



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR GLOBALA STUDIER

Mödradödlighet i Afrika söder om Sahara

En kvantitativ studie om den nationella utvecklingens påverkan på
mödradödlighet.

Martin Dohlsten

Göteborgs Universitet, Institutionen för Globala Studier

Examensarbete för kandidatexamen i Globala studier

Bachelor thesis in Global Studies

Höstterminen 2013

Handledare: Johan Wedel

Antal ord: 14304

Sammanfattning

I s.k. utvecklingsländer dör ca 1000 kvinnor varje dag i samband med graviditet och förlossningar. Länderna i Afrika söder om Sahara (sub-Sahara) är de som är värst drabbade. Denna studie undersöker vilka olika nyckelfaktorer inom nationell utveckling som kan samverka med en minskad mödradödlighet. I studien jämförs de 15 länderna i sub-Sahara där störst minskning inom mödradödligheten skett med de 15 länderna i sub-Sahara där mödradödlighetsminskningen varit som lägst, mellan åren 2000-2010. Studien analyserar även de samband som finns mellan minskad mödradödlighet och olika nyckelfaktorer för nationell utveckling. Uppsatsen baseras kring förståelsen att hälsa är ett brett fenomen, där ett förbättrat hälsotillstånd globalt kräver ett mångdisciplinärt arbete som fokuserar på fler faktorer än de medicinska. Resultatet i studien baseras på två olika statistiska analyser. En jämför medelvärden i förbättringen av olika utvecklingsfaktorer mellan de länderna i sub-Sahara där störst minskning inom mödradödligheten skett med de 15 länderna i sub-Sahara där mödradödlighetsminskningen varit som lägst, mellan åren 2000-2010. Den andra analysen har genomförts genom en korrelationsanalys mellan mödradödlighet och olika utvecklingsfaktorer. Alla data som behandlats i studien har hämtats från Världsbankens öppna databas. Resultaten visar att sex olika utvecklingsfaktorer korrelerar med minskad mödradödlighet. Dessa är; ökad BNI per capita, ökad utbildning, ökad medellivslängd, större satsning på hälso- och sjukvård, bättre tillgång till rent vatten och bättre tillgång till sanitära anläggningar. En ökad utbildning var den enda faktorn som visade ett statistiskt signifikant skillnad mellan de länderna i sub-Sahara där störst minskning inom mödradödligheten skett mellan år 2000-2010, med de länderna i sub-Sahara där mödradödlighetsminskningen varit som lägst. Genom att sammanföra resultaten från de två analyserna visar det sig att en ökad utbildningsnivå är en mycket viktig faktor för att uppnå minskad mödradödlighet i de länder söder om Sahara som undersökts i studien.

Abstract

About 1000 women in the so called developing countries die every day associated with pregnancy and childbirth. Sub-Saharan Africa is the worst affected region. This study aims to explore the different key factors in national development that can interact with a reduced maternal mortality. The study compares 15 countries in sub-Sahara where the greatest reduction in maternal mortality occurred with 15 countries in sub-Sahara where maternal mortality reduction has been at its lowest, between the years 2000 to 2010. This study also analyzes the link between reduced maternal mortality and various key factors for national development. The essay is based on the understanding that health is a broad phenomenon, where an improved state of health globally requires a multidisciplinary work that focuses on more factors than the medical. The results of the study are based on two different statistical analyzes. One of the analyzes have been done by comparing the mean value in the improvement of various development factors between the countries in sub-Sahara where the greatest reduction in maternal mortality occurred with the 15 countries of sub-Sahara where maternal mortality reduction was lowest, between the years 2000-2010. The second analysis was done by a correlation analysis between maternal mortality and various development factors. All data provided in the study were taken from the World Bank's open database. The results show that six different development factors correlate with reduced maternal mortality. These are; an increase in GDP per capita, increased education, increased life expectancy, a greater focus on health care, better access to clean water and better access to sanitation. Increased education was the only factor that showed a statistically significant difference between countries in sub-Sahara where the greatest reduction in maternal mortality occurred between the years 2000-2010 , with countries of sub-Sahara where maternal mortality reduction was lowest. By bringing together the results of the two analyzes shows that a higher level of education is a very important factor in achieving reduced maternal mortality in the sub-Saharan countries surveyed in the study.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	5
1.1 Syfte.....	6
1.2 Frågeställningar	6
1.3 Disposition.....	6
2. Bakgrund	6
2.1 Begreppsdefinitioner.	9
3. Teori	11
3.1 Tidigare forskning.....	12
3.2 Analytiskt ramverk	13
4. Metod	19
4.1 Kvantitativ analys	19
4.2 Urval.....	19
4.3 Undersökning.....	20
4.4 Statistiska metoder	20
4.5 Data och variabler	22
4.6 Reliabilitet och Validitet.....	26
4.7 Etik	26
4.8 Metoddiskussion	26
5. Resultat	27
5.1 Deskriptiv statistik av data:	28
5.2 Resultat av students t-test	28
5.3 Resultat av korrelationsanalyser.....	33
6. Analys	37
6.1 Analys av ekonomisk utveckling	37
6.2 Analys av social utveckling.....	39
6.3 Analys av politisk utveckling.....	40
6.4 Analys av miljömässig utveckling	41
6.5 Sammanfattning av analys.....	42
7. Diskussion	44
Referenslista	46
Appendix	51

1. Introduktion

Mödrar i Afrika söder om Sahara (sub-Sahara) löper stor risk att dö i samband med graviditet och förlossning, då 99% av dödsfallen i världen som är relaterade till graviditet sker i s.k. utvecklingsländer (FN, 2013). I dessa länder dör ca 1000 kvinnor varje dag i samband med graviditet och förlossning (FN, 2013). Skillnaden i mödradödlighet mellan västvärlden och s.k. utvecklingsländerna är större än någon annan utvecklingsindikator (Pathmanathan & Liljestrand, 2003). De flesta av dessa dödsfall som sker i utvecklingsländerna kan förebyggas och de medicinska insatser som krävs är välkända (Greene & Merrick, 2005). Denna nödvändiga vård finns dock inte tillgänglig för dessa kvinnor, eller så är det för dålig kvalitet på vården (Greene & Merrick, 2005). Förutom dödsfall som är relaterade till barnafödande så uppskattas det att över en fjärdedel av kvinnorna som föder barn i utvecklingsländerna även lider av kort- eller långvariga komplikationer i samband med graviditeten (Merali, 2000). De flesta dödsfall sker från graviditeter som kommer för tidigt, för ofta, för tätt inpå varandra, eller försent i kvinnans reproduktiva liv (Merali, 2000). De kvinnorna som är mest sårbara att påverkas av komplikationer relaterade till graviditet är även de som oftast redan är marginaliserade i samhället (Merali, 2000).

Mödradödligheten i sub-Sahara är den högsta i världen och står för ca 56% av den globala mödradödligheten (Wilson-Jones, 2013). Sub-Sahara är även den region i världen som visar minst framsteg inom mödrahälsan. Direkta kostnader för individer avseende hälso- och sjukvård kan vara betydande (Wilson-Jones, 2013). Även de indirekta kostnaderna som samhället får stå för till följd av en minskad produktivitet är höga (Wilson-Jones, 2013)

För att minska ojämlikheten i mödrahälsa mellan och inom länder bör det, enligt Marmot (2007), även fokusera mer på ”orsakerna till orsakerna” och inte enbart de medicinska faktorerna. Hur förklaras detta inom mödrahälsan? Och vilken roll spelar ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga utvecklingsprocesser? Marmot (2007) menar att grundläggande strukturer för social hierarki och de socialt och ekonomiskt betingade förhållanden som skapar förutsättningarna för hur människor lever är viktiga för att uppnå en förbättrad hälsostatus för människor runt om i världen. Samhällsvetenskaplig forskning kring mödrahälsan är dock bristfällig och eftersatt (Wang, 2013). Wang (2013) menar att det bör forskas mer kring sambanden mellan social, ekonomisk och politisk utveckling och mödrahälsa. Ett större fokus kring hur en ökad mödrahälsa förhåller sig till den sociala och

ekonomiska utvecklingen är något som behövs för att förstå hur mödrahälsa och utveckling påverkar varandra (Gill et al., 2007).

1.1 Syfte

Det övergripande syftet är att studera eventuella samband mellan minskad mödradödlighet och utvecklingsprocesser. Jag avser att jämföra minskad mödradödlighet hos ett antal länder i sub-Sahara i förhållande till ett antal nyckelfaktorer som kan relateras till ländernas ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga utveckling.

1.2 Frågeställningar

- Hur skiljer sig den nationella utvecklingen mellan länderna i sub-Sahara där de största framstegen har gjorts inom mödradödligheten med de länder som gjort minst framsteg?
- Vilka samband finns mellan dessa länder i sub-Sahara avseende minskad mödradödlighet och deras ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga utveckling?

1.3 Disposition

Denna uppsats inleds med en närmare presentation av innebörden av de olika begrepp som kommer att användas i studien. I efterföljande kapitel kommer tidigare forskning och det analytiska ramverk som använts för att analysera studiens resultat att presenteras och förklaras. Nästa kapitel i uppsatsen är ett metodavsnitt, där studiens tillvägagångssätt presenteras och de statistiska metoder som använts förklaras närmare. Därefter följer en resultatdel som är uppdelad i två olika stycken, utifrån de olika statistiska analyser som resultaten baseras på. Resultaten analyseras i efterföljande kapitel där resultaten också presenteras och relateras till tidigare forskning och uppsatsens analytiska ramverk. Avslutningsvis sker en diskussionsdel där studiens resultat diskuteras.

2. Bakgrund

Hälsan hos mödrar kan ses som en reflektion av det nuvarande hälsotillståndet hos en stor del av världens befolkning (Al-Saleh & Di Renzo, 2009). Hälsan hos mödrar kan även ses som en prediktor för hälsoutfallet hos den kommande generationen (Al-Saleh & Di Renzo, 2009). Ojämlighet i mödrahälsa existerar mellan och inom regioner och insatser för de mest utsatta är väsentligt för att nå betydande framsteg inom den globala mödrahälsan (Carine & Wendy,

2006). Vid FN:s utformande av åtta milleniemål år 2000 gjordes den globala mödrahälsan till ett fokusområde och tillgavs ett eget milleniemål. FNs förhoppning med detta mål (milleniemål 5), är att förbättra mödrahälsan globalt. Ett av delmålen (5A) inom milleniemål 5 är att mödradödligheten globalt ska reduceras med tre fjärdedelar från 1990 till 2015 (FN, 2013). Det andra delmålet (5B) är att uppnå en allmän tillgång till hälsoinsatser avseende en reproduktiv hälsa år 2015 (FN, 2013). År 2013 har mödradödligheten globalt sjunkit med nästan 50 % sedan 1990. Milleniemål 5 är dock det mål som har uppnåtts sämst av de åtta olika milleniemålen (FN, 2013).

Reducering av mödradödlighet är det mått som används mest frekvent för att mäta mödrahälsa och är det mest tillförlitliga sättet att uppskatta hur hälsotillståndet hos mödrarna verkligen är i ett land (Firoz et al., 2013). Begreppet mödradödlighet utgår i denna studie från WHO's (WHO, 2012) definition av mödradödlighet. WHO definierar mödradödlighet som när en kvinna dör under graviditeten eller inom 42 dagar efter avslutad graviditet. Dödsorsaken måste vara relaterad till barnafödandet eller graviditeten. Andra dödsorsaker, såsom exempelvis olyckor, kategoriseras inte som mödradödlighet. Mödradödligheten mäts i antal döda mödrar per 100 000 levande födda barn och betecknas *Maternal Mortality Rate* (MMR) (Se figur 1). Levande födda barn definieras enligt WHO när ett barn fötts och uppvisar tydliga levnadstecken (WHO 2012). MMR representerar ett mått på risken för dödsfall när en kvinna blivit gravid.

Följande modell används för att beräkna Maternal Mortality Rate (MMR):

$$\text{MMR} = \frac{\text{Antal döda mödrar}}{\text{Antal levande födda}} \times 100\,000$$

Figur 1.

Att uppskatta mödradödligheten i länder eller regioner med dålig registrering av mödradödligheten är svårt och kan ofta ge felaktiga uppgifter (Världsbanken, 2006). I de flesta av länderna i sub-Sahara saknas en tillförlitlig folkbokföring, vilket gör att mödradödlighet och andra viktiga händelser kan förbli oregistrerade (Världsbanken, 2006).

Många skattningar av mödradödlighet baseras därför på hushållsundersökningar, vilket innebär att WHO, UNICEF och UNFPA, som sammanställer länders mödradödlighet, justerar länders uppgifter och redogör för underrapportering och fel klassificering genom en statistik modell för att generera uppskattningar inom mödradödligheten (Världsbanken, 2006).

En annan metod som används för att mäta mödradödligheten är *Reproductive-age mortality studies* (RAMOS). RAMOS syftar till att identifiera alla dödsfall bland kvinnor i fertil ålder inom en viss befolkning. Detta görs genom att undersöka alla relevanta informationskällor, såsom hushållsintervjuer, sjukhus- och vårdcentralregister eller genom muntliga källor.

Informationen som samlas in studeras sedan av ett läkarteam för att kunna skapa uppfattningar om mödradödligheten (Världsbanken, 2006). RAMOS studier är enligt WHO (2012) det mest pålitliga sättet att uppskatta nivåerna av mödradödlighet.

Firoz et al. (2013) beskriver att mödradödligheten kan betraktas som toppen av ett isberg när det handlar om den generella hälsostatusen hos mödrar. För varje kvinna som dör relaterat till graviditet eller förlossning så uppskattas det gå 30 andra mödrar som får akuta eller kroniska sjukdomar till följd av graviditeten (Prual et al., 2000). De olika följsjukdomar som drabbar dessa kvinnor riskerar även att påverka deras fysiska, psykiska och sexuella hälsa (Prual et al., 2000). Deras möjlighet att delta i samhället och deras sociala och ekonomiska status kan påverkas negativt (Prual et al., 2000).

Ronsmans & Graham (2006) menar att ytterligare framsteg inom mödrahälsan för länderna i sub-Sahara äventyras av svaga hälsosystem och fortsatt hög fertilitet hos kvinnorna, och menar att inriktningen av insatser till de mest utsatta är nödvändigt för att framsteg ska uppnås. Fastän det existerar medicinska lösningar på mödradödligheten, så behövs en ökad statlig uppmärksamhet för att kunna genomdriva en effektiv politik för att förbättra situationen för de drabbade kvinnorna (Grépin & Klugman, 2013). Även om de länder som står inför de största utmaningarna inom mödrahälsa också är bland de fattigaste i världen så har den politiska viljan att investera i mödrahälsa i dessa länder även varit otillräcklig (Grépin & Klugman, 2013).

