



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave i sykepleie
FAGARTIKKEL - prosjekt utland

Sykepleierens pedagogiske funksjon:
*en kvalitativ studie om veiledning og undervisning for å
forebygge underernæring hos barn i Ghana*

(The pedagogical role of the nurse:
a qualitative study on counseling and education to prevent
undernourishment among children in Ghana)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10119

Antall ord: 4856

Sammendrag

Introduksjon: I Ghana er underernæring hos barn et vedvarende problem. Undervisning og veiledning av omsorgsgivere står sentralt for å forebygge underernæring hos barn i Ghana. Sykepleiere på helsestasjon og på hjemmebesøk har en sentral rolle i dette helseforebyggende arbeidet. Variert tematikk og framgangsmåter som tilrettelegger for individuelle tilpasninger, belyses av forskningen som viktig for helhetlig oppfølging. Forskning og teori vektlegger også viktigheten av tillit- og relasjonsskapende kommunikasjon for god veiledning og undervisning. Språkbarrierer, sosioøkonomiske forskjeller og kunnskapsmangel hos helsepersonell og omsorgsgivere er blant de kulturelle og lokale utfordringene ghanesiske sykepleiere må tilpasse arbeidet etter. Prosjektet er utført i samarbeid med sykepleierutdanningen ved NTNU og University of Ghana som del av en utvekslingspraksis i Ghana.

Metode: Metoden er observasjonsstudium, basert på ustrukturerte, kvalitative observasjoner, for å undersøke hvordan sykepleiere forebygger underernæring ved hjelp av veiledning og undervisning til omsorgsgivere. Observasjonene er utført på privat og offentlig helsestasjon (CWC), samt hjemmebesøk, i Accra, Ghana. Studiets funn består av åtte observasjoner. Graneheim og Lundman sin modell er utgangspunkt for analyse av dataen.

Resultat: Mine funn viser generelt variert, men noe ensidig tematikk. Bruk av hjelpeverktøy viser positiv effekt. Språkbarrierer, manglende systematikk og kunnskapsmangel er faktorer som hindrer god veiledning og undervisning. Én-til-én-veiledning på hjemmebesøk kan virke som å være spesielt gunstig for å fremme tillit og sykepleier-pasient-relasjonen. Studiens styrker og svakheter er diskutert.

Konklusjon: Sykepleieres veiledning og undervisning av omsorgsgivere står sentralt for å forebygge underernæring hos barn i Ghana. Økt fokus på hygieneveiledning, hjelpeverktøy, systematikk og sykepleieres opplæring kan styrke vellykket undervisning og veiledning, og kan fremme individuelle tilpasninger og god dialog. Dette, samt hjemmebesøk, ser ut til å styrke tillit og relasjon, noe som står sentralt i god veiledning og undervisning. Behovet for videre forskning på temaet, er beskrevet.

Abstract

Introduction: In Ghana, undernourishment among children is a continuous health challenge. The nurses in children welfare clinics (CWC) and home visits take significant part of the preventive work through education and counseling of caregivers. Covering different subjects through methods that provide individualized counseling and education, is important. Also, communication that improves trust and a good nurse-patient-relation is identified as important for successful education and counseling. Challenges nurses face may be socioeconomical differences, language barriers and caregivers or nurses limited knowledge. The study has been conducted in collaboration with NTNU and the University of Ghana, as part of an exchange program in Ghana.

Method: The study is based on unstructured, qualitative observations in order to examine how nurses prevent undernourishment among children through counseling and education of caregivers. Data has been collected in a private and a governmental CWC, and home visits, in Accra, Ghana. The data consists of eight observations. The model of Graneheim and Lundman is used for data analysis.

Results: Though results show variation, they indicate lack of education and counseling on some subjects. Language barriers, lack of systematics and education of nurses seem to challenge successful education and counseling. Use of simple tools and one-on-one-counseling seemed to improve it. Results indicate that especially home visits contribute to good communication and building trust and the nurse-patient-relation. The study's strengths and weaknesses are discussed.

Conclusion: The nurses pedagogical role through counseling and education of caregivers is important in preventing undernourishment among children in Ghana. An increased focus on counseling on hygiene, using simple tools, improving nurses' knowledge and the systematics could improve successful education and counseling. It seems to help individualize the education and counseling, and strengthen trust and nurse-patient-relation, which is important for success. Need for further research is described.

1 Introduksjon

1.1 Underernæring i Ghana

Unicefs «The state of the world's children»-rapport fra 2019(1) opplyser at minst en av tre barn under fem år på verdensbasis enten er underernærte eller overvektige. Tall fra 2016 viser at over 35% av alle ghanesiske barn under fem år lider av en form for underernæring(2). Det vil si ca. 1,2 millioner barn. Ernæring har en sentral innvirkning på barns utvikling, spesielt de første leveårene(3). Barn er derfor ekstra sårbare for konsekvensene av underernæring, eksempelvis redusert helse, svakere læringsevne og nedsatt kognitiv og sosial utvikling(1–3). Underernæring, en av tre former for feilernæring, herunder «wasting» (lav vekt i forhold til høyde), «stunting» (lav høyde i forhold til alder) og undervekt (lav vekt i forhold til alder), er altså et aktuelt problem blant barn i Ghana(4).

Det er sammenheng mellom underernæring hos barn i Ghana, dårlig matingspraksis og usunn livsstil(2). Utviklingen av dårlig kosthold og matingspraksis begynner allerede fra barnets første leveår. De mest sårbare er barn som avvennes amming og er i «complementary feeding»-fasen, altså introduseres til fastere føde i tillegg til brystmelk(1)(2). Kun 24% av alle ghanesiske barn i denne aldersgruppen, mellom 6 og 23 måneder, har et tilstrekkelig variert kosthold. Mange ghanesiske barn introduseres til næringsfattig kost med mangel på spesielt proteiner, frukt og grønt(1). Unicefs rapport(1) viser også at kun 52% av alle ghanesiske barn under seks måneder ammes eksklusivt, som er anbefalingen fra WHO og de ghanesiske nasjonale retningslinjene(5,6). Dette synliggjør et behov for endring.

Ghana signerte FNs barnekonvensjon(1989) i 1990(7). I barnekonvensjonens art 24. (e), står det:

Partene skal arbeide for full gjennomføring av denne rettighet og skal særlig treffe egnede tiltak for å:

e) sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om og støttes i bruken av grunnleggende kunnskaper om barns helse og ernæring, fordelene ved amming, hygiene, miljøhygiene og forebygging av ulykker(8).

