



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave Fagartikkel

**Hvordan kan sykepleiere bidra til god
fødselsomsorg gjennom veiledning i
svangerskapet på sykehus i Namibia?**

**How can nurses contribute to good maternity
care through counselling during pregnancy at a
Namibian hospital?**

Kandidatnummer: 10172

Antall ord: 4341

Sammendrag

Introduksjon: Store organisasjoner som Unicef og WHO jobber aktivt innenfor mor-barn-helse og fødselsomsorg i Namibia, noe som viser at dette er et område innenfor det namibiske helsevesenet som har sine utfordringer slik det er i dag. Som sykepleier i Namibia er du også jordmor, og står derfor oppi disse utfordringene på daglig basis. Gjennom utenlandspraksis vårsemesteret 2020 fikk jeg oppleve noen av utfordringene de møter på nært hold, og fikk se hvordan sykepleierne utøver rollen som omsorgsgiver og veileder for den gravide kvinnen. Hensikten med studiet var å få en forståelse for en sykepleiers omsorg i en ny kulturell kontekst og setting.

Metode: Artikkelen er basert på et kvalitativt studium hvor datainnsamling er utført ved bruk av strukturerte og semi-strukturerte observasjoner og intervjuer på et offentlig sykehus i Namibia, samt ustrukturerte observasjoner og samtaler som er oppstått spontant og notert i loggbok benyttet i praksis. Forskningsdesignet har vært eksplorative, noe som har medført endring av tema og fokus underveis i arbeidet. Dette er drøftet i metodediskusjon.

Resultater: Funnene i studien viser at det er ulike faktorer som påvirker sykepleieutøvelsen og mulighetene for å utøve god fødselsomsorg jamfør WHO's definisjon. Helsevesenet er preget av ressursmangler både hva angår materiale og personell, samtidig som behovet for hjelp i befolkningen er stor. Til tross for disse utfordringene og hektiske dager, ytrer sykepleierne et ønske om å nå ut og få hjelpe enda flere.

Konklusjon: Studien viser at omsorg kan komme til uttrykk på mange ulike måter. Ved å benytte veiledningssituasjonene til å danne tillitsfulle relasjoner med de gravide kvinnene basert på omsorg og forståelse, vil veiledningen under svangerskapskontrollene kunne bli en egen måte å utøve omsorg på, og slik bidra til god fødselsomsorg.

Abstract

Introduction: Large organizations such as Unicef and WHO work actively in mother-child health and maternity care in Namibia, which shows that this is an area within the Namibian health care system that has its challenges as it is today. As a nurse in Namibia, you are also a midwife, so you might face these challenges on a daily basis. Through my exchange studies during our last semester, I got to experience some of the challenges they encounter up close, and got to see how nurses perform the roles of being a caregiver and a counselor for the pregnant women. The purpose of this study was to gain an understanding of a nurse's care in a new cultural context and setting.

Method: This article is based on a qualitative study where data collection was conducted using structured and semi-structured observations and interviews at a public hospital in Namibia, as well as unstructured observations and conversations that have arisen spontaneously, and been recorded in the logbook used in practice. The research design has been exploratory, which has led to a change of theme and focus during the work. This is further discussed in the methodical discussion.

Results: The findings of the study show that there are various factors that influence nursing practice and the possibilities of performing good maternity care according to WHO's definition. The health care system is influenced by resource shortages both in terms of material and personnel, while the need for help in the population is great. Despite these challenges and their busy days, the nurses express a desire to reach out and help even more women.

Conclusion: The study shows that care can be expressed in many different ways. By utilizing the counseling situations to form trusting relationships with the pregnant women based on care and understanding, counseling during pregnancy checks could become a separate way of exercising care, thus contributing to good childbirth care.

Introduksjon

Innledning til kapitlet

Våren 2020 var jeg og ni medstudenter i Namibia i forbindelse med utenlandspraksis. Parallelt med praksisoppholdet på et sykehus i landet, gjennomførte vi datainnsamling til hver vår respektive bacheloroppgave. Jeg valgte å skrive om hvordan veiledning gjennomføres og omsorg ivaretas under svangerskapskontroller på dette sykehuset. I tillegg til egen datainnsamling, har jeg satt meg inn i ulike teorier og tidligere forskning for å kunne svare på problemstillingen.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har på utarbeidet en definisjon av og en guide med anbefalinger om hvordan sørge for en respektfull fødselsomsorg.(1) Unicef på sin side trekker frem arbeidet relatert til svangerskap, fødsel og barsel som et viktig fokusområde for deres arbeid i Namibia. Dette innebærer blant annet å få ned antall fødselsrelaterte dødsfall.(2) At fødselsomsorg er noe som både Unicef og WHO fokuserer på og ønsker å forbedre viser at dette ikke bare er viktig, men også en pågående global utfordring som det aktivt arbeides med den dag i dag.

