



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Prosjekt utland, fagartikkel

Sykepleiernes forebyggende arbeid mot underernæring i Ghana (Nurses' preventive work against undernourishment in Ghana)

Innleveringsdato: 03.06.20

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10005

Antall ord: 4554

Sammendrag

Introduksjon: Underernæring er et utbredt helseproblem, både globalt, og i Ghana. Sykepleieren står i en unik posisjon til å kartlegge og forebygge underernæring, og det finnes allerede godt etablerte programmer for å hjelpe sykepleieren med dette. Studien er en del av et utvekslingsopphold i Ghana, gjennom et samarbeid mellom sykepleieutdanningen ved NTNU og University of Ghana.

Metode: Data ble hentet inn gjennom kvalitative observasjoner utført ved avdelingen CWC på en helsestasjon i Accra. Materialet består av syv observasjoner av sykepleiere. Observasjonene omhandler hvordan de arbeider for å kartlegge og forebygge ytterligere underernæring hos barn i Ghana. Dataen ble senere nedfelt på PC og analysert etter inspirasjon av metode av Graneheim og Lundman.

Resultat: Resultatene viser at GMP er et godt innarbeidet kartleggingsprogram i Ghana, som fanger opp en betydelig andel av befolkningen. Det kom likevel frem ulike utfordringer sykepleieren møter i sin arbeidshverdag, som stort frafall fra programmet, kunnskapsmangel og påvirkning av ytre faktorer.

Konklusjon: Med bakgrunn i observasjoner, eksisterende empiri og litteratur kommer det tydelig frem at det er et godt grunnlag for det forebyggende arbeidet i Ghana, men at det er rom for forbedringer. Det trengs mer forskning på området, særlig rettet mot effekten av sykepleiernes forebyggende arbeid.

Abstract

Introduction: Undernourishment is an extensive health problem, both globally, and in Ghana. Nurses are in a unique position to prevent undernourishment and do screenings. There is an existing program in Ghana to help the nurses with this. This study is a part of an exchange program between the nursing school at NTNU and the University of Ghana.

Method: The data were gathered through qualitative observations at a CWC at a local health station in Ghana. The material consists of seven observations, looking at how nurses do their preventive and screening work. The data were later transcribed over on the computer and analyzed by inspiration of Graneheim and Lundman's method.

Results: The results show that GMP is an established screening program in Ghana, that covers a significant part of the population. There are, however, some challenges related to a loss of participants finishing the program, lack of knowledge and influence on the nurses work by external factors.

Conclusion: From the combination of observations, existing empiricism and literature it is clear that there is a good foundation for the nurses' preventive work in Ghana, but there is room for improvement. There is need for more research on the subject, particularly targeting the effect the preventive work has.

1 Introduksjon

1.1 Underernæring

Globalt er underernæring et stort helseproblem. UNICEF regner med at nesten halvparten av barna som dør før fylte fem år, dør av underernæring. Dette tilsvarer rundt 3 millioner barn hvert år (1). FN har erkjent utfordringen, og FNs bærekraftsmål 2-2 har som visjon å utrydde alle former for feilernæring innen 2030 (2). Også i Ghana er underernæring et stort problem. Studier viser at ca. 30% av barn under 5 år opplever underernæring. Dette er et av de høyeste tallene på underernæring i afrikanske land (3). Grunnet den høye raten underernærte barn, ville forfatter gjennom utvekslingsopphold i Ghana se på hvordan sykepleiere arbeider for å forebygge dette.

Underernæring påvirker den psykiske, kognitive og fysiske utviklingen til barna senere i livet. Dette kan igjen gå ut over deres prestasjoner i skolen, og deretter igjen deres sosio-økonomiske utvikling (4). Fordi Ghana er et land i vekst og utvikling, blir det spesielt viktig å forebygge underernæring. Det er også mange som sliter med ettervirkninger som funksjonshemminger og et svekket immunforsvar (1). Studier viser at økonomiske ulikheter har stor betydning for andelen underernærte barn. Barn fra fattige husholdninger har over dobbelt så stor risiko for å bli underernært som de fra de rikeste husholdningene (3). Myndighetene i Ghana og flere ikke-statlige organisasjoner er klar over utfordringene som finnes i landet relatert til underernæring. Flere tiltak er satt i verk for å gripe tak i dette problemet (5).

1.2 Eksisterende forskning

De tydeligste symptomene på underernæring er lav vekt og tap av vekt, men det kan også være mer diffuse symptomer som konsentrasjonsvansker, irritabilitet og hemmet vekst (6). Flere studier som ser på underernæring og konsekvensene av dette, nevner viktigheten av tidlig oppdagelse av symptomer (7,8). En studie gjort av Ramachandran og Gopalan (7) ser på sammenhengen mellom underernæring og infeksjoner hos førskolebarn i India. Den konkluderer med at tidlig oppdagelse og korrigerende av lav vekt er assosiert med lavere risiko for infeksjoner. Grantham-McGregor, Cheung, Cueto, Glewwe, Richter og Strupp (8) har på sin side sett på hvordan blant annet dårlig ernæring påvirker utviklingspotensialet hos barn under 5 år i utviklingsland. I sin studie konkluderer de med at tidlige tiltak forhindrer utviklingsproblemer og tap av potensiale, og at effekten kan sees raskt.

En studie utført av Davis, Brown og Ramsay (9) forsket på om utdanningen ghanesiske sykepleiere fikk om ernæring og barn, sto i tråd med de internasjonale retningslinjene på feltet. De fant et gap mellom ønsket praksis og

den reelle praksisen, og konkluderte med at det var behov for at sykepleierne mottok mer utfyllende kunnskap om ernæring hos barn.

