ble det iverksatt et prosjekt for å redusere mødredødeligheten. Med menneskelig innsats og litt økonomisk støtte ble sykehuset snudd på hodet. Medisinsk utstyr ble reparert og gjennomgått, for en billig penge i landsbyen. Det ble startet et systematisk arbeid for å forbedre samhold og arbeidsforhold på institusjonen. Over tid med dårlige arbeidsforhold og defekt utstyr, var det stor misnøye og frustrasjon. Personalmøter ble holdt ukentlig, der tanker og følelser ble luftet, samt et faglig fokus ble løftet. Samholdet ble styrket, og opplæringen ble bedre. Medikamentsituasjonen ble bedret, først og fremst ved å skape oversikt og orden. I stedet for at slektninger var nødvendig for blodtransfusjon, ble det opprettet en blodbank, for å sikre tilgang til blod. I tilfellene der kvinnene døde, ble det innført en grundig gjennomgang, for å lære av feil.

Denne historien forteller Austveg i sin bok, kvinners helse på spill (2006, s. 99). Disse konkrete endringene er forbløffende enkle, men kan være vanskelig å få til i praksis der det er mangel på ressurser. Eksempelet fra Kigoma illustrerer hvordan bedring i samhold, kollegastøtte og arbeidsforhold, inkludert en systematisk opprydning, kan resultere i en betraktelig endring av forholdene. Globalt sett har det i lang tid vært utført systematisk arbeid for å bedre kvaliteten på fødselsomsorgen (Austveg, 2006, s. 105-120). I vår globaliserte verdens utvikles det stadig nytt utstyr og praktiske løsninger for et mer effektivt og avansert helsetilbud. Allikevel troner fremdeles menneskelige ressurser som en av de viktigste elementene for å redusere mødredødelighetsratioen (Chi, 2015). Uten tilgang til kvalifiserte og fornøyde sykepleiere ligger bærekraftsmål 3 dårlig an.

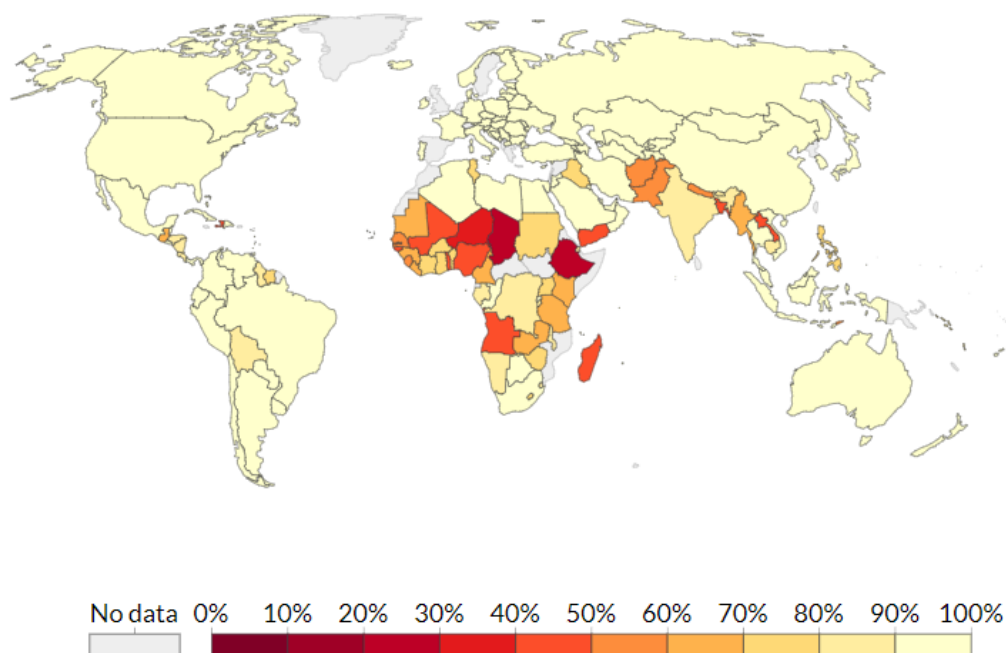
Sykepleierens varme hender

Florence Nightinggale sa en gang at: «Det arbeidet som duger, er det som blir utført av dyktige hender, ledet av en klar hjerne og inspisert av et kjærlig hjerte» (Lastein, 2015). 200 år etter at hun kom til verden, er hennes ord fremdeles høyst aktuelle. Uten menneskelige ressurser hadde ikke god fødselsomsorg vært mulig. Allikevel er det mangel på sykepleiere rundt omkring i verden, og Afrika sør for Sahara er ikke et unntak. Ifølge WHO, vil vi globalt sett trenge 9 millioner flere sykepleiere og jordmødre for å nå universell dekning innen 2030. (WHO, 2020). Artikkelen «The implications of Shortage of Health Professionals for Maternal

Health in Sub Saharan Africa» (Gerein et al., 2006), viser til et eksempel i Malawi, der sykepleier- pasient forholdet var 1:50 på en fødselsklinikk. Kan vi forvente god sykepleie under slike arbeidsforhold? Og hvordan påvirker sykepleiemangelen mødrehelsetjenester?