Som sykepleier må man i yrkeslivet inneha mange ulike roller med tilhørende ulike oppgaver. Blant de mer sentrale rollene for sykepleiere i både Norge og Namibia er den veiledende rollen, da veiledning er noe en sykepleier gjør ovenfor både kollegaer, pasienter og pårørende. En annen veldig sentral rolle er omsorgsgiver, et ord som blir sterkt forbundet med sykepleie. I Namibia er i tillegg en av rollene å være jordmor, da andreåret av sykepleierstudiet i landet er dedikert til dette, noe som står i motsetning til sykepleierrollen i Norge.

Sykepleierprofessor Sidsel Tveiten forteller at det er vanskelig å komme med en felles definisjon av veiledning da det brukes i så mange settinger, men peker på hvordan læringsaspektet og det relasjonelle aspektet er sentralt i de fleste situasjoner. Samtidig understreker hun viktigheten av at veiledning i faglige virksomheter må ha et faglig forankret innhold grunnet det skjeve maktforholdet i relasjonen mellom faglig utøver og den som blir veiledet. Et eksempel på en relasjon hvor maktforholdet vil være skjevt er relasjonen mellom sykepleier og pasient, og det er veiledning i den settingen denne oppgaven vil se på. (3)

Sykepleierteoretiker Kari Martinsen mener at for å forstå omsorgsbegrepet må man forstå at omsorg har flere sider ved seg, og legger særlig vekt på at omsorg er et rasjonelt begrep, at omsorg har moralsk side, samt at omsorg er praksis. Hun beskriver også omsorg som en yrkeskompetanse som står sentralt innen helsesektoren som et tillegg til den dagligdagse omsorgen som angår oss alle, og omtaler utøvere av klientorienterte yrker som faglærte omsorgsarbeidere. (4)

Ragnhild Magelssen uttrykker viktigheten av at sykepleiere har evne til å utøve kultursensitiv sykepleie, og impliserer at man er nødt til å se etter likhetene i forskjellene for å kunne utøve kultursensitiv kommunikasjon. Hun sier at man må forstå at kultur er mer enn kun de kulturelle uttrykksformene som vises gjennom handlinger, men at kultur heller viser til det indre livet, som følelser og tanker, og at det gjerne er i vårt indre man kan finne likhetene innimellom alle forskjellene oss i mellom. (5)

Tidligere har namibiske helsearbeidere mottatt offentlig kritikk for sin behandling av fødende kvinner, og namibiske myndigheter ønsket derfor at blant annet University of Namibia (UNAM) skulle undersøke hvordan man kunne bedre kvaliteten på svangerskaps- og fødselsomsorgen i landet, blant annet ved å høre med sykepleierne selv hva som påvirket arbeidet deres. (6) Det er også gjennomført forskning for å finne ut hvilke faktorer som påvirker arbeidet til namibiske sykepleiere, og her blir blant annet dårlige arbeidsforhold og manglende evalueringssystemer trukket frem som faktorer som påvirker sykepleieutøvelsen negativt. Disse forskerne legger blant annet vekt på viktigheten av å bygge ytterligere kompetanse og kunnskap hos sykepleierne, og å innhente kunnskap og informasjon gjennom forskning. (7)

I 2018 kom det også ut en artikkel som så på to tversnittstudier som omhandlet pleier- og pasientperspektivet på barselomsorg i Namibia. Her blir blant annet forekomsten av verbal og fysisk avstraffelse mot den gravide trukket fram. På spørsmål om hvorfor det er greit å behandle den gravide på den måten, blir både et stort arbeidspress og omsorgen for barnet trukket frem som primærårsakene. (8)

Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan man kan forstå en sykepleiers omsorg i en ny kulturell kontekst og setting, i dette tilfelle på en svangerskapsklinikk på et sykehus i Namibia. Dette endte opp i problemstillingen «Hvordan kan sykepleier bidra til god fødselsomsorg gjennom veiledning i svangerskapet» som jeg vil svare på gjennom drøfting og en konklusjon avslutningsvis i denne oppgaven.