Kvinnors arbete är en viktig del av den nationella ekonomin i många länder i Sub-sahara och kvinnorna utgör även medparten av hushållsarbetet, vilket innebär att mödradödligheten har en stor ekonomisk effekt på de familjer som drabbas (Grépin & Klugman, 2013). En

förbättring av mödrahälsan resulterar inte enbart i direkta fördelar för familjerna, utan de ger även viktiga ekonomiska och sociala fördelar för kommande generationer (Grépin & Klugman, 2013).

2.1 Begreppsdefinitioner.

Nedan följer förtydligande av innebörden av olika begrepp som kommer att användas i uppsatsen. Detta för att öka förståelsen hos läsaren och ge en tydlig bild av hur begreppen kommer att tolkas i denna uppsats.

2.1.1 Utveckling

Hettne (2008) förklarar begreppet ”utveckling” som något som föddes vid starten av det moderna samhället och begreppet har förändrats på ett sätt som speglar samhällets förändring. Hettne menar även att den diskursiva förändringen i begreppet ”...ligger i förhållandet mellan den historiska kontextens förändring och den samhälleliga förståelsen av samma kontext” (Hettne, 2008:83). I den första *Human Development Report*, som kom ut 1990 förklarades utveckling som en process för att utvidga människors val. Utveckling ska skapa en gynnsam miljö för människor, både individuellt och kollektivt, för att kunna uppnå sin fulla potential och kunna leva produktiva och kreativa liv i enlighet med sina behov och intressen (UNDP, 1990).

Då begreppet ”utveckling” behandlas inom samhällsvetenskapen blir det mer komplicerat än om det behandlas inom exempelvis naturvetenskapen (Hettne, 2008). Det blir mer problematiskt eftersom det som avses att utvecklas som regel är relaterat till större samhällsstrukturer. Om utveckling ska kunna ske så krävs det därför ofta strukturella förändringar, vilket gör att begreppet ”utveckling” får en vidare mening (Hettne, 2008). Begreppet ”hållbar utveckling” presenteras ofta inom samhällsvetenskapen, och syftar till de ekonomiska, sociala och ekologiska aspekter som ett samhälle bör ta i beaktning för att kunna skapa utveckling (Hettne, 2008). Hettne (2008) förklarar utveckling som ett normativt begrepp, vilket gör att det inte existerar någon enighet i hur det ska skapas på bästa sätt. En sak som dock är viktig inom föreställningen av utveckling är att det är något som kan skapas av människan, och denne kan styra utvecklingen i en önskvärd riktning (Hettne, 2008).

2.1.2 Ekonomisk utveckling

Ekonomisk utveckling syftar enligt Weil (2013) till den relativa ökningen som sker i något produktionsmått. Weil (2013) menar att ekonomisk utveckling är samhällets produktionsökning av olika tjänster och varor jämfört med en tidigare tidsperiod.

Utveckling som definieras strikt i ekonomiska termer missar dock mycket av hur utveckling faktiskt ser ut i ett land (Smith & Ingham, 2005). Sedan 1970-talet har det tillkommit mycket kritik av att belysa utveckling strikt genom ekonomiska termer då det inte nödvändigtvis återspeglar mänsklig utveckling eller ökad välfärd (Smith & Ingham, 2005). Cypher & Dietz (2009) menar att även om det kan finnas relevans i att mäta ett lands utveckling via ekonomiska termer så bör det finnas en medvetenhet att nationell utveckling omfattar mycket mer än nivån av inkomst. Det kan dock vara en indikator på ett lands utveckling även om det bör beaktas med försiktighet utan att dra för stora slutsatser om hur människorna i samhället lever (Cypher & Dietz, 2009).

2.1.3 Social utveckling

Social utveckling definieras enligt Mapp (2007) som insatser och program som bedrivs för att förbättra de sociala förhållandena för människor. Social utveckling innefattar arbete för att bygga upp kapaciteten hos individer, ofta på makronivå, för att undvika det eventuella sociala problemet, istället för att bidra till att mildra effekterna av problemet när det uppstår. Social utveckling innebär att det fokuseras mycket på preventiva insatser. Problemen ska försöka stoppas genom att ta itu med det genom att angripa problemens rötter (Mapp, 2007).

Eyben (1995) definierar social utveckling som en strävan mot individers och samhällets ökade välbefinnande och självständighet. Det syftar även till att uppnå detta inom ramarna för ett integrerat och rättvist samhälle. Social utveckling innefattar, enligt FN (2013), många olika aspekter inom samhällsförändring. Indikatorer på social utveckling innefattar ett brett spektrum, där bl.a. genusfrågor, utbildning, hälsovård och livslängd tas i beaktning (FN, 2013).

2.1.4 Politisk utveckling

Thomas (2011) beskriver politisk utveckling som utveckling av institutioner, värderingar och attityder som utgörs av det politiska system som existerar i ett samhälle. De processer som sätts igång av beslutsfattarna utgår ofta från att omvandla något från en form till en annan (Thomas, 2011). Politisk utveckling har definierats på många olika sätt historiskt beroende på det politiska samhällsklimatet (Thomas, 2011). Enligt Thomas (2011) så ökar en politisk

utveckling statens förmåga att fördela resurser. Det kan hjälpa till att lösa inhemska problem och kan även skapa förändringar för att uppnå vissa önskvärda mål i samhället (Thomas, 2011). Ytterligare nyckelfaktorer för politisk utveckling är föreställningen om en god offentlig förvaltning som är effektiv och icke-korrupt (Thomas, 2011).

2.1.5 Miljömässig utveckling

En miljömässig utveckling har sin grund i erkännandet av den roll som miljö och naturresurser har, då det ger tillgång till den material- och miljömässiga grunden, ekosystemen, och den energi som ekonomiska processer är beroende av (UNFPA, 2007). FN:s Millenniemål 7 handlar om att säkerhetsställa en hållbar miljö (UNFPA, 2007). Detta mål relaterar dock till mer än just miljön då det t.ex. relaterar till bekämpning av vektorburna sjukdomar, bosättningsmönster och andra demografiska faktorer då miljöaspekten påverkar de mesta inom de övriga utvecklingskategorierna (UNFPA, 2007). Rapporten *Our common future* kom ut 1987 och definierade hållbar utveckling som: "*Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs*" (World Commission on Environment and Development, 1987). Det innebär att de miljömässiga faktorerna för utveckling är väsentliga för att uppnå en hållbar framtida utveckling (UNFPA, 2007).

3. Teori

Denna studie utgår från Evans & Stoddarts (1990) teori att skillnader i hälsa mellan befolkningar ,inom och mellan länder, beror på mer än bara medicinska faktorer. Uppsatsen utgår även från Evans & Stoddarts (1990) antagande att ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga faktorer spelar en avgörande roll för hälsoutfallet hos en befolkning. Detta då det ger en bredare förståelse av vilka aspekter som påverkar människors hälsa och även ökar förståelsen av hur en bättre hälsa hos människor kan analyseras utifrån fler faktorer än de medicinska.

Då studiens syfte är att undersöka förhållandet mellan mödradödlighet och ekonomisk, social politisk och miljömässig utveckling i sub-Sahara, så innehåller studiens analytiska ramverk teorin kring hälsans bestämningsfaktorer, vikten av jämlikhet i hälsa, innebörden av *The medical poverty trap* och en redogörelse för olika paradigmer inom den globala hälsoforskningen. Hälsans bestämningsfaktorer hjälper till att belysa vad begreppet hälsa innebär och vilka viktiga aspekter som det bör tas hänsyn till inom arbete för en förbättrad

global hälsa. Jämlikheten i hälsa belyser varför hälsan skiljer sig mellan och inom länder, och även varför jämlikhet i hälsa bör betraktas som en viktig aspekt inom utvecklingsstudier. *The medical poverty trap* belyser de effekter som ökade hälso- och sjukvårdskostnader kan ha på människors liv. De olika paradigmen som funnits inom den globala hälsoforskningen redogör för hur olika trender sett ut historiskt då olika discipliner har försökt att analysera och bemöta den globala hälsoproblematiken.

3.1 Tidigare forskning

Den största delen av forskningen som gjorts kring mödrahälsan har fokuserat på de olika medicinska faktorer som påverkar mödrahälsan (Gill et al., 2007). Det finns en stor mängd forskning som behandlar mödrahälsan som en hälsofråga, men knappt någon forskning som behandlar mödrahälsan som en utvecklingsfråga (Gill et al., 2007). Hälsorelaterade problem globalt har ofta studerats enbart utifrån den medicinska disciplinen (Wang, 2013). Gill et al. (2007) visar i sin artikel *Women deliver for development* att befintliga data antyder att sambanden mellan mödrars hälsa och nationell utveckling är starka, men ytterligare forskning behövs för att slutgiltigt bevisa hur och i vilken omfattning mödrahälsa och utveckling påverkar varandra.

Wang (2013) beskriver i sin artikel *The Impact of Social and Economic Indicators on Maternal and Child Health* att jämställdhet har en central roll att spela i främjandet av förbättrad mödra- och barnhälsa. Wang (2013) visar även att ekonomisk utveckling har en statistisk signifikant inverkan på mödra- och barnhälsan. Wang (2013) använder i sin forskning variablerna ”procent av populationen som är urbaniserad”, ”procent av populationen som har tillgång till rent dricksvatten” och ”procent av befolkningen som använder adekvata sanitetsanläggningar” som mått på ekonomisk utveckling.

I studien *Effects of maternal mortality on gross domestic product (GDP) in the WHO African region* av Kirigia et al. (2006) visade de att mödradödligheten har ett statistiskt signifikant negativt samband med BNP. Varje dödsfall bland mödrar konstaterades leda till en reduktion av BNP per capita med 0,36 US dollar/år. Studien visade att länder som satsar på att minska mödradödligheten även kan göra ekonomiska framsteg, då minskad mödradödlighet genererar i ekonomisk avkastning. Studien understryker även att mödradödlighet är både en indikator och en orsak till underutveckling (Kirigia et al., 2006).

I en studie som baseras på befolkningen i Tanzania, av Yamin et al. (2013), visades att

effekterna av att inte arbeta för att reducera mödradödlighet innebär en negativ påverkan på barns nutritionsstatus, hälsa och utbildning. De drabbade familjernas ekonomiska förmåga påverkades även negativt. Studien menar att de långgående effekter som mödradödlighet kan ha på barn, familjer och samhällen gör det till en viktig del i samhällsutveckling i fattiga länder (Yamin et al., 2013).

Karlsen et al. (2011) menar att mer uppmärksamhet bör ägnas åt olika sociala faktorer som bestämmer mödrars hälsa, för att minska mödradödligheten. Studiens resultat visar att mödrar med en lägre utbildningsnivå associerades med en större mödradödlighet även om de har tillgång till samma hälsovård som kvinnor med utbildning. Kvinnor som saknade utbildning hade 2,7 gånger så stor risk för mödradödlighet än kvinnor med mellan ett och sex års utbildning. Risken för kvinnor utan utbildning att drabbas av mödradödlighet var dubbelt så stor jämfört med kvinnor med en utbildning på 12 år eller mer. Detta trots att de fick samma vård under graviditeten (Karlsen et al., 2011).

3.2 Analytiskt ramverk

3.2.1 Hälsans bestämningsfaktorer

WHO definierar hälsa i sin konstitution enligt följande; *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 2006:1). Definitionen innebär att hälsa är något som innefattar många olika aspekter av välmående och inte bara avsaknad av sjukdom (WHO, 2006). Evans & Stoddart (1990) beskriver i artikeln *Producing health, consuming health care* vilka olika aspekter det är viktigt att ta hänsyn till när hälsa ska mätas och vilka olika bestämningsfaktorer som är viktiga för en positiv hälsoutveckling. Hälso-och sjukvårdstjänster, miljöfaktorer, god sanitet, tillräcklig tillgång till mat och en stödjande social miljö är alla faktorer som påverkar och bestämmer människors hälsostatus (Evans & Stoddart, 1990). Evans & Stoddart (1990) förkastar teorin att hälsan hos människor enbart är beroende av sjukvård, och att en populations tillgång till sjukvård är det som bestämmer populationens hälsostatus. Evans & Stoddart (1990) anser att den jämför hälsa och sjukvård likt en kran som kan stängas av och sättas på: Ju mer sjukvård en population är i behov av, desto mer öppnas kranen och levererar mer sjukvård, vilket gör populationen frisk. Minskar behovet av sjukvård så stängs kranen igen utefter populationens behov (Evans & Stoddart, 1990).

Försöken att förbättra förståelsen av det breda spektrum faktorer som bestämmer hälsan hos

en population har inom hälsoforskning tenderat att fokusera på hälsa utifrån en smalt perspektiv, som behandlar hälsa som avsaknad av sjukdom (Evans & Stoddart, 1990). Detta sätt att behandla hälsa har visserligen en fördel då det lättare kan presenteras i kvantifierbara och mätbara tillstånd såsom, levande/död, sjuk/frisk, men perspektivet missar det komplexa fenomen som hälsa är (Evans & Stoddart, 1990).

En central faktor för hälsa är visserligen sjukvård, då sjukdom leder till sjukvård, och sjukvården tillhandahåller vård av sjukdomen (Evans & Stoddart, 1990). Att enbart fokusera på sjukvård som behandling för sjukdom förenklar dock förhållandet och ger en felaktig bild av vart fokuseringen av hälsoinsatser ska ske (Evans & Stoddart, 1990). Evans & Stoddart (1990) menar att förhållandet mellan sjukdom och den sociala, fysiska och genetiska miljön är viktig då det belyser hur hälsan inte enbart är beroende av sjukvård. Det finns en gräns för hur mycket sjukvård ett samhälle kan konsumera innan alltför stor del av landets ekonomi går åt för att skapa nya mediciner, läkarvård etc. Samhället når då snabbt gränsen för vad medicin och läkarvård kan tillföra för att förbättra populationens hälsa. Genom att belysa och fokusera på sociala, psykiska och genetiska faktorer kan människornas hälsa, enligt Evans & Stoddart (1990), förbättras på ett effektivare sätt än att ytterligare utöka sjukvården. Vilka vi är, hur vi lever och var vi lever har stora influenser på vår hälsostatus (Evans & Stoddart, 1990).