Agbozo, Colecraft, Jahn og Guetterman (10) ser i sin studie på hvordan *Growth Monitoring Program* (GMP) fungerer i Ghana. De ser at flere mødre faller fra i løpet av programmet og slutter å møte opp til kontroller. De konkluderer med at hjemmebesøk og økt synlighet for helsevesenet i samfunnet er tiltak som kan styrke programmet. I studien til Gyampoh, Otoo og Aryeetey (11) fokuseres det på hvordan GMP påvirker mødres kunnskap og ernæringspraksis til egne barn. De konkluderer med at praksisen ikke er optimal, særlig for barn over 6 måneder, og at det trengs mer undervisning på området.

En studie gjort av Agyeman-Yeboah, Korsah og Okrah (12) ser på bruken av sykepleieprosessen på et sykehus i Accra, hovedstaden i Ghana. Resultatene deres peker på mangel på kunnskap og forståelse for prosessen, og at den derfor er lite i bruk. De konkluderer med at bedre opplæring i sykepleieprosessen under studiet er viktig for at den skal integreres som en naturlig del av sykepleiehverdagen. De ønsker også bedre kunnskap om prosessen hos forelesere.

1.3 Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon

Sykepleierens helsefremmende og forebyggende rolle står, som et av fokusområdene i rammeplanen ved sykepleierutdanningen i Norge, sentralt i faget (13). Dette ble erfart å være viktig også for de ghanesiske sykepleierne, og speiler WHO's fokus og FN's bærekraftsmål om å fremme helse (2,14). Sykdomsforebygging kan deles opp i tre ulike typer, ut ifra fokusområde. Primærforebygging tar utgangspunkt i å forhindre eller utsette sykdomsforløp, mens sekundærforebygging fokuserer på å hindre at sykdommen manifesterer seg på ny eller utvikler seg. Tertiærforebygging tar sikte på å minske konsekvensene sykdom får for livskvalitet og funksjon (15). Ved sykdomsforebygging tar en utgangspunkt i en diagnose og setter deretter inn tiltak for å behandle sykdommen. Diagnosen kan blant annet settes i forbindelse med systematiske helsekontroller. Dette er organiserte undersøkelser av alle i en bestemt målgruppe (15).

Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål (13). Fokuset ligger ikke på sykdom og risikofaktorer, men på å styrke ressurser for god helse. Å ha god helse er forbundet med muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling, og gjennom dette få økt livskvalitet (15). Derfor kan en si at å fremme helse er ekstra viktig i utviklingsland hvor det er stort behov for personer med god sosioøkonomisk status. Mæland understreker betydningen av empowerment (brukermedvirkning) i det helsefremmende arbeidet og viktigheten av å inkludere befolkningen. Det at sykepleier legger til rette for brukermedvirkning, øker forutsetningene for å ta selvstendige valg og delta aktivt i arbeidet for et

sunnere lokalsamfunn. Dette kan igjen gi mestringsfølelse som styrker selvbildet og bidrar til økt livskvalitet (15). Benner og Wrubels omsorgsteori tar for seg begrepet helsefremming, og kritiserer det de mener er et instrumentalistisk perspektiv, hvor personen selv er ansvarlig for egen helse, eller tap av det. De mener helsefremming må ta utgangspunkt i en persons opplevde situasjon og ønsker, samt hvilke mestringmuligheter en har. Helsepersonell kan deretter hjelpe personen til en sunn livsstil ut fra både et sosiokulturelt og personlig synspunkt (16).

1.4 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en problemløsende metode som danner grunnlaget for sykepleie og gir en struktur for synliggjøring av behov (17). Prosessen består av datainnsamling, identifisering av behov, mål, sykepleiehandlinger og evaluering (18). En omfattende datainnsamling gir mulighet for et godt klinisk blikk og innsikt i pasienten, og prosessen er forbundet med kvalitet i arbeidet (17).

1.5 Problemstilling

Hensikten med denne studien er å se på sykepleierens rolle i forebygging av underernæring via kartlegging, og hva de eventuelt gjør videre for å forhindre at underernæringen utvikler seg til å bli enda mer alvorlig. Følgende problemstilling er derfor valgt;

«Hvordan kan sykepleiere bidra til tidlig å oppdage - og forebygge ytterligere - underernæring hos barn i Ghana?»

Problemstillingen begrenses til kun å se på underernæring hos barn under 5 år. Grunnet oppgavens begrensninger vil ikke mors ernæring under svangerskap diskuteres. Heller ikke påvirkningen av amming vil diskuteres grunnet områdets omfang, og det vil heller fokuseres på hvordan sykepleiere kan bidra til tidlig å oppdage og forebygge. I denne fagartikkelen brukes betegnelsen sykepleiere om sykepleiere både med og uten spesialisering. Begge gruppene ble observert under oppholdet. Tidlig oppdagelse vil i denne teksten forstås som bruk av kartleggingsverktøy, screeninger og symptomer for å oppdage underernæring tidlig i forløpet.

2 Metode

2.1 Kontekst

Denne fagartikkelen er skrevet i forbindelse med utenlandspraksis i Ghana, gjennom et samarbeid mellom NTNU og University of Ghana. Data ble innhentet gjennom praksis på ulike helseinstitusjoner og avdelinger i tidsrommet 20.01.2020 – 12.03.2020. Datainnsamlingen er hentet hovedsakelig fra Child Welfare Clinics (CWC). Dette er helsestasjoner som primært jobber med forebygging av barnesykdommer gjennom kartlegging, veiledning og vaksinerings (11). Noe av datainnsamlingen er hentet inn fra Community-Based Health Planning and Services (CHPS), en mobil form for CWC utplassert i lokalsamfunnet.