Metode

Innledning til kapitlet

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan jeg har arbeidet metodisk med datainnsamlingen min, gjennom å forklare kontekst, valg av metode, rekruttering av deltakere og hvordan data ble samlet inn. Jeg vil også kort beskrive dataanalysen, samt beskrive noen etiske betraktninger jeg har gjort meg.

Datainnsamlingen til oppgaven er gjennomført i forbindelse med utenlandspraksis i Namibia. Med bakgrunn i hensikten med oppgaven og problemstillinga ble det valgt en kvalitativ forskningsmetode. Dataene brukt i oppgaven er samlet inn gjennom intervjuer og observasjoner, samt at det vil bli brukt notater fra loggboken som er blitt benyttet under praksisperioden. Alt av observasjoner og intervju er utført på fødeklubben på et av de statlige sykehusene i landet, hvorav intervjuene er semi-strukturerte, mens observasjonene er både strukturerte og ustrukturerte. Under gjennomføringen av intervjuene har jeg forholdt meg til en intervjuguide jeg utarbeidet på forhånd, men valgte å gjennomføre intervjuene semi-strukturerte for å kunne stille spørsmål ved og undersøke videre informasjon som ble gitt fra informantene. Selve forskningsdesignet er eksplorerende, noe som har muliggjort endring av hovedfokus og problemstilling etter hvert som ny info er blitt kjent, og den innsamlede dataen er blitt analysert.

Ved rekruttering av informanter benyttet jeg meg av et strategisk utvalg. Deltakere til intervju ble rekruttert gjennom å spørre ansikt til ansikt på avdelingen, og jeg ønsket kun å intervju ferdig utdannede sykepleiere med minst ett års erfaring, da jeg antok at disse ville kjenne godt til arbeidet på både deres respektive avdeling, men også på hva de gjør på de andre avdelingene på klubben. Intervjuene ble gjort på avdelingene, enten ved arbeidsstasjonen eller på pauserommet. Jeg vurderte i begynnelsen av arbeidet å kjøre en pilotundersøkelse for å se om det ville være aktuelt å inkludere sykepleierstudenter i tillegg til sykepleierne, men anså ikke dette som aktuelt da jeg ble kjent med at studentene kun er i praksis to uker om gangen på de ulike avdelingene.

Spørsmålene i intervjuguiden ble i utgangspunktet utformet med hensikten å finne ut av hvordan sykepleierne på fødeavdelingen jobber for å redusere antall fødselsrelaterte dødsfall da dette var hovedfokus mitt i begynnelsen av arbeidet. Under de strukturerte observasjonene i forbindelse med svangerskapskontroller ville jeg først og fremst se hvordan de gravide ble veiledet og informert, og hvordan det ble reagert på eventuelle varsel om at noe var unormalt i svangerskapet. Jeg ønsket også å se hvordan de ble møtt og ivaretatt av sykepleierne. Ustrukturerte observasjoner regnes som de uplanlagte observasjonene og hendelsene jeg noterte meg under praksisoppholdet, men som ble oppfattet som interessante der og da. Samtykke for å gjennomføre intervjuer ble gjort skriftlig, mens samtykke for å observere ble gjort muntlig. I forbindelse med innsamling av samtykke fikk informantene også kontaktinformasjonen min i tilfelle de skulle ønske å trekke seg fra studien.

I analyseringen av den innsamlede dataen har det blitt benyttet en induktiv metode da jeg har utledet koder ut ifra dataene, og ikke ut ifra eksisterende teori. Alle intervju er blitt nedskrevet i mer detaljert form i etterkant av gjennomføringen av disse, og så blitt gjennomlest flere ganger. Det samme har blitt gjort med de ulike observasjonene, hvor jeg har valgt å samle de

strukturerte og ustrukturerte observasjonene hver for seg, for så å sammenligne disse. Ved å gjennomgå datamaterialet har jeg sett hva som er gjentakende og deretter kodet og kategorisert ut ifra dette. Gjennom de ulike kategoriene har jeg funnet overordnede temaer og har ut ifra disse funnet mine hovedfunn som blir nøye presentert i neste kapittel.

