



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave i sykepleie **Fagartikkel – prosjekt utland**

Sykepleierens rolle for å fremme amming i Accra, Ghana

(Nurses role in promoting breastfeeding in Accra, Ghana)

Innleveringsdato: 04.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10145

Antall ord: 4631

Abstrakt

Introduksjon: I Ghana opplever 35,6 % av barn en form for underernæring. Forskning viser til at det er høyere forekomst av underernæring blant barn som ikke blir ammet etter korrekte retningslinjer. Til tross for de mange fordelene ved amming ser man tendenser til at det ikke blir gjennomført riktig. Økt fokus på amming er nødvendig, og sykepleiere står gunstig plassert for å fremme dette. Artikkelen tar for seg hvordan sykepleiere kan veilede mødre for å fremme amming i Accra, Ghana.

Metode: Kvalitative observasjoner av sykepleiere ble utført i ulike helsefasiliteter som tilbyr helsehjelp til gravide kvinner og mødre i Accra. Utvalget bestod av sykepleiere samt kommende mødre, og mødre med barn under 5. Analyse av resultatene ble gjennomført etter inspirasjon fra metode av Graneheim og Lundman, som resulterte i kategorier og subkategorier.

Resultat: Syv observasjoner er inkludert i artikkelen. Sykepleierne fremmet amming ved både gruppeveiledning og en-til-en-veiledning. Funnene viser også til at det er et høyt kunnskapsnivå om amming blant sykepleiere fra utvalget, men at det forekom fravær av ammeveiledninger til tross for dette. I tillegg blir det lagt frem hvordan kort fødselspermisjon og ulike barrierer ved kommunikasjon oppleves som hinder for veiledningen.

Konklusjon: Sykepleiere har en nøkkelrolle i å veilede mødre om amming i Accra. Hvilken veiledningsform som er mest gunstig vil være avhengig av veiledningsinnholdet og konteksten til mor. For å sikre best veiledning for mødrene er det behov for økt tilrettelegging fra helsefasiliteter slik at sykepleiere kan prioritere ammeveiledning i arbeidshverdagen. Det er viktig at sykepleiere er bevisste på kulturelle betingelser, som barrierer ved kommunikasjon og stigmatisering rundt ammeproblematikk, slik at man gir best tilpasset sykepleie. Økt politisk fokus fra myndighetene er nødvendig for å sikre rettighetene til ammende kvinner i Ghana.

Abstract

Introduction: In Ghana, 35,6% of children experience malnutrition. According to research there is a higher incidence of malnutrition in children whom are not breastfed according to appropriate guidelines. Although there are many benefits with breastfeeding, evidence suggests that exclusive breastfeeding is not implemented among women in Ghana. There is a need for increased knowledge about breastfeeding, and nurses have a key role in promoting this knowledge. This article discusses how nurses can promote breastfeeding through counseling to mothers in Accra, Ghana.

Method: Qualitative observations of nurses were conducted in various health facilities offering health care to pregnant women and mothers in Accra. The selection consisted of nurses, pregnant women and mothers with children under five. Analysis of the results was carried out by inspiration from the method of Graneheim and Lundman, which resulted in categories and subcategories.

Results: The article includes seven observations. Nurses conducted breastfeeding counseling through both groups and one-on-one. The findings also indicate a high level of knowledge about breastfeeding among the nurses, but despite this there was an absence in breastfeeding counseling. In addition, it is presented how short maternity leave and various barriers of communication are perceived as obstacles in counseling.

Conclusion: Nurses have a key position in counseling mothers on breastfeeding in Accra. The content of the counseling and the context of the mother will influence what form of counseling is most beneficial. In order to ensure the best counseling, there is a need for increased support from health facilities so nurses can prioritize breastfeeding counseling. It is important that nurses are conscious of cultural barriers of communication, and stigmatization around breastfeeding problems, in order to provide best-adapted nursing. Increased political focus from the authorities is needed to secure the rights of breastfeeding women in Ghana.

1. Introduksjon

My mother taught me the way of Acoli
And nobody should shout at me
Because I know the customs of our people!
When the baby cries let him suckle from the breast.
There is no fixed time for breastfeeding.

When the baby cries it may be he is ill;
The first medicine for a child is the breast (1, s. 46).

1.1 Underernæring og amming

Underernæring er en ledende årsak til død blant barn under 5 år, og ifølge World Health Organization er 45% av alle barn under 5 år sin død knyttet til underernæring på verdensbasis. Det er høyere forekomst av underernæring i lav- og mellominntektsland (2). Denne artikkelen skal ta for seg sykepleieres veiledende rolle i Accra, Ghana, og hovedtemaene er underernæring og amming.

I Ghana opplever 35,6 % av barn under 5 år en form for underernæring. Underernæring kan føre til utallige kortvarige og langvarige konsekvenser som kan påvirke den fysiske, kognitive og sosiale utviklingen hos barnet (3). Konsekvensene av dette er at barnet blir generelt mer mottakelig for fremmede mikrober, og gir dermed økt sannsynlighet for forekomst av infeksjoner som pneumoni og diaré. Det kan også ha senkonsekvenser, og gir blant annet økt risiko for kroniske sykdommer som høyt blodtrykk og endret glukosemetabolisme i voksen alder (4).

