

Beteckning: \_\_\_\_\_

**Akademien för hälsa och arbetsliv**

**Sjukvården för kvinnor och barn på ett sjukhus i Tanzania  
- en observationsstudie**

*Jessica Stålenberg  
Juni 2010*

C-uppsats 15 hp  
Folkhälsovetenskap

**Folkhälsovetenskap: teori och metod med tillämpning och examensarbete  
Handledare: Matilda Ekman**

## **Abstract**

Stålenberg, J. (2010). Maternity and child care at a hospital in Tanzania: an observation study. Gävle: The University of Gävle, Faculty of Health and Occupational Studies.

The aim of this study was to investigate how maternity and child care was carried out at Regional Hospital in Morogoro, Tanzania as well as how it was perceived by mothers and children. The study was conducted with a qualitative method through observation and interviews. The results of the study showed that the staff knew what they were doing and how they should treat their patients and that they helped them without thinking about preventive measures. The study concluded that people wanted to seek the care provided at the hospital and some people stated that they had confidence in the staff. The people that came to the hospital sought care for various diseases and conditions and they all got medical attention of some sort. However, this occurred with limited resources and under inadequate circumstances, which in many cases meant that all women and children could not get optimal care.

**Keywords: Maternity care, child care, Africa south/sub of Sahara.**

## **Sammanfattning**

Stålenberg, J. (2010). Sjukvården för kvinnor och barn på ett sjukhus i Tanzania: en observationsstudie. Gävle: Högskolan I Gävle, Akademin för hälsa och arbetsliv.

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjukvården fungerar för kvinnor och barn på Regional Hospital i Morogoro i Tanzania, samt hur de upplevde den. Detta har undersökts med en kvalitativ metod i form av observation samt intervjuer. Resultatet i denna studie visade att personalen visste vad de gjorde och hur de skulle behandla sina patienter samt att de hjälpte dem att bli friska utan att tänka på preventiva insatser. De slutsatser som dragits i och med denna studie var att människor ville söka den vård som erbjöds på sjukhuset. Några människor uppgav att de var mycket nöjda med den vård de fick och att de upplevde förtroende för personalen. Människorna som uppsökte sjukhuset var i behov av hjälp för ett flertal olika sjukdomar och tillstånd och alla fick någon form av vård. Däremot skedde detta med knappa resurser och under bristfälliga förutsättningar vilket i många fall innebar att möjligheterna inte fanns för att alla kvinnor och barn skulle få den optimala vården.

**Nyckelord: Mödravård, barnavård, Afrika söder om Sahara**

## **Förord**

Arbetet med denna uppsats har inte enbart gett mig nya kunskaper, utan minnen för livet och det är många inblandade att tacka för att den nu är genomförd. Till att börja med vill jag tacka Lions Clubs International i Gävle för att de ekonomiskt gjorde denna studie genomförbar genom det stipendium jag fick. Vidare vill jag tacka Sten Jansson, medlem i en annan Lions klubb, som arbetar ideellt med Regional Hospital i Morogoro. Han har gett mig ovärderlig hjälp innan denna studie genomfördes, med bland annat praktiska delar innan resan till Tanzania. Tack till Lions Club i Tanzania för ett varmt mottagande och tack till Regional Hospital i Morogoro för att jag fick genomföra min studie där och för det otroligt fina bemötande och omhändertagande jag fick av personalen. Tack även till de mammor och barn samt övriga patienter som jag observerade för det positiva bemötande jag fick. Tack även till min fantastiska värdfamilj som inte bara gav mig husrum och mat, utan även fick mig att leva ett riktigt Tanzanianskt liv och gav mig en extra familj för livet. Jag vill också tacka Doktor Grace Saguti på World Health Organization (WHO), för att jag fick intervjua henne och veta mer om WHO:s arbete med barn och mödrar. Även ett stort tack till alla andra projekt jag fick ta del av under min tid i Tanzania, även om dessa inte presenteras i denna studie. Jag vill även tacka min handledare Matilda Ekman, för alla de goda råd jag fått under skrivandets gång och för hennes stora tålamod. Slutligen vill jag tacka min underbara kurskamrat och korrekturläsare Lina Goncalves.

## Innehåll

Abstract .....	1
Sammanfattning .....	2
Förord.....	3
1. Inledning .....	6
2. Bakgrund.....	7
2.1 Konventionen över de mänskliga rättigheterna .....	7
2.2 Barnkonventionen .....	8
2.3 Millenniummålen .....	8
2.4 Barns hälsa i världen .....	9
2.5 Befolknings- och hälsostatistik i Tanzania .....	9
2.6 Påverkansfaktorer av barns hälsa i Tanzania.....	10
2.7 Barns ohälsa i Tanzania.....	10
2.8 Sjukdomar i Tanzania.....	11
2.8.1 HIV och AIDS.....	11
2.8.2 Malaria .....	11
2.9 WHO:s landskontor i Tanzania .....	12
2.9 Morogoro i dagsläget .....	12
3. Syfte .....	12
3.1 Frågeställningar.....	12
4. Metod .....	13
4.1 Design .....	13
4.2 Datainsamlingsmetod .....	13
4.3 Tillvägagångssätt, urval och undersökningsgrupp .....	14
4.4 Dataanalys.....	14
4.5 Reliabilitet och validitet .....	15
4.6 Etiskt ställningstagande.....	15
5. Resultat .....	16
5.1 WHO:s arbete med barn- och mödravård i Tanzania .....	16
5.2 Sjukhuset och personalens arbete.....	16
5.3 De vanligaste sjukdomarna och kostnader för vård.....	17
5.4 Hjälpmedel och leksaker .....	18

5.5 Tillgänglighet och upplevd vårdkvalitet.....	18
5.6 Miljö.....	19
5.7 Sociala faktorer .....	19
5.8 Mödravård.....	19
5.9 Abort och sexualvanor .....	20
5.10 Förlossningar.....	20
5.11 Barn.....	21
5.12 Barnavdelningen .....	23
5.13 Genusperspektiv i Tanzania .....	24
6. Diskussion.....	25
6.1 Resultatdiskussion.....	25
6.2 Metoddiskussion .....	28
6.3 Allmän diskussion.....	28
Litteraturförteckning .....	30
9. Bilagor.....	31

## 1. Inledning

Jag har under många år haft ett engagemang för att hjälpa andra, fram för allt barn i utsatta situationer. Vidare har jag så länge jag kan minnas varit fascinerad av den del av befolkningen i Afrika som har någon form av problematik med hälsan. Eftersom jag läser folkhälsovetenskap så kändes det som ett givande ämne för min c-uppsats att undersöka detta närmare. Jag har fått möjlighet att åka till Afrika och undersöka hur mödrar och barns hälsa är i Tanzania. Anledningarna till det är att jag kom i kontakt med Lions Club Gävle då jag var luciakandidat i Gävles Lucia 2003 och kände att jag ville fortsätta vara en del av Lions, för att jag tycker att de gör många bra insatser för att hjälpa människor. Jag har varit delaktig i flera olika projekt, men inte som medlem. Jag tog reda på vad de har för olika projekt och intresserade mig för ett mödra- och barnprojekt i Morogoro i Tanzania, sedan vad flygbiljetter, vaccin och mat kostar i Tanzania. Därefter skrev jag ner en ansökan på denna summa och jag fick stipendiet beviljat. Jag har mestadels läst nationell folkhälsa under min studietid och vill nu skaffa mig kunskap om internationell folkhälsa. Vidare har jag hört att sjukvården i Tanzania är bristande i många hänseenden och jag vill ta reda på hur vården fungerar för kvinnor och barn där.

Jag vill vidareutbilda mig och läsa mastersprogrammet i mänskliga rättigheter för att få kunskaper för att sedan arbeta med att hjälpa människor som befinner sig i svåra situationer i utvecklingsländer. Det är viktigt att arbeta med att de mänskliga rättigheterna uppfylls. Jag anser att det är mycket viktigt att ha studerat dessa problem på plats för att kunna bidra med kunskaper så att människorna får den hjälp som passar dem utifrån olika påverkande aspekter, som till exempel kultur. Studien genomfördes med observation på det största sjukhuset i Morogoro, Tanzania – Regional hospital. Där observerades sjukhuspersonalens arbete med kvinnor och barn och hur dessa fick hjälp till en bättre hälsa. Detta var mycket intressant då alla mina intresseområden berördes. Personalen på sjukhuset var specialiserade på barn med hjärnskador. Läsaren av denna uppsats får en skandinavisk syn på mödrars och barns situation presenterad. Ur studiesyfte ser jag att min uppsats kan ge idéer till andra studenter om vad en uppsats kan handla om och vilka möjligheter den kan medföra.