Gjennom arbeidet med studien og oppgaven har jeg gjort meg noen etiske betraktninger, hvorav de viktigste vil bli nevnt her, og noe bli drøftet i drøftingskapitlet. Mange av de gravide kvinnene som ble undersøkt var i en svært sårbar og utfordrende situasjon. I de fleste situasjonene ba jeg om muntlig samtykke fra pasientene med spørsmål om det var greit at jeg var med og observerte, men jeg fikk ikke spurt alle sammen. Jeg har også vært bevisst viktigheten av å sørge for at informantene forble anonymisert, og har derfor valgt å ikke skrive hvilket sykehus eller hvilken by jeg befant meg i. Hele veien har jeg forsøkt å være bevisst min kulturelle forforståelse, og hvordan den kan påvirke hvordan jeg oppfatter de ulike situasjonene, og vært bevisst at jeg kan misforstå.

Resultat

Innledning med hovedfunn

På bakgrunn av datainnsamlingen som er gjort i studiet, er det fire hovedfunn som vil bli trukket frem i denne oppgaven. Disse er stort arbeidspress og dårlig tid, høyt antall pasienter, uegnede lokaler for veiledning, og ønsket om å hjelpe flere. I dette kapitlet vil jeg tydeligere illustrere bakgrunnen for disse hovedfunnene med basis i den datainnsamlingen som er gjort ved hjelp av intervju, observasjoner, samt viktige momenter som er kommet opp i samtale med sykepleierne på klinikken og notert i loggboka i løpet av praksisperioden.

Gjennom intervjuene og observasjonene kommer det tydelig frem at sykepleierne kjenner på et stort arbeidspress og mange arbeidsoppgaver som skal gjennomføres på kort tid. Både i samtale og under intervju sies det at det tidvis er veldig mange gravide og fødende sammenlignet med antall ansatte, og at dette kjennes særlig krevende de periodene de ikke har sykepleierstudenter tilstede som eksempelvis kan måle vitalia og skrive rapporter. «We are busy now that we have many students helping us. Imagine how it is when it's only us nurses». Enkelte sykepleiere forteller videre at dette gjør det veldig utfordrende å utføre en god jobb og ivareta alle pasientene. Det observeres hvordan mange av sykepleierne går lange vakter uten pauser, og at de ofte kun rekker å gjøre det mest nødvendige før de må gå videre.

Under svangerskapskontrollene på svangerskapsklinikken (ANC) kunne det komme 80-100 gravide på førstegangskonsultasjon samme dag, og alle ble plassert i et lokale som fungerte som arbeidsstasjon for pleierne, gjennomgang for ulike deler av avdelingen samt arbeidsstasjon for måling av vitalia og blodprøvetaking. I dette lokalet ble det gitt mye informasjon om alt fra fysisk aktivitet og ernæring til HIV og faretegn under svangerskapet. Samtidig gikk pasienter og ansatte til og fra, ofte kom det selgere innom, og tidvis ble det snakket så lavt at det var vanskelig å høre hva som ble sagt om man satt i bakre halvdel av lokalet. Bakgrunnen for at så mye viktig info ble gitt muntlig fremfor skriftlig til en større gruppe kvinner på denne måten, ble forklart med at mange av kvinnene som kom dit hadde lese- og skrivevansker. Lokalet var det eneste på avdelingen som kunne huse et større antall personer samtidig, og de var avhengige av å informere og veilede mange om gangen på grunn av det store antallet gravide kvinner. I etterkant var det få av kvinnene som husket mye av det som ble sagt, men en del livsviktig informasjon, som tegn på at noe kunne være galt under svangerskapet, ble gjentatt flere ganger under de fysiske undersøkelsene de skulle igjennom samme dag.

Både i intervju og samtale uttrykker flere av sykepleierne frustrasjon rundt mangler på ressurser, og hvordan dette er med på å forhindre at alle som trenger hjelp og støtte kan få det. Tidvis går det med mye tid bare på å oppdrive en blodtrykksmansjett eller en saturasjonsmåler som fungerer. På spørsmål om hva de vil endre på om de kunne få endre på hva som helst på egen arbeidsplass ble det alltid gjentatt flere ressurser, både materielle og menneskelige, og bakgrunnen var ikke at de ønsket en lettere arbeidshverdag, men at de ønsket å nå ut til og hjelpe enda flere gravide. En av informantene som ble intervjuet fortalte i detalj hvordan hun kunne tenkt seg et eksternt team tilknyttet avdelingen som kunne kjøre ut dit de gravide bor for å møte de der de er, og spare de vordende mødrene for både tid og penger, hvorav sistnevnte omtales som et stort problem for mange. «Many women have to choose between transportation to the hospital and providing food for their children».