En studie gjennomført av Zhou et al. ønsket å undersøke sammenhengen mellom kosthold og ernæring hos barn og forekomst av underernæring. Resultatene viste blant annet til en høyere forekomst av underernæring hos barn som ikke hadde blitt fullammet (5). Irarrázaval et al. og Kamudoni et al. beskriver også denne sammenhengen mellom ukorrekt gjennomføring av amming og økt forekomst av underernæring (6) (7). Dette illustrerer hvor viktig det er å amme barnet for å sikre tilstrekkelig ernæring og normalvekst.

Det anbefales å gi kun brystmelk de første seks månedene av barnets liv, og etter seks måneder komplimentere det med fast føde. Det å gi brystmelk de første seks månedene betegnes som fullamming (8). Brystmelken er den ideelle maten for barnet. Den inneholder forskjellige næringsstoffer samt immunfaktorer, mikrober, hormoner og vekstfaktorer som er skreddersydd for barnets behov og sikrer god vekst. Å amme har også fordeler for mors helse, og

fører til livmoren trekker seg raskere sammen etter fødsel. Langsiktige fordeler for mor inkluderer reduksjon av risiko for brystkreft, eggstokkreft, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdommer (9).

1.2 utfordringer ved amming

Til tross for de mange fordelene ved fullamming, ser man tendenser til at det ikke blir gjennomført. Lars Åke Persson beskriver hvordan det trengs økt fokus på amming på globalt nivå grunnet de mange fordelene man ser hos både barnet og mors helse. Han påpeker også at investeringer samt et politisk fokus er nødvendig for at amming skal bli en global norm (10). I en studie gjennomført i Ghana, kom det frem at selv om 99% av kvinnene visste fordelene ved fullamming, var det imidlertid bare 10,3% av dem som gjennomførte fullamming. To av de sentrale grunnene til dette var manglende ammeveiledning fra helsepersonell samt kort fødselspermisjon for mødre i Ghana (11). Haile et al. peker også på hvordan innflytelse fra mors nærmeste kan påvirke valget om å fullamme (12).

1.3 Sykepleiers veiledende rolle

Å fremme amming er et viktig mål i arbeidet mot forebygging av underernæring, og som sykepleier er man spesielt ansvarlig for kvinner i denne situasjonen (13). Sykepleiere representerer ofte det eneste møte disse kvinnene har med helsevesenet – fra oppfølging under graviditeten, fødselen og ved senere kontroller med mor og barn. I Ghana ble det også observert at sykepleierfunksjonen er utvidet, og at sykepleierne gjennomfører oppgaver som vanligvis er tildelt til sykepleiere med spesialutdanning i eksempelvis Norge. Det er dermed viktig at sykepleierne i Ghana veileder kvinner slik at de tar faglige beslutninger som gir best mulig utfall for både mor og barn (3). Personer som får veiledning om amming fra sykepleiere og leger har høyere sannsynlighet for å gjennomføre fullamming (13). For å kunne veilede er det viktig at sykepleiere har kompetansen som kreves for å gi korrekt veiledning både før og etter fødsel, og at man veileder med en hensiktsmessig metode (14).

I en studie av Owusu-Addo legges det frem hvilke faktorer som hemmer jordmødres helsefremmende arbeid i Ghana. Jordmødre opplever stress, kulturelle betingelser, tidsmangel og manglende kursing i veiledning som faktorer som gjorde det vanskelig å prioritere helsefremmende arbeid (15). I tillegg har sykepleiere i Ghana en høy status, og den sosiale normen er preget av at man ikke spør personer med en høyere status om tjenester (16). Slike kulturelle betingelser kan føre til en ubalanse i makt mellom sykepleier og mor som kan påvirke relasjonen og veiledningen.

1.4 Tilrettelegging fra helsefasiliteter

Et viktig element for at sykepleiere kan fremme amming, er at helsefasilitetene må være tilrettelagt for ammeveiledning (10). World Health Organization har i denne sammenheng utviklet «Ten Steps to Successful Breastfeeding». Dette er en liste med retningslinjer til helsefasiliteter som skal fremme amming. Den beskriver også hva som burde fokuseres på under veiledning, og hvilken veiledningsform som er den mest gunstige. Det anbefales å implementere denne listen i alle fasiliteter som tilbyr helsehjelp til gravide kvinner og nyfødte barn (17). Gjennomføring av retningslinjene presentert i denne listen er omtalt som et av de mest effektive tiltakene for å fremme amming i helsefasiliteter (13).

1.5 Problemstilling og definisjon av sentrale begrep

I et land hvor det er spesiell høy forekomst av underernærte barn er det interessant å undersøke hvordan god sykepleie kan bidra til å forebygge dette. Dermed presenteres det følgende problemstilling:

Forebygging av underernæring – Hvordan kan sykepleiere veilede mødre for å fremme amming i Accra, Ghana?

På grunn av oppgavens begrensninger vil jeg ikke ta for meg hvilke andre tiltak som kan bidra forebygge underernæring som eksempelvis mors ernæring. Sykepleierelevans for problemstillingen blir spesielt tydelig på grunn av den utvidede funksjonen sykepleiere har i Ghana.