Det er med andre ord en menneskerett at omsorgsgivere, her omtalt som foreldre, får nok veiledning og undervisning til å ivareta sine barns helse og ernæring. Dette stiller ghanesiske myndigheter seg bak, og samarbeider blant annet med WHO i arbeidet for å ivareta disse rettighetene(7,9). Siden 1990-tallet har intervensjonsprogrammer blitt innført i Ghana for å forebygge

underernæring hos barn under fem år(2). Det er likevel et vedvarende behov for økt bevisstgjøring i befolkningen og bedre undervisningspraksiser om matingspraksis av spedbarn og små barn(2,10). I denne artikkelen omtales dette arbeidet som forebyggende helsearbeid, som definert ut ifra Mæland(11) omfatter både å forebygge sykdom og å fremme helse. Undervisning og veiledning inngår i sykepleierens pedagogiske funksjon og er en viktig del av det forebyggende helsearbeidet sykepleiere utfører i Ghana(11,12). Dette temaet, valgt med bakgrunn i praksisstudier i Ghana, skal denne artikkelen diskutere.

1.2 Den pedagogiske funksjonen

Veiledning handler ifølge Tveiten(13) om en relasjonell, pedagogisk og formell istandsettingsprosess der dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier skal føre til at motpartens mestringskompetanse styrkes. Tveiten sier at ved undervisning formidles kunnskap med mål om læring(13).

Tematikken, kunnskapen som formidles, står sentralt i hvordan sykepleieren utfører veiledningen og undervisningen. I Ghana finnes en nasjonal veileder (kalt «Child Health Records»(14)) som deles ut til omsorgsgiverne. Denne skal sykepleieren anvende som kunnskapsgrunnlag og hjelpeverktøy i undervisningen og veiledningen. Den inneholder blant annet informasjon om amming, «complementary feeding»-praksis til ulike aldersgrupper og hygiene, samt barnets helseopplysninger og vekttabell(14).

Penny et.al.s(15) intervensjonsstudie støtter bruken av teoretiske hjelpeverktøy i undervisningen og veiledningen. Studien fokuserer på ernæring og matingspraksis som tematikk. Framgangsmåtene er én-til-én-veiledning, praktisk matlagingsdemonstrasjon og gruppeveiledning(15). Kilaru et.al.s(16) intervensjonsstudie belyser samme tematikk gjennom én-til-én-veiledning. Egyir et.al.(10) ser på mødres oppfatning av og kunnskap fra mottatt veiledning og undervisning, hovedsakelig fra helsestasjon («Child Welfare Clinic»). «Complementary feeding», ernæring og matingspraksis er tematikken(10). Agbozo(17) studerer én-til-én-veiledning og gruppeundervisning gitt til omsorgsgivere på ghanesiske helsestasjoner. Studien belyser temaer som eksklusiv amming, «complementary feeding» og hygienep praksis.

1.3 Utfordringer og tilpasninger i ghanesisk kontekst

Kultur omhandler ifølge Magelssen(18) verdier, kunnskaper og handlingsmønstre man tilegner seg som medlemmer av et samfunn. Jeg opplevde både likheter og forskjeller mellom den ghanesiske og norske kulturen. Eksempelvis framsto status og renommé som sentralt i kulturen, og tidsbegrepet opplevdes mye mer avslappet. Med ønske om å forstå det ghanesiske helsevesenet og sykepleieren ut ifra deres premisser, kulturrelativistisk, vil jeg

studere hvordan sykepleieren tilpasser undervisningen og veiledningen ut ifra lokale utfordringer og kulturell kontekst(18).

Et eksempel er språkbarrierer. Fra klinisk erfaring har jeg erfart at det snakkes flere lokalspråk i Ghana. Flere kommuniserer dårlig på engelsk, som er det offisielle språket(19). Det er sosioøkonomiske forskjeller i landet, og begrenset kunnskap hos omsorgsgivere og dårlig matingspraksis er spesielt sårbart i de mest ressursfattige lokalsamfunnene(1). Egyir et.al.(10) belyser utfordringer hos omsorgsgiverne som misoppfatninger om sunt kosthold, manglende kunnskaper om matingspraksis og økonomisk status. Agbozo(17) og Penny et.al.(15) trekker fram helsepersonells kunnskapsmangel og viktigheten av helsepersonells opptrening for god veiledning og vurderingsevne av veiledningsbehovet.

1.4 Relasjon- og tillitskapning

Tveiten påpeker viktigheten av å møte personen der den er, på individuelt plan, oppnå tillit og ut ifra dette skape en god veiledningssituasjon(12). Tillitsskapning fremmer «empowerment»(20). I undervisning og veiledning står «empowerment», som ifølge Tveiten omhandler brukermedvirkning og styrking av pasientens ressurser, sentralt(20,21). Som Tveiten(21,22), viser Kilaru et.al.(16) til viktigheten av å ivareta relasjonen mellom veileder og omsorgsgiver, eksempelvis ved å vise empati og anerkjenne den andres utfordringer. Som andre, belyser studien også viktigheten av individuell tilpasning av veiledningen og undervisningen(10,15,16).

1.5 Hensikten og avgrensning av oppgaven

Ernæring og sykepleie til barn var felt jeg interesserte meg for i forkant av utvekslingsoppholdet i Ghana. Under praksisoppholdet fikk jeg se hvordan sykepleiere arbeider for å forebygge underernæring gjennom veiledning og undervisning. Dette var rettet mot barn under fem år ettersom de fem første leveårene er mest kritiske(1). I mitt prosjekt ønsket jeg, i lys av den kulturelle konteksten, å se nærmere på sykepleierens valg av tematikk og framgangsmåter, samt hvordan sykepleieren kommuniserer for å fremme tillit og relasjon, i veiledningen og undervisningen. Dette er et område jeg har funnet lite forskning på i ghanesisk kontekst. Jeg valgte derfor problemstillingen:

Hvordan veileder og underviser sykepleieren omsorgsgivere for å forebygge underernæring hos barn i Ghana?

2 Metode

2.1 Kontekst

For å undersøke hvordan sykepleiere underviser og veileder omsorgsgivere for å forebygge underernæring i Ghana, ble det gjennomført datainnsamling basert på observasjonsstudier og feltnotater(22). Datainnsamlingen foregikk på dagtid under praksis på helsestasjoner, offentlig og privat, i Accra, Ghana, januar til mars 2020. Det ble gjennomført avgrenset litteratursøk i flere helsefaglige databaser(23). Relevant forskning er funnet i PubMed, Medline og Google Scholar.