I de strukturerte observasjonene ønsket jeg å se på hvordan pasientene ble møtt og hvordan de ble veiledet under svangerskapskontrollene, og om det var noen betydelige variasjoner i måten det ble gjort på. I de aller fleste tilfellene ble pasientene møtt med høflighetsfrasen «How are you?» da de kom inn i rommet. Deretter ble de bedt om å kle av seg og legge seg på undersøkelsesbenken hvor det ble gjort fysiske undersøkelser og målinger. Hvilke undersøkelser som ble gjort var avhengig av hvor langt de var kommet i svangerskapet, og hvor mange kontroller de hadde vært på tidligere. Etter de fleste undersøkelsene ble det gitt litt kort info og veiledning til mødrene som bestod av repetisjon av noe av det som var blitt sagt i fellesskap tidligere. Det var lite variasjon i hvordan de gravide ble møtt og veiledet, eneste unntakene var de tilfellene hvor det ble gjort unormale funn eller de gangene pasientene selv tok initiativ ved å stille spørsmål til sykepleieren.

Diskusjon

Innledning til kapitlet

Gjennom diskusjonskapitlet vil jeg gjennom tre drøftings spørsmål drøfte hvordan mine resultater kan ses i sammenheng med etablert forskning og faglitteratur. Videre kommer en metodediskusjon hvor jeg vil diskutere de ulike aspektene ved studien. Til slutt kommer det kort noe om studiens kliniske implikasjoner, før problemstillingen vil bli besvart med en kort konklusjon av studiens funn.

Hva kjennetegner en god og respektfull fødselsomsorg?

Verdens helseorganisasjon forklarer begrepet respektfull fødselsomsorg som å ivareta den gravides verdighet, personvern og konfidensialitet, at den gravide ikke skal utsettes for skade eller vold, samt at den gravide skal få mulighet til å ta et informert valg, samtidig som hun mottar kontinuerlig støtte og veiledning under svangerskapet. Dette er fine ord som man lett kan støtte oppunder, men er det mulig å overføre denne definisjonen til de ulike helsevesen rundt om i verden? Kan man faktisk ha en global enighet og forståelse/definisjon?

Gjennom praksisopphold på sykehus i både Norge og Namibia har jeg fått sett to vidt forskjellige helsevesen hva angår ressurser. Dessverre har jeg ikke fått oppleve hvordan fødselsomsorg utøves i Norge på nært hold. Det som derimot ikke er forskjellig er opplevelsen jeg har hatt av sykepleiernes dedikasjon til yrket og pasientene. I begge landene uttrykkes det bekymring rundt hvordan små og større strukturelle endringer i helsevesenet først og fremst påvirker pasientsikkerheten og deres rett på forsvarlig helsehjelp.

For å vite hva som er god fødselsomsorg, må man først vite hva omsorg faktisk er. Som Kari Martinsen beskriver i sin teori, er omsorgsbegrepet mangefasettert, men å utøve omsorg kan oppsummeres i at man har sympati for og empati med andre, at man rett og slett viser at man bryr seg. Det at omsorg har så mange sider ved seg, betyr også at omsorg kan vises og uttrykkes på mange ulike måter. Som sykepleier er omsorg også en del av yrkesutøvelsen, uavhengig av om man jobber på nyfødteintensivavdeling, i psykiatrien eller på demensavdeling. Dette gjelder også for sykepleiere i Namibia, og de skal i tillegg yte omsorg til den gravide og fødende pasienten, allerede som nyutdannede sykepleiere.

For å vite hva det vil si å kunne yte god fødselsomsorg til den gravide, og vite om det er dette som blir utført på det aktuelle namibiske sykehuset, er det svært aktuelt å trekke inn WHO's definisjon på respektfull fødselsomsorg, og trekke denne ned mot hvordan situasjonen faktisk er. WHO forklarer at man skal ivareta den gravides verdighet, personvern og konfidensialitet. Hvordan skal sykepleier sørge for dette når det er flere pasienter på hvert rom på føde- og barselavdelingen, og det ikke er vegger fra gulv til tak på rommene de utfører svangerskapskontroller? I definisjonen til WHO står det også at den gravide skal motta kontinuerlig støtte og veiledning under svangerskapet. Hvordan skal sykepleier sørge for dette når mange av de gravide ikke har råd til å betale for transporten til sykehuset for neste svangerskapskontroll? WHO sier også at den gravide skal få mulighet til å ta et informert valg. Hva skal den gravide i Namibia få velge mellom når sykehuset ikke har kapasitet eller utstyr til å utføre fosterdiagnostiske undersøkelser og abort er ulovlig i landet? Sykepleierne får dermed svært lite handlingsrom til å utøve god fødselsomsorg med de rammene som det offentlige namibiske helsevesenet gir dem.