2.2 Valg av metode

Denne artikkelen er basert på en kumulativ forskningsprosess. Det innebærer at den bruker allerede eksisterende forskning til å underbygge innsamlede data, og bygger videre på denne (19). Dataene er samlet inn ved bruk av kvalitativ metode. Dette gir større mulighet for innsikt og dybde til dataene ved å sikte seg inn på å fange opp meninger og opplevelsen bak en situasjon, som ikke kan tallfestes eller måles (19). Metoden vektlegger forståelse og legger til rette for en induktiv fremgangsmåte (20). Grunnet nasjonale lover og etiske retningslinjer i Ghana, var det ikke mulig å intervju sykepleiere. Datainnsamlingen består derfor av kvalitative observasjoner skrevet ned ved loggføring. For å få mest mulig ut av observasjonene, utarbeidet forfatter og medstudenter et felles observasjonsnotat. Dette gjør observasjonene mindre preget av egen sympati og antipati, og øker troverdigheten til resultatene (19). Observasjonsnotatet ble utviklet med punkter som rettet seg inn mot problemstillingene og spørsmålene som skulle besvares, og tok utgangspunkt i sykepleierens forebyggende rolle, samt veiledning og kommunikasjon (*Vedlegg 1*). Observasjonene i denne oppgaven er stort sett samlet inn av forfatter som deltakende observatør, grunnet praksissituasjonen (19). Utvalget i oppgaven er et systematisk utvalg, hvor sykepleiere er observert i ulike situasjoner knyttet til kartlegging og forebygging av underernæring. Som tidligere nevnt gjelder dette sykepleiere både med og uten spesialisering.

2.3 Litteratur

Det er gjort avgrensede, systematiske litteratursøk i databasene Pubmed, Medline, Cinahl og Google Scholar med søkeord «undernutrition or undernourishment, children, prevention, Ghana». For å sikre relevant forskning til problemstillingen, ble søket begrenset til artikler som omhandlet

ernæringsssituasjonen i Ghana eller andre utviklingsland. Deler av bakgrunnsinformasjonen er ikke begrenset til Ghana eller lignende land.

2.4 Forforståelse

I en kvalitativ forskningsprosess er det viktig å være bevisst egen forforståelse, da egne verdier, erfaringer, livssyn og holdninger vil kunne farge resultatene (19). Forforståelse kan forstås som hvordan en på forhånd oppfatter og forstår miljøet en skal inn i. Å være sin forforståelse bevisst, hjelper på objektiviteten til resultatene (19). Ved praksisopphold i utlandet er det også viktig å være bevisst kulturforskjeller og ha et kulturelt relativt perspektiv. Det handler om å prøve å forstå andre ut fra deres logikk og perspektiv (21).

2.5 Ethiske betraktninger

Datainnsamling gjort ved bruk av observasjoner krever at forsker har innhentet informert samtykke fra deltagerne (19). I denne studien ble samtykke innhentet i muntlig form. Det ble også sendt et informasjonsskriv til samarbeidende partner i Ghana i forkant av utvekslingsoppholdet, med beskrivelse av gangen i bachelorprosjektet (*Vedlegg 2*). Skrivet skal ha blitt formidlet videre til praksisplassen. Alle data er anonymisert i henhold til Helsepersonelloven §21 (22), Pasient- og brukerrettighetsloven §3-6 (23) og NTNUs retningslinjer for anonymisering av pasienter i oppgaveskriving. Oppgaven inneholder derfor ingen personlige opplysninger om utvalget som ble observert.

2.6 Analyse av data

Analysen av dataene startet allerede ved nedtegning av råmaterialet. Noen av observasjonene ble oversatt fra engelsk til norsk, og personopplysninger ble utelatt. Deretter ble alle observasjonene renskrevet på PC. All datainnsamling ble lest igjennom for å danne et helhetlig bilde til videre analyse. Deretter ble materialet bearbeidet ved å understreke resultater som er under problemstillingens fokusområder. Funnene ble så delt opp i kategorier og underkategorier som ble tydeliggjort under bearbeidelsen (*Tabell 1*) etter inspirasjon av metode av Graneheim og Lundman (24).

3 Resultater

Tabell 1 viser kategorier og underkategorier av observasjoner og funn.

Tabell 1: Denne tabellen viser kategorier og underkategorier, som er benyttet i arbeidet med å analysere feltnotatene. Kategoriene ble synliggjort gjennom bearbeidelsen av notatene, og viser til forskjellige aspekter ved problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til tidlig å oppdage – og forebygge ytterligere – underernæring hos barn i Ghana?»

UNDERERNÆRING					
Utfordringer ved GMP		Tiltaksvurdering		Ytre faktorer	
Frafall	Veiledning ved avvik	Tallfokus	Kunnskapsgrunnlag	Undervisning	Ressurser

I det følgende vil observasjoner, i form av utdrag fra egne notater, presenteres i kursiv. Observasjonene blir videre kort forklart.

Observasjon nr. 1: Fastsatte tiltak

Hvis barnas vekt ligger mellom -2 og 2 på vekstkurven er det i normalsjiktet. Ved vekt mellom -2 og -3 vil mor få veiledning på CWC/CHPS. Hvis barnet ligger i dette sjiktet to ganger på rad sendes de til nutrition officer. Hvis barnet ligger på -3 eller under sendes de rett til nutrition officer.