2.2 Utvalg

Dataen er innhentet fra ulike praksisplasser i helsevesenet i Ghana. Jeg inkluderer en offentlig og en privat helsestasjon, samt forebyggende offentlig helsearbeid i hjemmet. Valgt gruppe er sykepleiere som arbeider veiledende og undervisende tilknyttet barn i alderen 0-5 år. Valgt område er Accra, Ghanas hovedstad. Begrunnelsen for inklusjonskriteriene, er ønsket om å studere forebyggende helsearbeid som involverer veiledning og undervisning. Jeg har, på bakgrunn av valgt fokus, ekskludert annet arbeid sykepleiere gjør for å forebygge underernæring hos barn under fem år, eksempelvis screeninger og kontrollveiinger, samt videre tiltak og behandling på sykehus. Jeg har valgt å kun fokusere på sykepleieres arbeid med omsorgsgivere, og har derfor ekskludert observasjoner tilknyttet gravide. Valgt område er Accra ettersom mesteparten av praksisen foregikk her. Det er sannsynlig å anta at det er store ulikheter og sosioøkonomiske forskjeller mellom by og distrikt, og mellom ulike landsdeler. Ved å kun studere enheter i Accra, ble enhetene ansett som sammenlignbare. Temaet for studiet er forhåndsgodkjent, og NTNU har sendt et informasjonsskriv til samarbeidende partner i Ghana som inneholder beskrivelse av bachelorprosjektets gang (vedlegg 1).

2.3 Observasjonsstudium

Det er anvendt kvalitativ metode i studien. Dette er et egnet metodevalg ettersom det gir mulighet til refleksjon og økt innsikt i menneskelig interaksjon(24). Det er sentralt for å studere interaksjonen mellom helsepersonell og omsorgsgivere. Bakgrunnen for observasjonsstudium som metode, er at sykepleierstudenter fra NTNU ikke var tillatt å utføre intervjuer av helsepersonell i Ghana. Observasjonsstudium vil gi tilgang til sosiale situasjoner som de involverte ikke på forhånd har tolket selv(22). Vi var deltakende observatører og har under datainnsamling forsøkt å være bevisst vår forforståelse, at våre kulturelle, kunnskap- og erfaringsbaserte briller farger og former vårt syn på verden(22,23,25). Spesielt i en ny kulturell kontekst er dette

viktig. Observatøren må søke kunnskap om politiske og sosiokulturelle forhold.(18). Nevnte aspekter er viktig ved kvalitativ forskning da manglende bevissthet kan farge resultatene og påvirke studiets gyldighet(23). Eventuelle uklarheter rundt observasjonene ble kommunisert med gjeldende sykepleier etter observasjonssituasjonen.

2.4 Datainnsamling

Et observasjonsskjema ble utviklet i samarbeid med to medstudenter som har valgt samme tema for sine prosjektoppgaver. Vi samarbeidet om innsamling av empiriske data gjennom logging ved bruk av observasjonsskjemaet. Det gir oss muligheten til systematisk arbeid med observasjonene, med bestemte fokuspunkter for observasjonene(4). Vi anvendte et egenutviklet observasjonsskjema ettersom vi ikke fant eksisterende observasjonsskjema tilpasset dataene vi ønsket å observere. Observasjonspunktene er tilpasset å fange opp det relevante for samtlige prosjektoppgaver (vedlegg 2). I denne studien er observasjonspunktene «tematikk i samtale/situasjon», «verbal kommunikasjon», «nonverbal kommunikasjon», «helsepersonells opplevelse av situasjon» og «foreldres opplevelse av situasjon», i fokus.

2.5 Analyse, tolkning og etiske betraktninger

Vi informerte sykepleierne muntlig om at vi samlet inn observasjonsdata til bachelorprosjektet. Informasjonen ble videreformidlet, ved språkbarrierer via lokalt helsepersonell, til omsorgsgiverne, for å sikre at involverte parter ble observert frivillig. Involverte parter er anonymisert(26). Hvor nært vi som fremmede utvekslingsstudenter skulle gå omsorgsgivere (i observasjonsskjemaet omtalt som «foreldre») i en sårbar situasjon, var etiske betraktninger vi gjorde underveis. Vi valgte for eksempel å ikke spørre omsorgsgivere om deres opplevelse av situasjonen. Et observasjonsstudium begrenser muligheten til å få innblikk i helsepersonells og omsorgsgiveres opplevelse, best besvart med intervju. Vi kunne bare utføre observasjoner, det er derfor dette vi har å gå etter.

Bearbeiding av dataen startet allerede ved nedskrivning til notatblokk og videre over på pc, ved bruk av observasjonsskjemaet, og kan ha blitt påvirket av observatørs forforståelse(25). Valgte observasjonssituasjoner er vurdert ut ifra mitt prosjekts perspektiv(26). Data er bearbeidet ved enkel kategorisering av teksten i hovedkategorier og sub-kategorier, inspirert av metode av Graneheim og Lundman(27). Hovedkategoriene; pedagogisk funksjon, utfordringer og tilpasninger, og relasjon- og tillitskapning, samt sub-kategorier, presenteres i tabell 1.

3 Resultat

Resultatet av analysen er sammenfattet i tre hovedkategorier; den pedagogiske funksjonen, utfordringer og tilpasninger i ghanesisk kontekst, og relasjon- og tillitskapning.

Kategori	Sub-kategori
Pedagogisk funksjon	Tematikk
	Kommunikasjonsmetode
Utfordringer og tilpasninger	Språkbarrierer
	Ulike kunnskapsnivåer
	Vurdering av veiledningsbehov (eks: risikogrupper, sosioøkonomisk status)
Relasjon- og tillitskapning	Relasjonsbygging
	Anerkjennelse og individuelle tilpasninger

Tabell 1 Kategorisering av data ut ifra tematikk og ulike kommunikasjonsmetoder i veiledningen og undervisningen, videre hvordan språkbarrierer, ulike kunnskapsnivåer og vurdering av veiledningsbehov er utfordrende og slik viser behov for tilpasninger. Relasjon- og tillitsskapning i undervisningen og veiledningen kategoriseres ut ifra relasjonsbygging, anerkjennelse og individuelle tilpasninger.

3.1 Den pedagogiske funksjonen

På helsestasjonen fikk jeg observere én-til-én-veiledning gitt til en mor med et seks måneder gammelt barn, grunnet registrert utilstrekkelig utvikling i vektoppgang. Grunnet alvorlighetsgraden gis veiledningen av en spesialisert sykepleier. Én-til-én-veiledning på helsestasjon var det jeg observerte flest tilfeller av. Veiledning ble ikke observert gitt om barnet framsto friskt eller hvis ikke omsorgsgiveren nevnte å ha noen problemer med barnet. Eventuelle

problemer ble det sjeldent observert at hverken omsorgsgiveren nevnte på eget initiativ eller at helsepersonell spurte omsorgsgiveren om.