Forfatterne skildrer at lengre ventetid for hver enkelt pasient, kan i en kritisk fase få fatale konsekvenser. Sykdom hos både mor og barn kan oppstå og utvikle seg raskere, og i verste fall øker dette risikoen for dødsfall. Kvinnene står høygravide i lange køer, noe som setter press på helsepersonellet, og resulterer i mindre undersøkelsestid tid for hver enkelt pasient. I denne fasen, med tidspress, er det fort gjort å overse faresignaler, noe som igjen øker faren for mødredødsfall. I etterkant av fødselen fører mangel på helsepersonell til redusert oversikt og kontroll på infeksjoner i avdelingen. Ser vi tilbake på sykepleiers rolle i Afrika (Ugochukwu et al., 2013), ser vi at hans eller hennes funksjon dekker mange ansvarsområder. Både å vise omsorg, overholde hygieniske prinsipp, og å sørge for trygge graviditeter for å forhindre mødredødsfall, blir utfordrende dersom arbeidsforholdene ikke tilrettelegger for det.

Med tilstrekkelig dekning av sykepleiere for gravide og fødende unge jenter og kvinner, vil den enkelte pasient bli bedre ivaretatt. Bildet nedenfor illustrerer hvor mange fødsler i prosent, som ble utført med godkjent helsepersonell til stede. Med «godkjent» helsepersonell menes personell som var trent til å gi nødvendig overvåkning, omsorg og råd til kvinner i svangerskap, underveis og etter fødselen. Generelt i verden viser det seg å være relativt god dekning, mens det i Afrika sør for Sahara fremdeles er store utfordringer med fødselsdekning (Roser & Ritchie, 2020).

Figur 3: Prosentandel av fødsler med tilstrekkelig helsepersonell. Verdenskart 2017.

Source: World Bank

CC BY

Dersom bærekraftsmål 3.1, skal nås, og flere kvinner skal føde på sykehus, vil det være avgjørende å ha nok kvalifisert helsepersonell på jobb (WHO, 2015, s 26). I samtale med sykepleiestudentene på sykehuset i Tanzania, lurte jeg på hvor de ville søke jobb. De var tross alt ferdigutdannet om noen måneder. De forklarte meg at mange sykehus ikke har ressurser til å ansette nok sykepleiere, og dermed var de fornøyde dersom de fikk jobb. Om det var på andre siden av landet, måtte de si seg fornøyd med det, fortalte de. Når det gjelder mødredødelighet er det altså slik at der mangelen på sykepleie er størst, er også deknningen av sykepleiere lavest (Gerein et al., 2006).

Øvelse gjør mester

De fleste sykepleiere jeg har møtt, husker godt deres første tid som nyutdannet. Jeg mimrer tilbake om nervene mine ved min første praktiske eksamen på sykepleielaboratoriet ved høyskolen i Bergen. Spenningen om jeg klarte å treffe blodåren da jeg skulle legge en veneflon på en medstudent. Jeg var ikke særlig mindre nervøs da jeg for første gang skulle gjøre det på sykehuset på en ekte pasient! Øvelse gjør mester. I artikkelen «Making It Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and new born care» (Ameh & Van Den Broek, 2015), har forfatterne studert simuleringstrening for fødsler- og

svangerskapsomsorg. Artikkelen fremmer helt konkrete prosedyrer som alle sykepleiere skal ha god opplæring i. Hvordan kan vi sikre at sykepleieren vi kjenner i Nigeria går på jobb og er rustet for oppgavene hun vil møte i løpet av dagen?

Artikkelen til Ameh og Van Den Broek (2015) om EmONC trening, støtter opp om at simuleringstrening gir sykepleierne et kvalitetsløft og økt kompetanse. Kompetanse kan defineres som evnen til å «omsette teoretiske, erfaringsbaserte og etiske kunnskaper til praktiske handlinger» (Thidemann & Tønnessen, 2011). Ved simulering trener sykepleierne på situasjoner fra virkeligheten. Når sykepleieren møter på en lignende situasjon i virkeligheten, vil det være enklere å forstå og å handle rett. Ved å investere i pensum, instruktører, utstyr og ressurser, er det ønskelig å oppnå en kunnskapsbasert praksis som forbedrer kvalitet på sykepleieren (Ameh & Van Den Broek, 2015). Vi har tidligere sett at ressursene i Afrikas fattigste land, ofte ikke holder til å ha tilstrekkelig mange sykepleiere i arbeid. Jeg undrer meg over hvor langt ressursene i så fall kan dekke simuleringstrening, dersom det kan være en viktig nøkkel til kvalifisert helsepersonell og bedre tjenester.

Det mellommenneskelige

Når sykepleieren fra Nigeria er på jobb, lykkes hun ikke med god sykepleie til kvinner i svangerskap, fødsel og barseltid med bare ressurser, flere sykepleiere på jobb eller å ha gjennomført simuleringstrening. Det må foreligge et stort mellommenneskelig aspekt. Hennes rolle innebærer å ivareta pasienten, skape trygghet og være til stede for pasienten som er i en fremmed og vanskelig situasjon (Ugochukwu et al., 2013). Tidlig i mitt arbeid om tema til bacheloroppgaven, leste jeg en sak på NRK om kvinner som opplevde vold ved fødsel på sykehus.

«Mer enn hver tredje kvinne i fire land i Afrika og Asia opplever sjokkerende behandling under selve fødselen. Den verste mishandlingen skjer i minuttene rett før fødselen, viser en ny studie.» (Elster, 2019).