Det är viktigt att se hälsa ur ett bredare perspektiv än bara frånvaro av sjukdom, och en individs *välbefinnande* kan ge en tydligare bild angående helheten av en individs hälsa (Evans & Stoddart, 1990). En individs välbefinnande belyser aspekten att frånvaron av sjukdom inte alltid är det enda som är viktigt för individens hälsa (Evans & Stoddart, 1990). Välbefinnande innefattar exempelvis hur tillfreds en individ är med sitt liv i helhet, vilket enligt Evans & Stoddart (1990) bör vara det ultimata målet med en hälsopolicy. En sjukdom, enligt medicinska termer, har sannolikt en negativ påverkan på välbefinnandet men Evans & Stoddart (1990) menar att det ändå inte innefattar samma saker. En person kan exempelvis vara klassad som sjuk av vårdsystemet men må bra, eller en individ kan vara klassad som frisk av vårdsystemet men må dåligt. Det understryker ytterligare faktumet att hälsa kan definieras på en bredare front än just avsaknad av sjukdom (Evans & Stoddart, 1990).

Välståndet i ett land kan även ha påverkan på populationens välbefinnande (Evans & Stoddart, 1990). Om ett land investerar mycket av sin budget i att försöka förbättra sjukvården försvinner mycket ekonomiska resurser som skulle kunna investeras i andra områden än de rent medicinska, vilket skulle kunna öka folks hälsostatus på andra sätt (Evans & Stoddart,

1990). Om ett samhälle satsar för mycket på sjukvård så kan det inte spendera tillräckligt på andra förebyggande och hälsofrämjande verksamheter, vilket kan leda till en minskad hälsa hos befolkningen (Evans & Stoddart, 1990).

Östlin et al. (2010) belyser att det är viktigt att inse att hälso-och sjukvårdssystemen och de människor som använder dem lever i ett socialt sammanhang som avgör människors möjligheter att vara friska. Det är inte bara tillgång till hälsovård som utgör förutsättningar för människors hälsa, utan tillgången till en rad andra resurser och möjligheter är än viktigare, nämligen; de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa (Östlin et al., 2010). Den nuvarande inriktningen inom de flesta icke medicinska forskningsfälten har, enligt Östlin et al. (2010), främst fokuserat på de individuella riskfaktorer som existerar hos individer med avseende deras hälsa. Det sociala sammanhang som bestämmer fördelningen av hälsan i en population försummas ofta, och individens riskfaktorer ses ofta som fristående från de sociala sammanhang individen lever i (Östlin et al., 2010).

3.2.2 The medical poverty trap

Whitehead et al. (2001) beskriver i sin artikel *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?* att en ökad del av sjukvården i världen blivit privatiserat, och en större del av hälsovården i många länder finansieras genom vårdsökarens egna pengar. Whitehead et al. (2001) menar dock att denna trend får vissa negativa effekter för många människor. Ett ökat behov av att finansiera sjukvård på egen hand försätter, enligt Whitehead et al. (2001), många människor i fattigdom, eller förvärrar situationen för de människor som redan är fattiga. Denna situation som försätter människor i fattigdom p.g.a. av ökade vårdkostnader benämns av Whitehead et al. (2001) som *The medical poverty trap*.

De huvudsakliga effekterna av *The medical poverty trap* delas av Whitehead et al. (2001) in i fyra olika kategorier.

- Obehandlade sjukdomar
- Minskad tillgång till vård
- Långsiktig fattigdom
- Irrationell användning av läkemedel

Obehandlade sjukdomar

Den allvarligaste effekten av att människor inte har råd att söka vård när de är i behov av det blir att sjukdomen förblir obehandlad. Människor som inte får behandling för sin sjukdom riskerar ytterligare lidande och försämrad hälsa. De effekter som individer och samhällen kan få av dessa effekter kan, enligt Whitehead et al. (2001), bli potentiellt förödande.

Minskad tillgång till vård

Kostnader för vårdsökare har enligt Whitehead et al. (2001) lett till en drastisk minskning i tillgången av vård för människor i behov av denna. Det leder till att människor med dålig ekonomi väntar med att söka vård tills sjukdomstillståndet blivit kritiskt, vilket gör att det ofta krävs specialistvård, vilket i sin tur innebär ännu större kostnader för patienten. De negativa effekterna blir då tvåfaldiga, då både sämre hälsa och ökade medicinska kostnader uppstår (Whitehead et al., 2001).

Långsiktig fattigdom

Många människor betalar för vård även om det får negativa konsekvenser för deras långsiktiga försörjning, eftersom vården är avgörande för deras hälsa (Whitehead et al. 2001). Sjukvårdskostnader kan även få större negativa konsekvenser för individer än andra utgifter, då vårdkostnaderna ofta är oväntade och totalkostnaden inte blir känd förrän efter behandlingen. Dessa kostnader ger även upphov till att vårdsökarna tar lån eller skuldsätter sig, säljer av mark och boskap, återkallar barn från skolan så barnen istället kan generera inkomst till familjen, för att ha råd med behandlingar (Whitehead et al. 2001). Många fattiga människor har inte råd att betala för sjukvård, men gör det ändå, vilket leder till stora långsiktiga kostnader för dem själva och deras familjer (Whitehead et al., 2001).

Irrationell användning av läkemedel

Whitehead et al. (2001) menar att irrationell förskrivning av läkemedel utgör en viktig, men ofta förbisedd del av effekterna som ökade sjukvårdsutgifter har. I många s.k. utvecklingsländer blir försäljning av läkemedel, som inte blivit utskrivna av kvalificerade personer, allt vanligare. Detta leder till en onödigt stor användning av vissa läkemedel, men även att många fattiga människor får en ineffektiv, eller farlig behandling. Denna typ av ordinerings av läkemedel sker enligt Whitehead et al. (2001) ofta på grund av att vårdkostnaderna blir för dyra och att människor istället tar till mediciner som de tror kan lindra deras sjukdomstillstånd.

3.2.3 Jämlikhet i hälsa

Jämlikhet i hälsa har i årtionden varit ett uttalat mål för olika hälsopolicys i många länder och bland internationella hälsoorganisationer (Östlin et al., 2010). Vid en WHO konferens 1978 lanserades en global hälsostategi som fick namnet *Health for all by the year 2000*, som fokuserade på att alla människor ska ha tillgång till en god hälsa år 2000 (Östlin et al., 2010). Sedan 1978 har det i olika dokument och på olika konferenser diskuterats och ytterligare betonas vikten av att arbeta mot en större jämlikhet i hälsa, både nationellt och globalt (Östlin et al., 2010). Jämlikhet i hälsa hade även en framträdande roll i delar av millenniedeklarationen 2000, som gav upphov till millenniemålen. FN har också identifierat jämlikhet i hälsa som en markör för länders övergripande utveckling (Östlin et al., 2010). Trots att det under senare delen av 1900-talet gjordes stora framsteg inom den globala hälsan, så har ojämlikheten mellan mer och mindre privilegierade gruppers hälsa och tillgång till hälsovård i många länder vidgats (Östlin et al., 2010).

Den sociala miljön och de sociala sammanhang som människor lever i genererar ojämlika fördelningar av exempelvis makt, ekonomi, risker och sårbarheter för ohälsa (Evans & Diderichsen, 2001). Sen (2002) menar att hälsan bör värderas bland de viktigaste förutsättningarna för mänskligt liv, och som en avgörande beståndsdel i det mänskliga livet. Människors hälsa, och möjligheter att leva ett liv utan botningsbara sjukdomar, lidande och förtidig död är en av de viktigaste komponenter i en rättvis social fördelning (Sen, 2002). Sjukdomar och lidande som förblir oförhindrade och obehandlade pga. sociala orsaker snarare än av personliga val är ett stort problem sett från ett perspektiv av social rättvisa. Det är viktigt att understryka skillnaderna mellan att ha en god hälsa och förmågan att uppnå bra hälsa (Sen, 2002).

Vid ett möte med *The International Society for Equity in Health* år 2000 arbetades det fram en ny definition av jämlikhet i hälsa. The International Society for Equity in Health menar att jämlikhet i hälsa är: *“The absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically, or geographically”* (Starfield, 2002:483). Systematiska skillnader inom olika aspekter av hälsa mellan olika sociala grupper, i ett land eller mellan länder ska inte existera om en jämlikhet i hälsa ska uppnås. Denna definition bygger på tidigare definitioner som belyst rättvisa möjligheter att uppnå hälsa (Starfield, 2002). Grupper som är socialt missgynnande pga. kön, inkomst, etnicitet eller religion riskerar att

drabbas hårdare och är mer sårbara avseende sin hälsa, vilket kan spela en viktig roll i att övervinna andra effekter av social utsatthet (Braveman & Gruskin, 2003). Att belysa hälsoskillnader mellan olika mer eller mindre gynnade sociala grupper kan även vara viktigt i ett större rättviseperspektiv då det kan fungera som en indikator på hur en nationell och internationell politik leder mot eller bortifrån större sociala orättvisor (Braveman & Gruskin, 2003).

Chang (2002) menar att den mest fundamentala bedömningen av ojämlik hälsa är att observera om variationen i hälsostatus beror på biologiska skillnader. Existerar det inte några biologiska skillnader inom eller mellan populationer som kan förklara ojämlikheten i hälsa mellan befolkningar så är det troligt att skillnaderna beror på sociala faktorer. Dock menar Chang (2002) att tanken om att uppnå fullständig hälsa för alla är svårt då det alltid finns genetiska faktorer som kan spela in. Det är därför viktigt att tolka jämlikhet i hälsa som att alla människor ska ges möjlighet att förverkliga sitt optimala hälsotillstånd utifrån sin potential (Chang 2002).

3.2.4 ”Den tredje vågen” i global hälsoforskning

Mycket av den globala hälsoforskningen har historiskt sett haft en tendens att enbart fokusera på de biologiska orsaker som avgör människors hälsa, och det har fokuserats på att utveckla medicinska lösningar på de globala hälsoproblemen (Östlin et al., 2010). Detta har skett genom satsningar på ökad teknologi och ökade kliniska insatser (Östlin et al., 2010). De två senaste decennierna har dock ett nytt fokusområde uppstått som belyser vikten av att arbeta mer mångdisciplinärt och att ny, icke medicinsk kunskap, kan vara hjälpsfullt inom den globala hälsoforskningen. Detta nya paradigm inom den globala hälsoforskningen benämner Östlin et al. (2010) som ”den andra vågen av global hälsoforskning”. Östlin et al. (2010) hävdar dock att även denna ”andra våg” av global hälsoforskning är på väg att ersättas av en ”tredje våg”. Detta nya paradigmskifte sker då det finns en större medvetenhet om hur det bör fokuseras på bredare sociala, ekonomiska och politiska faktorer som avgörande för att uppnå en bättre och mer jämlik hälsa inom länder och mellan länder (Östlin et al., 2010). För att kunna angripa hälsans sociala bestämningsfaktorer krävs en medverkan av olika aktörer utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Särskild forskning som uppmärksammar konsekvenserna på hälsan av olika sociala, politiska, miljömässiga och ekonomiska förhållanden är något som anses särskilt viktigt i detta nya paradigm i den globala hälsoforskningen (Östlin et al., 2010).

4. Metod

4.1 Kvantitativ analys

Variabler och kvantitativ data är ett analysverktyg som används för att se samband och mönster (Esaiasson, 2007), vilket gör att denna typ av metod kan motiveras för denna studie. En fördel med kvantitativ metod är även att forskaren kan analysera stora volymer av data relativt snabbt och att det genom tabeller, figurer och diagram erbjuds ett koncist och effektivt sätt att presentera resultat av data på (Denscombe, 2009). En analys av kvantitativ data kan erbjuda en stabil grund för beskrivning och undersökning, då resultaten inte är baserade på forskarens intryck, utan på uppmätta kvantiteter som kan kontrolleras av andra (Denscombe, 2009). Ett insamlat empiriskt material behöver dock bearbetas för att kunna skapa en överblick av materialet och för att kunna se samband. Det är viktigt för att kunna analysera de material och resultat som framkommit (Esaiasson, 2007).

4.2 Urval

Underlaget för studien baseras på data från 30 länder i sub-Sahara med tillgängligt dataunderlag för mödradödligheten år 2000 och 2010. Sub-Sahara innefattar, enligt Världsbanken (2013g) 48 länder sammanlagt. Ett urval på 30 länder inkluderar en stor del av länderna i sub-Sahara, vilket enligt Lisper & Lisper (2005) är tillräckligt för att kunna generalisera resultaten. År 2000 var det året som millenniemålen antogs vilket kan göra det till ett relevant årtal att utgå ifrån. De senaste data kring mödradödligheten i sub-Sahara som finns tillgänglig är från 2010, vilket gör den mest aktuell. Sammanlagt har 30 länder i sub-Sahara valts ut: 15 länder med störst MMR förbättring mellan år 2000-2010 och 15 länder där minst MMR förbättring gjorts mellan år 2000-2010. Antalet länder har valts då det är ett tillräckligt stort underlag för att kunna svara på studiens forskningsfrågor. Länderna delades upp i två kategorier med 15 länder i vardera, en grupp med störst förbättring av MMR, och en med minst förbättring i MMR. Två olika variabler, där tillgänglig data fanns, valdes ut för varje utvecklingskategori. Bortfall har skett i några fall då det inte funnits tillgänglig data för alla variabler hos alla länder. Anledningen till att data inte finns tillgänglig för alla länder är för författaren okänd. Ett bortfall på mindre än 10 procent kommer det dock inte att tas hänsyn till i analysen av resultaten då ett bortfall på mindre än 10 procent, enligt Lisper & Lisper (2005) inte snedvrider resultaten nämnvärt.

4.3 Undersökning

För att besvara studiens forskningsfrågor har studiens insamlade data analyserats i datorprogrammet SPSS, som är ett datorprogram för statistisk analys.

För att besvara den första forskningsfrågan; ”Hur skiljer sig den nationella utvecklingen mellan länderna i sub-Sahara där de största framstegen har gjorts inom mödradödligheten med de länder som gjort minst framsteg?” har de utvalda länderna i sub-Sahara delats in i två grupper, en för de länder med störst förbättring i MMR och en grupp för de länder med minst förbättring i MMR. Medelvärdena i grupperna har sedan jämförts utifrån deras utvecklingsvariabler, genom ett Students t-test för oberoende variabler i SPSS, för att kunna se om det finns någon statistisk signifikant skillnad mellan grupperna avseende utveckling.