## **2. Bakgrund**

I denna uppsats ligger tyngdpunkten i olika delar från konventionen av de mänskliga rättigheterna, barnkonventionen och millenniummålen. Innan denna studie genomfördes praktiskt gjordes en litteraturgenomgång av konventionen över de mänskliga rättigheterna och därefter valdes de artiklar ut som passar bäst in på detta projekt. Detta för att påvisa att undersökningsområdet grundar sig på olika grundläggande rättigheter som avser alla människor.

### **2.1 Konventionen över de mänskliga rättigheterna**

De mänskliga rättigheterna går ut på att alla människor ska ges en möjlighet till att leva ett drägligt liv vilket syftar till bestämmelser om människors möjlighet att överleva. Detta innefattar mat och någonstans att bo, rätten till att ha sina egna tankar och trosuppfattningar, skydd för familjen, frihet från tortyr och slaveri, rätt till utbildning, yttrandefrihet samt att kunna delta i landets styrning. De mänskliga rättigheterna är globala och gäller över hela världen oberoende av land, kultur och specifika situationer. Samtliga artiklar i konventionen över de mänskliga rättigheterna avser alla människor. De fastslår att alla människor är födda fria och har lika värde och samma rättigheter. (FN-förbundet., Svenska, 2008). De utvalda artiklarna för denna uppsats är artikel 3 som framhåller att var och en har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet; artikel 5 som framhåller att ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, artikel 22 som syftar till att var och en i egenskap av samhällsmedlem har rätt till social trygghet och är berättigad till de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som krävs för en individs människovärde och utvecklingen av egen personlighet som förverkligas genom nationella åtgärder och mellan folkligt samarbete i enlighet med varje stats organisation och resurser. Artikel 25 består av två delar. Den första delen syftar till att alla människor har rätt till en tillräcklig levnadsstandard för sig och sin familj, hälsa och välbefinnande vilket inkluderar mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll. Den andra delen i artikel 25 i konventionen syftar till att alla mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn ska ha samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet (Andrews A-L,



2004;4).

## **2.2 Barnkonventionen**

I barnkonventionen beskrivs barnens rättigheter specifikt. Grundtanken med konventionen är att alla barn har samma rättigheter och lika värde, rätt att få sina grundläggande behov uppfyllda, varje barn har rätt att få skydd mot övergrepp och utnyttjande och slutligen har varje barn rätt att få uttrycka sin mening och bli respekterad. Artikel 24 i barnkonventionen framhåller att om ett barn blir sjuk har han eller hon rätt att få all den hjälp och vård som behövs (FN:s barnkonvention, 2010).

## **2.3 Millenniummålen**

År 2000 förenades länderna i världen om åtta millenniummål. Syftet med millenniummålen är att fattigdomen ska ha halverats till år 2015. Utvecklingen sker i olika takt runt om i världen, då arbetet är stillastående i vissa länder och i andra fungerar det mycket bra. En av de viktigaste punkterna för att detta mål ska uppfyllas är att tillgodose människor med elektricitet. I dagsläget lever en fjärdedel av jordens befolkning eller med andra ord 1,5 miljarder människor utan elektricitet, enligt World Health Organisation (WHO) och Internationella Atomenergiorganet IAEA. Majoriteten av denna grupp bor i de länder som är minst utvecklade i Afrika söder om Sahara och Sydasiens. En bättre ekonomi är en av de saker som måste uppfyllas för att minska fattigdomen i utvecklingsländerna.

Millenniummålets syfte kommer som det ser ut i dag att uppnås i alla områden fram till 2015, utom söder om Sahara i Afrika. Befolkningsökningen i Afrika söder om Sahara har varit som störst i flertalet av de länder där den fattigaste befolkningen bor. En fortsatt hastig ökning av befolkningen i detta område försämrar chanserna att minska fattigdomen. En förändrad åldersstruktur kommer i framtiden att ha större effekter på fattigdom och hunger, än befolkningsökningen. I Afrika, söder om Sahara kommer befolkningen att öka hastigt i alla åldrar, vilket kommer att kräva många olika insatser för att hanteras (Svenska FN-förbundet, 2007). Millenniummål 4 har som huvudsakliga syfte att år 2015 ska det ha skett en minskning med två tredjedelar av barnadödligheten. Millenniummål 5 är att minska mödradödligheten. Målen påverkar varandra och en viktig del i att uppnå dessa är att de skillnader som i utbildning och inkomster som i dagsläget förekommer måste utjämnas (UN Millennium

Project. Jeffery D Sachs, 2005).

I en studie av Victoria et al, 2006, visade det sig att IMCI, Integrated Management of Childhood Illness, organiserades snabbt i sju distrikt i Tanzania. Det resterande genomförandet var fokuserat på: vårdpersonalens sociala -kompetens, tillgänglighet för central organisation, fungerande program för att motverka diare -sjukdomar samt att det finns ekonomiskt stöd att få utifrån som kan stödja interventionen. Det visade också sig att implementeringen av IMCI, fungerade sämre ute i den yttre landsbygden. I andra fasen av arbetet gjordes även insatser för ytterligare utveckla varje distrikts vårdteam och vårdinstanser (CG Victoria, 2006).

## **2.4 Barns hälsa i världen**

Global statistik visar att det årligen dör elva miljoner barn före fem års ålder, det vill säga 30 000 barn dagligen. Den vanligaste orsaken är svält eller sjukdomar som det i dag går att förhindra. Det har skett en minskning med 1,5 procent av det världsomfattande antalet barn som dör innan de fyllt 5 år, då det tidigare låg på 10 procent. I Afrika söder om Sahara, är barnadödligheten som högst i världen, här föds hälften av de barn som dör innan de har fyllt fem år. Det är en stor andel barn med tanke på att enbart en femtedel av världens barn bor i Afrika söder om Sahara. Chanserna till att göra stora förbättringar på kort tid finns dock, då det tidigare setts en minskning av barnadödligheten i Egypten sedan 1990 på mer än 60 procent. I majoriteten av arabländerna har det sedan 1970 skett en minskning av barnadödlighet med mer än 75 procent. Årligen minskar barnadödligheten med över 3 procent i Latinamerika, Karibien, Sydost och Östasien samt i Nordafrika (FN milleniummål 4, 2010)

## **2.5 Befolknings- och hälsostatistik i Tanzania**

Under 2004 födde i genomsnitt kvinnor i Tanzania 4.9 barn. Mellan 1997-2003 levde 44 procent av befolkningen på mindre än en dollar per dag. Medellivslängden för kvinnor är 49 år och 47 år för männen. I genomsnitt är männen friska i 40 år och kvinnorna friska i 41 år. 551 män av 1000 dör i åldern 15-60 år och 524 kvinnor av 1000 dör i samma ålder. Under år 2003 dog 533 personer av 100 000 av HIV eller AIDS. Under år 2000 dog 1500 mödrar av 100 000 i förlossningar jämfört med 910 mödrar i den resterande delen av WHO:s region i Afrika. Mellan 1998 och 2004 hade 81 procent av kvinnorna gått i grundskolan jämfört med männen där 83 procent hade gått i grundskolan. Skillnaden är större mellan män och kvinnor

om man tittar på hela Afrika regionen där endast 63 procent av kvinnorna hade gått i grundskolan och 70 procent av männen.

De största dödsorsakerna bland alla åldrar under år 2000 i Tanzania var HIV/AIDS som stod för 29 procent, 12 procent för nedre luftvägsinfektioner, 10 procent för malaria, 6 procent för diarrésjukdomar, 4 procent för foster- och spädbarnssjukdomar, 3 procent för tuberkulos, 3 procent för cerebrovaskulära sjukdomar (sjukdomar som har med hjärnans blodkärl att göra), 3 procent för kranskärlsjukdomar, 2 procent för syfilis och 2 procent trafikolyckor (WHO Africa, 2006).

### 2.5.1 Mödravård

I en studie gjord i Tanzania där totalt 1203 kvinnor deltog och svarade på frågor kring graviditet, mödravård och förlossning. Det visade det sig att 60 procent av kvinnorna som fått barn de senaste 5 åren har fött barnet hemma. De faktorer som påverkar kvinnornas val av plats för förlossningen (hemma, sjukhus annan vårdinstans) är: vårdpersonalens bemötande och tillgången till mediciner på vårdinstansen. Det är 57 procent av kvinnorna som väljer att föda hemma framför att föda på en vårdinstans. Det som kan påverka attityden men inte valet och hur kvinnorna gör är kostnaden för vården. Erbjudande av transport till och från sjukhus/vårdinstans påverkar inte heller mödrarna att föda på sjukhus (M.E Kruk, 2009).