International Council of Nursing anser å fremme helse og forebygge sykdom som sentrale roller hos sykepleiere. Helsefremming handler om å sette den enkelte i økt kontroll over egen helse, og sykdomsforebygging defineres som å forhindre eller utsette videre sykdomsforløp (18). Siden artikkelens hovedfokus vil være på amming og hvordan sykepleiere arbeider for å fremme dette, vil det være fokus på sykepleieres helsefremmende rolle. Veiledning er sentralt ved sykepleie, og denne artikkelen er inspirert av Sidsel Tveitens syn på veiledning. Tveiten beskriver veiledning som en prosess hvor eleven skal få økt kunnskap om et område, og hvor blant annet relasjonen mellom de to partene er sentral (19).

2. Metode

2.1 Kontekst

Konteksten for denne artikkelen er en 8 ukers utvekslingspraksis i Accra, Ghana. I Ghana er det mange språk og dialekter (20). Accra er en by preget av store sosioøkonomiske forskjeller innad i byen (21). Praksisen var et utvekslingssamarbeid mellom University of Ghana og NTNU, og bestod av fire ulike praksisplasser som tilbyr helsehjelp til gravide kvinner og nyfødte barn. De ulike praksisplassene var valgt basert på hva som var relevant utifra våre bacheloroppgaver. Innhentet data vil kun inkludere erfaringer fra disse praksisplassene.

2.2 Valg av metode

Valg av praksisland førte til begrensninger ved valg av metode. Dermed ble det en kvalitativ forskningsmetode gjennom observasjon, hvor jeg loggførte etter hver observasjon. Denne formen for datagenerering var spesielt gunstig siden jeg allerede var en deltaker i situasjonen som jeg ønsket å få datatilgang til (22).

Ved observasjon fikk jeg direkte innblikk i hvordan informantene praktiserer sykepleie, og på denne måten vil innhentet data være basert på hvordan sykepleierne arbeidet i sine naturlige omgivelser (23). I tillegg hadde jeg feltsamtaler med noen sykepleiere for å ytterligere høre deres perspektiv. Feltsamtalene er en integrert del av deltakende observasjon, og er en uformell situasjon hvor man kan få informasjon om ønsket tema (23). Dette skapte en mer inngående forståelse ved mine observasjoner ved at jeg kunne inkludere andres synsvinkel i større grad. Gjennom å inkludere informasjon innhentet gjennom samtale vil innsamlet data fortrinnsvis samsvare med virkeligheten (23). Det må presiseres at den endelige datainnsamlingen, loggføringen, vil fortsatt være en gjengivelse av min opplevelse av situasjonen og min fortolkning av samtalen, som resultatene kan bære preg av.

2.3 Datainnsamling

Dalland beskriver hvordan loggføring etter endt observasjon kan ende opp med å ikke fange opplevelsen på lik linje som det var i det personlige minnet. Derfor er det viktig å gjenskape øyeblikket og trekke ut de viktigste elementene i observasjonen gjennom et observasjonsskjema (24). Med dette i betraktning utviklet jeg i samarbeid med to studenter et felles observasjonsskjema som vi anvendte ved hver loggføring. Dette skal sikre systematikk ved at det gir en fast struktur. Observasjonsskjemaet inneholder ulike punkter som skulle bidra til å gi

en helhetsforståelse av det jeg observerte, noe som er et av de karakteristiske aspektene ved kvalitativ observasjon (24).

Observasjonsskjema:

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

Figur 1: Bilde av observasjonsskjema som ble anvendt ved hver loggføring. Bildet illustrerer de ulike punktene som var valgt, utifra data vi ønsket å generere fra observasjonene.

2.4 Utvalg

Utvalget bestod av ulike sykepleiere samt gravide og mødre med barn under 5 år. Inklusjonskriteriene var mødre med barn under 5 år, samt kommende mødre. Barn og kvinner med et spesifikt helseproblem ble ekskludert på grunn av oppgavens begrensninger. Jeg valgte å ha et utvalg av sykepleiere som hadde erfaring med den aktuelle pasientgruppen. Dette var fordi manglende erfaring med gjeldende pasientgruppe ville trolig gjøre at sykepleiere ikke kunne besvare mine spørsmål.

2.5 Etske betraktninger

Samtykke ble innhentet gjennom et informasjonsskriv sendt til University of Ghana med beskrivelse av bachelorprosjektet (vedlegg 1). I tillegg ble deltakerne informert om studiet gjennom muntlig samtale, hvor jeg forklarte hva studiet gikk ut på og hensikten. Deretter samtykket de til å bli observert gjennom muntlig samtykke. Når jeg har beskrevet de ulike informantene i studiet har jeg valgt å ikke nevne navn, alder, kjønn, navn på helseinstitutt eller andre identifiserbare data for å bevare deres anonymitet.

2.6 Litteratur

For å finne etablert kunnskap om tema ble databasene Pubmed, Oria og Google Scholar brukt, og det ble gjennomført avgrensede systematiske søk i henhold til PICO-skjema. Det ble anvendt søkeord i tilknytning til valgt problemstilling.