För att besvara studiens andra forskningsfråga; ”Vilka samband finns mellan länder i sub-Sahara och deras ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga utveckling och en minskad mödradödlighet?” har jag använt mig av korrelationsanalyser. De senast tillgängliga data (från år 2010) hos de utvalda ländernas MMR har analyserats med de olika utvecklingsvariablerna från samma årtal. Variablerna har först körts i ett s.k. ”scatterplot” i SPSS för att få en grafisk bild av korrelationen. För att sedan få fram styrkan i sambanden har data för variablerna körts i korrelationsanalyser i SPSS.

4.4 Statistiska metoder

Bearbetningen av studiens data har skett genom dataprogrammet SPSS, vilket gör att uppsatsens data har behandlats på ett korrekt sätt. Studiens data laddades ned från Världsbankens öppna databas via ett Microsoft Excel dokument. Data från Exceldokumentet överflyttades sedan till SPSS via datorn för att undvika fel i inmatningsprocessen i SPSS. Deskriptiv statistik har i uppsatsen använts som ett hjälpmedel för att blottlägga och synliggöra den information som ligger i materialet (tabell 1.). Det hjälper till att ta fram kunskaper ur materialet, vilket gör att det är användbart för denna studie (Befring & Andersson 1994). Studien baserar således resultaten på både Students t-test och korrelationsanalyser. Detta eftersom eventuella samband kan stärkas tydligare vid användning av båda testen, jämfört med om endast en typ av test skulle genomförts.

4.4.1 Hypotesprövning

En hypotesprövning används för att ta reda på om en hypotes ska förkastas eller accepteras. Hypotesprövningen kan förklaras enligt följande:

Steg 1: En hypotesprövning börjar med att en nollhypotes (H_0) ställs upp. I denna uppsats innebär nollhypotesen att det inte finns någon skillnad i de olika utvecklingskategorierna bland länderna i sub-Sahara, utifrån hur deras MMR har utvecklats mellan 2000-2010.

Steg 2: En mothypotes (H_1) ställs upp, vilket innebär att det finns en statistiskt signifikant skillnad mellan de olika utvecklingskategorierna bland länderna i sub-Sahara, utifrån hur deras MMR har utvecklats mellan 2000-2010.

Steg 3: En signifikansnivå bestäms, oftast 0,05, som anger sannolikheten att förkasta H_0 då den är sann. En signifikansnivå på 0,05 innebär att risken att felaktigt påstå att en skillnad finns är 5 %.

Steg 4: En testfunktion används för att beräkna sannolikheten (p-värde). I denna studie används ett Students t-test för oberoende mätningar för att testa H_0 . Är p-värdet $>0,05$ så förkastas inte H_0 . Är p-värdet $>0,05$ så innebär det att man kan förkasta H_0 med 95% säkerhet (Lisper & Lisper, 2005).

4.4.2 Students t-test för oberoende mätningar.

Bearbetningen och analys av data har gjorts genom att jämföra medelvärdet bland de olika utvecklingsvariablerna mellan de länder med störst, respektive lägst förbättring i MMR mellan år 2000-2010. Students t-test för oberoende mätningar används då data är på intervall- eller kvotskalanivå och de båda grupperna är oberoende av varandra (Lisper & Lisper, 2005). Testet jämför två olika gruppers medelvärden för att se om det finns någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna (Lisper & Lisper, 2005). Efter att data har körts i SPSS så framkommer en resultattabell där olika värden kan utläsas. Genom denna resultattabell framkommer olika värden av analysen, vilket kan avläsas och bestämma om H_0 kan förkastas, dvs. om det finns någon statistisk signifikant skillnad i hur de båda grupperna skiljer sig från varandra (Lisper & Lisper, 2005). I vissa av de variablerna finns bortfall, vilket gör att grupperna som jämförs inte har samma antal. Vid t-test behöver grupperna dock inte ha

samma storlek, då testet mäter gruppens sammanlagda medelvärde (Denscombe, 2009).

4.4.3 Korrelationsanalys.

För att kunna ta reda på om det finns några samband mellan mödradödlighet och de olika utvecklingsvariablerna så har även data analyserats via olika korrelationsanalyser.

Korrelationsanalyser är användbara då syftet är att analysera styrkan av en relation mellan olika variabler (Sirkin, 2006). De data som analyserats via korrelationsanalyser är data från 2010 då det är den tillgängliga data som är mest aktuell från de länder som analyseras i denna studie. För att tydliggöra samband mellan mödradödlighet och social och ekonomisk utveckling har en korrelationskoefficient (r) tagits fram ur SPSS. Syftet med en korrelationskoefficient är att avgöra om; det finns ett verkligt samband mellan två variabler, om sambandet är negativt eller positivt, och även avgöra styrkan i sambandet (Miller et al., 2002). Korrelation handlar i första hand inte om orsak och verkan, utan om ett samband *kan* vara kausalt (Lisper & Lisper, 2005). Även om kunskap om samband inte avgör om vad som orsakar vad, så är det, enligt Lisper & Lisper (2005), värdefullt då det går att använda för att förutsäga något, det underlättar analyser av orsak och verkan, och även att det reducerar en mängd observationer till två variabler, vilket senare exempelvis kan mätas utifrån en korrelationskoefficient som kan ge ett värde på sambanden. Korrelationskoefficienten kan ha ett värde mellan +1 och -1. En korrelationskoefficient med ett värde på +1 innebär ett otvetydigt positivt samband. Ett värde på 0 indikerar att det inte finns något samband, och ett värde på -1 innebär att det finns ett otvetydigt negativt samband (Miller et al., 2002). Korrelationsanalyserna görs med en 95% signifikansnivå. Det innebär att om analysen som görs får ett p-värde $>0,05$ anses inte korrelationen statistiskt signifikant. Ett p-värde $<0,05$ innebär att det med 95% säkerhet finns en korrelation mellan variablerna (Miller et al. 2002).

4.5 Data och variabler

Alla data i denna studie är hämtade ur Världsbankens öppna databas. Världsbankens öppna databas är fri och tillgänglig för allmänheten, och där finns tillgång till uppgifter om utvecklingen i länder runt om i världen. Databasen innehåller data från 1960 och framåt på 331 olika indikatorer på utveckling och täcker 209 länder. Alla indikatorer ingår i World Development Indicators (WDI) (Världsbanken, 2013a).

Vid användning av officiell statistik finns det ett antal viktiga principer att tänka på (Denscombe, 2009). Sättet som fenomenet har mätts bör vara entydigt och okomplicerat för

att data ska vara tillförlitlig (Denscombe, 2009). MMR beräknas på liknande sätt i alla länder, vilket stärker resultaten av den uppmätta data. Detsamma gäller för de andra variabler som använts i denna studie. Det är även viktigt att inget egenintresse finns i den officiella statistiken (Denscombe, 2009). Det är inte troligt att det finns något egenintresse i de data som denna studie har använt, då Världsbanken är ett FN-organ, där inga länder förväntas förfördelas och inget egenintresse förväntas föreligga. En svaghet med den statistik som används i denna studie är dock att många av siffrorna för de olika variablerna är svåra att mäta. Det gör att data ibland baseras på få undersökningar eller intervjuer som sedan har analyserats av experter inom området för att göra uppskattningar om hur data i statistiken ska se ut. De olika bedömningar som görs av experter kan påverka hur uppskattningarna ser ut (Denscombe, 2009).

Studiens resultat baseras på nyckelindikatorer som beskriver länders ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga utveckling (utvecklingskategorier) i förhållande till deras mödradödlighet. Därför har två variabler för varje utvecklingskategori valts ut. Fler variabler per utvecklingskategori hade gett en bättre validitet men utifrån de tids- och resursbegränsningar som finns i denna studie har de begränsats till två. De olika variablerna som används för varje utvecklingskategori har valts ut då olika FN-organ menar att de olika variablerna är relevanta för att beskriva utveckling inom de valda utvecklingskategorierna. Variablerna har därför valts ut för att beskriva utveckling och ligger till grund för att besvara studiens forskningsfrågor. Nedanför följer en presentation av de olika variablerna som har använts i studien.

4.5.1 Ekonomisk utveckling

Bruttonationalinkomst per capita (BNI per capita) i nuvarande US dollar.

BNI är ett mått som innefattar det totala värdet av inkomster som tillfaller invånarna i ett land. Måttet BNI per capita innebär att landets totala BNI divideras med den totala populationen, för att få ett mått på snittinkomsten i landet. BNI beräknas ofta i nationell valuta, men omvandlas till US-dollar på officiella växelkurser för jämförelser mellan ekonomier (Cypher & Dietz 2009). Jag har valt att studera BNI per capita då det ger ett relevant mått på länders ekonomiska situation och invånarnas relativa levnadsstandard. BNI per capita ger mer relevanta mått än vad länders totala BNP eller BNI ger (Cypher & Dietz 2009).

Procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete

Procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete avser den andel av en befolkning som utför ett avlönat arbete. Invånare som arbetar inom den s.k. informella sektor, obetalt arbete och arbete inom hemmet är dock inte inräknat. Uppskattningarna görs av International Labour Force (ILO) och procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete anses av ILO som en nyckelindikator för hur arbetsmarknaden i ett land ser ut (Världsbanken, 2013b). Tillgång till anständigt arbete är, enligt (ILO, 2011), centralt för fattigdomsbekämpning och finns även med i utformandet av Milleniemål 1, vars mål är att halvera andelen av världens befolkning som lever i extrem fattigdom (ILO, 2011).

4.5.2 Social utveckling

Procent av populationen i åldrarna 15-19 år utan någon utbildning

Denna variabel utgör hur många procent av befolkningen i åldrarna 15-19 år som inte innehar någon skolutbildning. FN:s Milleniemål 2 innebär att alla barn ska slutföra en fullständig grundskoleutbildning (UNDG, 2010). Grundskoleutbildning är, enligt UNDG (2010), en grundläggande mänsklig rättighet, och är en indikator på om andra mänskliga rättigheter finns i landet. Utbildning bidrar till att bygga mer rättvisa samhällen och minskar fattigdom och ojämlikhet (UNDG, 2010). Inget land har någonsin skapat en social utveckling utan stadiga investeringar i utbildning (UNDG, 2010). Grundskoleutbildning är även en stark drivkraft för förverkligandet av många andra milleniemål och en drivkraft för en hållbar utveckling i stort (UNDG, 2010). Hur många procent av populationen mellan åldrarna 15-19 år som saknar utbildning återspeglar utvecklingen avseende utbildning i länder, vilket är en viktig indikator på social utveckling (UNDG, 2010).

Förväntad medellivslängd vid födseln.

Denna variabel anger antalet år ett nyfött barn skulle leva om det rådande mönstret av dödligheten vid tiden för dess födelse skulle förbli densamma under hela dess livstid (Världsbanken, 2013c). Måttet på den förväntade livslängden ses enligt FN som en viktig faktor för social utveckling då det ses som en grundläggande indikator på hälsa och social utveckling. Det återspeglar även befolkningens tillgång till primära hälso- och sjukvårdstjänster, vilket ses som en viktig del av samhällsutveckling (FN, 2012).

4.5.3 Politisk utveckling

Procent av platser som innehas av kvinnor i nationella parlament

Denna variabel innefattar hur många procent av platser inom de nationella parlamenten som innehas av kvinnor. Milleniemål 3, som skapats av FN handlar om att främja jämställdhet mellan kvinnor och män, och öka kvinnors egenmakt. Ett av dessa delmål i Milleniemål 3 är att öka antalet platser av kvinnor som sitter i nationella parlament. Ballington et al. (2005) menar även att ett utslutande av kvinnor i beslutsfattande organ begränsar möjligheter till en demokratisk utveckling, och ett frånvarande av kvinnor i den politiska processen kan skapa en obalans mellan de kvinnliga och manliga intressena hos populationen (Ballington et al., 2005). Denna aspekt av politisk utveckling anses så viktig att den fått ett eget milleniemål. Därmed motiveras att i denna studie använda antalet kvinnor i länders nationella parlament som en indikator på politisk utveckling.

Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar.

Denna variabel innefattar hur mycket pengar ett land i genomsnitt spenderar per invånare på hälso- och sjukvård. Det är bl.a. tillhandahållandet av vårdtjänster, familjeaktivitetsplanering, katastrofbistånd etc. som räknas in i denna variabel (Världsbanken, 2013d).

Detta mått kan enligt Världsbanken ge en bra uppfattning av hur mycket ett land satsar på hälsan hos sin befolkning (Världsbanken, 2013d). Denna satsning kan ses som statens förmåga att fördela resurser och att lösa inhemska problem och skapa förändringar i samhället vilket beskrivs i kapitel 4.1.3 som viktiga faktorer för politisk utveckling. (Världsbanken, 2013d).

4.5.4 Miljömässig utveckling

Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar

Förbättrade sanitära faciliteter innebär spolningsbara toaletter, ventilerade groplatriner, latrin med platta, mulltoa etc. En ökad användning av förbättrade sanitära faciliteter innebär inte bara bättre hälsa för människorna utan även mindre miljöförstöring (Världsbanken, 2013e). FN:s Milleniemål 7 innebär ett ökat fokus mot att säkra en miljömässigt hållbar utveckling. Ett av delmålen inom Milleniemål 7 är att halvera antalet människor i världen som inte har tillgång till förbättrade sanitära anläggningar (FN, 2013). Hur stor andel av en population som har tillgång till förbättrade sanitära anläggningar kommer därför i denna uppsats att användas som en indikator på ett lands miljömässiga utveckling.

Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten

Denna variabel avser hur många människor som har tillgång till bra dricksvattenkällor. Rent vatten kan ha många olika fördelar, som minskad sjukdomsspridning etc. I denna uppsats kommer variabeln dock att användas som en indikator på miljömässig utveckling då friskt vatten anses vara den viktigaste resursen för att upprätthålla ekosystemen, som ger livsuppehållande tjänster för människor, djur och växter (Världsbanken 2013f).

4.6 Reliabilitet och Validitet

Denna studie utgår främst från redan befintligt material, s.k. sekundärkällor. Materialet kommer uteslutande från Världsbankens databas, där data är insamlad av experter inom området, vilket gör materialet pålitligt även om det inte kommer från primärkällor (Leth et al., 2000). Då ett av denna studies mål är att klargöra samband är det inte siffrorna i sig som är mest relevanta utan det faktum att de alla har mäts på liknande sätt (Esaiasson 2007). Materialet kommer att behandla data från år 2000 och 2010, vilket kan ge en tydlig bild av trenden under perioden. Det är dock möjligt att en undersökning av andra årtal hade gett andra resultat. Hounton et al. (2013) menar att de nuvarande metoder som finns för att mäta mödradödligheten är bristfälliga, och att det är svårt att få ett korrekt mått då det ofta kan saknas tillförlitlig registrering i många länder. Dock är de siffror som används i denna studie de mest pålitliga som går att få tag på. Även om siffrorna är relativt osäkra så kan de ändå användas för att identifiera trender inom mödradödligheten på ett relevant sätt.