## 2.6 Påverkansfaktorer av barns hälsa i Tanzania

En faktor som har visat sig ha en mycket hög påverkan på om ett barn överlever eller inte är om modern har en grundskoleutbildning eller inte. Ett barn som föds av en kvinna som har en grundskoleutbildning har en dubbelt så stor chans att överleva, till skillnad från barn som föds av en kvinna med lägre utbildning. Inkomsten påverkar på samma sätt. Ett tydligt exempel är att barnen som föds i 20 procent av de rikaste hushållen har en dubbelt så stor chans att överleva i jämförelse med barnen som föds i 20 procent av de fattigaste hushållen (FN millenniummål 4, 2010).

## 2.7 Barns ohälsa i Tanzania

Under 2004 dog 126 barn av 1000 innan de fyllt 5 år. Av de barn under 5 år som dog mellan 2000 och 2003 var det 23 procent som dog av malaria, 21 procent av lunginflammation, 17 procent av diariesjukdomar, 9 procent av HIV/AIDS, 2 procent av skador och 1 procent av

mässlingen. Hos spädbarn under 2000-talet var det 29 procent som dog av allvarliga infektioner, 27 procent av syrebrist vid födseln, 23 procent av för tidig födsel, 7 procent av medfödda missbildningar, 3 procent av stelkramp, 3 procent av diariesjukdomar och 8 procent av annan dödsorsak (WHO Africa, 2006).

## **2.8 Sjukdomar i Tanzania**

De mest förekommande sjukdomarna i Tanzania är HIV/AIDS och malaria vilka presenteras mer ingående nedan. Andra förekommande allvarliga sjukdomar är bland annat tuberkulos, icke-smittsamma sjukdomar och olika epidemier (WHO Africa, 2006).

### **2.8.1 HIV och AIDS**

HIV är ett virus som infekterar cellerna i immunsystemet, genom att förstöra eller försämra dess funktion. Allt eftersom infektionen fortgår blir immunförsvaret svagare, vilket leder till att en person som är smittad blir mer mottaglig för infektioner. Förvärvad immunbrist syndrom är det mest utmanande stadiet av sjukdomen och då heter det AIDS. Det kan ta ända upp till 10-15 år innan en HIV-positiv person utvecklar AIDS. Med hjälp av läkemedel kan sjukdomens utveckling bromsas. Sjukdomen sprids på många olika sätt; både anala och vaginala samlag, blodöverföring av smittat blod, utbyte av infekterade nålar samt mellan en mor och hennes barn under graviditet, förlossning och amning (WHO - HIV/AIDS, 2010). Andelen människor i åldern 15-49 år som har HIV på Tanzanias fastland har minskat en aning. Siffrorna visar att 37 procent av kvinnorna och 27 procent av männen har blivit testade för HIV. Det är fler kvinnor än män som har HIV, med 7 respektive 5 procent. Enbart 53.3 procent av männen uppgav att de använde kondom under det senaste högrisk samlaget. Förekomsten av HIV och AIDS prevention, behandlingar och omvårdnad är fortfarande låg både på fastlandet i Tanzania och på Zanzibar (WHO Africa, 2006).

### **2.8.2 Malaria**

Malaria är en världsomfattande sjukdom som sprids till människor från myggor. Årligen dör en miljon människor av sjukdomen och de flesta bor i Afrika söder om Sahara. Där är sjukdomen den största dödsorsaken hos barn under fem år. Sjukdomen drabbar till största

delen fattiga kvinnor och barn i utvecklingsländer. Malaria kan förhindras, diagnostiseras och behandlas på många olika sätt, men det är dyrt. Globalt kostar det årligen 4,2 miljarder US dollar för att bekosta kampen mot malaria, vilket motsvarar 549 478 053 svenska kronor (Roll back malaria, 2010).

## 2.9 WHO:s landskontor i Tanzania

WHO i Tanzania har som uppdrag att åstadkomma den högst uppnåbara hälsan i befolkningen. Detta genom samarbete med alla som bor i Tanzania och regeringen samt andra samarbetspartners som verkar inom hälso- och sjukvårdssektorn som ska bidra med tekniskt och logistiskt stöd till landprogram (WHO- regionalt arbete Afrika, 2010).

### 2.9 Morogoro i dagsläget

Morogoro ligger i ca 20 mil in i landet räknat från Dar es Salam på Tanzanias östkust. Morogoro distrikt är ett utpräglat jordbruks samhälle, 85% av de 263 000 invånarna odlar grödor som; majs, bönor, bananer, potatis och jams. Det odlas även kaffe och kryddor som kardemumma. Trots närheten till Dar es Salam saknar Morogoro en bra infrastruktur och säker tillgång till mat (**Service, 2010**).

## 3. Syfte

Syftet var att undersöka hur sjukvården fungerar för kvinnor och barn på Regional Hospital i Morogoro i Tanzania, samt hur de upplever den.

### 3.1 Frågeställningar

WHO:s arbete med IMCI, handlar i första hand om primärprevention (CG Victoria, 2006). Men författaren anser att det även är av intresse att undersöka hur sjukvården fungerar för kvinnor och barn på Regional Hospital i Morogoro i Tanzania, samt hur de upplever den. Studien kommer att utgå från följande frågeställningar:

- Hur arbetar personalen?
- Vad söker människor vård för?
- Hur tillgänglig är vården?
- Vad har lokalbefolkningen, specifikt mödrar och barn, för uppfattningar om vården som erbjuds och hur upplevelser de den?

## **4. Metod**

Med denna studie var syftet att försöka förstå dels hur sjukvården fungerar och dels hur den upplevs. I detta inbegrips både personalens och patienternas handlingsmönster och upplevelser. Därmed anses en kvalitativ metod mest lämplig (Trost, 1993).

### **4.1 Design**

Studien som har bedrivits är en icke experimentell studie och det innebär att forskaren låter det som sker ske, utan ingripanden och genomför mätningar. Dessa former av studier kallas deskriptiva eller analytiska (Beaglehole, 1995).

### **4.2 Datainsamlingsmetod**

Studien har genomförts genom deltagande observation, vilket innebär att forskaren under en period ägnat sig åt undersökningspersonerna för att få en heltäckande och djupgående uppfattning av gruppen, individerna och sjukhuset (Bryman, 1997). För detta framställdes en observationsguide. Denna bestod av fyra olika huvudområden: Hur arbetar personalen? Vad söker människor vård för? Tillgänglighet och slutligen Lokalbefolkningen: mödrar och barn. Vid observation över hur personalen arbetar så har det studerats om personalen har en hälsofrämjande strategi för det arbete som ska utföras, om det finns en plan för framtiden, om det finns någon familjeplanering och föräldrautbildning samt om mödrar ges graviditetsvård. Specifikt har det tagits reda på om blivande mödrar får genomgå mätningar, vägningar och ultraljud. Vidare har observationen fått fram vilken vård ett nyfött barn får och vilken vård barnen får under sin uppväxt. Vid observationen av barnen har det även studerats om de får vaccin, hur malaria behandlas, om barnen blir mätta och vägda och slutligen om barnens specifika färdigheter kontrolleras, till exempel om de kan hoppa på ett ben. Nästa område var att titta närmare på vad människor söker vård för, vad barnen söker vård för och om alla som söker hjälp får det. Det har även observerats hur tillgänglig vården är och om det kostar att få vård. Vidare har denna observation skapat en bild av de geografiska förutsättningarna och gett en uppfattning om det till exempel är långt att resa för att få vård. Slutligen har lokalbefolkningen, mödrarna och barnen studerats. Anledningen till detta var att få en uppfattning om deras attityder till sjukhuset, om det finns några fördomar gentemot sjukhuset,

om de har förtroende för vården, vad sjukhuset har för rykte samt om lokalbefolkningen vill söka den vård som erbjuds? Studien innehöll även kvalitativa intervjuer, som utmärks av att intervjuaren ställer enkla och raka frågor och får komplexa och innehållsrika svar (Trost, 1993). De intervjuer som genomfördes på sjukhuset skedde i form av spontana samtal. Endast intervjun med Doktor Grace Saguty skedde i form av en mer formell intervju och spelades in på band.

### **4.3 Tillvägagångssätt, urval och undersökningsgrupp**

För att ekonomiskt kunna genomföra denna observationsstudie söktes ett stipendium. Först kontaktades en av medlemmarna i Lions som har varit aktiv i det aktuella projektet i många år, för att få reda på vad det kostar att åka till Tanzania, kostnaderna för vaccinen, samt vilka övriga utgifter som tillkommer. Ansökan skickades därefter in till Lions Clubs International i Gävle. Två månader därpå kom beskedet via telefon att ett stipendium på 20 000 kronor beviljats. Vaccinet och biljetterna blev dyrare än den uträknat men eftersom boende och måltider var gratis hos en värdfamilj gick det hela jämnt ut. Den tidigare nämnda Lionsmedlemmen som varit så mycket i Tanzania ordnade kontakten med värdfamiljen och sjukhuset. Urvalet kan därför anses vara ett icke randomiserat och snarare riktat på målgruppen mödrar och vårdpersonal på ett sjukhus i Tanzania (Hallberg, 2002).