2.7 Førforståelse

Før man skal undersøke noe vil man alltid ha utgjort seg tanker om det aktuelle temaet, en anelse om hvordan det foregår basert på forutinntatthet. Dette kalles en førforståelse, og det er spesielt viktig å være bevisst på sine egne holdninger og førforståelse før en skal undersøke noe (24). Som sykepleierstudent på utvekslingspraksis i en ukjent kultur, er det spesielt viktig å være bevisst over egen situering for å motvirke etnosentriske holdninger og innhente nøytrale data (25). Et sentralt element ved utøving av kultursensitiv sykepleie er å inneha et kulturel relativistisk perspektiv. Magelssen forklarer det som å forstå den andre kulturen utifra deres premisser. Dette er det spesielt viktig å være bevisst over som helsearbeider i møte med fremmed kultur, slik at man kan forsøke å finne likhetene i forskjellene (26).

2.8 Analyse av data

Loggføringene måtte bearbeides og analyseres, og ble derved analysert etter inspirasjon fra metode av Graneheim og Lundman (27). Dataen ble først kondensert gjennom å kode ulike loggføringer etter innhold og tema. Disse kodene ble sortert i kategorier utifra hvilke koder som passet sammen (27). Dette ga grunnlag for de ulike kategoriene og subkategoriene presentert i resultater.

3. Resultater

Analysen av innhentet data resulterte i tre ulike kategorier: veiledningsform, sykepleiers veiledende funksjon og barrierer ved ammeveiledning. For enklere oversikt over funn er dette fremstilt i tabell under med tilhørende subkategorier. Observasjonene tilknyttet de ulike kategoriene er lagt frem i resultater.

AMMEVEILEDNING		
Veiledningsform	Sykepleiers veiledende rolle	Barrierer ved ammeveiledning
En-til-en-veiledning	Kunnskapsnivå	Kort fødselspermisjon
Gruppeveiledning	Prioriteringer i arbeidshverdagen	Barrierer ved kommunikasjon

Figur 2: Tabell over kategorier og subkategorier.

3.1 Veiledningsform

En-til-en-veiledning

«Tilbyr en-til-en-veiledning til mødre som kommer etter fødsel. Sykepleier sier lite underveis, og viser lite interesse for mor og barn. Observeres gjennom manglende øyekontakt og at sykepleier snakker «over» mor»

Observasjon 1, 21.01.2020

En-til-en-veiledning om amming er noe som tilbys alle avdelingene jeg var tilstede på. I disse tilfellene var det en sykepleier som hadde en samtale med mor hvis sykepleieren så behov for det, og det ble gjennomført i privat rom. Samtalene gikk ut på fordeler ved amming, og å lære dem opp i ammeteknikk.

Gruppeveiledning

«Gruppeveiledning to dager i uken, ubestemt tidspunkt. Foregår i venteareal, kaotisk læringsmiljø. Mange mennesker som går inn og ut fra arealet. Gir mye informasjon om hvor lenge man skal amme og hvorfor det er viktig for både mor og barn. Demonstrerer hvordan man skal amme korrekt med hjelp fra en mor som melder seg frivillig til å demonstrere»

Observasjon 2, 24.01.2020

Ved en avdeling ble gruppeveiledning gjennomført imens mødrene ventet på å bli undersøkt. Noen mødre hadde med seg besteforeldre og mannen sin.

3.2 Sykepleiers veiledende rolle

Kunnskapsnivå

«Informerer om fullamning fram til 6 måneder, gradvis nedtrapping og videre innføring av annen mat etterfølgende. Gir informasjon om hvilke fordeler amming har.»

Observasjon 3, 26.02.2020

I flere av samtalene med sykepleiere i Accra ble det observert et høyt kunnskapsnivå om amming. En sykepleier forteller under feltsamtale at de er observante på problematikk rundt ammeteknikk, og forteller at feil teknikk kan føre til underernæring. De ønsker å tilrettelegge for mest mulig amming, fordi man vet hvilke fordeler det har for både mor og barn. Under samtale kommer det også frem at sykepleierne ønsker å gjøre mødre bevisst på å unngå bruk av flaske grunnet økonomiske og hygieniske årsaker.

Prioriteringer i arbeidshverdagen

«Sykepleier forteller at veiledning gis om sykepleier vurderer det som nødvendig, for eksempel om mor fremstår uhygienisk eller at barnet har hatt vektnedgang siden forrige kontroll.»

Observasjon 4, 20.02.2020

Det ble observert ved flere tilfeller at sykepleiere ikke ga veiledning om amming til de gravide kvinnene og mødrene med barn. Ved spørsmål om hvorfor de ikke gjør det, ble det fortalt at de ikke ser behovet for det. Noen sykepleiere begrunnet frafall av veiledning med at de prioriterte å veilede kvinnen senere i forløpet.

3.3 Barrierer ved ammeveiledning

Kort fødselspermisjon

«Sykepleier forteller at det har forekommet økt problematikk blant ammende kvinner i Ghana. Mødrene må tilbake til vanlig arbeidshverdag kun 3 måneder etter fødsel, og får dermed ikke gjennomført fullamning de første seks månedene av barnets liv.»

Observasjon 5, 13.03.2020

Sykepleier forteller at de forsøker å tilrettelegge for fullamning ved å tilby løsninger til jobbene mødre. Blant annet oppfordres mødrene til å pumpe brystmelk før de drar på jobb, slik at personen som passer på barnet kan varme det opp og gi det.