Sykepleieren gir moren råd om lokal mat og matretter som inneholder tilstrekkelig med næring til barnet, f.eks. mango eller banan most i grøt. Informerer generelt om eksklusiv amming fram til seks måneder, deretter gradvis nedtrapping og gradvis innføring av fastere føde.

Observasjon 1

Hvor ofte ulike temaer ble observert i én-til-én-veiledning, vises i figur 1. Ofte ble det observert gitt konkrete råd med fokus på lokale og billige matvarer. Som regel ble det gitt generelle råd om et variert kosthold med tilstrekkelig av makronæringsstoffene, der proteiner ble vektlagt. God ammingspraksis var noe jeg fikk inntrykk av at var et sentralt forebyggingsstiltak ifølge sykepleierne, men ble ikke alltid nevnt under veiledningen. Hygieneveiledning ble sjeldent observert. Observerte veiledningssituasjoner framsto ofte noe generisk og tematikken ensidig med fokus på kosthold og ernæring. Det varierte fra sykepleier til sykepleier hvor mye tid og hvor grundig én-til-én-veiledningen ble utført på helsestasjonen. Noen av sykepleierne, både spesialiserte og ikke, virket mer engasjert og grundige enn andre i veiledningsarbeidet.



Figur 1 Viser en prosentvis oversikt over tematikken under én-til-én-veiledningssituasjonene som ble observert. Laget av artikkelforfatter.

Sykepleier er glad og uttrykker at hjemmebesøk er det beste med jobben. Hun forteller at man får bedre tid og roligere omgivelser.

Observasjon 2

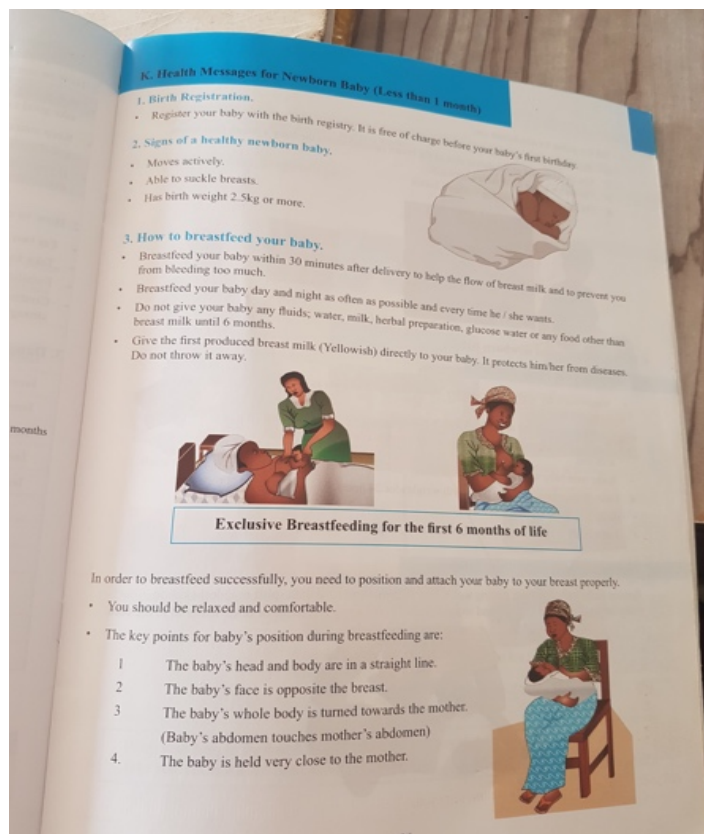
Denne dagen har sykepleieren hjemmebesøk istedenfor arbeid på helsestasjon. Vi er på rutinebesøk hos en mor som er hjemme med fire barn i ulike aldre. Murhuset hun møter oss utenfor er lite og simpelt. Sykepleieren har kommet for oppfølging av mor og det yngste barnet på syv måneder grunnet registrert vektnedgang. Under veiledningen setter de seg ned og bruker god tid til dialog.

Gruppeundervisningen er et frivillig tilbud omsorgsgivere kan oppsøke på helsestasjonen. Undervisningen holdes om morgenen i venteområdet, og mange sitter der uansett fordi de venter på helsekontroll eller lignende. Tidligere har jeg observert gruppeundervisning om kosthold og ernæring. Jeg observerte her en gruppeundervisning om amming, utført av en sykepleier, samt en sykepleierstudent som hjalp til.

En student viser også ved siden av ved hjelp av en dukke slik at alle mødrene skal få muligheten til å se ordentlig. Det vises også bilder fra «Child Health Records»-boka om «complementary feeding» i overgangsfasen fra eksklusiv amming og månedene etter.

Observasjon 3

Mitt inntrykk er at sykepleieren er engasjert. Sykepleieren stiller spørsmål til gruppen underveis om temaene hun har tatt opp, men få mødre deltar. Det er et par mødre som engasjerer seg og svarer, flere enn ved andre observerte gruppeundervisninger. I venteområdet er det atmosfære som for observatør framstår kaotisk og støyfull. Dette er eneste situasjon der jeg har observert at det ble brukt hjelpemidler i undervisning eller veiledning. Sykepleierne henviser likevel ofte til «Child Health Records» som kunnskapsgrunnlag når vi spør om de bruker hjelpemidler.



Figur 2 Bilde fra «Child Health Records»-boken som ble vist fram under gruppeundervisningen om amming. Bilde tatt av observatør under praksisoppholdet.

3.2 Tilpasninger og utfordringer i en ghanesisk kontekst

Gruppeundervisningen foregår på det mest brukte lokalspråket. Det tilbys tolk, en sykepleier, til omsorgsgiverne som ikke forstår språket.

Observasjon 4

Gruppeundervisningen om amming holdes på det vanligste lokalspråket, «Twi», ett av mange lokalspråk i Ghana(28). Dette gjorde sykepleierne hvis det var flere omsorgsgivere i gruppen som forsto «Twi» enn engelsk. Sykepleierne ønsker at omsorgsgivere som ikke forstår «Twi» sier ifra slik at en av sykepleierne kan være tolk. Disse omsorgsgiverne samles i en gruppe bakerst i forsamlingen.

Sykepleieren gir veiledning ettersom moren forteller at "barnet ikke spiser". Sykepleieren forteller etterpå at mødrene ofte forteller at problemet er at «barnet ikke spiser», og at dette blir utgangspunkt for veiledningen.