Studien genomfördes genom observationer för att undersöka hur mödrars och barns hälsa är i Der es Salaam i Morogoro i Tanzania, Afrika. Det genomfördes även en intervju med Doktor Grace Saguti, som ansvarar för barn- och mödrahälsovård för World Health Organization. Vilket styrks av urvalet av informanter Victoria et al.s studie som undersökte om WHO:s vårdinsatser införs där de behövs som mest (CG Victoria, 2006).

Fältstudien ägde rum under tre veckors tid. Olika projekt och arbetsplaster som arbetar med att förbättra hälsan hos mödrar och barn besöktes. Dessa projekt är till största del ute på landsbyggen, bortom den tekniska omvärlden. En observationsguide sammanställdes före avresa (se bilaga 1).

### **4.4 Dataanalys**

Genom att göra en innehållsanalys får forskaren hjälp att analysera innehåller i ett dokument. Denna metod kan användas på alla sorters texter, allt från skrifter till ljud. Innehållsanalysen består av ett val av ett lämpligt textavsnitt, nedbrytning av texten i mindre enheter, utarbetande av relevanta kategorier för analysen av data i överensstämmelse med kategorierna

(Descombe, 2000). Utifrån studiens syfte formulerades en observationguide och en intervjuguide. Under observationstiden fördes anteckningar varje dag och samtal fördes med anställda och patienter och anhöriga. Anteckningarna lästes noga och kategoriserades efter olika teman, som sammanfattades i text och presenteras i resultatet. Den formella intervjun transkriberades och analyserades på samma sätt och presenteras i resultatet.

#### **4.5 Reliabilitet och validitet**

Reliabilitet, även kallat tillförlitlighet innebär att en mätning är stabil och inte utsätts för slumpmässig påverkan som till exempel att alla intervjuer sker på samma sätt (Trost, 1993). Observationerna och intervjuerna i denna studie har skett på samma sätt varje dag i största möjliga mån. Vad gäller validitet som innebär att frågan mäter det den är avsedd att mäta (Trost, 1993), så har observationsstudien svarat på de frågeställningar som ställts.

#### **4.6 Etiskt ställningstagande**

Det grundläggande individskyddskravet kan preciseras i fyra huvudkrav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Enligt informationskravet ska forskaren informera de som berörs av forskningen om den aktuella forskningens syfte. Samtyckeskravet säger att deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan både deltagande och avbrytande av deltagandet. Konfidentialitetskravet syftar till att uppgifter om alla i en undersökning ingående personer ska ges största möjliga konfidentialitet och personuppgifter ska förvaras på ett sådant sätt att behöriga inte kan ta del av dem och slutligen säger nyttjandekravet att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2010). I och med denna studie har alla deltagare, både anställda och patienter och deras anhöriga informerats om undersökningen och att resultatet kommer att presenteras i en c- uppsats samt att Lions Club International kommer att ta del av det fakta som framkommer. Alla deltagare i studien har getts rätten att ta ett eget beslut om sin medverkan och informerats om att det går att avbryta deltagandet när som helst.



## **5. Resultat**

Nedan presenteras resultatet från observation på Regional Hospital i Morogoro utifrån WHO:s arbete med barn- och mödravård i Tanzania, sjukhusets och personalens arbete, kostnader för vård, hjälpmedel och leksaker, tillgänglighet och upplevd vårdkvalitet, miljö, sociala faktorer, mödravård, abort och sexualvanor, förlossningar, barnen, barnavdelningen samt genusperspektiv i Tanzania. I resultatet kommer även en intervju med Dr Grace Saguti, som är chef för barn- och mödravården på WHO i Tanzania att presenteras.

### **5.1 WHO:s arbete med barn- och mödravård i Tanzania**

Enligt Dr Grace Saguti är det att WHO är en organisation inom Förenta Nationerna (FN) och de ansvarar för hälsofrågor. Deras uppgifter är att stötta och vägleda i arbete med policyer, tekniska frågor, riktlinjer, evidensbaserad kontroll och prevention av sjukdomar. De arbetar även med att vägleda FN, dess medlemsstater och att bistå hälsovården. WHO:s landskontor i Tanzania arbetar med hälsovårdsministeriet i Tanzania bland annat med frågor kring barn- och mödravård. Hälsovårdsministeriet har en enhet för familjehälsovårdsprogram och barn- och ungdomshälsovård där mödravård ingår. De arbetar under sektionen för reproduktiv hälsa och barnhälsovård. Arbetet bedrivs genom planer och aktiviteter och WHO vägleder och bistår med teknisk assistans. På nationell nivå samarbetar WHO och ministeriet med att formulera riktlinjer för hur barn- och mödravård ska fungera på region- och distriktnivå. I detta ingår även att ta fram strategier och interventioner för att tillgodose mödrar och barn med en god hälsovård. På region- och distriktnivå rapporteras till den nationella nivån och WHO:s landskontor som i sin tur ger återkoppling. Kunskap om all god evidens eller tillämpning i Tanzania sprids på samma sätt. I enlighet med detta rapporterar WHO:s landskontor i Tanzania till högkvarteret i Genève. På detta sätt påverkas barn- och mödravård i Morogoro av WHO. Det som sker i regionerna och distrikten, har formulerats på nationell nivå av hälsovårdsministeriet i samförstånd och under vägledning av WHO:s landskontor.

### **5.2 Sjukhuset och personalens arbete**

Observationen skedde till större delen på en av avdelningarna på regional Hospital där människor gjorde obokade besök för vård av olika tillstånd. Avdelningen besöktes av både män, kvinnor och barn. Personalen hade ett arbetsbord där de hade en stor bok där alla patienter registrerades. Varje dag tog personalen en ny sida och dokumenterade alla besök som gjordes. När en patient kom fick han eller hon ta en nummerlapp och sitta utomhus på en bänk och vänta på sin tur. När det var patientens tur att få vård fördes numret in i boken som patienten hade på sin nummerlapp. Vidare skrevs patientens namn, ålder, kön, diagnos, recept och slutligen signerade läkaren. Ingen av patienterna sågs under studiens gång legitimera sig. De uppgav bara sitt namn och ålder som fördes in i boken där patienterna registrerades. Uppfattningen som skapades under observationen var att personalen vet vad de gör och hur de ska behandla sina patienter. Personalen förde även en dialog med varandra och ställde frågor till varandra.

Personalen ansåg sig inte ha någon plan för framtiden, utan de siktade på att fortsätta att arbeta som de gör i nuläget. Observationerna är att om de ser ett problem, en sjukdom, eller en skada och de löser detta eller hjälper personen att bli frisk utan att tänka på preventiva insatser. Generellt sett hade läkaren som observerades femton patienter per dag. Läkaren lugnade bebisarna innan undersökningarna genomfördes, då läkaren tycker att det känns mycket bättre då. Läkaren uppmanade en mamma att amma sin bebis efter undersökningen, då den skrek under hela undersökningen.

Sekretess finns och är en del av läkar- och medicineringen. Om den bryts av någon i personalen blir personen avskedad och förlorar legitimationen. Efterföljden beror på allvarlighetsgraden på det som avslöjas. Däremot var det mycket lite avskildhet för patienterna då alla patienter behandlades i ett och samma rum, enbart avskilt med ett tygskynke i vissa fall.

### **5.3 De vanligaste sjukdomarna och kostnader för vård**

De vanligaste sjukdomarna hos vuxna patienter på regional Hospital i Morogoro var malaria, tuberkulos, HIV, tyfus, frakturer från till exempel bilolyckor och andra allvarliga skador. Reumatism var också en sjukdom som förekom. Alla frakturer och öppna sår skickades till ett större sjukhus. Samtliga patienter som besökte sjukhuset fick vård och patienter som inte sjukhuset kunde erbjuda den vård de behövde skickades till ett större sjukhus.

Personal på sjukhuset berättade att all vård som ges till barn under fem år är kostnadsfri. För barn över 5 år kostar det 1 000 shilling att få vård, vilket motsvarar ca 5 kronor och 40 öre. Många människor som lever i Morogoro är så pass fattiga att de inte har råd att åka till sjukhuset, utan de kommer när de har sparat ihop pengar. Om det vid vården används någon maskin kostar vården 3 000 shilling, vilket motsvarar ca 16 kronor och 20 öre. All graviditetsvård som ges är kostnadsfri. Papporna är inte delaktiga i mödravården, men de bidrar med pengar.