Utdrag fra egne notater

Dette er sykepleiers forklaring på hvordan en kan bruke vekstkurven i boka Child Health Records (CHR) til å avgjøre risiko for - eller tilfelle av -underernæring. Vekstkurven de bruker er vist i Vedlegg 3. CHR er en bok alle foreldre kan kjøpe som inneholder ulike tips, veiledning og informasjon om situasjoner en kan komme opp i som småbarnsforeldre. Den inneholder også bilder av matvarer, samt en «weight-for-age»-vekstkurve. Sykepleieren bruker referanseverdiene som kunnskapsgrunnlag til å vurdere videre tiltak. Tiltakene som er nevnt i notatutdraget er anbefalingene fra det ghanesiske helsedepartementet. Nutrition officer er en stilling med lignende ansvarsområder som ernæringsfysiologer.

Observasjon nr.2: Veiledning

Veiledning gis dersom sykepleier vurderer at behovet er der. Dette kan for eksempel være hvis mor fremstår uhygienisk, eller barnet har hatt vektnedgang siden forrige kontroll. Om mødre klager på problemer, kan veiledning også gis. Hvis barnet virker friskt, gis ikke veiledning.

Utdrag fra egne notater

At sykepleierne først ga veiledning når mor ba om det eller det ble oppdaget avvik fra normalen, var en gjennomgående observasjon gjennom praksisen på

CWC/CHPS. Innholdet i veiledningen ble også observert å være relativt likt uavhengig av årsaken til veiledningen.

Observasjon nr.3: Ernæringskunnskap

Sykepleier forteller om viktigheten av å få i seg alle de tre næringsgruppene og fokuserer særlig på proteiner. Hun gir mor konkrete forslag til retter som inneholder tilstrekkelig næring, med utgangspunkt i lokale matvarer.

Utdrag fra egne notater

Dette utdraget viser hvordan sykepleier bruker sin kunnskap om ernæring til å veilede mor. Hun foreslår i utgangspunktet lokale matvarer som gjør det lettere for mor å få gjennomført tiltakene. Det ble observert at en av matrettene sykepleier foreslo, var den lokale retten Banku. Banku består av fermentert mais og cassava. Etter søk på internett i etterkant, viser det seg at cassava er rik på karbohydrater, men relativt proteinfattig. Banku er altså i seg selv ikke en god nok næringskilde. Den står heller ikke oppført i CHR som en anbefalt matrett.

Observasjon nr.4: Risikovurdering

Anvender tabell for vekt i nasjonal veileder (CHR) for å vurdere om barnet er i risikozonen for under- eller feilernæring og dermed trenger videre oppfølging.

Utdrag fra egne notater

Observasjonen viser til at sykepleier baserer tiltaket på «weight-for-age»-vekstkurven i CHR. Dersom screeningen tilsier akutt alvorlig undervekt, skal det ifølge fastsatte tiltak gis ut energibarer («Plumpy'Nut») til barnet. Sykepleier forteller at disse ikke har vært tilgjengelige i Ghana på over seks måneder. Dette fordi de er importvare og ikke er blitt bestilt.

Observasjon nr.5: Hjemmebesøk

«Community health nurses» utfører tilfeldige besøk i nærområdet, særlig i områder med mindre velstand og lavere økonomisk status.

Utdrag fra egne notater

Sykepleierne går rundt i lokalsamfunnet og banker på dører. De forsøker å oppsøke personer i fokusgruppene, for eksempel gravide og barn under 5 år. Dette gjør at de kan gjennomføre ernæringskartlegging på barn som ikke har kommet til kontroll på CWC/CHPS av forskjellige grunner, og evt. fange opp, og behandle, flere tilfeller.

Observasjon nr.6: Tilstandsvurdering

Barnet fremstår blekt og har ikke hatt vektøkning i løpet av de siste tre kontrollene, derfor henvises mor til nutrition officer. (...) Nutrition officer anvender vekttabellen i CHR og avgjør at barnet ikke har alvorlig vekttap/undervekt.

Utdrag fra egne notater

Utdraget fra observasjonsnotatet viser at ernæringsfysiologen ser på hvilken kategori barnet havner i på «weight-for-age»-vekstkurven. Hun vurderer ikke barnets tilstand ut ifra symptomer som blekhet og stagnert vektøkning. Liknende situasjoner ble observert flere ganger i løpet av praksisen.

Observasjon nr.7: Registermangel

Sykepleier forteller at de ikke har noen måte å kontrollere at alle mødre møter til CHPS eller CWC. De fører ingen registre og kan ikke følge med på at mor kommer med barnet til jevnlig kontroll.

Utdrag fra egne notater

Dette var svaret som ble gitt da sykepleieren fikk spørsmål om hvordan de sørger for at alle i samfunnet blir fanget opp. De forteller at CHR fungerer som et slags register hvor kontaktopplysninger er oppført, men at dette er mors private. Det er derfor hun som må sørge for å ha boken med seg på kontrollen. Sykepleieren forteller også at det ikke er noen måte å kontakte mødre på i etterkant av kontroll/ved uteblivelse av kontrollen.

4 Diskusjon

Diskusjonsspørsmålene er basert på kategoriene fra resultatene, og vil belyse hvordan sykepleiere i Ghana arbeider forebyggende for tidlig å oppdage underernæring hos barn i Ghana, og unngå forverring av tilstand.