Observasjon 5

På helsestasjonen observeres én-til-én-veiledning av en mor og hennes åtte måneder gamle barn. Veiledningen holdes på det som oppfattes som en kodeveksling mellom lokalspråk og engelsk. Sykepleieren viser bevissthet rundt at mødre ofte ikke har kunnskapen til å formulere problemet med barnet på en god måte. Mødrene som mangler kunnskap, får som regel tilbud om grundigere veiledning fordi moren vurderes til å komme fra en mer ressursfattig husstand og er i risikogruppen. I de fleste observerte veiledningssituasjonene stilte sjeldent omsorgsgiveren spørsmål. Rådene som ble gitt var ofte generiske, etter mitt inntrykk fordi sykepleieren hadde for lite å gå etter.

Hygieneveiledning blir ikke gitt.

Observasjon 6

Dette var en vanlig observasjon. Moren framstår ren og anstendig. Hygieneveiledning gis ifølge sykepleieren kun til de mødrene som hun vurderer at har dårlig hygiene, eksempelvis om tøyet eller kroppen framstår uvasket.

3.3 Relasjon- og tillitsskapning

En mor og hennes et par måneder gamle barn er på helsekontroll. Samtalen foregår på engelsk. Det er flere sykepleiere og sykepleiestudenter, samt et familiemedlem, i rommet.

Sykepleieren trekker mor litt til side og forsøker å gi diskret veiledning, med senket stemme på lokalspråk.

Observasjon 7

Predikert svært få klarte å høre hva de snakket om i denne situasjonen. Mitt inntrykk er likevel at taushetsplikten som oftest ikke ble overholdt tilstrekkelig. Veiledning foregikk i åpne rom med mange andre tilstede, og sykepleier virket til sjeldent å ta hensyn til hvem som hørte det som ble sagt. Sykepleieren forteller at barnet virket dårlig ernært og at hun derfor tok moren til side. Moren hadde da fortalt at hun slet med ammingen. Å ikke få til å amme korrekt, er ifølge sykepleieren forbundet med mye skam siden amming har et så stort fokus i kulturen i Ghana. Det virket som at sykepleieren prøvde å unngå å gi moren skamfølelse og heller anerkjente denne utfordringen gjennom veiledningen.

På hjemmebesøket fikk sykepleieren mulighet til å gi grundig og individuelt tilpasset én-til-én-veiledning.

Observasjon 8

På hjemmebesøk satt vi oss ned med moren til et ni måneder gammelt barn. Moren fikk oppfølgingsveiledning grunnet registrert utilstrekkelig vektoppgang hos barnet ved siste helsekontroll. Sykepleieren tok seg god tid til å prate, i rolige omgivelser. Hun åpnet for at moren kunne stille spørsmål underveis. Under hjemmebesøk styrte sykepleieren arbeidsdagen selv og kunne sette av så mye tid som hun trengte til hvert besøk.

4 Diskusjon

Formålet med prosjektet er å se på hvordan sykepleiere i Ghana underviser og veileder omsorgsgivere for å forebygge underernæring hos barn. Jeg vil se på hvilken tematikk og framgangsmåter sykepleierne bruker, utfordringer og tilpasninger i arbeidet ut ifra den kulturelle konteksten, og hvordan de kommuniserer for relasjon- og tillitsskapende veiledning og undervisning. Agbozo(17) og Egyir et.al.(10) utførte sine studier på bakgrunn av at de så underernæring hos barn som et vedvarende problem i Ghana. Innvirkende faktorer er kunnskapsmangel hos omsorgsgivere og dårlig matingspraksis, verst i ressursfattige lokalsamfunn(1,10,17). I Ghana har sykepleiere som veileder og underviser på helsestasjon og hjemmebesøk en viktig forebyggende rolle(10,17). Dette står i samsvar med observasjonene.

4.1 Den pedagogiske funksjonen

Veiledning og undervisning omhandler å gi motparten økt kunnskap(13). Økt kunnskap bidrar til at omsorgsgivernes mestringskompetanse styrkes, en forutsetning for god veiledning(13). Tematikken må rettes mot det omsorgsgiverne behøver mer kunnskap om. Funnene viser at det ble gitt undervisning og veiledning om ulike temaer, men det er noe ensidighet i tematikken. Temaene ernæring, kosthold og «complementary feeding» får stort fokus. Egyir et.al. belyser i sin studie veiledningen og kunnskapen om «complementary feeding»-praksis(10). Penny et.al. fokuserer på veiledning og undervisning om ernæring og kosthold(15). Fokuset er på bakgrunn av hvor sentralt tilstrekkelig kunnskap om disse temaene er(10,15). Det argumenteres for at ghanesiske sykepleiere prioriterer sitt fokus rett. I mine funn forekommer

spesielt hygieneveiledning sjeldent. FNs barnekonvensjon(8), den nasjonale veilederen(14) og Kilaru et.al.(16) argumenterer for å inkludere undervisning og veiledning om hygiene. Det kan bidra til et mer helhetlig forebyggingsarbeid.

Agbozo støtter mine funn om at tematikken i veiledningen varierer med hvilken sykepleier som ga veiledningen(17). Observatørene fikk inntrykk av at det var manglende systematikk i utføring av veiledningen. Man kan stille spørsmål ved om dette kan føre til mindre helhetlig forebygging. Bedre systematikk og prosedyre på utføring av veiledningen kan bidra til å sikre at temaene omsorgsgiverne trenger kunnskap om, eksempelvis hygiene, ikke utelates. Agbozo anbefaler at helsepersonell tar skriftlige notater i «child health records»-boka fra hver veiledning. Dette skaper kontinuitet og legger bedre grunnlag for neste sykepleier til å vurdere veiledningsbehovet(17).

Ofte vil en kombinasjon av flere metoder være gunstig for å nå målet med undervisningen og veiledningen, ifølge Tveiten og Agbozo et.al(17,21). Dette støtter mine funn, som viser at ghanesiske sykepleiere kombinerte gruppeundervisning med én-til-én-veiledning på helsestasjon og hjemmebesøk. Gruppeundervisning ble observert flere ganger. Det kan diskuteres hvorvidt gruppeundervisning er beste framgangsmåte hos aktuell pasientgruppe. Som man ser fra observasjon 3, gir undervisningen mulighet for å nå fram til en større gruppe samtidig. Det kan være aktuelt når pasientgruppen har et felles mål(21). Selv om alle omsorgsgiverne kan ha behov for økt kunnskap om amming, er det likevel sannsynlig at de har behov for individuelt tilpasset innhold. Å møte hver enkelt pasient der han er, er sentralt i veiledning og undervisning(21). Det kan bli vanskeligere under gruppeundervisning. Penny et.al. retter gruppeveiledning mot omsorgsgivere med barn i samme aldersgruppe(15). Dette kan være et forslag til hvordan ghanesiske sykepleiere kan individualisere gruppeundervisningen mer.