I følge Bohren et al. (2019), har helsepersonellet et stort forbedringspotensial i måten de utøver pleie. Gjennom en kvalitativ undersøkelse forsvarte helsepersonellet seg med at tilfellene med mishandling skyldes mødre som ikke er samarbeidsvillig, og at handlingene blir gjort for barnets beste. Gerein et al. (2006) viser også at uheldige skikker lettere kan

forekomme i helsetjenester med lave ressurser og stort press. Jeg tenker at selv om barnets velbefinnende er viktig i denne tidsperioden av fødselen, vil slik oppførsel kunne føre til en forverring av kvinnens angst, stress og verdighet, og dermed virke mot sin hensikt.

De uønskede og kanskje traumatiserende handlingene ses på som brudd på menneskerettigheter. Ved å se på artikkel nummer 25 fra menneskerettighetserklæringen, forstår vi at alle har rett til nødvendig helsehjelp, og mødre og barn har rett til spesiell omsorg og hjelp. Ytterligere har alle rett til frihet, selvbestemmelse og ikke-diskriminering. Hvert enkelt menneske skal respekteres (UN, u.å). For å oppnå å ikke krenke menneskerettigheter knyttet til seksuell og reproduktiv helse, ser jeg på helsepersonellens formidlingsevne av tilstrekkelig informasjon som avgjørende. Ut ifra dette kan jeg hevde at god informasjon om hva som skal skje, hvorfor og hvordan det skal utføres er viktig for å skape en god opplevelse. Altså når kvinnene rapporterer om at de blir berørt uten samtykke, kan det i mange tilfeller løses med god kommunikasjon og forutsigbarhet (Bohren et al., 2019).

Forfatterne belyser at kommunikasjon kan være en nøkkel til bedre pasientbehandling. Forfatterne Kwame & Petrucka (2020), viser til studier som har undersøkt betydningen av kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Å være bevisst på måten man kommuniserer på som sykepleier, tenker jeg er betydningsfullt for å skape en god relasjon. En nedlatende kommunikasjonsform kan skape maktubalanse, som ikke legger grunnlag for et godt samarbeid, men tvert imot skaper motstand og mistillit til sykepleierne.

Ifølge Jan Spurkeland (2015) kan relasjonskompetanse læres og trenes. Aktiv lytting, å anerkjenne andres følelser og å snakke tydelig, kan bidra til økt forståelse og trygghet (Kwame & Petrucka, 2020). Tillit, trygghet og forståelse er viktige verdier i en fødselssituasjon. Det er en del av sykepleiers rolle å utøve den omsorgen til alle kvinner (Ugochukwu et al., 2013), men vi har sett at dette viktige momentet i pleien ofte brytes (Bohren et al., 2019). Det tyder på at når sykepleieren og pasienten skal samhandle, er relasjonskompetanse viktig for å skape et godt samspill. Totalt sett kan samarbeid og god kommunikasjon føre til en verdifull opplevelse for kvinnen. Det kan gi en lettere informasjonsflyt, og resultere i et bedre svangerskaps og fødselstilbud.

Pasientsentrert sykepleie- kvinnens behov i fokus

ICN's retningslinjer påpeker at alle sykepleiere har ansvar for å yte pleie uavhengig av: «alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status.» (NSF, 2000). Ikke-diskriminering er et viktig prinsipp for å kunne gjennomføre WHO anbefalinger for god omsorg. Står dette i samsvar med at kvinner og unges rett til helsetjenester er noe av det første som blir nedprioritert i kriser? (UNFPA, 2020)

Helsepersonell er alle ulike individer, det samme er pasientene. Pasientene har ulike behov, selv om de kanskje er i samme situasjon. Pasientsentrert sykepleie er blant annet viktig for å skape en god relasjon mellom pleier og pasient. I Madeleine Leininger sin sykepleieteori er pasientsentret sykepleie sentralt. Hun skisserer at økonomi, utdanning, livsstil, religion og sosiale forhold er blant faktorer som har betydning for hvordan vi ønsker å bli møtt. Disse faktorene kan ha innvirkning på utøvelsen av sykepleie til kvinnene i svangerskap- og fødsels situasjoner. For eksempel møter sykepleieren i Nigeria 500 ulike språk og 250 etniske grupper på et sykehus i sitt land (FN- Sambandet, 2019). For å kunne utøve god sykepleie i pasientens favør, er hun nødt til å tilpasse pleien til den enkelte kvinne. Jeg tenker det er viktig med en bevisstgjøring av egen kulturell intelligens for å handle med kulturell kongruens.

I Bohrens artikkel anbefaler WHO at sykepleieren oppfordrer kvinnen i fødsel til å ha en person ved sin side. Sykepleieren vi kjenner i Nigeria kan tilrettelegge for at pasienten hennes får en kjærlig hånd å holde i, eller å kan møte et trygt, kjent blikk. Det viser seg å forbedre fødselsopplevelsen. Jeg har derimot opplevd at pårørende ikke alltid blir inkludert i praksis. På sykehuset i Tanzania, synes jeg det var trist at kvinnens følge måtte vente utenfor. WHO, anbefaler også å involvere eventuelt «følge», i deres rapport om å gi kvinner bedre opplevelser ved fødsel (WHO, 2017, s. 97). På den andre siden tar de høyde for at det å involvere pårørende som «følge», skal være kvinnens eget valg. Jeg kan forstå at en slik avgjørelse blir tatt med kulturelle betingelser. ICN's retningslinjer påpeker sykepleierens rolle for å ivareta pårørende. Dernest viser de til at sykepleieren er pasientens «advokat» (NSF,

2000). Fra dette kan vi lære at anbefalinger i teorien, ikke alltid samsvarer med kulturell kongruens, og at det avslutningsvis er kvinnen som har rett til selvbestemmelse (FN, u-å).

