
Reproduktiv helse i utviklingsland

AKTUELT

Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i reproduktiv helse var hovedtema på et nordisk forskningsseminar på Gotland i august. Mer enn 40 forskere, de fleste leger og sosialantropologer, med selskap av sosiologer, jordmødre og sykepleiere var til stede.

Seminaret bød på en faglig spennvidde med et mangfold av forskningsprosjekter, de fleste med fellesnevneren den tredje verden. Forskning i utviklingsland byr på mange utfordringer, frustrasjoner, uventede problemstillinger, vanskelige etiske spørsmål og ikke minst overraskelser. Det er en utfordring å forlate et nordisk utgangspunkt til et fremmed lands i forskningsøyemed, og forsøke å ivareta alle aspekter.

Intervenere i en annen kultur

I møte med den tredje verden kan man som besøkende forsker ta avstand fra og ønske å intervenere i en medisinsk eller kulturell praksis vi ikke forstår eller oppfatter som skadelig. Kan man som forsker engasjere seg? Hvordan kritisere uhensiktsmessig administrasjon og dårlig ledelse? Hva gjør man dersom rutinene for å få fylt ut et skjema det er liten tid til og forståelse for, bruker samme verdier for alle pasienter, som når alle som får målt blodtrykket, registreres med det samme tallet?

De fleste av forskningsprosjektene dreide seg om maternell helse, svangerskapsomsorg, abort, genital mutulering og vold mot kvinner. Det ble fruktbare diskusjoner i møtet mellom de kvantitativt orienterte forskerne med sine tall og sosialantropologenes gjentatte spørsmål om hvorfor.

Bedring av gravide kvinners helse er et prioritert felt i utviklingsland. Mye kan vinnes ved enkle forebyggende tiltak som jerntilskudd, tetanusvaksine og helseopplysning. Å gi råd for å endre livsførsel er som kjent ikke liketil, heller ikke i en kultur hvor de gravide tradisjonelt spiser lite for å få et lite barn. Men også i de fattigste land er det nå teknologien som i økende grad former svangerskapsomsorgen. De fødendes møte med helsevesenet kan ha uante konsekvenser. I Nepal vendte svært få fødende tilbake til helseinstitusjonen om

tidligere barn var blitt forløst ved keisersnitt, av frykt for et nytt keisersnitt. I Tanzania oppsøkte nesten alle de fødende som ved forrige fødsel var blitt forløst ved keisersnitt tilbake til helseinstitusjonen, motivert av større trygghet for fødselen.

Mors helse

Professor Johanne Sundby, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo, presenterte prosjektet Safe motherhood investment igangsatt ved en fødeklinnikk i Maputo i Mosambik. Et av tiltakene var at leger og sykepleiere skulle være til stede ved sykehuset også på ettermiddags- og kveldstid for å begrense henvisningene til sentralsykehuset, og at lege skulle være med på morgenvisitten. Månedlige statistikker over endringer i blant annet fødselskomplikasjoner ble slått opp i sykehuskorridoren for å gi et synlig inntrykk av effekten av tiltakene.

Gravide kvinner med anemi står for 60 % av alle antenatale sykehusinnleggelser, og er et økende problem i Tanzania, refererte lege Siriel Massawe. Det er mange tilfeller med alvorlig anemi som krever blodtransfusjon, men rent blod er en mangelvare.

Tobarnspolitik og abort

Flere forskere var engasjert i helsepolitiske studier i Vietnam. Den strenge tobarnspolitikken i landet har synliggjort abortproblematikken. Abortratioen er høy, 83 aborter per 1 000 levendefødte barn for kvinner mellom 15 og 44 år, i Sverige er tallet 19 per 1 000. De par som får flere enn to barn, blir møtt med økonomiske sanksjoner. Intervjuer med par etter en abort røper at mange har bekymringer om kvinnens helse og de gir uttrykk for moralske kvaler og tvil. Som et uttrykk for den fysiske og emosjonelle belastning en abort er, sies det at «en abort er det samme som tre fødsler». Vanlig prevensjonsmiddel er spiral. Sterilisering er uvanlig og kondomer brukes lite fordi det forbindes med prostitusjon. P-piller er blitt mer tilgjengelig, skjønt mange er generelt skeptiske til piller.

Omskjæring av kvinner

Flere prosjekter om genital mutilering ble lagt frem. Der er ulik praksis, motivasjon og syn på dette de afrikanske landene imellom. To millioner kvinner blir utsatt for inngrepet hvert år, blant annet motivert av større fruktbarhet, for å unngå funksjonshemmede barn (hvis klitoris berører barnets hode under fødsel kan barnet bli psykisk utviklingshemmet) og for å fremme mannens seksuelle nytelse og redusere risiko for impotens. I flere afrikanske land utbetales ikke brudepenger hvis ikke bruden er omskåret, kvinnen ansees som uren, hun kan verken gå i moské eller lese i Koranen.

De negative helsekonsekvenser er som kjent mange, blant annet kronisk blærekatarr, hematokolpos, urinretensjon, kompliserte forløsninger og samleiesmerter. Genital mutilering var initialt et forsøk på å kontrollere seksualiteten til afrikanske slaver som kom til Egypt (jf. faraoisk omskjæring). Forsker Lars Almroth i Sverige har intervjuet sudanesiske menn om deres syn på kvinnelig kjønnslemlestelse. Ifølge hans undersøkelse svarte halvparten av gifte menn i Sudan at de heller ville ha giftet seg med en kvinne som ikke var omskåret, primært på grunn av de seksuelle problemene inngrepet medfører. Andre forskere kunne tilføye at intervju-undersøkelser blant sudanesiske menn i Sverige viser at alle var imot denne praksis ut fra religiøse og helsemessige grunner. I Senegal er genital mutilering ikke knyttet til kvinners seksualitet. Det har ingen verdi å være jomfru ved ekteskapsinngåelse, kvinner med barn født utenfor ekteskap har ingen problemer med å finne en ektemann. Kvinnene er stolte over inngrepet, det knytter dem sammen i et fellesskap som andre kvinner utelukkes fra, og de mener selv at inngrepet fremmer kunnskap og gode manerer. Begrunnelse for og oppfatning av denne praksisen er som alt annet i Afrika ikke entydig, men mangfoldig.

– Berit Rostad, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. desember 2025.