4.1 Hvilke utfordringer møter sykepleier gjennom Growth Monitoring Program i arbeidet for tidlig oppdagelse av underernæring?

4.1.1 Frafall

Gjennom observasjonsstudiene kom det frem at det fantes et eksisterende program for å fange opp underernæring. Dette heter Growth Monitoring Program (GMP). Det er et godt innarbeidet program som har vart i flere tiår. Programmet gir et godt utgangspunkt for å oppdage og arbeide mot underernæring, da det innebærer systematiske helsekontroller (15). GMP er i følge Agbozo et al. forbundet med langsiktige helse-, økonomiske og sosiale fordeler (10). I Ghana har programmet tre fokusområder: 1: veiing og bruk av «weight-for-age»-vekstkurven, 2: identifisering av vekstutfordringer og 3: veiledning til omsorgsgivere om riktig ernæring til nyfødte og små barn.

Likevel har forskning vist at programmet har et stort frafall (10). Dette stemmer med funnene i observasjon nr. 7. Observasjonen viser at sykepleierne ikke har noen mulighet for å registrere hvem som møter opp til undersøkelsene i programmet. Det finnes heller ingen måte å kontakte omsorgsgiverne på. Det kan tenkes at dette frafallet har en negativ påvirkning på utviklingen av underernæring i Ghana, da eventuelle tilfeller ikke blir oppdaget.

Derfor er det en positiv utvikling at sykepleierne har startet opp et oppsøkende arbeid der de går rundt i lokalsamfunnet og forsøker å fange opp barn i fokusgruppen, som beskrevet i observasjon nr. 5. Funnet er i tråd med Agbozo et al. (10) sin forskning som sier at et viktig moment for å bedre deltakelsen i programmet, er å øke tilgjengeligheten til helsevesenet og gjøre det enklere for befolkningen å få kontakt. Ved hjemmebesøk kan det også tenkes at sykepleierne får fanget opp data på barn som kommer fra økonomisk vanskeligstilte hjem. Ifølge sykepleierne var det ofte barn av foreldre med middels til bra økonomisk status som fulgte GMP. Å få kartlagt de førstnevnte barna blir derfor viktig også med tanke på Hong sin forskning om at barn fra fattige husholdninger har større risiko for underernæring (3).

4.1.2 Veiledning ved avvik

Funnene presentert i observasjon 2 viste at veiledning kun ble gitt ved avvik fra normal tilstand. Dette kan tolkes til å være en tendens, til tross for et litt begrenset observasjonsgrunnlag. Dette fremstår motstridende til fokuset på CWC. Fokuset skal gi alle omsorgsgivere kunnskap nok til å kunne praktisere

korrekt ernæring til barnet på egen hånd, som beskrevet i studien til Gyampoh et al. (11). Sykepleierne i Ghana får et mer sykdomsforebyggende blikk ved at de setter inn tiltak i form av veiledning for at tilstanden ikke skal utvikle seg. De får et sekundærforebyggende fokus i arbeidet (15). En helsefremmende tilnærming til arbeidet kan muligens resultere i sosiale, økonomiske og helsemessige fordeler (15). Dette kunne kanskje vært mer gunstig i et utviklingsland som Ghana. Ved å følge fokuset Gyampoh et al. (11) viser til, ville en oppnådd å jobbe på en helsefremmende måte. Dette kunne forhåpentligvis ført til at færre barn blir underernært i utgangspunktet.

4.2 Hvordan vurderer sykepleier hvilke tiltak som er nødvendige, og er kunnskapsgrunnlaget godt nok?

4.2.1 Tallfokus

Ut fra observasjon nr. 4 og 6 kan en tolke det dit hen at sykepleieren driver et tallfokusert arbeid, hvor tiltakene tilsynelatende vurderes kun ved bruk av vekttabell. Utfallet av dette kan være uheldig, og en kan lure på om noe av den helhetlige sykepleien går tapt. Et mulig verktøy å bruke for å bedre det kliniske blikket, kan være sykepleieprosessen. Riktig bruk av denne sørger for en helhetlig datainnsamling, hvor en drar inn alle momentene i sykepleien (18). Agyeman-Yeboah et al. (12) finner i sin forskning at sykepleieprosessen blir lite brukt i Ghana. Dette er i tråd med resultatene fra datainnsamlingen presentert i observasjon nr. 1, 4 og 6, som viser at sykepleieprosessen ikke brukes tilstrekkelig.

På den andre siden kan en argumentere med at sykepleierne bruker sykepleieprosessen til en viss grad. Dette fordi de kartlegger barna gjennom screening, deretter evaluerer de ved bruk av fastsatte referanseverdier i «weight-for-age»-vekstkurven, og setter inn tiltak fastsatt av de ghanesiske helsemyndighetene, beskrevet i observasjon nr. 1. De fastsatte tiltakene kan tenkes å være godt begrunnet, da det er helsemyndighetene som har laget dem. De fungerer som en god hjelp til sykepleierne, og det blir mindre rom for skjønn. Dette kan slå både positivt og negativt ut på det forebyggende arbeidet. Myndighetenes tiltak fører til at alle blir behandlet likt, men det kan være rom for at noen tilfeller faller utenfor rammene.

4.2.2 Kunnskapsgrunnlag

I observasjon nr. 3 kommer det frem at sykepleieren har noe kunnskap om ernæring og vet at barnet har behov for å få i seg de tre næringsgruppene fett, karbohydrater og proteiner. Sykepleieren foreslår likevel at mor skal servere Banku til barnet sitt, en rett hovedsakelig bestående av karbohydrater. Ved å foreslå Banku kan det tenkes at barnet får et ensidig kosthold med mye

karbohydrater og lite fett og proteiner. Dette kan i verste tilfelle føre til at barnet blir enda mer underernært. Dette støtter oppunder Davis et al. sin forskning (9), som sier at sykepleierne i Ghana behøver mer kunnskap om ernæring til barn, og særlig for barn mellom 2 og 5 år.