Tillit og mistillit

Sykepleierne forteller i intervju at det oppleves frustrerende når kvinnen som skal føde ikke lytter eller samarbeider, noe som de ofte opplever (Bohren et al., 2019). Jeg spør meg hvorfor dette oppleves slik og hva som kan gjøres for å bedre kommunikasjonen. Skyldes utfordringen her at kvinnen har manglende tillit til helsepersonellet som skal hjelpe henne? Spurkeland (2020), hevder at «uten tillit er en relasjon kraftløs eller negativ». Dette legger ikke et godt grunnlag for en trygg pasient- og sykepleier- relasjon. Det er nærliggende å tenke at dersom kvinnen i Zimbabwe har negative opplevelser på helseinstitusjonen, så er det økt sannsynlighet for at hun ved neste svangerskap velger å føde hjemme fremfor på helseklinikken.

Dersom kvinnen føler og opplever at hennes behov ikke ivaretas på en god måte, og at hun ikke blir lyttet til, kan det resultere i at hun vegrer seg for å få hjelp ved svangerskap og fødsel, noe som innebærer en risiko for manglende oppfølging av evt. komplikasjoner og i verste fall dødelighet i forbindelse med fødsel. For å oppnå en respektfull relasjon til den fødende, må kanskje noe av maktbalansen flyttes fra systemnivå til mennesker, og til den unge jenten og kvinnen selv. Vi har tidligere sett at om lag 60% av kvinner i Afrika sør for Sahara føder med kvalifisert helsepersonell til stede, og at FNs bærekraftsmål peker på slik tilstedeværelse som en av de viktigste intervensjonene for å redusere MMR (WHO, 2015). Jeg mener det er grunnlag for å slå fast at sykepleiers kompetanse og handlingsrom for å ivareta og skape tillit til pasienten har stor betydning for kvaliteten på omsorgen hun eller han kan gi pasienten. Pasientsentrert sykepleie bør inngå i opplæring, og opplæringen må bygges på kulturell forståelse. Det vil bidra til å skape positive relasjoner og tillit, noe som igjen gir pasienten bedre forutsetning for å lytte og samarbeide til sykepleieren som skal hjelpe henne.

Konklusjon

I 2015 vedtok verdenssamfunnet de nye bærekraftsmålene. Ambisiøse og langsiktige mål, med håp om en bedre fremtid. Hånd i hånd med målene, går menneskerettighetene som taler for hvert enkeltes rett til å leve, og rett til å ha tilgang på nødvendige helsetjenester. Visjonen om at sykepleierne skal ta imot kvinner i svangerskap, ved fødsel og barseltid med åpne armer, har dessverre vist seg å ikke være like lovende som ønskelig og nødvendig. Ved siden av økonomiske, sosiale og kulturelle, årsaker til mødredødelighet, finner vi fem konkrete og fysiske dødsårsaker. Problemstillingen min ville undersøke hva forskningslitteraturen viste når det gjelder utfordringene helsetjenestene og sykepleierne har, knyttet til mødrehelse i afrikanske land sør for Sahara.

Sykepleierne er pliktet til å fremme god helse, forebygge sykdom, og hjelpe pasienten til å lindre lidelse. Dette er en del av ICNs beskrivelse av sykepleie. Jeg har lært at disse verdiene står i samsvar med hva som blir sett på som sykepleiers rolle i Afrika. Å vise omsorg, og å ivareta mødrehelse på en faglig sterk og profesjonell måte, er forventninger som settes til en sykepleier. Likevel har jeg funnet at dette ikke alltid er mulig. Investeringene i sykepleie og sykepleiernes kompetanse, samt deres arbeidsforhold i fattige land, er ikke tilstrekkelig til å sikre tilgang til gunstig helsetilbud for mange unge jenter og kvinner i disse landene. Forskningen viser at omsorgen og kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier, ofte er skadelidende.

Det forekommer fremdeles 295 000 mødredødsfall årlig, og de aller fleste dødsfallene kunne vært unngått. Å sikre investeringer i tilstrekkelig tilgang på kvalifiserte sykepleiere, med god opplæring i prosedyrer, og kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter, kan bidra i denne kampen. Resultater kan ses gjennom simuleringsbasert trening. Dette løftet er viktig for at verdenssamfunnet skal nå bærekraftsmål 3.1. Det er også viktig for at kvinnen i Zimbabwe skal få den behandlingen hun fortjener, med verdighet og respekt, og avgjørende for at hennes datter eller sønn skal ha en frisk mor. Det er viktig for at sykepleieren i Nigeria, og hennes kollegaer skal kunne fortsette å gjøre en forskjell. Avslutningsvis er det minst like viktig fordi alle mennesker har retten til liv. 2020 er sykepleiernes og jordmødrenes år (WHO, 2020), og 2020 har så langt til fulle demonstrert viktigheten av å investere i gode helsesystemer og

personell. Her må nasjonale myndigheter og verdenssamfunnet ikke glemme viktigheten av å gi unge kvinner og jenter trygg svangerskap- og fødselshjelp.