Hvordan vise og styrke en god og respektfull fødselsomsorg gjennom veiledning?

Som nevnt i innledningen trekker Sidsel Tveiten frem viktigheten av en god relasjon mellom pasient og pleier for å sikre en god veiledning. Gjennom studiet lærer vi stadig om viktigheten av en god og tillitsfull relasjon mellom pasient og pleier, og hvordan denne bør være basert på gjensidig respekt og forståelse mellom begge partene. Vi har også lært, og jeg har selv erfart, at å bygge opp en slik relasjon tar tid. I veiledningssituasjonene på svangerskapsklinikken i Namibia var tid mildt sagt en mangelvare, og måten de gravide ble sendt inn og ut fra rom til rom på kunne nærmest sammenlignes med at de var en del av en samlebåndsproduksjon. Så hvordan kan man vise god omsorg for disse kvinnene man så vidt rekker å møte?

Størstedelen av veiledningen under svangerskapskontrollene utføres i fellesskap på starten av dagen. Her får de gravide den informasjonen som klinikken anser som viktig og relevant i tiden de er i. Dette kan også være en form for omsorg. Idet pasientene kommer inn på undersøkelsesrommet og blir møtt med spørsmål om hvordan de har det, viser sykepleierne med en gang omsorg for pasienten. Ved å starte med noe så lite, men så viktig, kan dette kunne bidra til en tro på at sykepleieren bryr seg hos pasienten. Om pasienten kjenner på en omsorg fra begynnelsen av, vil dette trolig også gjøre at de lettere danner en tillitsfull relasjon seg imellom. Gjennom å skape en tillitsfull relasjon med pasienten, kan det trolig åpne for at pasienten selv tar initiativ og stiller spørsmål som hun måtte lure på, og slik kunne få ytterligere veiledning og råd. Ved å sette av tid til å gi denne ekstra veiledningen og rådgivningen viser sykepleier at vedkommende bryr seg om den gravide og hennes svangerskap. Med en slik forståelse ser man at begrepene veiledning og omsorg henger sammen, da veiledning også er en form for omsorg.

Hvordan forstå omsorg i en ny kulturell kontekst?

Vi hører stadig om hvordan Norge blir mer og mer flerkulturelt. Magelssen legger vekt på at kultur er så mye mer enn det man kan se og oppleve gjennom sanseapparatet, og at det handler vel så mye om tanker, følelser og verdier. I det store og hele er vi kanskje ikke er så ulike likevel, men vi uttrykker oss forskjellig, og at det er disse kulturelle uttrykkene som kanskje er vanskelig å kunne forstå, men som vi likevel bør forsøke å forstå. Derfor er det viktig å inneha kulturkompetanse for å kunne utøve kultursensitiv sykepleie. En del av det å utøve kultursensitiv sykepleie, vil også si at man er bevisst at omsorg kan ha mange uttrykksformer, og at disse kan oppleves basert på den enkeltes kulturelle bakgrunn. Dette er et perspektiv av omsorgsbegrepet som Kari Martinsen ikke legger vekt på i sin teori, men som er viktig å ha med seg i egen yrkesutøvelse som sykepleier, samt viktig for å kunne forstå andres yrkesutøvelse, eksempelvis en namibisk sykepleiers møte med en pasient.

Som sykepleier på offentlig sykehus i Namibia skal du utøve sykepleieryrket i et helsevesen som er preget av ressursmangler og lav sykepleierdekning for en pasientgruppe som har en utfordrende sosioøkonomisk situasjon i et land preget av store forskjeller i befolkningen. Samtidig viser denne studien en hverdag preget av stort arbeidspress og dårlig tid, svært mange pasienter, samt uegnede lokaler for veiledning. Alt dette er med på å påvirke utøvelsen av yrket og muligheten til å vise omsorg. Samtidig ytrer sykepleierne at de vil hjelpe pasientene, ikke bare de de allerede møter, men også de potensielle pasientene som ikke kommer på svangerskapskontrollene. Dette engasjementet og ønsket om å hjelpe er også en form for omsorg, de viser at de bryr seg.