Fordeler med gruppeundervisning er at metoden kan skape rom for refleksjon og å dele erfaringer, bli mer bevisst egne kunnskaper og styrke mestringsfølelse(21) . Mine funn, som samsvarer med Agbozo, viser at mødrene deltar lite i gruppeundervisningen, selv om sykepleierne ofte stiller spørsmål og åpner for deltakelse fra omsorgsgiverne(17). Da mister gruppeundervisningen sin styrke. Funnene mine viser at gruppeundervisningen foregikk i omgivelser som framstår kaotiske og støyfulle. Dette, i kombinasjon med språkbarrierer, som vist i observasjon 4, framstår som hindre for godt læringsutbytte fra gruppeundervisning. Det er viktig å trekke fram at min forforståelse og vestlige kultur, der jeg ikke er vant til støynivået og kulturen, kan farge mitt inntrykk og mistolke omsorgsgivernes tilstedeværelse og oppfattelsesevne under gruppeundervisningen. En kollektivistisk tilnærming til undervisningen kan

forklares med at det ghanesiske samfunnet er mer kollektivistisk(29). Observasjon 2 viser anvendelse av visuelle hjelpemidler i gruppeundervisningen. Dette virker til å ha positiv effekt ved å engasjere mødre mer enn teori alene. Penny et.al. støtter bruken av enkle hjelpeverktøy(15).

Observasjon 2 viser at én-til-én-veiledning i hjemmet tilrettelegger for individuelt tilpasset læring og god dialog. Tveiten påpeker at læringssituasjoner med aktiv medvirkning oppleves mer meningsfylt og skaper større engasjement(21). Dette fremmer «empowerment» og god veiledning(20,21). Kilaru et.al.(16) og Penny et.al.(15) viser positiv effekt ved bruk av denne veiledningsmetoden. Funnene viser at ved hjemmebesøk styrte sykepleieren sin egen arbeidshverdag, eksempelvis hvor mange hjem de skulle besøke i løpet av dagen. Grundighet og interesse for én-til-én-veiledningen, både ved hjemmebesøk og på helsestasjon, varierte hos sykepleierne. Hjemmebesøkene var tidkrevende og, av egen erfaring, slitsomme ettersom vi gikk til fots fra hjem til hjem i sterk varme. Dette kan innvirke negativt på sykepleierens motivasjon til å avsette god tid og utføre grundig, individuelt tilpasset veiledning. På helsestasjon framsto veiledningssituasjonene ofte kortfattede og generiske. Agbozo støtter disse funnene(17). Funnene antyder at subjektive faktorer hos sykepleier kan innvirke på kvaliteten av én-til-én-veiledningen, slik at det ikke tilrettelegges like godt for individuell tilpasning og «empowerment» i situasjonen.

4.2 Tilpasninger og utfordringer i ghanesisk kontekst

Observasjon 4 viser at språkbarrierer var en aktuell utfordring i veiledningen og undervisningen. Engelsk er det offisielle språket, men det er mange lokalspråk(28). Jeg erfarte selv at ikke alle kommuniserer godt på engelsk. Mine funn viser at sykepleierne tilpasset sin undervisning og veiledning ved at de ofte anvendte det mest brukte lokalspråket, «Twi», samt ga tilbud om tolk. Dette bidrar til at kunnskapen som formidles når fram til omsorgsgiverne, en grunnstein i god undervisning og veiledning(13). Ikke alle sykepleierne kunne lokalspråk like godt, enkelte snakket kun engelsk. De holdt veiledningen på engelsk eller kodeveksling mellom språkene, vist i observasjon 5, uavhengig av omsorgsgiverens evne til å forstå språket. Språkbarrieren framsto her som et hinder for kunnskapsformidlingen.

Status og hvordan man oppfattes av andre, «å ikke tape ansikt», opplevdes som sentralt i ghanesisk kultur. I observasjon 5 framstår det for observatør som at mor mangler kunnskapen eller ordene til å konkretisere problemet hun behøver veiledning om. Egyir et.al.(10) fant at mange ghanesiske mødre mangler kunnskap om matingspraksis og ernæring, samt har misoppfatninger om sunt kosthold. Jeg observerte at omsorgsgiverne sjeldent

stilte spørsmål selv under veiledning eller undervisning. En utfordring kan være at omsorgsgiverne ikke ønsker å ytre problemene sine av frykt for «å tape ansikt». De får da ikke den spesifikke veiledningen de behøver.

I mine funn viser sykepleierne bevissthet rundt de store sosioøkonomiske forskjellene i landet. De forsøker å nå de mest ressursfattige, en risikogruppe, gjennom eksempelvis råd om næringsrik lokal mat(1). Forskningsstudiene påpeker at spesielt i ressursfattige områder er råd om lokal, næringsrik mat gunstig(10,15–17). Dette kan bidra til å redusere kunnskapsmangelen og styrke «empowerment» hos omsorgsgiverne(20,21). Observasjon 5 antyder likevel at sykepleierne ikke alltid klarer å følge opp omsorgsgiveren på et individuelt plan fordi de ikke forstår omsorgsgivers konkrete problem eller behov.

Agbozo(17) fant at «community health nurses» hadde mindre kunnskap om ernæring enn de spesialiserte sykepleierne på helsestasjonen. Studien observerte mer generisk og mindre faglig veiledning og undervisning fra førstnevnte sykepleiere(17). Her viser mine funn at grundighet og engasjement for veiledningen er varierende hos sykepleierne, uavhengig av spesialisering. Faktorene Agbozo(17) belyser, som kunnskapsmangel, utilstrekkelig opplæring i utdannelsen, tidspress og andre arbeidsoppgaver, er likevel sannsynlig at kan innvirke på veiledningen og undervisningen til observerte sykepleiere. Observasjon 6 viser vurdering av behov for hygieneveiledning basert på omsorgsgivers personlig hygiene og velstelthet. Ut ifra min praksiserfaring ble hygieneveiledning gitt til omsorgsgivere som virket til å ha dårligere sosioøkonomisk status. Det er positivt at sykepleierne har fokuset rettet mot en risikogruppe(1). På den andre siden har alle omsorgsgivere rett og behov for tilstrekkelig kunnskap om hygiene(8,16). Disse observasjonene kan argumentere for behov for mer faglig opplæring av ghanesiske sykepleiere, noe Agbozos funn støtter(17). Penny et.al.(15) vektla opptrening av helsepersonells kunnskaper for bedre å kunne vurdere veiledningsbehovet. Dette tiltaket ville trolig vært hensiktsmessig også i ghanesisk kontekst.