Barrierer ved kommunikasjon

«Ofte kodeveksling mellom det lokale språket og engelsk under veiledning. Flere av mødrene kan ikke engelsk»

Observasjon 6, 24.01.2020

Som nevnt er det mange språk og dialekter i Ghana, og i veiledningssituasjoner forekom det ofte utsagn på ulike språk. Spesielt i situasjoner som gruppeveiledning kunne dette føre til at ikke alle kunne forstå hva som ble sagt. I samtale med sykepleier fortalte de at man prøvde å snakke på flere språk slik at flest mulig kunne forstå. Denne språkbarrieren observerte jeg ved flere veiledninger.

I tillegg forekom det andre barrierer ved kommunikasjon som beskrevet i observasjonen under:

«Sykepleier forteller at mange mødre er redd for å bli stemplet som dårlig mor, og derfor ikke beskriver problematikk knyttet til amming til sykepleiere.

Vanskeligheter i forhold til amming er en situasjon forbundet med mye skam.»

Observasjon 7, 07.03.2020

Kulturell stigmatisering rundt problematikk ved amming var et emne som ble diskutert med sykepleier. Dette gir vanskeligheter for sykepleier å gi veiledning til mødrene da det kunne gå uoppdaget.

4. Diskusjon

Det sentrale elementet i denne artikkelen har vært å undersøke hvordan sykepleiere bidrar til å fremme amming i Accra, Ghana. For å ytterligere belyse problemstillingen vil følgende diskusjonsdel ta for seg tre ulike diskusjonsspørsmål.

4.1 Veiledningsform: hvilken veiledningsform er den mest gunstige for å fremme amming?

For å undersøke hvordan sykepleiere skal veilede mødre i amming, er det nødvendig å undersøke hvordan sykepleiere på best mulig måte kan tilrettelegge veiledningen gjennom veiledningsform.

I områder hvor det er lave tall rundt mødre som gjennomfører fullamming, er det viktig at helsepersonell utøver en strukturert form for veiledning (13). Mine funn viser til at sykepleiere i Accra legger til rette for veiledning gjennom å tilby ulike veiledningsformer, både gruppeveiledning og en-til-en-veiledning. WHO beskriver i sin utdyping om «Ten Steps to Succesfull Breastfeeding» at gruppeveiledning er et gunstig tiltak for å fremme amming, men at det avhenger av hva som er veiledningsinnholdet (28). I observasjon 2 tok gruppeveiledningen blant annet for seg fordelene ved amming. WHO beskriver hvordan det har lite hensikt å fremme fordelene ved amming gjennom gruppeveiledning (28).

På en annen side ser det ut til at gruppeveiledninger som tar for seg demonstrering av amming, som beskrevet i observasjon 2, er en gunstig måte å lære opp mødre om ammeteknikk (28). I tillegg er gruppeveiledninger en unik mulighet til å ta opp ulike myter og fordeler om amming med mors nærmeste tilstede (28). Ghana er preget av kollektivistisk orientering så far og besteforeldre samt nære venner har en sentral rolle og viktig innflytelse rundt ammepraksis. Disse burde derfor være involvert i veiledning om amming (12). Det ble observert at noen hadde med seg sine nærmeste, men dette er noe som burde oppfordres i større grad, fordi gruppeveiledning er en ypperlig måte å ta opp feilantagelser i plenum. Gruppeveiledningen beskrevet i observasjon 2 var preget av et kaotisk læringsmiljø med støyende omgivelser, og det kan dermed diskuteres hvorvidt det er et godt tilbud for å fremme amming når det blir gjennomført i et slikt miljø. Slike praktiske forhold kan ha implikasjoner for veiledningen.

Tveiten beskriver hvordan relasjonen mellom veileder og fokusperson har en stor betydning for kvaliteten på veiledning (19). Ved en-til-en-veiledning kan relasjonen mellom sykepleier og mor styrkes ved at man gir psykisk støtte til mor. WHO beskriver hvordan denne veiledningsformen bidrar til å bygge opp

mors selvtillit, noe som er sentralt for at mor skal gjennomføre korrekt ammeteknikk (28). En-til-en-veiledning er en veiledningsform som bidrar å øke hvor lenge mødrene velger å amme (28), og blir ansett som et av de mest effektive tiltakene for å fremme amming (13). Samtidig viser mine funn i observasjon 1 at det er en tendens til lite fokus på relasjonsbygging under veiledningen i Ghana. Relasjonsbygging mellom sykepleier og mor burde stå mer sentralt for at en-til-en-veiledning skal være en gunstig veiledningsform.

Selv om forskning viser til at en-til-en-veiledning er anerkjent som den beste veiledningsformen for å fremme amming (13), burde valg av veiledningsform også sees i sammenheng med kulturen og hvilke holdninger som preger den. Hanssen beskriver hvordan valg og atferd ved sykdom er i stor grad påvirket av om vedkommende har en individualistisk eller kollektivistisk orientering. Som helsearbeider fra Norge er man i større grad preget av individualistiske trekk, og ser eksempelvis på en-til-en-veiledning som den mest konstruktive formen for veiledning (29). Derimot står solidaritet til gruppen sentralt i Ghana, og løsninger blir ofte funnet i det kollektive. På denne måten kan gruppeveiledning argumenteres som den mest gunstige veiledningsformen.