4.7 Etik

All data som använts i denna studie kommer från Världsbankens öppna databas. Världsbankens kärnvärden är att arbeta med en öppenhet, förtroende och respekt för olikheter (Världsbanken, 2013h). De etiska krav som Världsbanken har genomsyrar en personlig ärlighet, integritet och engagemang (Världsbanken, 2013h). Världsbankens etiska värdegrunder stämmer väl överens med vad Denscombe (2009) anser vara viktigt att ta hänsyn till vid samhällsvetenskaplig forskning, vilket gör denna studies data relevant att använda ur ett etiskt perspektiv.

4.8 Metoddiskussion

Metoden som har använts i denna studie har hjälpt till att kunna få fram tydliga resultat utifrån frågeställningarna. Dock kan de olika variabler som använts som mått på varje utvecklingskategori inte fånga in hela spektret i de breda förståelsen av ekonomisk, social,

politisk och miljömässig utveckling. Då studien är begränsad av både tid och resurser så har endast två variabler för varje utvecklingskategori analyserats. Det innebär att många faktorer som kan spela en avgörande roll för utveckling inte har analyserats i denna uppsats. De variabler som finns med har dock valts ut noggrant då de alla ingår i *World Development Index* (WDI) och anses alla som viktiga faktorer för utveckling (FN, 2013). Det är dock möjligt att val av andra variabler som mått på utveckling hade gett andra resultat. Det är även möjligt att en analysering av ett större tidsspänn än 2000-2010 mellan de länder med störst respektive lägst MMR-förbättring hade gett andra resultat, och att det möjligtvis hade funnits större samband mellan en minskning av MMR och nationell utveckling.

En nackdel med en kvantitativ statistisk analys är att möjligheten att följa upp intressanta, tvetydliga eller osäkra fynd ibland kan vara svårt (Denscombe, 2009). Hade en kvalitativ metod istället använts i denna studie hade intressanta, tvetydliga eller osäkra fynd kunnat följas upp på ett bättre sätt. Kvalitén på insamlad data är enligt, Denscombe (2009), bara så bra som den insamlingsmetod som använts. Flera av de variabler som används i denna studie kan vara svåra att mäta, och ibland endast ge uppfattningar om hur situationen ser ut, vilket i sin tur kan vara en nackdel då det är svårt för data att reflektera det verkliga tillståndet i ett land. De data som använts i studien är dock de mest tillförlitliga siffror som finns tillgängliga, och är även de data som används av de flesta nationella och internationella organisationer. Även om data inte ger ett exakt mått på verkligheten så är de uppmätta enligt samma kriterier. Det innebär att de mätfel som eventuellt har uppkommit är likadana hos alla de länder som observerats, vilket gör att man kan se korrekta trender även om inte siffrorna är en exakt återspeglning av verkligheten. Denscombe (2009) beskriver hur sociala realiteter och händelser inte bör förstås isolerade från den kontext de befinner sig i. En kvantitativ metod är begränsad då djupare analyser av specifika fenomen ska förklaras (Denscombe, 2009). I denna studie betyder det att metodvalet begränsar möjligheten att vidare undersöka och dyka djupare i förståelsen av intressanta fynd.

5. Resultat

Resultatdelen kommer först att redovisa resultaten av de genomförda t-testen. Därefter kommer resultatet från korrelationsanalysen att presenteras.

De utvalda länderna i denna studie har kategoriserats i två olika grupper beroende på deras mödradödlighetsminskning. Den ena gruppen innehåller de 15 länder i sub-Sahara där mödradödlighetsminskningen från 2000-2010 har varit som störst och den andra gruppen innehåller de 15 länder i sub-Sahara där mödradödlighetsminskningen har varit lägst mellan 2000-2010.

5.1 Deskriptiv statistik av data:

Tabell 1.

Grupper		N	Min.	Max.	Medelvärde.	Standardavvikelse
Lägst MMR minskning (Grupp1)	MMR minskning	15	-130	20	-58	45,4
	Valid N (listwise)	15				
Störst MMR minskning (Grupp2)	MMR minskning	15	-530	-200	-329	107,9
	Valid N (listwise)	15				

Enligt Tabell 1. går det att utläsa att varje grupp innehåller 15 länder (N). Grupp 1 har som mest en minskning i MMR med -130 (Min) och som mest en ökning i MMR med 20 (Max). Gruppens medelvärde är en minskning av MMR med -58. Standardavvikelsen för grupp 1 är 45,4, vilket beskriver den genomsnittliga spridningen från medelvärdet. Grupp 2 har som mest en minskning i MMR med -530 (Min) och som lägsta minskning i MMR med -200 (Max). Medelvärde i grupp 2 är en minskning av MMR med -329. Standardavvikelsen för grupp 2 är 107,9.

5.2 Resultat av students t-test

För att kunna ta reda på om de båda grupperna av länder skiljer sig från varandra inom ekonomisk, social, politisk och miljömässig utveckling har följande steg gjorts:

1. En H_0 har ställts upp för de olika variablerna som lyder: Det finns ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna avseende den berörda variabeln.
2. För att ta reda på om H_0 kan förkastas eller inte så har ett t-test gjorts för att jämföra medelvärdet mellan grupperna avseende de olika utvecklingsvariablerna.
3. Via resultatet av t-testen går det att avläsa om p-värdet för den analyserade variabeln är $>0,05$. Är p-värdet $>0,05$ kan inte H_0 förkastas, vilket gör att ingen signifikant

skillnad mellan grupperna existerar.

Fullständiga tabeller från resultaten i SPSS finns i appendix 1.

5.2.1 Ekonomisk utveckling

P-värdet hos båda variablerna är $> 0,05$, vilket innebär att H_0 inte kan förkastas. Det innebär att det utifrån testet inte finns någon statistisk skillnad mellan grupp 1 och grupp 2, avseende ekonomisk utveckling.

Resultat av t-test för variablerna inom ekonomisk utveckling:

Tabell 2.

		Antal länder	Medelvärde	P-värde
BNI per capita i US dollar	Grupp 1	14	1101,4	$> 0,05$
	Grupp 2	15	1122,0	
Procent av invånarna över 15år med avlönat arbete	Grupp 1	15	1,280	$> 0,05$
	Grupp 2	15	0,180	

Grupp 1 = Länder med lägst MMR minskning.

Grupp 2 = Länder med störst MMR minskning.

BNI per capita i US dollar

Enligt tabell 2. går det att utläsa att grupp 1 i genomsnitt har ökat sitt BNI per capita med 1001,4 US dollar från 2000 till 2010. Grupp 2 har i genomsnitt har ökad sitt BNI per capita med 1122,0 US dollar från 2000 till 2010.

Procent av invånarna över 15år med avlönat arbete

Enligt tabell 2. går det att utläsa att grupp 1 i genomsnitt har ökat antalet invånare med avlönat arbete med 1,280 % från 2000 till 2010. Grupp 2 har i genomsnitt ökat antalet invånare med avlönat arbete med 0,180 %.

5.2.2 Social utveckling

P-värdet hos den förväntade medellivslängden är $> 0,05$, vilket innebär att H_0 inte kan förkastas. Det innebär att det utifrån testet inte finns någon statistisk skillnad mellan grupp 1 och grupp 2, avseende social utveckling.

P-värdet hos variabeln procent av befolkning 15-19 år utan utbildning är $< 0,05$, vilket innebär att H_0 kan förkastas. Det innebär att det utifrån testen *finns* en statistisk skillnad mellan grupp 1 och grupp 2, avseende procent av befolkningen 15-19 år som inte har någon utbildning.

Resultat av t-test för variablerna inom social utveckling:

Tabell 3.

		Antal länder	Medelvärde	P-värde
Förväntad medellivslängd	Grupp 1	15	4,2	$> 0,05$
	Grupp 2	15	6,2	
Procent av befolkning 15-19 år utan utbildning	Grupp 1	12	-1,7	$< 0,05$
	Grupp 2	9	13,7	

Grupp 1 = Länder med lägst MMR minskning.

Grupp 2 = Länder med störst MMR minskning.

Förväntad medellivslängd

Enligt tabell 3. går det att utläsa att grupp 1 består av 15 länder som i genomsnitt har ökat den förväntade medellivslängden med 4,2 år från 2000 till 2010. Grupp 2 består av 15 länder som i genomsnitt har ökat den förväntade medellivslängden med 6,2 år från 2000 till 2010.

Procent av befolkning 15-19 år utan utbildning

Enligt tabell 3. går det att utläsa att grupp 1 består av 12 länder i genomsnitt har ökat antalet

invånare i landet, mellan åldrarna 15-19 år, som inte har någon utbildning med 1,7 % från 2000 till 2010. Grupp 2 består av 9 länder som i genomsnitt har minskat antalet invånare i landet, mellan åldrarna 15-19 år, som inte har någon utbildning med 13,7 % från 2000 till 2010.

5.2.3 Politisk utveckling

P-värdet hos båda variablerna är $> 0,05$, vilket innebär att H_0 inte kan förkastas. Det innebär att det utifrån testet inte finns någon statistisk skillnad mellan grupp 1 och grupp 2, avseende politisk utveckling.

Resultat av t-test för variablerna inom politisk utveckling:

Tabell 4.

		Antal länder	Medelvärde	P-värde
Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet	Grupp 1	14	6,7	$> 0,05$
	Grupp 2	15	9,7	
Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar.	Grupp 1	13	111,0	$> 0,05$
	Grupp 2	15	200,0	

Grupp 1 = Länder med lägst MMR minskning.

Grupp 2 = Länder med störst MMR minskning.

Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet

Enligt tabell 4. går det att utläsa att grupp 1 består av 14 länder som genomsnitt har ökat antalet platser i parlamentet som innehas av kvinnor med 6,7 % från 2000 till 2010. Grupp 2 består av 15 länder som i genomsnitt har ökat antalet platser i parlamentet som innehas av kvinnor med 9,7 % från 2000 till 2010.

Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar.

Enligt tabell 4. går det att utläsa att grupp 1 består av 13 länder, som i genomsnitt har ökat hälso-och sjukvårdsutgifter med 111,0 US dollar per capita från 2000 till 2010. Grupp 2 består av 15 länder som i genomsnitt har ökat hälso-och sjukvårdsutgifter med 200,0 US dollar per capita från 2000 till 2010.

5.2.4 Miljömässig utveckling

P-värdet hos båda variablerna är $> 0,05$, vilket innebär att H_0 inte kan förkastas. Det innebär att det utifrån testet inte finns någon statistisk skillnad mellan grupp 1 och grupp 2, avseende miljömässig utveckling.

Resultat av t-test för variablerna inom miljömässig utveckling:

Tabell 5.

		Antal länder	Medelvärde	P-värde
Procent av				
befolkning med	Grupp 1	15	2,8	$> 0,05$
tillgång till				
förbättrade				
sanitära	Grupp 2	14	5,6	
anläggningar				
Procent av				
befolkningen	Grupp 1	15	7,2	$> 0,05$
med tillgång till				
rent vatten	Grupp 2	14	7,8	

Grupp 1 = Länder med lägst MMR minskning.

Grupp 2 = Länder med störst MMR minskning.

Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar

Enligt tabell 5. går det att utläsa att grupp 1 består av 15 länder som i genomsnitt har ökat andelen av befolkningen med tillgång till förbättrade sanitära förhållanden med 2,8 % mellan år 2000 till 2010. Grupp 2 som består av 14 länder, har i genomsnitt ökat andelen av

befolkningen med tillgång till förbättrade sanitära förhållanden med 5,6 % mellan år 2000 till 2010.

Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten

Enligt tabell 5. går det att utläsa att grupp 1 består av 15 länder som i genomsnitt har ökat andelen av befolkningen med tillgång till rent vatten med 7,2 % mellan år 2000 till 2010.

Grupp 2 består av 14 länder som i genomsnitt har ökat andelen av befolkningen med tillgång till rent vatten med 7,8 % mellan år 2000 till 2010.

5.3 Resultat av korrelationsanalyser

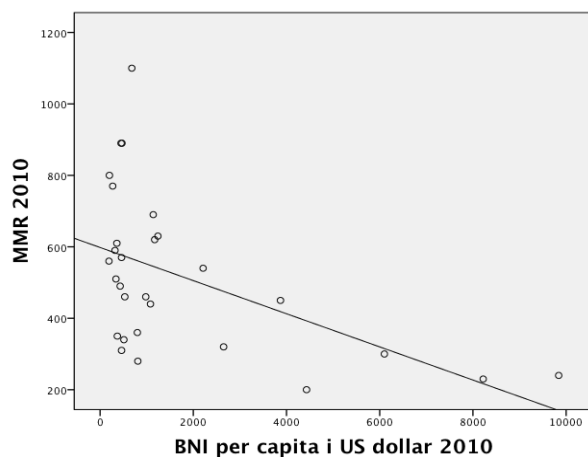
För att kunna ta reda på eventuella samband mellan mödradödlighet och ekonomisk, social, politisk och miljömässig utveckling har korrelationsanalyser gjorts. Varje variabel har körts i en korrelationsanalys med mödradödlighet för att få fram en korrelationskoefficient (r) som anger styrkan i sambandet. Alla siffror som analyserats är från år 2010.

Fullständiga tabeller från resultaten i SPSS finns i appendix 2.

5.3.1 Ekonomisk utveckling

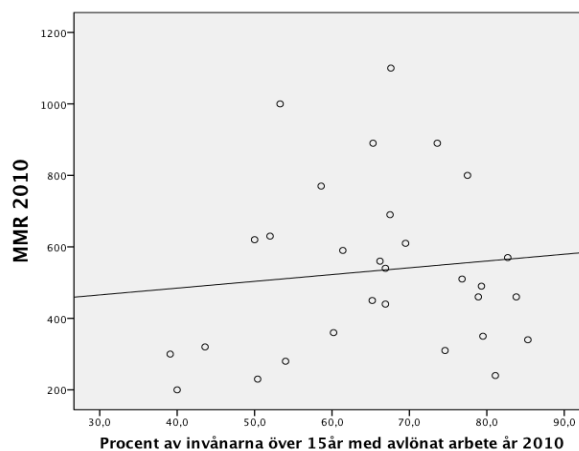
BNI per capita US dollar

(Figur 1.)



Procent av invånarna över 15år med

avlönat arbete.(Figur 2.)



BNI per capita i US dollar.