4.3 Relasjon- og tillitsskapning

For god veiledning og undervisning, må relasjon og tillit skapes og fremmes, som igjen fremmer «empowerment», gjennom sykepleierens kommunikasjon(12,13,20,21). Observasjon 7 viser en sykepleier som ser ut til å bevisst kommunisere for å redusere skamopplevelse hos moren. Det var flere mennesker i rommet, noe som kan skape utrygghet og medføre at pasienten holder tilbake informasjon(21). Dette hindrer aktiv dialog og tillit i pasient-sykepleier-relasjonen. Hindres dialogen, blir det vanskeligere for sykepleier å ta utgangspunkt i enkeltpasientens behov for veiledning og fremme «empowerment»(12,21). Utrygghet blir også til hinder for en god pasient-

sykepleier-relasjon. Jeg erfarte selv at det svært ofte var mange mennesker tilstede på små områder på helsestasjonene. Å få til veiledning på tomannshånd, det mest gunstige, og å overholde taushetsplikten, var en stor utfordring(21). Sykepleieren kommuniserte ved bruk av lokalspråk, lavt toneleie og å trekke bort fra de andre i rommet, tiltak som under omstendighetene fremmet relasjon og tillit. Hun anerkjente omsorgsgiverens utfordring, skamfølelsen, og viste empati. Tveiten(13) og Kilaru et.al.(16) vektlegger dette i god veiledning.

Mine funn, som støttes av Agbozo(17), viser at det ikke alltid var like gode individuelle tilpasninger i veiledningen, spesielt på helsestasjonene. Både i gruppeundervisning og én-til-én-veiledning ble det observert stor grad av enveiskommunikasjon. God dialog er essensielt for at sykepleieren kan ta utgangspunkt i pasientens læreforutsetninger og veiledningsbehov og slik fremme tillit og «empowerment»(13,20,21). Man kan likevel diskutere om det er en annen forventning til helsevesenet i Ghana enn observatørenes forventning til helsevesenet. Ghanesisk kultur framsto for observatør som mer statuspreget, kollektivistisk og autoritær. Den undervisningsformen man er sosialisert inn i, vil allikevel mulig være den mest effektive(29).

Som vist i observasjon 8, derimot, viser funnene god dialog og individuell tilpasning i veiledningen under hjemmebesøk. Sykepleieren åpner for at moren selv kan snakke og stille spørsmål. Slik fremmes brukermedvirkning og «empowerment» i veiledningssituasjonen(20,21). Når sykepleieren selv styrer hvor mye tid som skal avsettes til veiledningsbesøket, kan hun tilrettelegge for å ta seg tid og skape en god relasjon. Det er viktig at sykepleieren vurderer barnets utvikling individuelt for å gi god, spesifikk veiledning(10,15,16).

4.4 Studiens styrker og svakheter

I denne studien ble det brukt observasjon, en kvalitativ metode. Observasjoner gir et kvalitativt blikk med mulighet for økt innsikt i interaksjonen mellom sykepleier og omsorgsgiver(24). Man får tilgang til sosiale situasjoner som ikke er forhåndstolket(22). Derimot kan observatørens subjektive inntrykk prege observasjonene, og resultatene påvirkes av at observasjonene er gjort av en person med andre kulturelle briller og forforståelse(23,25). Eksempelvis farger antagelig mine kulturelle briller observasjonstolkningen om at omsorgsgivere ikke vil ytre seg av frykt for «å tape ansikt». Som observatører med annen hudfarge og kulturell bakgrunn, skilte vi oss ut, noe som gjorde observasjonsrollen mindre anonym. En styrke er derimot at man som utenforstående observatør ikke er like preget av kulturen, noe som kan gi bedre evne til objektivitet og gjøre resultatene mer pålitelige.

Språkbarrierene som ofte oppsto, medførte at observatørene ikke forsto den verbale kommunikasjonen. Helsepersonell videreformidlet informasjonen. De kan ha fortolket eller feiloversatt informasjonen, eksempelvis for å opprettholde renommé og status. Viktige funn kan dermed ha blitt utelatt eller fortolket allerede før nedtegning ved at observatør må gå via sykepleieren for å forstå hva som foregikk i situasjonen. Observatør fikk derimot større fokus på nonverbal kommunikasjon og evnet kanskje å oppfatte denne bedre, noe som kan ha gitt viktige bidrag til funnene.

En svakhet er at to anvendte forskningsartikler ikke direkte omhandler ghanesiske sykepleiere, men fokuserer på helsepersonells pedagogiske funksjon i India og Peru. Landene har trolig noe annerledes kultur og demografi. India og Ghana har sammenlignbar BNP, noe som gir overførbarhet, men Peru høyere(30). Observasjonsskjemaet bidrar til økt troverdighet av resultatene gjennom systematiske observasjoner. Observasjonspunktet «opplevelse av situasjon» kan være vanskelig å forklare uten å sjekke dette opp mot informantenes opplevelse, som man kan søke via intervju. Feltsamtaler og inntrykk er det nærmeste vi kom, men farges av observatørs forforståelse og fortolkning. Det anvendes intervju i forskningsartiklene, noe som hadde vært interessant å anvende ved videre studier av temaet for økt fokus på partenes opplevelse av veiledningen og undervisningen(23).

Resultatenes overførbarhet til resten av Ghana begrenses av et lite utvalg fra kun to helsestasjoner i Accra. Også begrenset tid på helsestasjonene og ofte få pasienter, noe som ga færre observasjonssituasjoner enn forutsett, begrenser studiens gyldighet. Grunnet koronapandemien mistet vi to praksisuker. Dette påvirket ikke datainnsamlingen ettersom uteblivende praksisplass, på sykehus, ikke var relevant for min studie.

4.5 Konklusjon

Gjennom et observasjonsstudium har denne artikkelen sett på hvordan sykepleieren veileder og underviser omsorgsgivere for å forebygge underernæring hos barn i Ghana. Funnene viser variert tematikk og framgangsmåte, men manglende systematikk. Veiledningen og undervisningen påvirkes av språkbarrierer, kunnskapsmangel og sosioøkonomiske forskjeller; utfordringer sykepleieren som regel bevisst tilpasser arbeidet etter. Resultatene, i samsvar med teori, antyder også et behov for økt fokus videre på hygieneveiledning, bruk av hjelpeverktøy, systematikk i veiledningen og undervisningen og bedre opplæring av helsepersonell. For god veiledning belyses viktigheten av tillit- og relasjonskapning gjennom god dialog og individuelle tilpasninger. É-til-én-veiledning ved hjemmebesøk ser ut til å tilrettelegge spesielt godt for dette. Dette bør få et økt fokus.