#### **5.4 Hjälpmedel och leksaker**

Det fanns få leksaker på sjukhuset som kunde användas som pedagogiska hjälpmedel, för att lugna barnben vid undersökningar och behandlingar. Det fanns en skallra och några klossar. Dessa användes även som hjälpmedel för att testa barnens greppfunktioner, reaktionsförmåga och annat. Förr gjordes hembesök hos barnen och mödrarna, men regeringen ansåg att detta blev för dyrt och tog därför bort denna tjänst. Allt vaccin inklusive det mot malaria gavs på ett annat sjukhus.

#### **5.5 Tillgänglighet och upplevd vårdkvalitet**

Majoriteten av befolkningen bor nära något av de olika sjukhusen som finns. Regional Hospital i Morogoro har öppet måndag till fredag mellan klockan 07:30 och 16:30. Mindre sjukhus skickar dit en hel del av sina patienter. Det observerades att det generellt var samma patienter som återkom flera gånger för att få hjälp och behandling. Det kom mer patienter vissa dagar och mindre andra. Sjukhuset hade mottagning för barn två dagar i veckan, och alla barn hade varsitt besökskort. Det var människor på sjukhuset större delen av den tid som det var öppet. Det var inte ovanligt att det var kö för att få vård. Befolkningen ville söka vård, patienter återkom då de hade fått en uppmaning om det. Till exempel att de skulle komma med sitt barn om två dagar igen för att till exempel ta av gipset. Några patienter uppgav att de var mycket nöjda med sjukhuset och den vård de och deras barn fick. De upplevde även ett förtroende för sjukhuset. Förövrigt visade det sig i samtal med personal på sjukhuset att det inte fanns någon motsvarighet till ungdomsmottagning tillgänglig i varken Morogoro eller Tanzania.

## **5.6 Miljö**

Lokalen var ett enda stort rum. Det fanns tre britsar som avgränsades med tygskynken som hängde ner från taket. Avdelningen låg även nära vägen, så alla ljud från bilar och människor utanför hördes in i rummet. Till lokalen fanns det tre ingångar och alla dessa stod öppna och alla ljud kom in i rummet. Toaletten som var till för personalen och patienterna var inte hygienisk, men för övrigt var det rent. Golvet var slitet och ojämnt och många av de anställda gick hela dagarna i platta skor. Den enda belysningen i rummet var tre långa ljusrör. Vid ett flertal tillfällen gick strömmen och lyset och fläktarna stannade. Då fick personalen arbeta i enbart dagsljuset som kom in. Personalen ändrade inte inställningen på undersökningsbritten, utan alla använde samma höjder och lutningar. De stolar som användes av patienterna och läkaren var trästolar med ryggstöd, som inte var justeringsbara. Ett flertal gånger blev det många olika ljud i rummet. Exempelvis lät fläkten och barnen grät och skrek samtidigt. Det var även mycket varmt i lokalen.

## **5.7 Sociala faktorer**

Personalen gick från den ena patienten till den andra och tog enbart en kort rast för lunch. De tog raster när det blev lugnt, men dessa avbröts om det kom en patient. Det resulterade i att det blev en ojämn arbetsfördelning, då det ena stunden var mycket patienter och andra stunder helt tomt. Arbetskollegorna pratade om allt möjligt då det inte var några patienter på sjukhuset. Det var mycket skratt. De hade inget fikarum, utan de fikade vid ett litet bord i samma rum som undersökningarna skedde.

## **5.8 Mödravård**

Vad det gäller mödrautbildning, så förekommer det i Tanzania, men inte på sjukhuset som studien genomfördes på. I stället så fick mammorna under läkarbesöken information och övningar som de skulle genomföra själva hemma med barnen. På sjukhuset genomförde personalen mödravård för gravida kvinnor. I den ingick det att man mäter magen, lyssnar på bebisens hjärtslag och så vidare. Ett genomgående problem som sågs var att många av mödrarna var unga och hade komplicerade förlossningar. Vidare hade även många av dessa mödrar barn med sen utveckling. Eftersom det är olagligt att göra abort i Tanzania

förekommer det att unga kvinnor som inte har ekonomisk möjlighet att ta hand om sina barn överger dem på sjukhusen. Detta är vanligt förekommande bland studenter, då de studerar på annan ort och föräldrarna inte vet att de har varit gravida. I dessa fall överlämnar sjukhusen barnen till boenden för föräldralösa barn. Boendena som tar hand om barnen är religiösa institutioner och dessa barn får gratis vård som alla andra. Om en mamma har lämnat bort sitt barn, men ångrar sig kan hon via domstolsbeslut få tillbaka sitt barn.

## **5.9 Abort och sexualvanor**

Läkaren på sjukhuset berättade att unga människor inte vill använda kondom vid samlag för att de inte tycker att det är lika skönt. Detta leder till oönskade graviditeter, vilket i sin tur leder till unga mödrar. Dessa kvinnor blir beroende av sina familjer och går miste om utbildning som kan ge arbete. Det är olagligt att genomföra abort i Tanzania. Inte ens en faktor som att kvinnan har blivit våldtagen tillåter en abort. En abort kan godkännas av en läkare endast om kvinnan har livshotande problem under sin graviditet, som till exempel en allvarlig infektion. Tjejer som oönskat blir gravida försöker ibland att genomföra en abort på egen hand genom att överdosera starka mediciner. Om de misslyckas kan det leda till att barnet blir handikappat eller dör under förlossningen. Aborter som har godkänts av medicinska skäl genomförs med hjälp av antingen medicinering eller en operation. Läkaren säger att vid 75 procent av fallen är det kvinnans eget beslut att genomföra en abort och då har pappan till barnet ingenting att säga till om.

## **5.10 Förlossningar**

Personalen på Regional Hospital berättade att det i Morogoro är vanligast att kvinnor föder på sjukhus. Däremot, om förlossningen startar då mamman är hemma finns ingen möjlighet för henne att få assistans av sjukvårdspersonal via telefon eller att bli hämtade med ambulans. Läkaren berättade att direkt när ett barn är förlöst på sjukhuset så läggs det på mammans bröst. Vidare så blir barnet poängsatt på en skala mellan ett och tio. En etta är inte bra och en tia är bra. Om barnet har en åtta de första tio minuterna är det bra. Efter ytterligare fem minuter ska barnet ha en tia och för att få det krävs det att barnet har ändrat färg till följd av att ha fått mer syre. Bebisen ska generellt skifta i blåsvart. Man undersöker även barnets reflexer, muskler och om barnet har problem att andas. Läkaren berättade att det en del

kvinnor föder sina barn hemma och då är det äldre kvinnorna som bistår under förlossningen. Läkaren menade att dessa kvinnor sedan långt tillbaka i tiden ansvarat för förlossningar och att de var duktiga och hade kunskap om hur man förlöste barn. Dock vill regeringen numera att förlossningar ska ske på sjukhus. En i personalen på sjukhuset berättade att han har sett tre förlossningar ute i samhället, en av dem skedde på ett tåg och en på en buss. Vid dessa tillfällen skyddade andra närvarande kvinnor från insyn och kvinnan som hade fött barn åkte hem efteråt.

Läkaren berättade att papporna till barnen inte är delaktiga under förlossningen. Vanligtvis är inte läkaren delaktig under förlossningen utan finns tillgänglig vid behov. Generellt får mamman och barnet åka hem samma dag som förlossningen har ägt rum. Personalen berättade allmänt om kejsarsnitt. Generellt sett genomförs ingreppet inte i första hand även vid svåra förlossningar. Endast om en tidigare förlossning varit mycket komplicerad kan ett kejsarsnitt bestämmas innan den aktuella förlossningen. Alla ska föda vaginalt om det går. Däremot om en kvinna inte har öppnats tillräckligt många centimeter efter åtta timmar kan ett kejsarsnitt göras. Mamman blir då nedsövd och har ingen möjlighet att enbart få bedövning. Den generella inställningen till kejsarsnitt från mödrar och deras släkt är att de inte vill att ett det ska genomföras, för att de inte tror att hon kommer att överleva av det. Vidare vill helst inte läkarna genomföra kejsarsnitt då standarden inte är så hög och att läkarna inte är vana vid ingreppet. En annan orsak är att det är dyrt. Ett kejsarsnitt kostar 100 dollar för mamman vilket inkluderar mediciner och att sjukhusen tar in specialister för att genomföra ingreppet. Innan ett kejsarsnitt genomförs ställs inga frågor om hennes ekonomi. Efter förlossningen får hon tomma inbetalningskort, så att hon när hon vill kan betala av sin skuld och hon behöver inte heller betala av hela skulden omgående. De som har råd att betala ingreppet kan välja att få ett kejsarsnitt. Eftersom kejsarsnitt generellt sett ofta inte genomförs även vid svåra förlossningar leder detta till att många barn får olika typer skador som nämns nedan.