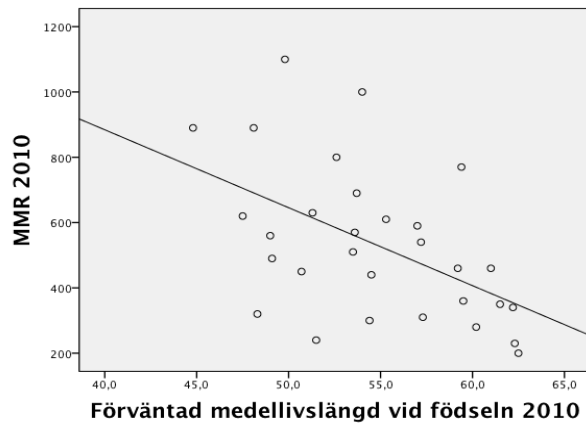
Genom att studera Figur 1. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och BNI per capita i US dollar. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det finns ett statistiskt signifikant negativt samband mellan variablerna, där en minskad mödradödlighet innebär ett högre BNI per capita i US dollar. $r = -0,515$. $P\text{-värde} = <0,05$

Procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete

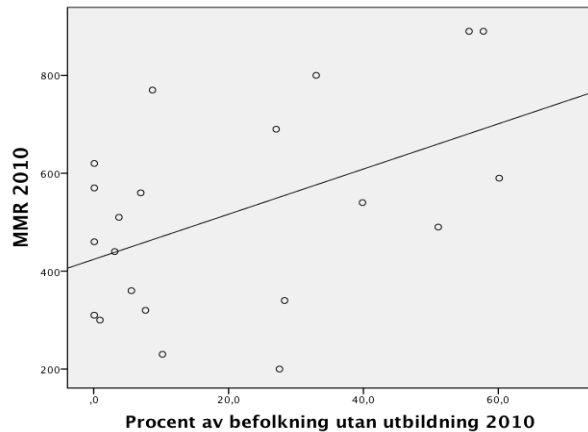
Genom att studera Figur 2. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det inte finns något statistiskt signifikant samband mellan variablerna $r = 0,071$. $P\text{-värde} = >0,05$.

5.3.2 Social utveckling

Förväntad medellivslängd vid födseln
(Figur 3.)



Procent av befolkning utan utbildning
(Figur 4.)



Förväntad medellivslängd vid födseln.

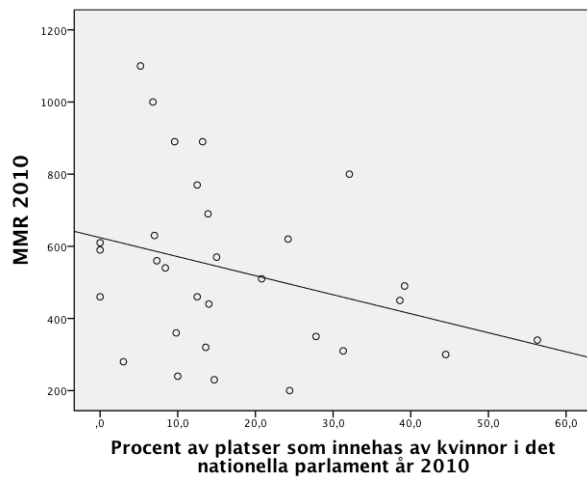
Genom att studera Figur 3. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och medellivslängd vid födseln. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det finns ett statistiskt signifikant negativt samband mellan variablerna, där en minskad mödradödlighet innebär en högre förväntad medellivslängd. $r = -0,514$. P-värde = $<0,05$.

Procent av befolkning i åldrarna 15-19 år utan utbildning.

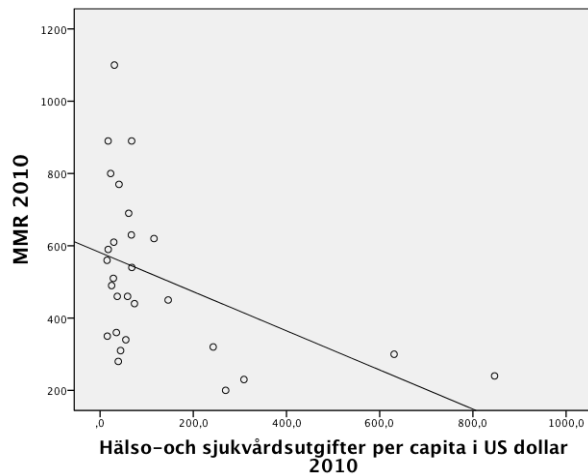
Genom att studera Figur 4. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och procent av befolkning i åldrarna 15-19 år utan utbildning. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det finns ett statistiskt signifikant positivt samband mellan variablerna, där en ökad mödradödlighet innebär en högre andel av befolkningen i åldrarna 15-19 år saknar utbildning. $r = -0,482$. P-värde = $<0,05$

5.3.3 Politisk utveckling

Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet. (Figur 5.)



Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar. (Figur 6.)



Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet

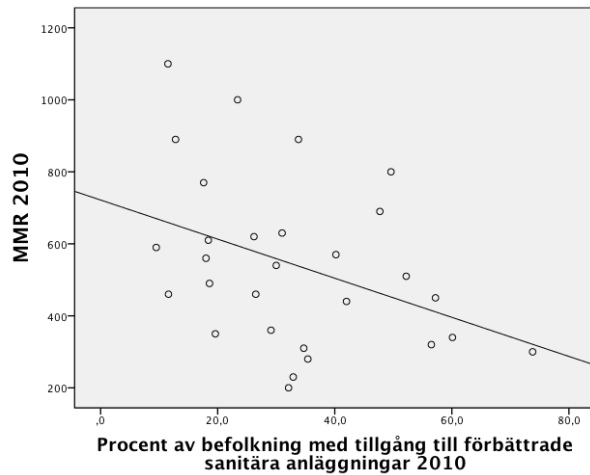
Genom att studera Figur 5. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det inte finns ett statistiskt signifikant samband mellan variablerna. $r = -0,316$. P-värde = $>0,05$.

Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar.

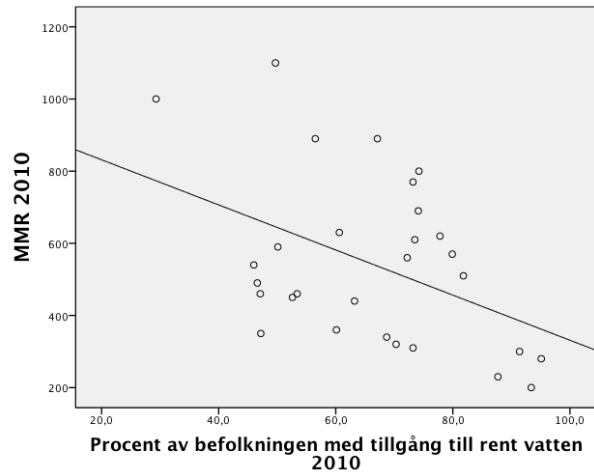
Genom att studera Figur 6. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och hälso- och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det finns ett statistiskt signifikant negativt samband mellan variablerna, där en minskad mödradödlighet innebär högre hälso- och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar. $r = -0,462$. P-värde = $<0,05$.

5.3.4 Miljömässig utveckling

Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar (Figur 7.)



Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten (Figur 8.)



Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar

Genom att studera Figur 7. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det finns ett statistiskt signifikant negativt samband mellan variablerna, där en minskad mödradödlighet innebär att fler av landets befolkning har tillgång till förbättrade sanitära anläggningar. $r = -0,387$. $P\text{-värde} = <0,05$.

Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten

Genom att studera Figur 8. återges en grafisk bild av sambandet mellan MMR och procent av befolkningen med tillgång till rent vatten. Korrelationsanalysen i SPSS visar att det finns ett statistiskt signifikant negativt samband mellan variablerna, där en minskad mödradödlighet innebär att fler av landets befolkning har tillgång till rent vatten. $r = -0,456$. $P\text{-värde} = <0,05$.

6. Analys

6.1 Analys av ekonomisk utveckling

BNI per capita i US dollar

Resultatet av t-testen för variabeln *BNI per capita i US dollar* visade ingen statistisk signifikant skillnad mellan de båda grupper av länder i sub-Sahara. Utvecklingen av BNI per

capita var visserligen större hos de länder med en bättre MMR utveckling mellan 2000-2010 men skillnaden var inte så stor att den var statistiskt signifikant. Korrelationsanalysen visar på ett samband mellan ett högre BNI per capita hos länder med lägre MMR. Detta samband kan bero på de ekonomiska fördelar som en högre hälsostatus hos befolkningen har, då en frisk befolkning exempelvis kan arbeta i större utsträckning, vilket kan leda till en ekonomisk vinning för länderna. Det kan även vara så att länder med ett högre BNI per capita kan satsa mer på hälsofrämjande insatser, vilket kan öka befolkningens välmående. Detta kan i sin tur leda till en minskad mödradödlighet. Resultatet av den ökade BNI per capita hos länder med minskad MMR kan även förstås utifrån resultatet av Kirigias et al. (2006) studie där en minskad mödradödlighet i länder är ett resultat av ekonomiska framsteg. Kirigia et al. (2006) visar att varje dödsfall bland mödrar i genomsnitt leder till en reduktion av BNP per capita med 0,36 US dollar/år hos länderna i Afrika. En minskad mödradödlighet kan innebära att fler kvinnor och deras anhöriga kan arbeta och generera inkomst, vilket kan ha en positiv effekt på landets ekonomi. Både Wang (2013) och Karlsen et al. (2011) visar i sina studier upp statistiskt signifikant samverkan mellan en ökad ekonomisk utveckling och mödrahälsa. Resultatet från denna studie belyser dock två andra indikatorer av ekonomisk utveckling än de som Wang (2013) och Karlsen et al. (2011) studerar.

Procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete

Resultatet av t-testen för variabeln *procent av invånarna över 15 år med avlönat arbete* visade ingen statistisk signifikant skillnad mellan de båda grupper av länder i sub-Sahara. Resultatet från korrelationsanalysen visar även att det inte finns något statistiskt signifikant samband mellan hur många procent av invånarna över 15 år i ett land som har avlönat arbete och minskad MMR. Detta resultat kan belysa den komplexiteten i mätningar av olika utvecklingsindikatorer. Det kan exempelvis handla om att många människor livnär sig på arbeten i den s.k. informella sektorn, där arbetet inte registreras hos staten, vilket gör att det är svårt att uppskatta hur många som har arbete eller ej. Det som registreras är endast de arbeten som sker inom den s.k. formella sektorn. Arbetar människor inom den informella sektorn registreras inte arbetet, men genererar ändå i inkomst. Bristen på samband mellan minskad MMR och procent av invånarna över 15 år i ett land som har avlönat arbete behöver inte betyda att arbete inte är en viktig faktor för att öka mödrahälsan. Det kan snarare handla om att det är en faktor som är svår att mäta, vilket kan resultera i att förhållandet blir missvisande.

6.2 Analys av social utveckling

Förväntad medellivslängd vid födseln

Resultaten av t-testen för variabeln *förväntad medellivslängd vid födseln* visade att det inte finns en statistiskt signifikant skillnad mellan de båda grupper av länder i sub-Sahara. Även om det fanns en skillnad mellan den förväntade medellivslängden mellan 2000-2010 hos länderna i de båda grupperna så var denna skillnad inte tillräckligt stor för att vara statistiskt signifikant. Dock visade korrelationsanalysen att en högre förväntad livslängd kan associeras med en lägre mödradödlighet. Detta resultat kan relateras till hur Yamin et al. (2013) i deras studie i Tanzania visade att mödradödlighet har en negativ inverkan på barns nutritionsstatus, hälsa och utbildning. Har barn en låg hälsostatus kan de vara en riskfaktor för de att dö i förtid, vilket kan påverka den förväntade livslängden i ett land. Att en minskad mödradödlighet kan påverka barns hälsostatus positivt kan ses som en orsak till en högre förväntad medellivslängd. Barn med en högre hälsostatus kan även förväntas leva ett längre och friskare liv, vilket kan relatera till sambandet mellan en minskad mödradödlighet och en högre förväntad medellivslängd hos befolkningen.

Procent av befolkning 15-19 år utan utbildning

Resultaten av t-testen för variabeln *procent av befolkning 15-19 år utan utbildning* visade att det finns en statistisk signifikant skillnad mellan de båda grupper av länder i sub-Sahara. Skillnaden mellan länderna avseende hur många procent av invånarna 15-19 år som har utbildning kan ge en tydlig indikation på att de länder där störst MMR förbättring skett även förbättrat möjligheten för barn att gå i skola och få en utbildning. Korrelationsanalysen visar även att det finns ett statistiskt signifikant samband mellan minskad MMR och ökad utbildning. Att båda de olika statistiska analyserna visar på samband kan stärka betydelsen av resultatet, då det visar att ökad utbildning kan betraktas som en viktig faktor för en minskning av mödradödligheten. Att fler barn går i skolan och får tillgång till utbildning kan, enligt resultaten i denna studie, ses som en stark indikator på att mödradödligheten sjunker. Karlsen et al (2011) belyser även vikten av utbildning i sin studie där mödrar med lägre utbildningsnivå har en högre mödradödlighet än mödrar med högre utbildning även om de har tillgång till samma vård under graviditeten. Det kan ytterligare belysa vikten av utbildning, och de länkeffekter som det kan ge på hälsan hos människor. En låg utbildning hos invånarna i landet kan, enligt resultatet av denna studie, ses som en riskfaktor för ökad mödradödlighet.

För variabeln *procent av invånarna 15-19 år utan utbildning* existerade ett bortfall. Då det endast fanns tillgänglig data hos 19 av de 30 undersökta länderna är det möjligt att de länder som inte fanns med i analysen kan ha haft en annan utveckling under perioden 2000-2010, som möjligtvis kan ha påverkat resultatet. Dock har jag inte funnit någon tillgänglig information kring varför data saknades för dessa länder, vilket gör det oklart hur de berörda ländernas utveckling har sett ut. Att en ökad utbildning har en positiv påverkan på mödradödligheten är dock något som kan bekräftas med resultatet i denna studie, oavsett bortfallet som skett.