Metodediskusjon

Som norsk sykepleierstudent på sykehus i Namibia befant jeg meg i en helt ny kontekst med ny kultur, nytt språk, og med min kulturelle forforståelse i bagasjen. Alt dette vil kunne ha påvirket datainnsamlingen. Jeg opplevde en del varierende engelskferdigheter blant sykepleierne, noen snakket fort og utydelig, mens andre hadde en veldig utpreget aksent. På grunn av disse faktorene kan en del relevante detaljer ha falt bort under noteringen underveis i intervjuene. I verste fall har dette medført at det som har blitt sagt har blitt misforstått eller feiloppfattet fra min side. Samtidig ble ingen av intervjuene gjennomført i et velegnet lokale, da disse var tilnærmet ikke-eksisterende. Intervjuene ble derfor preget av en del støy, andre ansatte som gikk til og fra, og situasjoner hvor intervjuobjektet måtte gå ifra intervjuet underveis. Som utenforstående er det også vanskelig å vite om intervjuobjektene er ærlige, eller om de ønsker å fremme en bedre virkelighet enn hva realitet tilsier. Relasjonen og kjennskapet til de ulike intervjuobjektene var også varierende, hvorav noen var helt ukjente mens jeg hadde snakket mye med andre. Det kan også tenkes at dette kan ha påvirket reliabiliteten til det som ble sagt, da det ikke er utenkelig at de som kjente til meg lettere kan ha vært ærligere om situasjonen på avdelingen og arbeidet som ble gjort, kontra de som ikke visste hvem jeg faktisk var. Jeg skulle gjerne også ha gjennomført flere intervjuer på svangerskapsklinikken for å få et større datagrunnlag basert på intervjuer på avdelingen, men det var vanskelig å lage avtaler, og jeg hadde heller ikke denne avdelingen alene som hovedfokus vedrørende kontekst og setting da jeg gjennomførte datainnsamlingen.

Til tross for at engelsk er offisielt språk i Namibia, er det slett ikke alle som behersker språket. I mange situasjoner ble det snakket andre språk mellom pasient og pleier, noe som medfører at jeg ikke fikk med meg hva som ble sagt uten å få det forklart i ettertid. Hvor mye som ble gjenfortalt og hvor nøyaktig disse gjenfortellingene er, vet jeg ikke.

Under selve datainnsamlingen ønsket jeg å fokusere på fødselsrelaterte dødsfall, noe som jeg senere i arbeidsprosessen valgte å se bort ifra. Særlig spørsmålene i intervjuguiden bærer preg av dette, og medfører at jeg ikke har fokusert på spørsmål som er relevante for temaene omsorg og veiledning, noe som medfører at jeg kan ha gått glipp av mye god og nyttig informasjon til oppgaven. Det var heller ikke mulighet å ta opp hverken lyd eller video under datainnsamlingen. For å unngå at dette skulle bli en stor svakhet for studien, gikk vi derfor sammen to eller flere i intervjusituasjonene slik at man lettest mulig skulle få notert ned så mye som mulig av det som ble sagt.

Gjennom arbeidet er det som nevnt i kapittel 2 noen etiske betraktninger jeg har gjort meg, da særlig vedrørende pasientenes opplevelser og deres situasjon. Dette har reist spørsmål rundt om jeg var i det hele tatt var ønsket som deltakende i de ulike situasjonene og settingene, og om de var innforstått med hvorfor jeg var der. Jeg har også stilt spørsmål ved om de som jeg har fått anledning til å spørre har følt seg presset til å si ja da de har blitt spurt. Og hva med sykepleierne som har deltatt, har de følt seg presset til å si ja til tross for at de har fått beskjed om hva jeg driver med og kontaktinfo i tilfelle ønske om å trekke seg? Jeg har også stilt spørsmål ved om min tilstedeværelse har påvirket noen av situasjonene jeg har vært en del av.

Kliniske implikasjoner

Som sykepleiere må vi kunne møte pasienter og kollegaer med ulik bakgrunn og kultur på en god måte. Pasienter har kanskje en annen forventning til eller oppfatning om sykepleierrollen, mens kollegaer kanskje er vant til å ha en annen rolle som sykepleier. Å inneha

kulturkompetanse er derfor svært viktig om man skal forstå den andre parten og kunne utøve kultursensitiv sykepleie. Som tidligere nevnt er Norge et flerkulturelt samfunn med en befolkning som har bakgrunn fra ulike land, religioner og livssyn. Å kunne arbeide kultursensitivt er derfor svært relevant i sykepleierhverdagen, og kulturkompetansen man opparbeider seg ved å jobbe i, og lære om, et helt annet helsevesen vil derfor være uvurderlig kunnskap. Det å da være bevisst at hvordan man utøver omsorg og hvordan man opplever den omsorgen som blir gitt kan påvirkes av den enkeltes kulturelle bakgrunn, vil være en viktig del av dette.