### **5.11 Barn**

Många barn besökte Regional Hospital i Morogoro under observationstiden och ett flertal olika behandlingar observerades. Enligt läkaren var de vanligaste anledningarna till att barn besökte sjukhuset malaria, lungsjukdomar, förlossnings- och utvecklingsskador, diarré, följsjukdomar av salmonella, symptom som feber och ont i halsen, frakturer, gomspalt och

klumpfot. En vanligt förekommande sjukdom bland barnen var Malaria. Enligt personalen på sjukhuset kom många barn in till sjukhuset för sent och fick allvarliga följder eller dog. De berättar att den stigande febern ger skakningar vilket medför risk för hjärnskador. Några av sjukdomens följder är att hemoglobinnivån i blodet sjunker samt bröstsmärtor som gör att det blir svårt att andas. Dessa följder är dödliga. En annan vanlig problematik som observerades och som läkaren berättade om var olika frakturer som uppkommit vid födseln då barnen varit för stora eller legat fel. Barnen kunde då dras ut i bland annat nyckelbenen, axlar eller armarna. Erbs Paralysis heter dessa skador där det uppstått problem med frakturer och nervskador. Förlossningar av sådana här slag gör även att mödrarna blir svaga i benen. Ett flertal barn med denna problematik observerades. Ett exempel var ett barn på 8 månader med problem med axlar och armar som inte fungerade och därmed fick behandling i form av elstötar i armarna för att lära kroppen att aktivera musklerna. En annan behandling för Erbs Paralysis är bland annat massage på den drabbade kroppsdelens med en inflammationsdämpande salva, för att stimulera muskeln. En annan problematik som framgår vid Erbs Paralysis är dåliga reflexer. Läkaren testade barnens reflexer genom att lägga barnen på mage med huvudet framåt och ansiktet nedåt på en stor boll. Barnet ska reagera då han eller hon kommer nära kanten. Om barnet inte reagerar saknas reflexer. Ytterligare ett sätt som reflexerna testades på av personalen var att lyfta upp bebisarna rakt upp och då ska de dra upp benen och fötterna. Observationen visade barn som inte gjorde det. Läkaren berättade att anledningen till att denna problematik är så vanlig i Tanzania är att man generellt inte vill använda vakuumpumpar för att det anses vara riskabelt. Även för att man som ovan nämns helst inte vill genomföra kejsarsnitt. Ett flertal fall av förlossningsskador observerades. Dessa förlossningsskador ledde ofta till att barnen inte utvecklades som de borde. Läkaren undersökte en pojke på 16 månader med en hjärnskada. Pojken grät under hela undersökningen vilket enligt läkaren berodde på att han hade ont. Hans fötter fungerade inte och han kunde varken gå eller hålla ihop sina händer. Läkaren berättade att det är viktigt att ge dessa barn en tidig träning, på grund av att hjärnan är outvecklad och är mer mottaglig för ny information upp till 5 år och det är bland annat en av anledningarna till att barnen börjar skolan vid den åldern. Därför är det viktigt att lära hjärnan under tiden den växer. Alla människor har olika funktionsområden i hjärnan och om en av dessa delar inte fungerar kan man träna upp andra delar att fungera istället för den skadade delen. Läkaren ger ofta mammorna instruktioner om övningar de kan göra med barnen för att öva upp nedsatta funktioner. Vidare handlar det också om att träna upp fysiska funktioner efter förlossningsskador. Personalen arbetade med att stimulera den förmåga som barnet borde ha.

Detta genomfördes med hjälp av olika övningar. Bland annat genom att träna barnens ben så att de ska vänja sig vid motstånd, så att de ska orka hålla upp överkroppen när de lär sig att gå.

Ett flertal fall av klumpfot observerades. Bland annat en pojke som hade svårt att gå. Enligt läkaren får dessa barn även ofta svårt med inläringen och det visar sig ofta när de börjar skolan. En bebis på en månad kommer med gipsade ben. Bebisens ben var uppblöjda vid förlösningen och för att få dem i rätt position gipsades dem. Denna bebis hade även haft klumpfot. För att få foten i en normal position sätter man enligt läkaren på nytt gips två till tre gånger och vid varje tillfälle har barnet gipset på i tio dagar per gång. Om inte gipset byts får bebisarna sår och skinnet lossnar. De kan även få löss som äter på bebisarna och det kliar. En annan anledning till att byta gipset är att man ser förändringarna och man har även chansen att se om det behövs göras några andra korrigeringar. Vidare berättade läkaren också att om gipset sitter på för länge kan det sedan bli svårt att böja den aktuella kroppsdel.

Många barn kom till sjukhuset med nervskador till följd av att ha fått injektion av malariavaccin, vilket i sin tur kan leda till att barnen får problem att gå. För att stimulera nerven och upprätthålla dess funktion sattes ett band runt den kroppsdel där den skadade nerven satt, till exempel armen. Bandet var kopplat till en liten dosa som gav impulser som gjorde att muskeln drog ihop sig, för att hjärnan ska bli medveten om den aktuella kroppsdel. Om den inte tränas kommer barnet inte att kunna använda den. Behandlingen visar normalt resultat efter två till tre veckor, enligt läkaren. Denna behandling observerades mycket och användes även vid Erbs Paralysis som nämns ovan. Behandlingen tar generellt 30 minuter och genomförs två gånger i veckan. Behandlingen avslutas med att en inflammationsdämpande salva masseras in på den aktuella kroppsdel.

Överlag observerades att det alltid var mammorna som kom med sina barn till sjukhuset, inte papporna överhuvudtaget. Därtill, observerades även att mammorna aktivt deltog i undersökningarna av sina barn och assisterade personalen. Ett exempel på detta var att en mamma deltog i att ta bort gipset på sitt barn genom att sätta ner barnet i en skål med vatten som skulle lösa upp gipset. Därvid tog personalen över och klippte upp gipset.

## **5.12 Barnavdelningen**

Observationer gjordes även på en avdelning för endast barn. Denna avdelning bestod av två rum: ett som var väntrum och undersökningsrum i ett och ett rum med två sängar som



användes för att barnen skulle ligga och återhämta sig. Det var en hög ljudnivå på avdelningen. De hade en hård bänk som användes som undersökningsbänk och en tillhörande glödlampa. En i personalen berättade att de hade mycket att göra, eftersom barnen var väldigt sjuka och måste få hjälp omgående. Detta medförde att personalen upplevde mycket stress. Det observerades enbart kvinnor som arbetade på denna avdelning. Det luktade illa på avdelningen och det var flugor kring barnen. Under observationen flög det in en fågel och satte sig på fläkten ovanför bänken där undersökningarna skedde. Det var ingen som reagerade på detta. Där sågs ett flertal olika behandlingar. Nedan följer några exempel på vård och behandlingar som gavs för olika tillstånd. En bebis på 6 månader fick sitt huvud rakat med ett litet rakblad. Sedan satte personalen ett plastband runt huvudet och en kanyl sattes in i huvudet för att tillföra vätska. Under tiden grät barnet mycket och det rann ut blod där kanylen förts in. Denna behandling observerades vid ett flertal tillfällen. Flera gånger sågs barn med andningssvårigheter som fick behandling i form av syrgas. Vid denna behandling var barnens mamma med.

Under observationen på barnavdelningen skedde ett strömavbrott, vilket bland annat ledde till att ett mycket magert barn inte kunde få den behandling som planerats med en speciell maskin och mamma till barnet blev helt hysterisk och grät och skrek. Många av barnen som observerades på denna avdelning såg undernärda ut då de var mycket magra och hade uppsvällda magar. Barnen vägdes genom att hängas i en påse under en våg som var märkt: UNICEF, 0-25 kilogram. På barnavdelningen behandlades flera barn i ett och samma rum, utan avskildhet och barnen såg vad andra barn fick för behandlingar.

### **5.13 Genusperspektiv i Tanzania**

Förr i tiden var enbart män präster i Tanzania och på grund av det högre anseende än kvinnorna. En ur personalen menar att det är en tanke som lever kvar. Under samtal framkom kulturella faktorer. Ett exempel på detta är att en nybliven mamma som har arbete får vara mammaledig i tre månader och får då samma lön som när hon arbetade. Om hon är arbetslös får hon inget ekonomiskt stöd. Om mamman är ensamstående får hon leva på släktingar och eventuella besparingar under denna tid. En nybliven pappa har ingen ledighet. Förövrigt berättade en i personalen att det kommit en ny lag i Tanzania som säger att gravida flickor får lov att fortsätta skolan efter att de har fött barn vilket inte var fallet förr då de blev utslängda från skolan. Nu kan de gå i skolan tills de är i nionde månaden. Även då får mammorna

stanna hemma med sitt barn i tre månader. Ett annat exempel är om ett barn blir blött i Tanzania och pappan till barnet är med säger han åt mamman att komma och byta på barnet, han gör det inte själv. Vidare berättas det att om kvinnan inte sköter hemmet och tar hand om mannen och barnen tillräckligt bra ur mannens perspektiv, så lämnar han henne. En man i Tanzania tillåts att ha 6-7 kvinnor samtidigt, enligt läkaren. Läkaren berättade att han försöker vara likadan när han undersöker män som när han undersöker kvinnor.