6.3 Analys av politisk utveckling

Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet

Resultaten av t-testen för variabeln *procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlamentet* visade att det inte fanns någon skillnad mellan de båda grupperna av länder. Korrelationsanalysen visar att det inte finns något statistiskt signifikant samband mellan minskad MMR och ett ökat antal platser i parlamentet som innehas av kvinnor. Detta resultat kan belysa de svårigheter som existerar då faktorer som påverkar mödrahälsa ska mätas. Då denna studie endast belyser mödrahälsa genom mödradödlighet innebär det att endast en liten del av det som innefattar mödrahälsa faktiskt mäts. Det är möjligt att många andra aspekter inom mödrahälsa, än just mödradödligheten, kan ha förbättrats i samband med ett ökat deltagande av kvinnor i parlamenten. Stoddart (1990) menar att många data som används för att mäta hälsa endast belyser tillstånd som död/levande, sjuk/frisk. Dessa data har en fördel då det kan presenteras i kvantifierbara mått, men missar mycket av det komplexa fenomen som hälsa är. Då denna studie baseras på just mödradödlighet så kan mycket av de andra hälsfaktorer som påverkar befolkningen missas. Evans & Stoddart (1990) belyser vikten av individens välbefinnande som en viktig faktor som hälsa. Det är möjligt att andra aspekter, än just mödradödlighet, ökar mödrars välbefinnande. Dessa aspekter kan vara relaterade till ett ökat kvinnligt politiskt deltagande.

Hälso- och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar

Resultaten av t-testen för variabeln *hälso- och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar* visade att det inte fanns någon skillnad mellan de båda grupperna av länder. Dock visar korrelationsanalysen på ett statistiskt signifikant samband mellan ökade utgifter på hälso- och sjukvård och minskad mödradödlighet. Länder som investerar mer pengar per capita på hälso- och sjukvård har även en mindre mödradödlighet. Det är dock viktigt att analysera detta

utifrån Evans & Stoddarts (1990) resonemang att hälso- och sjukvård visserligen är en viktig faktor för befolkningens hälsa men det finns en gräns för hur mycket nytta en ökad investering hälso- och sjukvård kan göra. En viss nivå av hälso- och sjukvård kan vara nödvändig för att öka hälsan hos mödrar och minska mödradödligheten, men som resultatet i denna och andra (Karlsen et al., 2011, Wang, 2013) studier visar finns det andra aspekter av utveckling som är viktiga att fokusera på avseende en ökad mödrahälsa. Resultatet kring en ökad nivå av BNI per capita som satsas på hälso- och sjukvård och minskad mödradödlighet kan även belysas utifrån *the medical poverty trap*. Om familjer drabbas av sjukdomar eller dödsfall hos kvinnorna kan de tvingas att spendera mer pengar ur egen ficka på hälsovård. Detta kan leda in dessa familjer i fattigdom, då de kan vara tvungna att köpa mediciner, göra fler sjukhusbesök, betala dyra behandlingar etc. Det kan även innebära att familjerna är tvungna att göra avkall på andra nödvändiga saker som pengarna kunde spenderats på istället. Med en ökad satsning på hälsovård hos länderna i sub-Sahara kan de människor som drabbas av effekterna av en låg mödrahälsa lägga mindre pengar ur egen ficka på sjukvård, vilket kan lindra deras ekonomiska börda.

6.4 Analys av miljömässig utveckling

Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar

Resultaten av t-testen för variabeln *procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar* visade att det inte fanns någon skillnad mellan de båda grupperna av länder. Resultatet från korrelationsanalyserna visade dock upp statistiskt signifikanta samband mellan mödradödlighet och tillgång till förbättrade sanitära anläggningar. Förbättrade sanitära möjligheter för en befolkning kan ha många länkeffekter på människors hälsa. Evans & Stoddart (1990) beskriver exempelvis hur förbättrad miljö och god sanitet är något som påverkar och bestämmer människors hälsostatus.

Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten

Resultaten av t-testen för variabeln *procent av befolkningen med tillgång till rent vatten* visade att det inte fanns någon skillnad mellan de båda grupperna av länder. Resultatet från korrelationsanalyserna visade dock upp statistiskt signifikanta samband mellan minskad mödradödlighet och en ökad tillgång till rent vatten. Rent vatten kan betraktas som en viktig beståndsdel för människors hälsa. En bristande tillgång till rent vatten kan innebära en större risk för att bli sjuk av förorenat vatten, en sämre hygien etc. De båda variabler som används i denna studie som indikatorer på miljömässig utveckling behandlades av Wang (2013) som

indikatorer på ekonomisk utveckling. Det kan belysa den breda betydelsen som miljöaspekter har hos en befolkning. Tillgång till rent vatten och förbättrade sanitära förhållanden har till exempel i denna uppsats använts för att belysa den utveckling ett land har gjort ur en miljömässig synvinkel, men det finns även många länkeffekter som en större tillgång till rent vatten och en ökning av förbättrade sanitära anläggningar tillför. Resultaten i denna studie bekräftar att det finns ett samband mellan tillgång till rent vatten och bättre sanitet med en minskad mödradödlighet. En ökad tillgång till rent vatten och förbättrade sanitära förhållanden kan lindra spridningen av bakterier och virus som är associerat med dåliga miljöförhållanden. Det kan innebära att ett färre antal kvinnor blir sjuka, vilket i längden kan betyda en lägre mödradödlighet.

6.5 Sammanfattning av analys

Evans & Stoddard (1990) menar att hälsa bör förstås utifrån den sociala miljön som människor lever i. Vilka vi är, hur vi lever och var vi lever har stora influenser på vår hälsostatus (Evans & Stoddard, 1990). De ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga faktorer som visar samband med mödradödlighet kan ses som exempel på hur de olika faktorerna spelar roll för hälsan hos mödrar. Kvinnor som lever i länder med låg ekonomisk, social, politisk och miljömässig utveckling har även en större risk att dö i samband med graviditet.

Östlin et al. (2010) belyser vikten av förståelse att människor lever i sociala sammanhang, där en rad aspekter, utöver hälso- och sjukvårdssystemen, avgör möjligheterna för människorna att uppnå en fullgod hälsa. Utifrån resultatet i denna studie så finns samband mellan bättre hälsa, i form av minskad mödradödlighet, och en ökad ekonomisk tillgång, högre förväntad levnadslängd, tillgång till utbildning, tillgång till hälso- och sjukvård, tillgång till rent vatten och förbättrade sanitära faciliteter.

Resultaten i denna studie kan även relateras till diskussionen kring jämlikhet i hälsa. De olika samband som påvisats i denna uppsats belyser de faktum att en ökad hälsostatus även kan relateras till en ökad utveckling. För att arbeta mot en ökad jämlikhet i hälsa kan det, enligt denna studies resultat, även vara relevant att satsa på andra utvecklingsfaktorer än just hälsa. Resultatet i denna uppsats visar på ett särskilt starkt samband mellan en ökad utbildning och minskad mödradödlighet, vilket också kan belysa det faktum att tillgång till utbildning är en viktig faktor för ett mer generellt ökat hälsotillstånd hos en befolkning.

Jämlikhet i hälsa definieras av *The International Society for Equity in Health* som; ”*The absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically, or geographically*” (Starfield, 2002:1). Denna definition kan relateras till resultatet i studien då resultaten visar att ojämlikhet mellan länder inom många utvecklingsfaktorer även har ett samband med en ojämlikhet i mödradödlighet mellan länderna. Jämlikhet i hälsa syftar till att en ojämlik hälsofördelning inte ska existera. För att nå dessa mål kan det, enligt resultatet i studien, vara viktigt att även satsa på en jämlik fördelning inom andra utvecklingsfaktorer, då det finns samband mellan dessa och hälsa.

Chang (2002) menar att den mest fundamentala bedömningen av ojämlikhet i hälsa är om det finns några biologiska skillnader som kan förklara variationen i hälsa mellan befolkningar. Då resultatet i denna studie baseras på länder inom sub-Sahara är det inte rimligt att tro att det finns några biologiska skillnader som kan förklara variationen i mödradödligheten hos länderna. Även om länderna som undersökts inte utgörs av homogena förhållanden och det finns en stor variation av människor så är det rimligare att tro att skillnaderna kan förklaras av sociala faktorer, vilket även stärks av resultatet i denna studie.

Resultaten i denna studie kan knyta an till den nya våg i den globala hälsoforskningen som Östlin et al. (2010) beskriver som ”den tredje vågen” av global hälsoforskning. Genom att belysa de samhällsliga faktorer som kan påverka mödrahälsan kan även insatser som ligger utanför det medicinska fältet uppmärksammas för att kunna uppnå en bättre global mödrahälsa. Resultaten kan även knyta an till behovet av en mer mångdimensionell ansats för att förbättra hälsan hos mödrar. De ekonomiska, sociala, politiska och miljömässiga faktorer som påverkar mödrahälsan kan, enligt denna studies resultat, anses vara viktiga pusselbitar i arbetet med att uppnå Milleniemål 5 att öka mödrahälsan i världen.

Även om sambandsanalyser inte förklarar någon orsaks-verkan-förhållande så kan det ge en uppfattning om hur vissa faktorer påverkar varandra. Resultaten i studien visar framförallt ett starkt samband mellan en ökad utbildning och minskad mödradödlighet då båda de tester som genomförts pekar i denna riktning. Detta samband kan belysa en av de viktiga sociala faktorer som kan spela en roll och påverka hälsan hos mödrar på ett positivt sätt.

Resultatet av denna studie visar på ett antal statistiskt signifikanta samband mellan ökad utveckling och minskad mödradödlighet. Ett ökat BNI per capita, en ökad medellivslängd, ökad utbildning, en större satsning på hälso-och sjukvård, bättre tillgång till rent vatten och bättre tillgång till sanitära anläggningar var alla faktorer som visar på statistiska samband med minskad mödradödlighet. En större andel av befolkningen som har ett avlönat arbete och fler platser som innehas av kvinnor i de nationella parlamenten visade i studien inga signifikanta samband med en minskad mödradödlighet. Den enda utvecklingsfaktor som skiljde sig mellan de 15 länder med störst MMR förbättring och de länder med minst MMR förbättring var andelen av befolkningen mellan 15-19 år utan utbildning. Resultatet i studien kan därför visa att sambandet mellan ökad utbildning och minskad mödradödlighet är starkt, då båda de statistiska testerna som använts i studien visade en statistisk signifikans. En avsaknad av utbildning hos befolkningen kan alltså ses som en riskfaktor för en hög mödradödlighet.

7. Diskussion

Östling et al. (2010) beskriver att de sociala sammanhang som människor lever i utgör en viktig del i förståelsen av deras hälsostatus, och att mycket av den icke-medicinska forskningen har fokuserat på individuella riskfaktorer som påverkar människors hälsa. Denna studie kan hjälpa till att belysa olika samhällsfenomen och den roll de kan ha i utvecklingen och förbättringen av människors hälsa. Sambanden mellan hälsa och utveckling, som framkommit i denna studie, belyser inte något kausalt orsak/verkan-förhållande mellan de båda faktorerna, men kan ge en utökad förståelse kring hur ekonomiskt, social, politisk och miljömässig utveckling kan vara viktiga aspekter i arbetet för att uppnå bättre hälsa hos mödrar i sub-Sahara. Genom att fokusera på mer än de medicinska faktorer som förbättrar människors hälsa kan problemen angripas från flera håll, vilket också kan skapa en bättre hållbar hälsa hos hela befolkningen.

Social utveckling innefattar, enligt Mapp (2007), mycket preventivt arbete; alltså att angripa problemen innan de faktiskt har uppstått. Det preventiva arbetet kan ge ytterligare en aspekt i hälsoutveckling då mycket av det medicinska arbetet som görs för att förbättra mödrars hälsa påbörjas då mödrarna redan är drabbade av ohälsa. Genom ökad tillgång till utbildning, rent vatten, bättre sanitära faciliteter, kan en större andel av mödrarna i en befolkningen hålla sig friska i en större utsträckning, vilket innebär att nationell utveckling även kan påverka mödrahälsan på ett positivt sätt.

Flera av de undersökta variablerna i denna studie ingår även som delmål i olika av FN stipulerade milleniemål. Denna studie kan hjälpa till att belysa hur olika förbättringarna som görs inom ett milleniemål även kan vara relaterat till utveckling i andra milleniemål. En förbättring i ett av milleniemålen kan även påverka andra milleniemål på ett positivt sätt, vilket befäster tanken om att arbeta mångdimensionellt för att uppnå de bästa resultaten för mänsklig utveckling (Marmot, 2007). Enligt denna studie så framgår att en ökad utbildning är det som samverkar starkast med minskad mödradödlighet, av de undersökta faktorerna i studien. Detta resultat kan bidra med en ökad förståelse av vilka ytterligare effekter utbildning kan ha på ett samhälle.

Då ökad utbildning var den enda faktorn som skiljde sig mellan de länder som gjort störst respektive minst förbättringar inom mödradödligheten i sub-Sahara mellan 2000-2010 stärks även förståelsen kring betydelsen som utbildning kan ha på mödrahälsan. Även om ett ökat BNI per capita, förväntad livslängd, ökad satsning på hälsovård, tillgång till rent vatten och sanitära anläggningar visade sig ha samband med en minskad mödradödlighet så sticker just utbildning ut i resultatet i denna studie då det visade på statistisk signifikans i båda de tester som gjorts i studien. En ökad utbildningsnivå kan alltså ses som den tydligaste indikatorn på en förbättrad mödrahälsa.

Resultatet i denna uppsats kan bidra med förståelse för hur länder, på ett bredare plan än enbart det medicinska, kan angripa mödrahälsoproblem. Tidigare forskning (Wang, 2013; Gill et al., 2007) har belyst hur forskningen kring mödrahälsan tenderat att enbart fokusera på de medicinska faktorerna, och inte de samhällseliga faktorer, som påverkar mödrahälsa. Denna studie kan ge en ökad förståelse kring vilka faktorer inom nationell utveckling som påverkar mödrahälsan och i detta sammanhang tyder studien på att en ökad utbildning är den viktigaste faktorn att satsa på för en minskad mödradödlighet.

Denna uppsatsen visar således att utbildning är en starkt indikator på minskad mödradödlighet. Andra samband kring nationell utveckling och minskad mödradödlighet har även presenterats. Studien besvarar dock inte helt på frågan *varför* det finns så starka samband just mellan ökad utbildning och minskad mödradödlighet. Ytterligare kvantitativ och kvalitativ forskning krävs för att utreda dessa frågor. Det kan vara en viktig fråga i att öka förståelsen kring hur det kan arbetas på ett bredare samhällseligt plan för att öka hälsan hos befolkningen. Dessa aspekter kan vara viktiga att fokusera på mer i framtida forskning.