Konklusjon

Denne studien har problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til god fødselsomsorg gjennom veiledning i svangerskapet på sykehus i Namibia?». Med bakgrunn i denne har jeg diskutert hva som kjennetegner en god fødselsomsorg, hvordan veiledning kan vise og styrke denne omsorgen, og hvordan vi kan forstå den i en ny kulturell kontekst. Studien viser at omsorg kan komme til uttrykk på mange ulike måter i ulike settinger, og at sykepleierne i Namibia sin utøvelse av omsorg ikke bare styres av kulturelle faktorer, men også hvordan helsevesenet de arbeider i er med å regulere deres muligheter til å utøve omsorg. I et land med store sosioøkonomiske forskjeller vil det lett dannes grupper i samfunnet som har tilgang på dårligere helsetilbud enn andre. Å da bli møtt med omsorg fra helsepersonellet vil være svært viktig om man ønsker at denne delen av befolkningen skal fortsette å oppsøke helsehjelp, som å komme på svangerskapskontroller. Gjennom veiledning vil sykepleier få mulighet til å danne en tillitsfull relasjon bygd på gjensidig respekt og forståelse, noe som er essensielt i rollen som omsorgsgiver. Slik kan man forstå veiledning som en måte å vise omsorg på, noe som medfører at veiledningen som gis under svangerskapskontrollene kan være med på å bidra til god fødselsomsorg.

Referanseliste

1. World Health Organization. WHO recommendation on respectful maternity care during labour and childbirth [Internett]. 150218. Tilgjengelig på:
<https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/who-recommendation-respectful-maternity-care-during-labour-and-childbirth>
2. Unicef. Survival of Newborns & Mothers [Internett]. 2019. Tilgjengelig på:
https://www.unicef.org/namibia/health_nutrition_13649.html
3. Tveiten S. Veiledning: - mer enn ord. 5. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
4. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2. Oslo: Universitetsforlaget;
5. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. 2. Oslo: Akribe;
6. Intrahealth International. WHAT FACTORS AFFECT HEALTH WORKER JOB SATISFACTION IN MATERNITY AND NEONATAL WARDS? juni 2016;1-4.
7. Awases M, Bezuidenhout M, Roos J. Factors Affecting the Performance of Professional Nurses in Namibia. I PubMed; Tilgjengelig på:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23718720/?from_term=nursing+namibia&from_page=2&from_pos=8
8. Wesson J, Hamunime N, Viadro C, Carlough M, Katjuwanjo P, McQuide P, mfl. Provider and client perspectives on maternity care in Namibia: results from two cross-sectional studies. BMC. 2018;

Intervjuguide

How long have you been a nurse, and how long have you worked at this ward?

How is the overall knowledge related to complications during pregnancies and labour among most namibian women?

Are the women here good at taking care of themselves during pregnancies and during the post natal period? E.g. do they come to follow ups and care about their health etc.?

What qualifies as high risk pregnancies and situations? How do you react in those situations?

Do women that go through complicated pregnancies and labours get any extra support, attention or information? In that case, what?

Do women that lose their baby get any extra follow ups or support?

Are there any parts of the population that are more prone to lose their baby or be at risk to lose their baby?

What do you think is the most important thing one can do to decrease the MMR (maternity mortality ratio)? Are there any things you would like to change or implement at this ward?

Informasjonsskjema til informanter

I am a Norwegian student nurse who is here in Namibia for my practical studies. As a part of my studies, I am required to collect data for my bachelor thesis, which includes doing interviews here at the hospital.

My bachelor thesis is looking at what nurses do, and can do, to decrease the maternity mortality ratio here in Namibia, and this is also what the interview will focus on. All data that I collect will be anonymized and later deleted when the assignment is finished. If you, no matter the reason, want to withdraw your answers, you are free to do so any time you want as long as I'm working on the assignment. I am not here to judge og evaluate, only to learn.

Thank you for your understanding and cooperation!