## **6. Diskussion**

Personalen på Regional Hospital i Morogoro har under observationen uppfattats som kompetenta men de arbetade med knappa resurser och under bristfälliga omständigheter. Många kvinnor och barn besökte sjukhuset och generellt framkom en positiv inställning till den vård som erbjöds.

### **6.1 Resultatdiskussion**

Konventionen över de mänskliga rättigheterna fastslår att alla människor har ett likavärde och samma rättigheter och i artikeln 25:1 framkommer det att alla människor har rätt till en tillräcklig levnadsstandard för sig och sin familj. Det innefattar mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll (Andrews A-L, 2004;4). Under observationens gång framkom det att enbart män var präster tillbaka i tiden i Tanzania och på grund av det var högre ansedda än kvinnor, vilket är en tanke som till viss del finns kvar. Det som direkt blir aktuellt att fundera över är hur det känns för en kvinna att bli undersökt eller få behandling av en man och om alla människor verkligen upplever att de har samma värde på sjukhuset i Tanzania. Vidare kan resultatet från observationen kopplas till den del i artikel 25:1 över de mänskliga rättigheterna som framhåller att alla människor ska ha rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet (Andrews A-L, 2004;4). Detta uppfylls inte i Tanzania då en ensamstående arbetslös kvinna föder barn inte får något ekonomiskt stöd, utan får leva på släktingar eller eventuella besparingar. Chansen att hon ska kunna ha besparingar eller få hjälp av sina släktingar ser jag som mycket liten då majoriteten av befolkningen är mycket fattiga. Då studies resultat har påvisat att majoriteten av de människor som besökte sjukhuset

under studiens gång lever på mindre än en dollar per dag, vilket medför att dessa personer äter ett mål mat per dag och då oftast ris anser inte jag att alla människor har en tillräcklig standard för sig och sin familj.

I artikel 25:2 över de mänskliga rättigheterna framhävs att mödrar och barn är berättigade särskild omvårdnad och hjälp (Andrews A-L, 2004;4). Vården på sjukhuset är kostnadsfri för barn upp till fem år vilket innebär att unga barn får särskild omvårdnad och hjälp. Sjukhuset erbjuder även äldre barn särskild hjälp då det finns en barnavdelning på sjukhuset och att den allmänna avdelningen hade mottagning för barn två dagar i veckan. Även kvinnor fick särskild vård i form av mödravård. Dock framgår det i studien att vården kostar mer än vad den genomsnittliga människan i Tanzania lever på under en dag. Utöver detta framkom det att många invånare inte har råd att ta sig till sjukhuset utan måste spara ihop pengar innan det blir möjligt. Dessa faktorer medför att möjligheterna för kvinnor och barn att få tillgång till den särskilda omvårdnad och hjälp som de enligt konventionen är berättigade till. Under observationen sågs ingen människa nekas vård vilket är i linje med de mänskliga rättigheterna, likväl som den medicinetik som vårdpersonal arbetar efter. Det som fortfarande står obesvarat är hur vården betalas när människor inte har råd att betala.

Ytterligare en sak som hör till artikel 25:2 är den väsentliga frågan angående abort. Att en kvinna som blivit gravid till följd av en våldtäkt nekas abort kan ses som att det går emot de mänskliga rättigheterna.

I barnkonventionens artikel nummer 24 framhålls att alla barn har rätt att få all den hjälp och vård som behövs (FN:s barnkonvention, 2010). Studien visade i linje med detta att personalen på sjukhuset verkligen gör allt för att barnen som besöker sjukhuset ska få den vård de behöver. Dock är förutsättningarna på sjukhuset inte tillräckliga för att de mänskliga rättigheterna ska uppfyllas till följd av bristande ekonomiska resurser. Observationen visade att det uppkom många olika frakturer på barn då de dragits ur på grund av att de varit för stora eller legat fel vid förlossningen. Om kejsarsnitt i dessa fall kunnat genomföras hade dessa många skador kunnat undvikas. Häri ligger problemet, som framkommit i studien, till stor del i resursmässiga faktorer så väl som kulturella faktorer och brist på kunskap. Även detta argumenterar för att alla barn inte får den vård de är berättigade till enligt artikel 24 i barnkonventionen. Det är bra att den sjukvård som finns i Morogoro existerar för de mödrar och barn som behöver vård. Men mer inriktade satsningar på primärvården är av stor vikt, då flera av skadorna som barnen behandlas för kanske kan undvikas då. En studie av Kruk et al visar att 57 procent av kvinnorna i Tanzania hellre föder barn hemma än på sjukhus och att tillgång till mediciner och sjukvårdspersonalens bemötande är avgörande faktorer som

påverkar valet av plats för förlossningen (M.E Kruk, 2009). Personalen på sjukhuset i Morogoro var engagerade och gjorde det bästa de kunde utifrån de förutsättningar som var. Deras bemötande av mödrar och barn var vid observationstillfällena mycket bra, och kvinnorna uppgav att de var nöjda med vården.

Ett av de stora syftena med milleniummålen är att tillgodose människor med elektricitet. Enligt WHO och Internationella Atomenergiorganet IAEA bor majoriteten av de människor som lever utan elektricitet i de länder som är mest utvecklade i Afrika, söder om Sahara (UN Millenium Project. Jeffery D Sachs, 2005). Där ligger Tanzania och detta var något som observerades då strömmen försvann ett flertal gånger under observationens gång. Att elen försvinner på ett sjukhus visade sig ha en mycket stor påverkan på den enskilda individen, då det bland annat observerades att vård som skulle ges fick skjutas upp på grund av avsaknad av elektricitet. Enligt de fakta som framkommer i bakgrunden är de mest förekommande sjukdomarna i Tanzania HIV och AIDS (WHO Africa, 2006). Under de tre veckornas observationer fick jag inte kännedom om en enda person som hade HIV eller AIDS, vilket kan bero på att det är tabu. Detta är ett problem eftersom förebyggande av sjukdomen kräver kunskap och information, vilket inte förekom alls under observationen. Vidare är det fler kvinnor än män som har HIV i Tanzania (WHO Africa, 2006) och då observationen till stor del inriktade sig på kvinnor så är det väldigt underligt att sjukdomen inte observerades en enda gång. Observationen påvisade många olika sjukdomar och i samtal med personal berättades mycket om sjukdomar och behandlingar men inte någon gång togs HIV/AIDS upp.

I intervjun med Dr Grace Saguti framkom det att på nationell nivå samarbetar WHO och ministeriet med att formulera riktlinjer för hur barn- och mödravård ska fungera på region- och distriktsnivå. I detta ingår även att ta fram strategier och interventioner för att tillgodose mödrar och barn med en god hälsovård. På region- och distriktsnivå rapporteras till den nationella nivån och WHO:s landskontor som i sin tur ger återkoppling.

Det är utifrån de fakta som framkommit i den här uppsatsen intressant att fundera över var vårdinsatserna gör störst verkan i ett utvecklingsland som Tanzania. Det är självklart viktigt att det finns vård att tillgå för de barn och kvinnor som behöver den, trots knappa resurser i form av material och mediciner. Men det är intressant att notera att flera av skadorna och sjukdomarna kanske hade kunnat förhindras genom primärvård. Det är därför viktigt att både sjukvården och framförallt primärpreventionen utvecklas i Tanzania.

## 6.2 Metoddiskussion

Att ha sammanställt en observationsguide var en mycket bra hjälp under studiens gång och den kändes som en bra start att utgå ifrån. Däremot framkom det sedan saker som ansågs vara betydelsefulla för studien som inte hade känts aktuella innan studien genomfördes, där ibland hur personalen arbetar och deras miljö, vilket var mycket intressant på plats. En fördel med observationsguiden var att den bestod av breda huvudområden och var öppen nog att tillåta ytterligare information än det som var specificerat under varje område. En nackdel med observationen är dock att det finns risk för missförstånd, då kultur- och språkskillnader förekom mellan de deltagande i studien och forskaren. Värt att notera utifrån studiens syfte och frågeställningen som rör barn och kvinnors upplevelser och uppfattningar av vården, är att flera kvinnor tillfrågats om detta medans barnens upplevelser endast har observerats. En annan möjlig nackdel är att resultatet kan vara felvinklat då deltagare i studien kan ha medvetet eller omedvetet anpassat sitt beteende då observationen pågick. Till exempel att personalen ville visa sin bästa sida under observation. Utöver detta har mycket av informationen framkommit i spontana samtal med personal och patienter. En annan svaghet är att då patienter tillfrågats om kvaliteten på den vård de erbjudits har detta inte skett i enrum utan personal på sjukhuset har funnits i närheten. I de flesta fall har t.o.m. personal agerat tolk då de flesta patienter inte talade engelska. Häri föreligger en risk för att eventuell negativ kritik inte framkommit pga. personalens närvaro.