Referenslista

- Al-Saleh, E. & G. C. Di Renzo. 2009. Actions needed to improve maternal health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106(2): 115-119.
- Ballington, J., A. Karam. 2005. *Women in parliament: beyond numbers*, Stockholm. International Institute for Democracy and Electoral Assistance (International IDEA),
- Befring, E. & S. Andersson. 1994. *Forskningsmetodik och statistik*. Lund, Studentlitteratur.
- Braveman, P. & S. Gruskin. 2003. Defining equity in health *Journal of epidemiology and community health*, 57(4): 254-258.
- Carine, R. & J. G. Wendy. 2006. Maternal Survival 1: Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet* 368(9542): 1189.
- Chang, W. 2002. The meaning and goals of equity in health, *Journal of epidemiology and community health*, 56(7):488-491.
- Cypher, J. M. & J. L. Dietz. 2004. *The Process of Economic Development* (2nd ed.), London and New York: Routledge
- Denscombe, M. 2009. *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, P. 2007. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*, Stockholm. Norstedts juridik.
- Evans, R. G. & G. L. Stoddart 1990. Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine* 31(12): 1347-1363.
- Evans, T. & F. Diderichsen. 2001. *Challenging inequities in health: from ethics to action*, Oxford.
- Eyben, R. 1995. What Can Aid Do for Social Development? *Development in Practice* 5(1): 45-49.
- Firoz, T., D.Chou., P. von Dadelszen., P. Agrawal., R. Vanderkruik., O. Tunçalp., L.A. Magee., N. van Den Broek., L. Say. & Maternal Morbidity Working Group 2013. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10):794.
- FN. 2013. *The Millennium Development Goals Report 2013*. New York: United Nations.

- FN. 2012. *Life expectancy at birth*.
http://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/health/life_expectancy.pdf. (Hämtad 2013-12-02)
- Gill, K., Pande, R. & A. Malhotra. 2007. Women deliver for development, *The Lancet*, 370(9595):1347-1357.
- Greene, M.E. & T. Merrick. 2005. Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter? *HNP Discussion paper*. Juli 2005. Washington, D.C: World Bank.
<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/GreenePovertyReductionFinal.pdf> (Hämtad 2013-11-25).
- Grépin, K. A. & J. Klugman. 2013. Maternal health: a missed opportunity for development. *The Lancet* 381(9879): 1691.
- Hettne, B. 2008. *Vad är utveckling?* Stockholm, SNS förlag.
- Hounton, S., L. De Bernis., J. Hussein., W. Graham., I Danel., P. Byass., E.M. Mason. 2013. Towards elimination of maternal deaths: maternal deaths surveillance and response". *Reproductive Health*,10(1):1-1.
<http://www.unfpa.org.br/lacodm/arquivos/mdg7.pdf> (Hämtad 2013-11-19).
- ILO. 2011. *World Of Work Report 2011: Making markets work for jobs*. Genève. International Labour Office.
- Karlsen, S., L. Say., J. Souza., C.J. Hogue., D.L. Calles., A.M Gülmezoglu. & R. Raine. 2011. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health, *BMC public health*,11(1):606-606.
- Kirigia, J.M., D. Oluwole., G.M Mwabu., D. Gatwiri. & L.H. Kainyu. 2006. Effects of Maternal Mortality on Gross Domestic Product (GDP) in the WHO African Region, *African Journal of Health Sciences*,13(1-2):86.
- Leth, G., T. Thurén. & Styrelsen för psykologiskt försvar 2000. *Källkritik för Internet*, Stockholm. Styrelsen för psykologiskt försvar.
- Lisper, H.-O. & S. Lisper. 2005. *Statistik för samhällsvetare*. Stockholm, Liber.
- Mapp, S.C. 2007. *1. International Social Development*. Oxford University Press.
- Marmot, M. 2007. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet* 370(9593): 1153-1163

- Merali, I. 2000. Advancing Women's Reproductive and Sexual Health Rights: Using the International Human Rights System, Comment faire progresser les droits génésiques et de santé sexuelle des femmes: utilisation du système des droits de l'homme internationaux / Avanço nos direitos à saúde sexual e reprodutiva da mulher: o uso do Sistema Internacional de Direitos Humanos / La promoción de los derechos reproductivos y sexuales de la mujer: usando el Sistema de Derechos Humanos Internacionales, *Development in Practice*, 10(5):609-624.
- Miller, R.L., MA, Acton, C., Fullerton, D.A., Maltby, J. & Campling, J. 2002. *SPSS for social scientists*, Palgrave, Basingstoke. Oxford University Press.
- Pathmanathan, I. & J. Liljestrand. 2003. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka / [Elektronisk resurs]*. Washington, D.C: The World Bank.
- Prual, A., M.H. Bouvier-Colle., L. de Bernis. & G. Bréart. 2000. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5):593-602
- Ronsmans, C. & W. Graham. Maternal survival 1 - Maternal mortality: who, when, where, and why, *The Lancet*, 368(9542):1189-1200.
- Sen, A. 2002. Why health equity?, *Health economics*, 11(8):659-666.
- Sirkin, R.M. 2005. *Statistics for the social sciences*, SAGE, Thousand Oaks, Calif.
- Smith, J.P. & L.H Ingham. 2005. Mothers' milk and measures of economic output, *Feminist economics*, 11(1):41-62.
- Starfield, B. 2002. Equity in health, *Journal of epidemiology and community health*, 56, (7):483-484.
- Thomas, G. 2011. What Is Political Development? A Constitutional Perspective. *The Review of Politics* 73(2): 275-294.
- UNDG. 2010. *Thematic paper on MDG 2: "Ensuring that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling"* United Nations Development Group June 2010.
- UNDP, 1990. *Human development report: [Elektronisk resurs] 1990*, New York Oxford University Press for the United Nations Development Programme (UNDP)
- UNFPA. 2007. *MDG 7: Ensure environmental sustainability*. Potential contributions to the MDG agenda from the perspective of ICPD 341-393.
- Världsbanken, 2006. *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa. Second edition*. Washington, D.C: The World Bank

- Världsbanken, 2013a. <http://data.worldbank.org/>. (Hämtad 2013-11-15)
- Världsbanken, 2013b. <http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators> (Hämtad 2013-12-02).
- Världsbanken, 2013c. <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?display=default> (Hämtad 2013-12-01)
- Världsbanken, 2013d. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP?display=default> (Hämtad 2013-11-22)
- Världsbanken, 2013e. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ACSN?display=default> (Hämtad 2013-12-12).
- Världsbanken, 2013f. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.H2O.SAFE.ZS?display=default> (Hämtad 2013-12-05).
- Världsbanken, 2013g. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:21951811~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258644,00.html> (Hämtad 2013-12-02).
- Världsbanken, 2013h. *Living our values. Code of conduct*, February 2013. Washington, D.C: The World Bank
- Wang, G. 2013. The Impact of Social and Economic Indicators on Maternal and Child Health, *Social Indicators Research*,
- Weil, D. N. 2013. *Economic growth*. Harlow, Pearson Education Limited.
- Whitehead, M., G. Dahlgren. & T. Evans. 2001. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?, *The Lancet*, 358(9284):833-836.
- WHO. 2006. *Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Genève. World Health Organization.
- WHO. 2012. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. Genève: World Health Organization.
- Wilson-Jones, 2013. *Maternal and newborn mortality in Africa: The social and economic case for investing*. Consultancy Africa Intelligence, Discussion paper 2013-04-02. http://www.consultancyafrica.com/index.php?option=com_content&view=article&

[id=1289:maternal-and-newborn-mortality-in-africa-the-social-and-economic-case-for-investing&catid=61:hiv-aids-discussion-papers&Itemid=268](#). (Hämtad 2013-11-27)

World Commission on Environment and Development 1987, *Our common future*, Oxford Univ. Press, Oxford.

Yamin, A.E., Boulanger, V.M., Falb, K.L., Shuma, J. & Leaning, J. 2013. Costs of inaction on maternal mortality: qualitative evidence of the impacts of maternal deaths on living children in Tanzania, *PloS one*, 8(8):e71674.

Östlin, P., T. Schrecker., R. Sadana., J. Bonnefoy., L. Gilson., C. Hertzman., M.P. Kelly., T. Kjellstrom., R. Labonté., O. Lundberg., C. Muntaner., J. Popay., G. Sen and Z. Vaghri. 2010. *Priorities for research on equity and health: WHO. 2010. Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. Genève. World Health Organization

Appendix

Appendix 1

Fullständigt resultat från t-test för variablerna inom ekonomisk utveckling.

Group Statistics

	Grupper	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BNI per capita	Lägst MMR minskning	14	1101,43	1463,246	391,069
	Störst MMR minskning	15	1122,00	2249,943	580,933
Procent av invånarna över 15år med avlönat arbete	Lägst MMR minskning	15	1,280	3,8499	,9940
	Störst MMR minskning	15	,180	1,9832	,5121

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BNI per capita i US dollar	Equal variances assumed	,366	,550	-,029	27	,977	-20,571	710,523	-1478,5	1437,30
	Equal variances not assumed			-,029	24,2	,977	-20,571	700,299	-1465,3	1424,11
Procent av invånarna över 15år med avlönat arbete	Equal variances assumed	1,642	,211	,984	28	,334	1,1000	1,1182	-1,1905	3,3905
	Equal variances not assumed			,984	20,9	,336	1,1000	1,1182	-1,2258	3,4258

Fullständigt resultat från t-test för variablerna inom social utveckling.

Group Statistics

	Grupper	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Förväntad medellivslängd	Lägst MMR minskning	15	4,160	3,9003	1,0071
	Störst MMR minskning	15	6,167	3,3822	,8733
Procent av befolkning utan utbildning 15-19 år	Lägst MMR minskning	12	-1,726	8,3926	2,4227
	Störst MMR minskning	9	-13,731	12,7274	4,2425

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Förväntad medellivslängd	Equal variances assumed	,528	,474	-1,50	28	,143	-2,0067	1,3330	-4,7371	,7238
	Equal variances not assumed			-1,50	27,5	,144	-2,0067	1,3330	-4,7396	,7263
Procent av befolkning utan utbildning 15-19 år	Equal variances assumed	1,223	,283	2,60	19	,017	12,0053	4,6034	2,3703	21,6403
	Equal variances not assumed			2,45	13,1	,029	12,0053	4,8855	1,4556	22,5549

Fullständigt resultat från t-test för variablerna inom politisk utveckling.

Group Statistics

	Grupper	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlament	Lägst MMR minskning	14	6,664	6,3250	1,6904
	Störst MMR minskning	15	9,653	9,3602	2,4168
Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar.	Lägst MMR minskning	13	90,077	110,9588	30,7744
	Störst MMR minskning	15	85,773	199,7684	51,5800

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlament	Equal variances assumed	2,899	,100	-1,00	27	,326	-2,9890	2,9889	-9,1217	3,1437
	Equal variances not assumed			-1,01	24,7	,321	-2,9890	2,9493	-9,0672	3,0891
Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar.	Equal variances assumed	,119	,733	,069	26	,946	4,3036	62,4618	-124,09	132,695
	Equal variances not assumed			,072	22,4	,944	4,3036	60,0630	-120,12	128,729

Fullständigt resultat från t-test för variablerna inom miljömässig utveckling.

Group Statistics

	Grupper	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar	Lägst MMR minskning	15	2,847	3,7791	,9757
	Störst MMR minskning	14	5,571	4,8910	1,3072
Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten	Lägst MMR minskning	15	7,220	6,2824	1,6221
	Störst MMR minskning	14	7,764	5,5133	1,4735

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar	Equal variances assumed	,431	,517	-1,69	27	,103	-2,7248	1,6165	-6,0416	,5921
	Equal variances not assumed			-1,67	24,5	,108	-2,7248	1,6312	-6,0880	,6385
Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten	Equal variances assumed	,351	,558	-,247	27	,807	-,5443	2,2016	-5,0617	3,9731
	Equal variances not assumed			-,248	26,9	,806	-,5443	2,1914	-5,0415	3,9529

Appendix 2

Fullständigt resultat från korrelationsanalys för variablerna inom ekonomisk utveckling.

Correlations

		MMR 2010	Förväntad medellivslängd vid födseln 2010	Procent av invånarna över 15år med avlönat arbete år 2010
MMR 2010	Pearson Correlation	1	-,514**	,071
	Sig. (2-tailed)		,004	,710
	N	30	30	30
Förväntad medellivslängd vid födseln 2010	Pearson Correlation	-,514**	1	,060
	Sig. (2-tailed)	,004		,752
	N	30	30	30
Procent av invånarna över 15år med avlönat arbete år 2000	Pearson Correlation	,071	,060	1
	Sig. (2-tailed)	,710	,752	
	N	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fullständigt resultat från korrelationsanalys för variablerna inom social utveckling.

Correlations

		MMR 2010	Förväntad medellivslängd vid födseln 2010	Procent av befolkning utan utbildning 2010
MMR 2010	Pearson Correlation	1	-,514**	,482*
	Sig. (2-tailed)		,004	,027
	N	30	30	21
Förväntad medellivslängd vid födseln 2010	Pearson Correlation	-,514**	1	-,238
	Sig. (2-tailed)	,004		,298
	N	30	30	21
Procent av befolkning utan utbildning 2010	Pearson Correlation	,482*	-,238	1
	Sig. (2-tailed)	,027	,298	
	N	21	21	21

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fullständigt resultat från korrelationsanalys för variablerna inom politisk utveckling.

Correlations

		MMR 2010	Platser som innehas av kvinnor i det nationella parlament år 2010	Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar 2010
MMR 2010	Pearson Correlation	1	-,316	-,462*
	Sig. (2-tailed)		,089	,013
	N	30	30	28
Procent av platser som innehas av kvinnor i det nationella parlament år 2010	Pearson Correlation	-,316	1	,165
	Sig. (2-tailed)	,089		,400
	N	30	30	28
Hälso-och sjukvårdsutgifter per capita i US dollar 2010	Pearson Correlation	-,462*	,165	1
	Sig. (2-tailed)	,013	,400	
	N	28	28	28

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Fullständigt resultat från korrelationsanalys för variablerna inom miljömässig utveckling.

Correlations

		MMR 2010	Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten år 2010	Procent av befolkning med tillgång till sanitära anläggningar 2010
MMR 2010	Pearson Correlation	1	-,440*	-,387*
	Sig. (2-tailed)		,017	,038
	N	30	29	29
Procent av befolkningen med tillgång till rent vatten år 2010	Pearson Correlation	-,440*	1	,456*
	Sig. (2-tailed)	,017		,013
	N	29	29	29
Procent av befolkning med tillgång till förbättrade sanitära anläggningar 2010	Pearson Correlation	-,387*	,456*	1
	Sig. (2-tailed)	,038	,013	
	N	29	29	29

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).