I denne delen av diskusjonen har det blitt lagt frem fordeler og ulemper ved gruppeveiledning og en-til-en-veiledning. Man ser stor variasjon i hvilken veiledningsform som er den mest gunstige for å fremme amming utifra ulike forhold. Valg av veiledningsform burde derfor variere utifra hva innholdet skal være, og om mor er preget av kollektivistisk orientering. På denne måten sørger man for å utøve kultursensitiv sykepleie, ved at man tar kulturen og deres premisser i betraktning (26). Økt fokus på relasjonsbygging er nødvendig ved en-til-en-veiledning i Accra, Ghana.

4.2 Sykepleiers veiledende rolle: hvilke begrensninger møter sykepleiere ved veiledningssituasjon i Accra, Ghana?

Sykepleiers veiledende rolle er sentral for å fremme amming, fordi de har en sentral rolle i å veilede kvinner i gjeldende situasjon (13). For å kunne få til en god ammeveiledning er det også viktig å kjenne til sine begrensninger, slik at man kan planlegge arbeidshverdagen som sykepleier. Dette er for at den enkelte sykepleier skal være i stand til å prioritere og tilrettelegge for ammeveiledning.

Tveiten beskriver hvordan et grunnleggende aspekt av en veileders rolle er avhengig av hvilken kompetanse vedkommende innehar (19). Det er derfor tydelig at veiledningen må ha et faglig grunnlag. I observasjon 3 beskrives det hvordan det samlede inntrykket for kunnskapsnivå blant sykepleiere i Accra vurderes til å være høyt. Davis et al. beskriver også hvordan sykepleierne i Ghana har et adekvat kunnskapsnivå om amming (30).

Til tross for høyt kunnskapsnivå om amming og hva som burde inkluderes i en ammeveiledning, blir det beskrevet i observasjon 4 hvordan det forekom et fravær av veiledninger. I studien av Dun-Dery og Laar var manglende veiledning fra helsepersonell et av de sentrale grunnene for at mødre i Ghana ikke gjennomførte fullamming (11). Dette illustrerer hvor viktig det er at mødre mottar ammeveiledning. En av de sentrale årsakene til manglende veiledning fra helsepersonell kom frem i en studie av Owusu-Addo, hvor jordmødre i Ghana forteller at de mangler kursing i veiledning etter fullført utdanning (15). WHO legger frem sin utdypning om «Ten Steps to Successful Breastfeeding», at et av de viktigste tiltakene ved arbeid for å fremme amming er å lære opp helsepersonell i å veilede (28). Tveiten beskriver det som at man må kunne kommunisere kunnskapen ved veiledning (19). Det er ikke nok med å ha kunnskap om amming, men man må også kunne videreformidle informasjonen slik at den når frem til mottaker (28).

Økt fokus på kursing i veiledning må prioriteres, da store deler av arbeidshverdagen som sykepleiere i Ghana består av helsefremmende aktiviteter, blant annet ammeveiledning (15). Studien av Owusu-Addo peker også frem andre begrensninger sykepleiere i Ghana opplever. Dette innebærer stress, tidspress og mangel på materialer. WHO beskriver at et av punktene for tilfredsstillende ammeveiledning er at autoriteter, både i helsefasilitetene samt helseministere utenfor helsefasilitetene, må tilrettelegge for fremming av amming i arbeidshverdagen til helsepersonell. Dette må deriblant gjøres gjennom økonomisk støtte til tilrettelegging av arbeidshverdagen slik at sykepleiere i Ghana har mulighet til å veilede mødre om amming (28).

4.3 Barrierer ved ammeveiledning: hvilke barrierer opplever mødre som mottar ammeveiledning?

I løpet av min praksisutveksling i Ghana ble det observert ulike barrierer som mødre opplever som hinder for veiledning. Tveiten beskriver hvordan en god veiledning forutsetter at man ivaretar og hjelper fokuspersonen(e), og for å gjøre dette er det viktig at man tilpasser veiledning til den enkelte (19). Kulturelle betingelser beskrevet i følgende del av diskusjonen vil ha en påvirkningsfaktor i veiledningen. For at sykepleiere skal kunne yte helsehjelp til beste evne er det viktig å være kjent med problematikk i den aktuelle demografien.

Observasjon 5 beskriver hvordan mange mødre må tilbake på jobb allerede 3 måneder etter fødsel. Som ovennevnt ble det i en studie fra Ghana ble det lagt frem at selv om 99% av deltakerne visste om hvilken effekt fullamming har, var det kun 10,3% av dem som gjennomførte fullamming. En av de tre sentrale grunnene til dette, var at mange mødre måtte raskt tilbake til arbeid etter fødsel (11). Til sammenligning har kvinner i Norge i følge Arbeidsmiljøloven §12-8 rett på lønnet ammefri minst en time om dagen i løpet av barnets første leveår, så

lenge arbeidsdagen varer mer enn 7 timer (31). I observasjon 5 ble det beskrevet hvordan sykepleiere i Ghana tilrettelegger veiledning utifra denne utfordrende situasjonen, og finner løsninger blant annet gjennom å oppfordre pumping av brystmelk før jobb. Lars Åke Perssons beskrivelse av behovet for økt politisk fokus rundt ammepraksis blir tydelig i den ghanesiske konteksten (10).