Referanseliste

- Adegoke, A., Utz, B., Msuya, S. E., & van den Broek, N. (2012). Skilled Birth Attendants: Who is Who? A Descriptive Study of Definitions and Roles from Nine Sub Saharan African Countries (Skilled Birth Attendants in Sub Saharan Africa). *PLoS ONE*, 7(7), e40220. doi:10.1371/journal.pone.0040220
- Alkema, L., Chou, Hogan, Zhang, Moller, Gemmill, . . . Technical Advisory Group. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-474
- Ameh, C. A., Kerr, R., Madaj, B., Mdegela, M., Kana, T., Jones, S., . . . van den Broek, N. (2016). Knowledge and Skills of Healthcare Providers in Sub-Saharan Africa and Asia before and after Competency-Based Training in Emergency Obstetric and Early Newborn Care. *PLoS ONE*, 11(12), e0167270. doi:10.1371/journal.pone.0167270
- Ameh, C. A., & van Den Broek, N. (2015). Making It Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(8), 1077-1091. doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.03.019
- Austveg, B. (2006). *Kvinnens helse på spill : Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. . Oslo: Universitetsforlaget.
- Bech-Karlsen, J. (2003). *Gode fagtekster : essayskriving for begynnere*. Oslo: Universitetsforlaget
- Benova, L., Owolabi, O., Radovich, E., Wong, K. L. M., Macleod, D., Langlois, E. V., & Campbell, O. M. R. (2019). Provision of postpartum care to women giving birth in health facilities in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study using Demographic and Health Survey data from 33 countries. *PLoS medicine*, 16(10), e1002943. doi:10.1371/journal.pmed.1002943
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole*, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., . . . Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763.
- CASP. (2018). CASP. Hentet fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> .
- Centre for Reproductive Rights. (2019). The world's abortion laws. Hentet fra: [https://reproductiverights.org/worldabortionlaws?category\[294\]=294#law-policy-guide](https://reproductiverights.org/worldabortionlaws?category[294]=294#law-policy-guide)

- Chi, P., Urdal, H., Umeora, O., Sundby, J., Spiegel, P., & Devane, D. (2015). Improving maternal, newborn and women's reproductive health in crisis settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(8), 1-26.
- Cronin P, Ryan F, & Coughlan M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg. ed., Helse- og sosialfag : høgskole). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dietrichson, S. (2016). Hva er et essay - og hva er det ikke? ; et essay lar seg ikke så lett definere. *Sykepleien Forskning*, (1), 92-95.
- Doctor, H. V., Nkhana-Salimu, S., & Abdulsalam-Anibilowo, M. (2018). Health facility delivery in sub-Saharan Africa: successes, challenges, and implications for the 2030 development agenda. *BMC Public Health*, 18(1). doi:10.1186/s12889-018-5695-z
- Dominic, A., Ogunidipe, A., & Ogunidipe, O. (2019). Determinants of Women Access to Healthcare Services in Sub-Saharan Africa. *The Open Public Health Journal*, 12(1), 504-514. doi:10.2174/1874944501912010504
- Ellard, D. R., Shemdoe, A., Mazuguni, F., Mbaruku, G., Davies, D., Kihale, P., . . . O'Hare, J. P. (2016). Can training non-physician clinicians/associate clinicians (NPCs/ACs) in emergency obstetric, neonatal care and clinical leadership make a difference to practice and help towards reductions in maternal and neonatal mortality in rural Tanzania? The ETATMBA project. *BMJ Open*, 6(2). doi:10.1136/bmjopen-2015-008999
- Elster, K. (2019, 11. Oktober). Ny studie: Kvinner blir slått, mishandlet og skjelt ut mens de føder. *NRK*. Hentet fra: https://www.nrk.no/urix/ny-studie_-kvinner-blir-slatt_-mishandlet-og-skjelt-ut-mens-de-foder-1.14737010
- Every mother counts. (2014, 23. April). What is maternal health. Hentet fra <https://blog.everymothercounts.org/what-is-maternal-health-125c26430c7e>
- FN-sambandet. (2018, 26. April). Fattigdom. Hentet fra: <https://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Fattigdom>.
- FN- Sambandet (2019, 05. Mars). Nigeria. Hentet fra <https://www.fn.no/Land/Nigeria>
- FN- sambandet. (2020, 28. Januar). FN's bærekraftsmål. Hentet fra: <https://www.fn.no/om-fn/FNs-baerekraftsmaal>
- Gerein, N., Green, A., & Pearson, S. (2006). The Implications of Shortages of Health Professionals for Maternal Health in Sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters: Human Resources for Sexual and Reproductive Health Care*, 14(27), 40-50.
- Gonzalez, M., & Ren, R. (2017). Differences and Determinants of maternal mortality ratio in Sub-Saharan African countries. *Annals of Global Health*, 83(1), 200-200. doi:10.1016/j.aogh.2017.03.496
- Gonzalo, A. (2019, 11. September). Madeleine Leinger: Transcultural nursing Theory. In. *Nurseslabs*. Hentet fra: <https://nurseslabs.com/madeleine-leinger-transcultural-nursing-theory/>.