Ytterligare en nackdel med studien är att forskaren som deltagande observatör inte är objektiv, särskilt inte i detta fall då det skapades relationer med deltagarna i studien. Bland annat var det en i personalen på sjukhuset som bistod med mat och husrum. Vad gäller intervjun med Doktor Grace Saguti på WHO fick hon att se alla frågor innan intervjun genomfördes. Hon valde att inte svara på alla frågor i intervjuguiden, då hon ansåg att det var andra inom organisationen som kunde svara på just de frågorna bättre. Dock genomfördes inga kompletterande intervjuer för att få svar på dessa frågor på grund av det långa avståndet till deras kontor.

## 6.3 Allmän diskussion

Studien har visat att patienterna upplever att de var mycket nöjda med sjukhuset och den vård de och deras barn fick. Detta påvisades också då många patienter återkom. Dock behövs vidare forskning där patienter tillfrågas om vården via intervjuer eller enkät under mer

konfidentiella omständigheter för att få ett mer tillförlitligt resultat. Denna studie har däremot visat på en viktig grund för nödvändiga insatser. Studiens resultat visar tydligt att de mänskliga rättigheterna behöver en grundläggande förankring och milleniummålen är viktiga för det fortsatta arbetet. Om jag som hälsopedagog vill arbeta med att skapa bättre förutsättningar så måste jag förstå den föreliggande problematiken och kulturen för att kunna komma fram med lösningar som är rätt anpassade till de människor som behöver hjälp.

## **7. Slutsatser**

Studien visar att personalen gjorde nödvändiga insatser för kvinnor och barn i den mån de kunde och utifrån de resurser de hade, i form av behandlingar av sjukdomar och skador samt mödravård och förlossningar. Däremot arbetade de under bristfälliga förutsättningar vilket i många fall innebar att möjligheterna inte fanns för att alla kvinnor och barn skulle få den vård de behövde. Det framkom inte heller någon form av förebyggande arbete på sjukhuset. Människor sökte vård för flera olika saker, många olika sjukdomar och skador observerades. Alla människor som sökte sig till sjukhuset fick någon form av vård utifrån de förutsättningar som var på sjukhuset. Vården på sjukhuset var tillgänglig för alla under öppettiderna. Däremot visade det sig att många människor inte alltid hade råd att ta sig till sjukhuset, utan måste spara ihop pengar innan det blev möjligt. I studien framkom det att mödrar var nöjda med den vård de och sina barn erbjöds och de hade en positiv inställning till sjukhuset och dess personal samt påvisade tillit till personalen då de överlämnade sina gråtande barn för behandling. Det är intressant att notera att flera av skadorna och sjukdomarna kanske hade kunnat förhindras genom primärvård. Det är därför viktigt att både sjukvården och framförallt primärpreventionen utvecklas i Tanzania.

## Litteraturförteckning

- Andrews A-L. (2004;4). De mänskliga rättigheterna. *FN-Fakta* .
- Beaglehole, R. (1995). *Grundläggande epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (1997). *Kvantitet och kvalitet i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- CG Victoria, L. H.-S. (2006). Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Brazil, Peru, and the republic of Tanzania. *Bulletin of the world health organization* , 84:792-801.
- Descombe, M. (2000). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- FN millenniummål 4. (den 28 05 2010). *FN-förbundet Sverige*. Hämtat från Millenniummål 4: <http://www.fn.se/fn-info/verksamhetsomraden/utveckling-och-fattigdomsbekampning/millenniemalen/millenniemal-4-minskabarnadodligheten/> den 15 04 2010
- FN:s barnkonvention. (den 28 05 2010). *Barnombudsmannen*. Hämtat från Om barnkonventionen, hela konventionstexten: <http://www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=44> den 28 04 2010
- FN-förbundet., Svenska. (2008). *Allmän förklaring av de mänskliga rättigheterna*. Brussels: Published by UNRIC Brussels.
- Hallberg, L. (2002). *Qualitative methods in public health*. Lund: Studentlitteratur.
- M.E Kruk, M. G. (2009). Women´s preferences for place of delivery in rural Tanzania: A population-based discrete choice experiment. *American journal of public health* , vol.99 nr.9 s.1666-1672.
- Roll back malaria. (den 28 05 2010). *RBM*. Hämtat från Malaria: <http://rbm.who.int/malariaMessages.html> den 15 04 2010
- Saguti, G. (den 10 04 2010). Dr. (J. Stålenberg, Intervjuare)
- Service, T. C. (den 24 09 2010). *Tanganyika Christian Refugee Service*. Hämtat från Tanganyika Christian Refugee Service: [http://www.tcrs.or.tz/Morogoro\\_CEP.html](http://www.tcrs.or.tz/Morogoro_CEP.html) den 24 09 2010
- Svenska FN-förbundet. (2007). *Fns generalsekreterare rapporterar om millenniemålen*. Ödeshög: Svenska FN-förbundet.
- Trost, J. (1993). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- UN Millennium Project. Jeffery D Sachs. (2005). *Investing in development a practical plan to achieve the millennium development goals*. New York: UN.
- Vetenskapsrådet. (den 31 05 2010). *Vetenskapsrådet*. Hämtat från CODEX regler och riktlinjer för forskning: <http://www.vr.se/sok.4.235f40c212384f2ca66800035.html?query=Forskningsetiska+principer&submit=S%C3%96K> den 31 05 2010
- WHO - HIV/AIDS. (den 28 05 2010). *WHO*. Hämtat från HIV/AIDS: [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/en/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/en/) den 17 04 2010
- WHO Africa. (2006). *Country health system fact sheet 2006* . United Republic of Tanzania: WHO.
- WHO- regionalt arbete Afrika. (den 28 05 2010). *WHO regional office Africa*. Hämtat från Malaria: <http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/atm/malaria.html> den 08 05 2010

# 9. Bilagor

## Bilaga 1

### Observationsguide för observationsstudie på en mödravårdscentral i Morogoro i Tanzania

#### 1. Hur arbetar personalen?

1.1 Har personalen en hälsofrämjande strategi för det arbete som ska utföras?

1.2 Finns en plan för framtiden?

1.3 Finns familjeplanering?

1.4 Finns föräldrautbildning?

1.5 Finns graviditetsvård för den som har blivit gravid där man utför mätningar, väger, lyssnar och så vidare?

1.6 Vilken omvårdnad får barnen från födseln?

1.7 Vilken omvårdnad får barnen under uppväxten?

1.7.1 Får barnen vaccin?

1.7.2 Hur behandlas malaria?

1.7.3 Mäter man barnen?

1.7.4 Väger man barnen?



1.7.5 Undersöks barnen för att se om de kan färdigheter som att till exempel hoppa på ett ben?

## **2. Vad söker människor vård för?**

2.1 Vad söker mammor vård för?

2.2 Vad söker barnen vård för?

2.3 Får alla som ber om hjälp det?

## **3. Tillgänglighet?**

3.1 Kostar det att få vård?

3.2 Hur ser de geografiska förutsättningarna ut? Är det långt att gå för att få vård?

## **4. Lokalbefolkningen (mödrar och barn)**

4.1 Vad har lokalbefolkningen för attityder till mödravårdscentralen?

4.2 Har lokalbefolkningen några fördomar gällande mödravårdscentralen?

4.3 Vad har mödravårdscentralen för rykte?

4.4 Vill lokalbefolkningen söka den vård som mödravårdscentralen erbjuder?

4.5 Vad har lokalbefolkningen för tankar om denna vård? Finns förtroende för sjukhuset, mödravårdscentralen, barnavårdscentralen?



## **Bilaga 2**

### **Intervjuguide med chefen för kvinnor och barns hälsa på WHO i Tanzania**

1. Could you tell me a little bit about WHO's work, who are you and what do you do?
  
2. What's your take on the health of
  - 2.1 mothers in Tanzania?
  - 2.2 children in Tanzania?
  
3. What are the most common health issues
  - 3.1 for mothers in Tanzania?
  - 3.2 for children in Tanzania?
  
4. Which are the most critical diseases/health issues that affect
  - 4.1 mothers in Tanzania?
  - 4.2 children in Tanzania?
  
5. How can the rest of the world contribute to a better health and better circumstances for mothers and children in Tanzania?
  
6. Is there anything you would like to add to the interview?