I Ghana er det mange språk samt flere dialekter (20), og i Accra ble det observert at veiledningen ikke ble forstått av alle som mottok den. Slike språkbarrierer kan føre til miskommunikasjon ved at informasjon går tapt. I tillegg legges det frem i observasjon 3 hvordan mødrene kan oppleve en annen barriere ved kommunikasjon. Mødrene i Ghana opplever stigmatisering rundt problematikken ved amming, og føler på skyld samt redsel for å bli stemplet som dårlig mor. Tveiten forklarer hvordan følelse av skyld og dårlig samvittighet hos mødrene kan komme av at rammene for å gjennomføre amming kan være for trange (19). Dialog og refleksjon mellom sykepleier og mor er nødvendig i slike tilfeller.

Tveiten beskriver hvordan makten ligger hos veilederen i en veiledningssituasjon, da dette er personen som har merkompetanse (19). I Ghana blir dette maktforholdet videre utfordret ved at sykepleierne i Ghana har en høy status, og at man i ghanesisk kultur ikke spør om hjelp fra personer i høyere status (16). Slik ubalanse i makt vil virke inn på relasjonen og ha dårlige utfall på veiledningen. Tveiten beskriver hvordan det er viktig at veilederen er bevisst på ivaretagelse av respekt i møte med person som skal veiledes, slik at maktforholdet kan utjevnes (19). Når relasjonen er preget av respekt vil veiledningen føles trygg.

Disse kulturelle barrierene beskrevet i dette diskusjonskapittelet er viktig å ta i betraktning ved veiledning. Som beskrevet ovenfor kan eksisterende stigmatisering rundt amming, samt ubalanse i makt mellom helsevesenet og mor, være et hinder for kommunikasjon mellom sykepleier og mor. Dette kan føre til manglende kontakt med helsevesenet ved problemer med amming, og føre til kunnskapsløse beslutninger og fatale konsekvenser som underernæring. Som sykepleier er det viktig å være bevisst over dette ved samhandling med mødre om amming, slik at man kan gi helsehjelp tilpasset den enkeltes situasjon. I tillegg vil økt bevissthet rundt dette føre til at sykepleieren blir mer synlig for mødrene.

4.4 Styrker og svakheter

Valg av praksisland førte til begrensninger rundt metodevalg, og vi kunne bare velge observasjon som metode. Ved bruk av observasjon vil det være preget av min subjektive oppfattelse av situasjonene opplevd. Ved intervju som metode kunne jeg i større grad inkludert sykepleieres holdninger i forhold til amming og underernæring, og slik fått en bredere forståelse for handlingene. På en annen

side kunne dette ført til at svarene var basert på hvordan den enkelte sykepleieren ønsket å fremstille seg selv og egne holdninger, fremfor hva som var realiteten (22).

Datainnsamlingen ble gjennomført på et lite utvalg av sykepleiere i Accra, og vil dermed ikke være overførbart til Accra som helhet. Derimot har jeg funnet forskning som støtter opp under mine funn og vil dermed gi økt validitet til resultatene funnet i denne artikkelen. I tillegg er forskningen anvendt i diskusjonsdelen fra Ghana, noe som sikrer større overføringsverdi.

Som observatør i en fremmed kultur oppleves det ulike barrierer i kommunikasjonen som kan ha påvirket datainnsamlingen. Det var nødvendig med oversetting fra stammespråk til engelsk ved flere observasjonssituasjoner, noe som kan ha medført til at informasjon gikk tapt. I tillegg har man ulike måter å uttrykke seg på basert på kulturen man kommer fra. Dette kan ha ført til misforståelser.

Korona-pandemien gjorde at vi måtte reise 3 uker tidligere hjem fra Ghana. De siste 3 ukene skulle vi tilbringe på et barnesykehus for underernæring hvor jeg hadde hatt mulighet til å samle inn relevant data. Korona-pandemien førte også til stengte biblioteker som ga oss begrenset tilgang på litteratur.

4.5 Konklusjon

Gjennom egne funn, forskning og litteratur har det blitt forsøkt å svare på følgende problemstilling: Forebygging av underernæring – Hvordan kan sykepleiere veilede mødre for å fremme amming i Accra, Ghana?

Det har blitt drøftet hvordan veiledningsformen er vesentlig, og fordeler og ulemper ved både gruppeveiledning og en-til-en-veiledning. Økt fokus på relasjonsbygging mellom sykepleier og mor er nødvendig ved en-til-en-veiledning. Valg av veiledningsform burde sees utifra hva som er innholdet samt konteksten til mor. Konteksten handler om vedkommende har kollektivistisk eller individualistisk orientering.

Funn fra utvekslingspraksis samt forskning støtter opp under påstanden om at sykepleiere i Ghana har et høyt kunnskapsnivå om amming. Utenforstående faktorer som mangel på kursing i veiledning, stress og tidsmangel fører til andre prioriteringer enn ammeveiledninger. Det har blitt lagt frem hvordan det trengs økt fokus på å lære opp sykepleiere i hvordan veilede, samt tilrettelegging av arbeidshverdagen fra ledelsen slik at man kan gjennomføre ammeveiledning.