- Henderson, V., & Mørland, I. (1986). ICN : Sykepleiens grunnprinsipper (Ny utg. ed., Vol. 2.93, Fagserie (Norsk sykepleierforbund : trykt utg.)). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- ICN (2017). Occupational health and safety for nurses. *International Council of Nurses*. Hentet fra: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Occupational_health_safety_0.pdf
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2020). Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: A scoping review. *International journal of Africa nursing sciences.*, 12, 100198. doi:10.1016/j.ijans.2020.100198
- Kårstad, H. (2016). Når prevensjon blir mangelvare. Hentet fra: <https://www.kirkensnodhjelp.no/nyheter/kirkens-nodhjelps-blogg/2016/nar-prevensjon-blir-mangelvare-lider-kvinnene/>
- Lastein, L. J. (2015, 14. Januar). Jeg er sykepleier! *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2015/01/jeg-er-sykepleier>
- Leininger, M. (2001). *Culture Care Diversity and universality: a theory of Nursing*: Jones and Bartlett Publishers, 2001.
- Lund, P. J. (2006, 22. Juni). Semmelweis- en varsler. *Tidsskriftet*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2006/06/medisinsk-historie/semmelweis-en-varsler>
- Martina, A.-O., Jeremy, C., Mechelle, S., & Timothy De Ver, D. (2020). A woman's worth: an access framework for integrating emergency medicine with maternal health to reduce the burden of maternal mortality in sub-Saharan Africa. *BMC Emergency Medicine*, 20(1), 1-8. doi:10.1186/s12873-020-0300-z
- Murphy, G. A. V., Gathara, D., Mwaniki, A., Nabea, G., Mwachiro, J., Abuya, N., & English, M. (2019). Nursing knowledge of essential maternal and newborn care in a high-mortality urban African setting: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 882-893. doi:10.1111/jocn.14695
- Mwine, E. (2014, 26. August). Please hear my cry- a maternal health poem. Hentet fra: <https://evamwine.wordpress.com/2014/08/26/please-hear-my-cry-a-maternal-health-poem/>
- Nesheim, B. I. (2019). I *Store norske leksikon*. Reproduktiv Helse. Hentet fra: https://sml.sn.no/reproduktiv_helse
- NSF. (2000). ICNs etiske regler for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/113949/ICNs>
- Roser, M., & Ritchie, H. (2020,). Maternal Mortality. *OurWorldInData*. Hetnet fra: <https://ourworldindata.org/maternal-mortality>
- Sagar, P. (2011). *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration*: New York: Springer Publishing Company.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., . . . Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
- Spurkeland, Jan (2015). Relasjonskompetanse for å skape resultater i arbeid og på skole. Hentet fra: <http://www.forebygging.no/Global/Spurkelandartikkel%20nr.%202.pdf>

- "Fødselsvitenskap", (2019, 09. Juli). *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.sn1.no/f%C3%B8dselsvitenskap>.
- Thidemann, I.-J., & Tønnessen, V. H. (2011, 19. September). Simulerer akuttssituasjoner. *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/09/simulerer-akuttssituasjoner>
- Thidemann, I., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ugochukwu, C. G., Uys, L. R., Karani, A. K., Okoronkwo, I. L., & Diop, B. N. (2013). Roles of nurses in Sub-Saharan African region. *International Journal of Nursing and Midwifery* , 5 (7), 117-131.). doi:10.5897/IJNM2013.0104
- UiO. (2019, 21. Januar). Johanne Sundby. *Universitetet i Oslo*. Hentet fra: <https://www.med.uio.no/helsam/personer/vit/jsundby/index.html>
- UN. (2015). *The Millennium Development Goals Report 2015*. United Nations. Hentet fra: [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)
- UN. (2019). Special edition: progress towards the Sustainable Development Goals. *United Nations*. Hentet fra: <https://undocs.org/E/2019/68>
- UN. (u.å). Universal Declaration of Human Rights. *United Nations*. Hentet fra: <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- UNDP. (2019). *Global multidimensional poverty index 2019 illuminating inequalities*. United Nations Development Programme. Hentet fra: http://hdr.undp.org/sites/default/files/mpi_2019_publication.pdf
- UNFPA. (2020, 28. April). Millions more cases of Violence, child marriage, female genital mutilation, unintended pregnancy expected due to the COVID- 19 pandemic. Hentet fra: <https://www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies#>
- UNICEF. (2019, September). Maternal mortality. Hentet fra: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
- WHO. (2015, februar). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). World Health Organization. Hentet fra: <https://data.unicef.org/resources/strategies-toward-ending-preventable-maternal-mortality/>
- WHO. (2017). Recommendations on maternal health: Guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Geneva. Hentet fra: https://www.who.int/docs/default-source/sexual-health/stillbirth/who-mca-17-10-eng.pdf?sfvrsn=709591af_2
- WHO. (2019). Maternal Mortality. World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. Hentet fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>
- WHO. (2020). Year of the nurse and the midwife 2020. World Health Organization. Hentet fra: <https://www.who.int/news-room/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

Yakubu, Y., Nor, N. M., Abidin, E. Z. (2017). A systematic review of micro correlates of maternal mortality. *De Gruyter*. <https://doi.org/10.1515/reveh-2017-0050>

WHO. (u.å-a). Maternal Health. Hentet fra: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

WHO. (u.å-b). Reproductive Health. Hentet fra: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>

Vedlegg

Tabell 2: Oversikt over søkeord og Mesh- termer

Søkeord	Mesh term	Norsk
Nursing	Nursing Nurse Nurses Nursing personnel Skilled birth attendant Health care professionals	Sykepleie Sykepleier Spesialsykepleier Helsepersonell
Maternal Health	Maternal health Maternal welfare	Mødrehelse
Maternal mortality	Maternal Mortality Maternal Death	Mødredødelighet
Reproductive and sexual health	Sexual Health Reproductive Health	Reproduktiv og seksuell helse
Low income countries	Africa south of Sahara Sub- Saharan Africa Developing counties Low income countries	Afrika sør for Sahara Utviklingsland Lavinntektsland
Africa	Africa	Afrika
Sustainable Development goals	Sustainable development goals UN Sustainable development SDGs	Bærekraftsmål FN Bærekraftig utvikling

Tabell 3: Litteratormatrise

! Merknad: For å få tabellen på en side (bredde) har jeg justert skriftstørrelsen.