På den annen side, kan en si at sykepleieren ved å foreslå en lokal matrett indirekte bekrefter overfor moren at maten hun bruker er et godt alternativ. Ved å gjøre dette anerkjenner hun morens kultur og vaner. Slik anerkjennelse står sentralt i empowerment-tenkningen (15). Sykepleieren kan dermed styrke morens empowerment gjennom dette forslaget, og en kan se på det som et helsefremmende tiltak ut fra Mælands definisjon av ordet (15). En kan også tenke seg at sykepleieren arbeider ut fra Benner og Wrubel sin definisjon på helsefremming, ved å arbeide ut fra et sosiokulturelt og personlig synspunkt (16). En kan si at sykepleier ved å foreslå lokale matvarer ser på mors mestringsmuligheter. Sykepleieren vurderer dette som en løsning med større potensiale for etterlevelse, da det gjør det enklere for mor å håndheve. Her kunne kanskje sykepleier med fordel ha foreslått Banku som et tillegg til en annen proteinrik rett for å gjøre tiltaket både helsefremmende og næringsrikt.

4.3 Hvordan påvirkes sykepleierens forebyggende arbeid av ytre faktorer?

4.3.1 Undervisning

De systematiske helsekontrollene GMP legger til rette for, kan være et eksempel på myndighetenes arbeid for å få bukt med underernæringskrisen i Ghana (5). Kontrollene gir et godt utgangspunkt til sykepleierne for å oppdage og hindre underernæring. Implementeringen av et slikt program er positiv når en ser på viktigheten av tidlig oppdagelse av underernæring. Dette bringer med seg fordeler som for eksempel lavere risiko for infeksjoner (7), samt at en ser en sammenheng mellom tidlig oppdagelse av underernæring og et mindre tap av utviklingspotensial (8). Likevel kan en se ut fra observasjonene at programmet har noen utfordringer. Blant annet viser observasjon nr. 7 at det ikke er opprettet noe registreringsverktøy for sykepleierne, heller ingen fastsatt kontaktmåte med de pårørende. Dette kan gjøre det forebyggende arbeidet vanskeligere for sykepleierne.

En kan også se behov for forbedring av sykepleierens kunnskap både når det gjelder sykepleieprosessen og ernæring. I begge tilfeller kan en koble den manglende kunnskapen til et noe svakt grunnlag fra utdanningen (9,12). I artikkelen til Davis et al. (9) kommer det frem at sykepleierne får undervisning om ernæring til små barn i løpet av studiet. De ønsker imidlertid en mer utdypet undervisning hvor de også kan få kunnskap om praktiske tilnærminger til matsituasjonen og konkrete forslag til matvarer. Det blir også fortalt at

sykepleierne ikke får mer undervisning på området etter endt utdanning, og flere etterspurte kurs om dette. Agyeman-Yeboah et al. (12) finner i sin forskning at sykepleierne opplever at foreleserne mangler kunnskap og forståelse for sykepleieprosessen, og at undervisningen dermed blir utilstrekkelig. Dette fører igjen til at sykepleierne ikke klarer å benytte seg av sykepleieprosessen i praksis. Forskningen til både Davis et al. (9) og Agyeman-Yeboah et al. (12) kan gi forklaring til funnene diskutert over om kunnskapsmangel hos sykepleierne.

4.3.2 Ressurser

Gjennom observasjon nr. 4 blir ressursmangelen i Ghana belyst. Næringsbarene som skulle brukes til behandling av underernæring («Plumpy’Nut») er ikke tilgjengelig. Lagrene er tomme, og barene er en importvare som ikke har blitt bestilt. På daværende tidspunkt hadde dette vært en vedvarende situasjon i over 6 måneder. Dette var noe som flere sykepleiere fra forskjellige arbeidsplasser kunne fortelle om. Det gir et perspektiv på hvordan kampen mot underernæring i Ghana er avhengig av at mange ulike instanser jobber sammen. Alt kan ikke avhenge av helsevesenets innsats.

4.4 Styrker og svakheter ved studien

Ved datainnsamlingen til denne artikkelen ble observasjon brukt som metode. Dette var hensiktsmessig i denne studien, da en forenklet kan si at en med observasjon studerer det folk gjør (20), noe problemstillingen her spør etter. Likevel gjør observasjonsstudier at det blir vanskeligere å få forståelse for hvordan sykepleiere/pårørende oppfatter arbeidet. Ved å benytte intervju som metode, kunne en fått mer innsikt i sykepleiernes holdninger og hvordan disse påvirker deres forebyggende arbeid. Det samme gjelder de pårørendes opplevelse av situasjonen. Intervju som metode kunne også gjort det enklere å sette klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, som igjen kunne sikret tydeligere og mer relevante resultater. Dette var som nevnt ikke en mulighet grunnet nasjonale lover i Ghana.

Tross forsøk på å unngå det, vil datainnsamlingen bli preget av subjektivitet. Dette skyldes at en kommer inn i et arbeid med en forforståelse som igjen vil farge resultatene en får (19). En styrke kan derimot være at observasjonene ble samlet inn fra forfatter og medstudenter og deretter lagt inn i et felles dokument. Å få flere perspektiver på de samme situasjonene, kan tenkes å styrke de endelige resultatenes validitet. Et annet viktig moment ved metoden er at notatene stort sett er skrevet i etterkant av observasjonen, noe som åpner opp for skjevhet mellom realitet og gjengivelse. Dette fordi noen av detaljene kan ha blitt glemt eller omgjort i hodet før nedskrivning.