Det har også blitt lagt frem hvordan kulturelle barrierer kan bidra til å hemme ammeveiledningen. Kort fødselspermisjon, eksisterende stigmatisering i samfunnet, satt i sammenheng med ubalanse i makt og barrierer ved

kommunikasjon, gjør at mødrene har større vanskeligheter for å få helsehjelp. Økt politisk fokus fra myndighetene er nødvendig for å sikre rettighetene til ammende kvinner i Ghana. Det er viktig at sykepleiere er bevisst over dette i samhandling med mødre om ammeveiledning, slik at de får helsehjelp tilpasset deres situasjon og deres behov.

Referanseliste

1. p'Bitek O. Song of Lawino. East African Publishers; 1995. S.46
2. World Health Organization. Malnutrition [Internett]. 1. April 2020 [sitert 17. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
3. 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.
4. Onis M de, Branca F. Childhood stunting: a global perspective. *Matern Child Nutr.* 2016;12(S1):12–26.
5. Zhou H, Wang X-L, Ye F, Zeng XL, Wang Y. Relationship between child feeding practices and malnutrition in 7 remote and poor counties, P R China. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012;21(2):234-240
6. Irrarázaval B, Barja S, Bustos E, Doirsaint R, Senethmm G, Guzmán MP, mfl. Influence of Feeding Practices on Malnutrition in Haitian Infants and Young Children. *Nutrients.* 20. Mars 2018;10(3):1-15.
7. Kamudoni P, Maleta K, Shi Z, Holmboe-Ottesen G. Exclusive breastfeeding duration during the first 6 months of life is positively associated with length-for-age among infants 6–12 months old, in Mangochi district, Malawi. *Eur J Clin Nutr.* januar 2015;69(1):96–101.
8. World Health Organization. Breastfeeding [Internett]. [sitert 17. april 2020]. Tilgjengelig på: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
9. Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatr Clin North Am.* februar 2013;60(1):31–48.
10. Persson LÅ. Breastfeeding in low-resource settings: Not a "small matter". *PLoS Med.* 28. August 2018;15(8):1-4
11. Dun-Dery EJ, Laar AK. Exclusive breastfeeding among city-dwelling professional working mothers in Ghana. *Int Breastfeed J.* 6. september 2016;11(1):23.
12. Haile ZT, Sarfo B, Francescon J, Chertok IR, Teweldeberhan AK, Chavan B. The Moderating Effect of Urban Versus Rural Residence on the Relationship Between Type of Birth Attendant and Early Initiation of Breastfeeding in Ghana. *J Hum Lact.* 1. november 2018;34(4):810–820.
13. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, mfl. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 11. september 2016;11:1-80
14. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Breastfeeding. *Nurs Womens Health.* 1. februar 2015;19(1):83–88.
15. Owusu-Addo E. Midwives' perceptions and experiences of health promotion practice in Ghana. *Glob Health Promot.* 1. september 2015;22(3):4–14.
16. Adongo PB, Phillips JF, Aikins M, Arhin DA, Schmitt M, Nwameme AU, mfl. Does the design and implementation of proven innovations for delivering

- basic primary health care services in rural communities fit the urban setting: the case of Ghana's Community-based Health Planning and Services (CHPS). *Health Res Policy Syst.* 1. april 2014;12:16.
17. World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding [Internett]. [sitert 6. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding>
18. Gammersvik Å, Alvsvåg H. Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nord Tidsskr Helseforskning.* 1. februar 2009;18-29.
19. Tveiten S. Veiledning: - mer enn ord. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2019 s. 31-55.
20. Dakubu MEK. *The Languages of Ghana.* Routledge; 2015.
21. Weeks JR, Getis A, Stow DA, Hill AG, Rain D, Engstrom R, mfl. Connecting the Dots Between Health, Poverty and Place in Accra, Ghana. *Ann Assoc Am Geogr Assoc Am Geogr.* 2012;102(5):932-41.
22. Tjora AH. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2010 s. 39 og 55.
23. Wadel C, Fuglestad OL, Aase TH, Fossåskaret E. *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data.* Oslo: Universitetsforl.; 1997 s. 23-25 og 49.
24. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving.* 6. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017 s. 58 og 101-103
25. Lundberg K, Sataøen HL. *Kvalitativ sykepleieforskning: En studie av refleksjoner om forskerens situering.* *Klin Sygepleje.* 2016;30(04):254-67.
26. Magelssen R. *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene.* 2. utg. Oslo: Akribe; 2008.
27. Graneheim UH, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.* *Nurse Educ Today.* 1. februar 2004;24(2):105-12.
28. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding [Internett]. [sitert 8. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43633/9241591544_eng.pdf
29. Hanssen I. *Helsearbeid i lys av en kollektivistisk og individualistisk organisering av samfunnet.* I: Debesay J og Tschudi-Madsen, red. *Migrasjon, helse og profesjon.* 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018. s. 44-59.
30. 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.
31. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) - Kapittel 12. Rett til permisjon - §12-8. Ammefri. Lovdata. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_13#KAPITTEL_13

Vedlegg 1



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

A handwritten signature in black ink that reads 'Solveig K. 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