OVERSIKT OVER HOVEDVERK	HENSIKT MED STUDIEN	METODE	POPULAS JON	HOVEDFUNN	KVALITETS- VURDERING OG ETISK VURDERING -kommentarer
“Roles of nurses in Sub- Saharan African region” (C. Ugochukwu et al., 2013).	Beskrive sykepleierens faktiske rolle. Basert på jordmødre, sykepleiere, helsetjenester og brukere av tjenestene sine inntrykk av sykepleiers rolle i Afrika sør for Sahara.	Systematisk oversikt. Kvalitativ studie	734 - sykepleiere 191 - brukere av helsetjenestene	Det ble funnet 9 viktige roller eller oppgaver for sykepleiere. Disse rollene ble både regnet som forventet og hyppigst gjennomført i praksis: Å utøve holistisk pleie, gi opplæring til god helse, ivareta arbeidsmiljøet, å tale for pasientens rettigheter og ønsker, å utøve akuttsykepleie, å utøve obstetikk, forebygge infeksjoner, klinisk vurdere pasienter og behandle pasienter.	Forskjellige forskere utførte den kvalitative undersøkelsen. Godkjent av etiske komiteer ved de fire universitetene.
“Nursing knowledge of essential maternal and newborn care in a high-mortality urban African setting: A cross-sectional study” (Murphy et al., 2019)	Å undersøke sykepleierens kunnskap om nasjonale retningslinjer for akuttsykepleie til mødre og spedbarn i Kenya.	Tverrsnittsstudie Kvalitativ studie	125 sykepleiere	Sykepleierens resultater på undersøkelsen var best når det gjaldt kunnskap om fødselens tredje stadium. Deres svakeste kunnskapsfelt var knyttet til håndtering av hypertensjon ved svangerskap. De som hadde best resultater	Studien hadde få deltakere og er avgrenset kun Kenya. Godkjent av “Kenya Medical Research Institute Scientific and Ethics Review Unit”.

				hadde deltatt på trening minst en gang etter at de var utdannet. Sykepleierne ved helseinstitusjonene som hadde lite ressurser, og færre pasienter, fikk dårligere resultater.	
“Making It Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and newborn care” (A. C. Ameh & Broek, 2015)	Presenterer et program for å trene opp helsepersonell til å kunne utøve god akutt sykepleie til mødre og spedbarn. Vise til konkrete tiltak.	Deskriptiv studie.	Treningsprogrammet er ment for helsepersonell som jobber med mødre helse.	Treningsprogrammet «Skills and Drills», innebærer 9 ferdigheter innenfor akutt pleie til gravide kvinner. Trening, forbedre kvaliteten og evaluering er viktige tiltak for å redusere mødredødelighet.	Studien omhandler også sykepleie til spedbarn. Etiske overveielser er ikke nevnt. Studien innebærer dog ikke deltakere.
«Knowledge and skills of healthcare providers in Sub-Saharan Africa and Asia before and after Competency-Based Training in Emergency Obstetric and Early Newborn Care» (Ameh et al., 2016)	EmONC treningsprogram “skills and drill” er involvert i 65% av intervensjonene for å redusere mødredødelighet. Studien vil evaluere effekten av treningsprogrammet .	Research article	5 939 helsepersonell i Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Sierra Leone, Tanzania og Zimbabwe.	99.7% forbedret resultatene fra før til etter utført treningsprogram. Totalt sett var det en forbedring med P- verdi <0.05. Forbedringene var størst knyttet til spørsmål og blødninger, og minst knyttet til spørsmål om bruk av partografer.	Det er vanskelig å vise til konkret evidens av overføringsverdien til om simuleringstrening reduserer MMR. Studien er godkjent av Helsedepartementet i alle land.
“How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations	Avdekke hvordan kvinner ble behandlet av sykepleiere og jordmødre før, under og etter fødsel.	Tverrsnittsstudie. Spørreundersøkelse og observasjoner i praksis	2 672 kvinner svarte på spørreundersøkelse 2 016 kvinner ble observert	41.6% av kvinnene som ble observert og 35.4% kvinnene som svarte på spørreundersøkelse rapporterte om å bli psykisk eller fysisk mishandlet av helsepersonellet. Yngre kvinner uten utdanning	Observasjonene kan ikke etterprøves. Godkjent av «WHO Ethical Review committee», WHO Review Panel on Research Projects», og etiske komiteer i de involverte landene.