Referanseliste

1. UNICEF. Children, food and nutrition: growing well in a changing world. 2020.
2. Ewusie JE, Beyene J, Ahiadeke C, Hamid JS. Malnutrition in Pre-school Children across Different Geographic Areas and Socio-Demographic Groups in Ghana. *Matern Child Health J* N Y. 2017 Apr;21(4):797–808.
3. Grønseth R, Markestad T. *Pediatric og pediatrik sykepleie*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.; 2017. 359 p.
4. Malnutrition [Internet]. [cited 2020 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
5. Newborn Care Programme | Division | Ghana Health Service [Internet]. [cited 2020 Apr 16]. Available from: <https://ghanahealthservice.org/newborn/programme-scat.php?ghs&ghsscid=94&ghspid=3>
6. Infant and young child feeding [Internet]. [cited 2020 Apr 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
7. Convention on the Rights of the Child [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.unicef.org/ghana/convention-rights-child>
8. OHCHR | Convention on the Rights of the Child [Internet]. [cited 2020 Apr 16]. Available from: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
9. Ghana [Internet]. WHO | Regional Office for Africa. [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.afro.who.int/countries/ghana>
10. Egyir BK, Ramsay SA, Bilderback B, Safaii S. Complementary Feeding Practices of Mothers and Their Perceived Impacts on Young Children: Findings from KEEA District of Ghana. *Matern Child Health J*. 2016 Sep;20(9):1886–94.
11. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis [Internet]. 3. utg. Norbok. Oslo: Universitetsforl.; 2010 [cited 2020 Apr 20]. 234 p. Available from: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013103106001
12. Pedagogikk i sykepleiepraksis [Internet]. Fagbokforl.; 2001 [cited 2020 May 3]. Available from: <https://www.nb.no/items/827e25cfea4767482b0f9525e224ddc3?page=21&searchText=pedagogikk%20i%20sykepleiepraksis>
13. Tveiten S. Veiledning: - mer enn ord- [Internet]. 3. utg. Norbok. Bergen: Fagbokforl.; 2008 [cited 2020 Apr 16]. 295 p. Available from: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013121005068
14. Family Health Division Ghana Health Service CHU. Child Health Records [Internet]. 2020. Available from: <http://ccp.jhu.edu/documents/Child%20Health%20Book.pdf>
15. Penny ME, Creed-Kanashiro HM, Robert RC, Narro MR, Caulfield LE, Black RE. Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2005 May 28;365(9474):1863–72.
16. Indian Pediatrics - Editorial [Internet]. [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://indianpediatrics.net/may2005/may-425-432.htm>

17. Agbozo F. Qualitative assessment of counselling on infant and young child feeding provided by community health workers to caregivers at child welfare clinics in Ghana. 2016;12.
18. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene [Internet]. 2. utg. Norbok. Oslo: Akribe; 2008 [cited 2020 Apr 16]. 219 p. Available from: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071806191
19. Ghana – Store norske leksikon [Internet]. [cited 2020 May 21]. Available from: <https://snl.no/Ghana>
20. Tveiten S, Boge K, editors. Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver [Internet]. Norbok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2014 [cited 2020 May 3]. 216 p. Available from: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018013048105
21. Tveiten S. Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforl; 2016. 233 p.
22. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis [Internet]. Norbok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010 [cited 2020 Apr 20]. 218 p. Available from: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2016012006008
23. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 257 p.
24. januar 2010 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 15. 1. Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller [Internet]. Etikkom. [cited 2020 Mar 23]. Available from: <http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
25. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag. 2. utg. Bergen: Fagbokforl; 2018. 288 p.
26. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017. 267 p.
27. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004 Feb 1;24(2):105–12.
28. Ghana [Internet]. [cited 2020 May 2]. Available from: <https://www.fn.no/Land/Ghana>
29. Hanssen I. Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn [Internet]. 3. [rev.] utg. Norbok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2005 [cited 2020 May 19]. 260 p. Available from: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2015090106036
30. Ghana [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from: <https://www.fn.no/Land/Ghana?indicator=BNP%20per%20innbygger&id=182>

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv om prosjektet



Date: 15.05.2020

Faculty of Medicine and Health Sciences
Department of Public Health and Nursing

To foreign collaborators

Nursing undergraduate students – projects and data collection as a final exam

The Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Nursing, NTNU, educates around 250 undergraduate nurses each year. In relation to the bachelor thesis, students can participate in a pedagogic research project. This project is a part of the bachelor nursing program at our university, NTNU.

The students use different methods to collect data (interview, observation, questionnaires) and explore their research questions. The project and data collection is supervised by nursing teachers. As specified above, the data are anonymous, and collected from **voluntary participants**, e.g. from nurses. The students are not allowed to collect *personal data, data on humans, human biological material, personal health information (about health and diseases), or data collected through direct contact with patients.*

The data is not possible to track to a specific nurse or healthy voluntary person. The persons invited to participate in the students' project receive oral and written information about the purpose of the study, and their right to withdraw without having to give any reason for their withdrawal. The students formulate a research question, they attend theoretical lectures on research ethics, sampling, data collection and data analysis at bachelor level. Finally, the students give oral project presentations and submit their final nursing bachelor exam as a thesis (4500-4950 words). This project is part of their final exam and initially the intention is not to publish their thesis.

Please feel free to contact us if you have any questions.

Kind regards,

Solveig Kirsti Grudt

Faculty of Medicine and Health Sciences,
Department of Public Health and Nursing, Center for Health Promotion Research
Norwegian University of Science and Technology (NTNU)
Pb 8905
7491 Trondheim, Norway
Office: 73412153

Address	Org. no. 974 767 880	Location	Phone	Executive officer
Postboks 8905 7491 Trondheim Norway	www.ntnu.no/ism	Øya Helsehus, 7. etg		

Please address all correspondence to the organizational unit and include your reference.

Vedlegg 2- Observasjonsskjema

Observasjonsskjema – veiledning/undervisning foreldre og helsepersonell:

- Sted
- Involverte parter (kjønn og alder, sosioøkonomiske forhold, stilling hos sykepleier)
- Avsatt tid
- Hva observeres?
 - Tematikk i samtale/situasjon (f.eks. amming og metode, kosthold og næringsinnhold, hygiene, praktisk veiledning, skriftlig informasjon, tilbud om kurs, screening)
 - Måleverktøy/metoder
- Verbal kommunikasjon
- Nonverbal kommunikasjon
- Helsepersonells opplevelse av situasjon
- Foreldres opplevelse av situasjon