Forfatter kan ha feiltolket eller misforstått situasjoner, noe som kan tilskrives kulturforskjeller. Dette kan igjen ha påvirket resultatene. Å være utenforstående

til kulturen kan på den annen side ha styrket resultatenes troverdighet, da det er vanskeligere å observere objektivt noe en har et forhold til. Det er også mulig at observasjonene kan ha blitt farget av forskningseffekt, altså at de observerte handler annerledes enn de ellers ville gjort (20). Dette kan særlig være tilfelle i denne studien, siden forfatter skilte seg klart ut fra sykepleier og pårørende, noe som igjen kan ha gjort de observerte mer oppmerksomme på observasjonssituasjonen.

Underveis i utvekslingsoppholdet våren 2020 oppsto Covid19-utbruddet. Dette gjorde at oppholdet, og dermed praksisen, måtte avbrytes tre uker før planlagt avslutning. Dette kan ha gjort datainnsamling utilstrekkelig og det kan tenkes at flere relevante observasjoner har gått tapt. Siste delen av praksis skulle tilbringes på avdelinger for underernærte barn, og kunne gitt studien stor verdi. Resultatene kan være preget av denne manglende datainnsamlingen.

4.5 Konklusjon

Gjennom en kombinasjon av empiri, observasjoner og litteratur har denne artikkelen belyst hvordan ghanesiske sykepleiere arbeider for tidlig å oppdage - og forebygge ytterligere - underernæring hos ghanesiske barn under 5 år. Resultatene viser at det er lagt et godt grunnlag for sykepleierens kartleggingsarbeid. Det finnes et langvarig program for tidlig å oppdage risikotilfeller, og det er et økende oppsøkende arbeid fra sykepleierens side. Kartleggingsarbeidet legger grunnlaget for tiltak sykepleieren setter inn for å hindre forverring av tilstanden hos barnet. Samtidig har resultatene belyst flere utfordringer sykepleierne møter i sitt forebyggende arbeid. Dette inkluderer blant annet behov for et større kunnskapsgrunnlag og et mer helhetlig klinisk blikk, noe som sammenfaller med eksisterende empiri. Det kommer også frem hvor sårbart sykepleierens arbeid er, og hvordan det blir påvirket av ytre faktorer. Resultatene antyder at sykepleierne arbeider ut ifra et sykdomsforebyggende fokus, når det kan tenkes at et helsefremmende fokus kunne vært mer gunstig.

Det er behov for mer forskning på området. Søkelys bør settes på hvilken påvirkning sykepleierens forebyggende arbeid har på ernæringsproblemet i Ghana, samt på hvordan de kan jobbe for å nå ut til en større del av befolkningen enn det som blir gjort i dag. Dette kan igjen være med på å stake ut kursen for den videre kampen mot underernæring.

5 Litteraturliste

1. Ernæring | UNICEF [Internett]. 2020 [sitert 17. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.unicef.no/node/108>
2. FNs bærekraftsmål [Internett]. [sitert 10. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>
3. Hong R. Effect of economic inequality on chronic childhood undernutrition in Ghana. *Public Health Nutr.* april 2007;10(4):371–8.
4. Health and Nutrition [Internett]. [sitert 17. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.unicef.org/ghana/health-and-nutrition>
5. 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.* 1. april 2017;21(4):797–808.
6. Underernæring [Internett]. 2017 [sitert 17. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://legerutengrenser.no/helse/underernaering>
7. Ramachandran P, Gopalan HS. Undernutrition & risk of infections in preschool children. *INDIAN J MED RES.* 2009;6.
8. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet.* 6. januar 2007;369(9555):60–70.
9. Davis JN, Brown H, Ramsay SA. Gaps in international nutrition and child feeding guidelines: a look at the nutrition and young child feeding education of Ghanaian nurses. *Public Health Nutr.* august 2017;20(12):2215–24.
10. Agbozo F, Colecraft E, Jahn A, Guetterman T. Understanding why child welfare clinic attendance and growth of children in the nutrition surveillance programme is below target: lessons learnt from a mixed methods study in Ghana. *BMC Nurs.* 19. juni 2018;17(1):25.
11. Gyampoh S, Otoo GE, Aryeetey RNO. Child feeding knowledge and practices among women participating in growth monitoring and promotion in Accra, Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth.* 29. mai 2014;14(1):180.
12. Agyeman-Yeboah J, Korsah KA, Okrah J. Factors that influence the clinical utilization of the nursing process at a hospital in Accra, Ghana. *BMC Nurs.* 9. juni 2017;16(1):30.
13. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. Om sykepleie. I: Skaug E-A, redaktør. *Grunnleggende sykepleie: B 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. s. 16–29.
14. Health promotion [Internett]. [sitert 22. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/health-promotion>
15. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis [Internett]. 3. utg. Norbok. Oslo: Universitetsforl.; 2010 [sitert 5. mai 2020]. 234 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013103106001
16. Kirkevold M. Sykepleieteorier: analyse og evaluering [Internett]. 2. utg. Norbok. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1998 [sitert 26. mai 2020]. 254 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008121604142
17. Veileder Sykepleiedokumentasjon.pdf [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf?>

fbclid=IwAR3IBnt5up8owqyAhIggPBRH7wWksSCxdjXAw72ywLLYH5xg-3W1ednGkaw

18. Dahl K, Skaug E-A. Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: Skaug E-A, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2011. s. 16–60.
19. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012. 257 s.
20. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal akademisk; 2010. 218 s.
21. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene [Internett]. 2. utg. Norbok. Oslo: Akribe; 2008 [sitert 28. april 2020]. 219 s. Tilgjengelig på: https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071806191
22. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett - Lovdata [Internett]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
23. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) - Lovdata [Internett]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker%20loven#KAPITTEL_3
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. februar 2004;24(2):105–12.