and community-based surveys” (Bohren et al., 2019)				opplevde den verste behandlingen.	
“The Implications of Shortages of Health Professionals for Maternal Health in Sub-Saharan Africa” (Gerein et al., 2006)	Diskuterer utfordringene med mangel på jordmødre, sykepleiere og leger knyttet til mødrehelsetjenester i Afrika sør for Sahara.	Deskriptiv studie Kvalitativ studie		Tilgangen på kvalifisert helsepersonell ved fødsel reduseres grunnet lav bemanning, spesielt i fattige områder. Det resulterer i økt arbeidsbelastning, arbeidsoppgaver utenfor deres kompetanseområde og misnøye blant sykepleierne som jobber.	Studien er fra 2006, som er tidligere enn mine inklusjonskriterier. Jeg har kommentert dette i kapittelet <i>kildekritikk</i> .
«Communication in nurse-patient interaction in health care settings in Sub-Saharan Africa: A scoping review» (Kwame & Petrucka, 2020)	Belyser hvilken effekt kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient har på kvalitet og utførelse av pleien.	Systematisk oversikt	29 artikler og tre avhandling-er	Flere studier har funnet at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er preget av dominans fra sykepleieren. Det skyldes stor arbeidsbelastning, sykepleiemangel, svake kommunikasjonsferdigheter og dårlig ledelse. Resultatet er negative opplevelser og ineffektivt samarbeid. Oppfordrer til å inkludere kommunikasjonstrening i utdanning og kurs.	Artikkelen deler at noen inkluderte studier ikke ble kvalitetsvurdert. Det begrunnes med at det er en systematisk oversikt. Har inkludert etiske overveielser i studien, men det er vurdert som ikke relevant da det er en systematisk oversikt.

Tabell 4: Søkeord i Pubmed, Embase, Medline og Cochrane

! Merknad: Jeg har utført søkene to ganger, på forskjellige datoer. Grunnet ny avgrensning i 2020 regner jeg kontrolløkene som siste og avgjørende søk. Jeg har utført flere søk, men kun relevante søk er inkludert i tabellen.

SØKEORD	DATO FOR SØK OG KONTROLLSØK	DATABASE	FUNN AVGRENSNING	LEST «ABSTRACT»	RELEVANT
Maternal mortality AND «nurse» AND sub- Saharan Africa	05.11. 2019 Kontrolløk: 24.04.2020	Pubmed	15 2012-2020	6	(Adegoke, Utz, Msuya, & van den Broek, 2012) (Ellard et al., 2016) (C. A. Ameh et al., 2016) (Benova et al., 2019)
Maternal mortality AND Sub Saharan Africa AND SDG	05. 11. 2019 Kontrolløk: 24.04.2020	Pubmed	2 2012-2020	1	(Alkema* et al., 2015)
Maternal mortality AND Sub Saharan Africa OR Africa OR Africa South of the Sahara AND Nurse	06.11.2019 Kontrolløk: 24.04.2020	EMBASE	26 2012-2020	12	(Dominic, Ogundipe, & Ogundipe, 2019) (Benova et al., 2019) (Gonzalez & Ren, 2017) (C. A. Ameh et al., 2016)

Sustainable development or UN or United nations AND Africa OR Africa south of the Sahara AND Nurse AND Maternal mortality OR maternal health OR maternal welfare	06.11.2019 Kontrolløk: 24.04.2020	EMBASE	1 2012-2020	1	0
Maternal mortality AND Health care facility OR health facility birth OR health care delivery AND Nurse AND Sub Saharan Africa OR Africa South if the Sahara	06.11.2019 Kontrolløk: 24.04.2020	EMBASE	6 2012-2020	4	0
Nurse OR Skilled birth attendants OR health care personnel AND Health facility AND Africa south of the Sahara OR Africa AND Maternal mortality	09.11.2019 Kontrolløk: 24.04.2020	EMBASE	1 2012-2020	1	(Doctor et al., 2018)
Africa south of the Sahara OR Africa AND maternal mortality AND factors AND sustainable development goals	22.01.2020 Kontrolløk: 24.04.2020	EMBASE	1 2012-2020	1	(Martina et al., 2020)
Africa south of the Sahara OR Africa AND health facilities OR health care facility AND Maternal care OR Maternal AND Nursing OR nursing care	22.01.2020 Kontrolløk: 25.01.2020	EMBASE	2 2012-2020	2	(Kwame & Petrucka, 2020)

Africa south of the Sahara OR Africa AND health facilities OR health care facility AND Maternal care OR Maternal AND Nursing OR nursing care	23.01.2020 Kontrollsøk: 25.01.2020	Medline	3 2012-2020	1	0
Nursing AND Africa* AND Maternal care OR maternal health services	23.01.2020 Kontrollsøk: 25.01.2020	Medline	23 2012-2020	2	(Murphy et al., 2019)
Maternal health AND Africa OR Africa south of the Sahara AND shortages AND health professionals OR Health personnel OR nurse	23.01.2020 Kontrollsøk: 25.01.2020	Medline	5 2012-2020	1	(Geren, Green, & Pearson, 2006)
Africa OR Africa south of the Sahara AND nurse* OR health personnel AND maternal mortality OR maternal death	23.01.2020 Kontrollsøk: 25.01.2020	Medline	36 2012-2020	3	(A. C. Ameh & Broek, 2015)
Maternal mortality AND «nurse» AND sub- Saharan Africa	23.01.2020 Kontrollsøk: 25.01.2020	Cochrane	4 2012-2020	0	0

Tabell 5: Søk i Google Scholar og WHO

SØKEORD	FREMGANGSMETODE VED SØK	RELEVANT
WHO tema: maternal mortality	Hentet fra referanseliste for teksten, og under tittelen «related».	(Say et al., 2014) (WHO, 2015)
WHO tema: reproductive Health	Publications, Maternal and perinatal health, Journal articles.	(Bohren et al., 2019)
“Role of nurse Sub Sahara Africa” Avgrensning: 2012-2020	Google scholar, søk.	(C. G. Ugochukwu et al., 2013)