Vedlegg

Vedlegg 1

Observasjonsnotat

MAL

Uke/dato - sted

- Tema
- Involverte parter (kjønn og alder, sosioøkonomiske forhold, stilling hos sykepleier)
- Avsatt tid til veiledning

- Hva observeres?
 - Oppsummering av situasjon/samtale (f.eks. amming og metode, kosthold og næringsinnhold, hygiene, praktisk veiledning, skriftlig informasjon, tilbud om kurs)
 - Måleverktøy/metoder

- Verbal kommunikasjon
- Nonverbal kommunikasjon
- Helsepersonells opplevelse av situasjon
- Foreldres opplevelse av situasjon

Vedlegg 2



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,

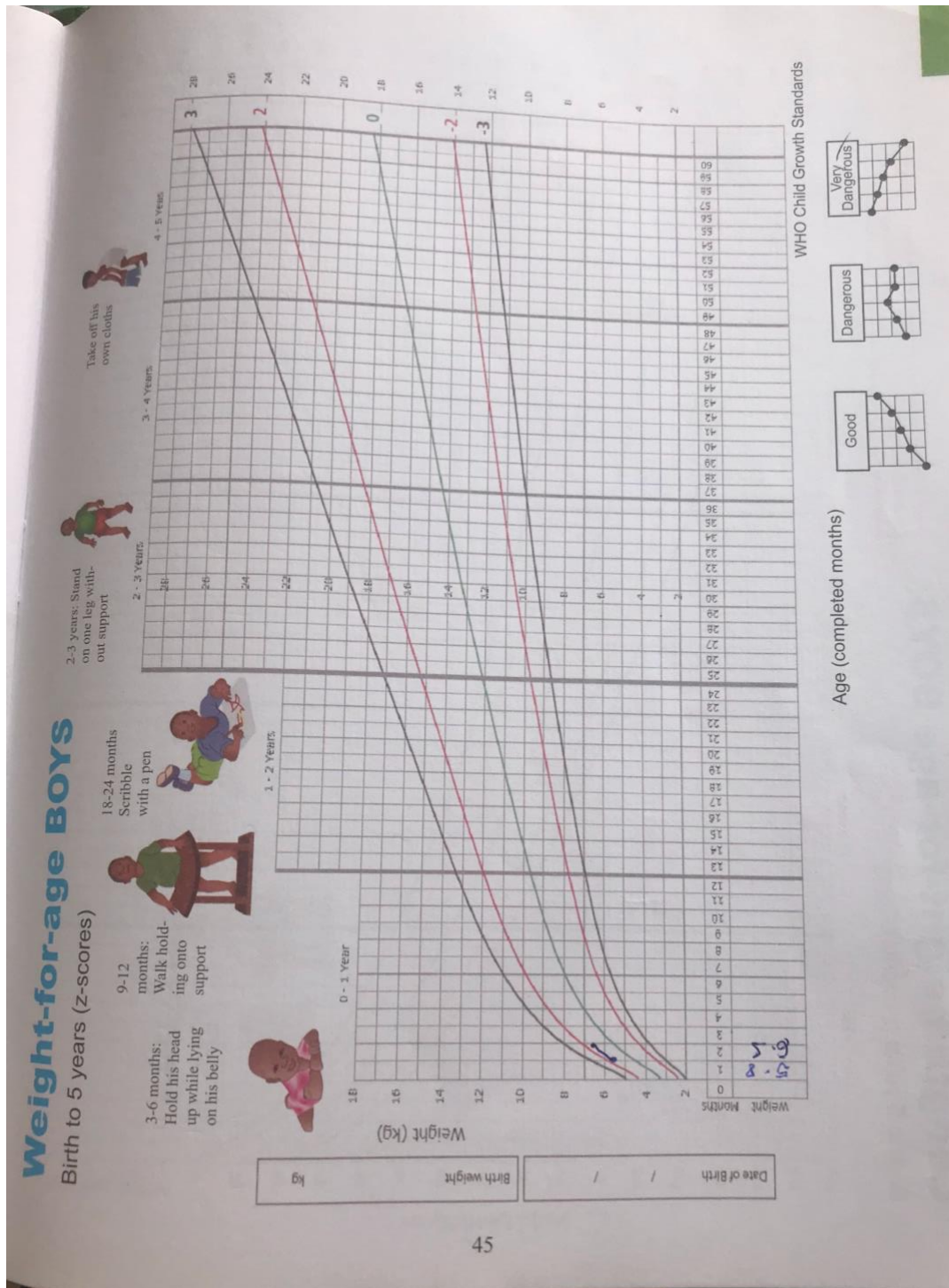
Solveig Kirsti Grudt


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 3



Figur A: Figuren viser et utklipp fra boken *Child Health Records*. Dette er vekstkurven som anvendes i det kartleggende arbeidet. Figuren er tatt bilde av i praksis under utvekslingsoppholdet i Ghana. Foto: Privat.