



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

**Bacheloroppgave i sykepleie
FAGARTIKKEL - prosjekt utland**

**«Hvordan kan sykepleier ved bruk av
veiledning og undervisning forebygge malaria i
møte med omsorgspersoner i Ghana?»**

(«How can nurses, using guidance and teaching, prevent malaria in
meeting with caregivers in Ghana?»)

Kandidatnummer: 10166

Antall ord: 4948

Sammendrag

Introduksjon: Malaria er en av verdens mest utbredte sykdommer, og en av de største helsetruslene for barn under fem år og gravide. Til tross for at malaria kan forebygges og behandles, krevde sykdommen 405 000 menneskeliv i 2018, hvorav 67% var barn under fem år. I Ghana er kunnskapsnivået angående malaria relativt høyt, men gjennomføringen av forebyggende tiltak i praksis er til sammenligning lav. Sykepleier har god posisjon for å veilede og undervise omsorgspersoner om viktigheten av malariaforebygging. Studien er gjennomført som en del av et utvekslingsopphold i Ghana, i samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU og University of Ghana.

Metode: Ustrukturerte kvalitative observasjoner ble utført og nedtegnet i loggbok. Fokuset var å undersøke hvordan sykepleiere kan forebygge malariainfeksjon ved hjelp av veiledning og undervisning. Materialet består av observasjoner av sykepleiere og jordmødre som jobbet ved pediatrik- og antenatal avdeling. Analyse er utført med inspirasjon etter modell av Graneheim og Lundman.

Resultat: Observasjonsdeltakerne innehar god kunnskap om malaria, men veiledning og undervisning gjennomføres i liten grad. Organisatoriske mangler, tidspress og språkbarrierer er noen av utfordringene sykepleierne møter. Dette virket å ha negativ innvirkning på veiledningen. Styrker og svakheter er diskutert.

Konklusjon: Det er et potensial for at malariatilfeller kan forebygges dersom praksis hadde vært i henhold til teori. Sykepleieren bør tilrettelegge for å veilede alle pasienter på avdelingen, samt endre fokuset i veiledningen slik at pasientene *forstår* informasjonen og iverksetter tiltak i praksis.

Søkeord: malaria, forebygging, barn under fem år, gravide, omsorgspersoner, sykepleier, sykepleiers forebyggende funksjon.

Abstract

Introduction: Malaria is one of the world's most prevalent diseases, and one of the biggest health threats to children under five years and pregnant women. Although malaria can be prevented and treated, the disease claimed 405 000 lives in 2018, of which 67% were children under five years. In Ghana, the level of knowledge regarding malaria is relatively high, but the implementation of preventive measures in practice is comparatively low. The nurse is in a good position to guide caregivers on the importance of malaria prevention. The study was conducted as part of an exchange stay in Ghana, in collaboration between the nursing education at NTNU and the University of Ghana.

Metod: Unstructured qualitative observations were made and recorded in a logbook. The focus was to investigate how nurses can prevent malaria infections through guidance and teaching. The material consists of observations of nurses and midwives who worked in three different wards. Analysis is done with inspiration by model of Granheim and Lundman.

Results: Observation participants have good knowledge of malaria, but guidance and teaching are poorly implemented. Organizational deficiencies, time pressure and language barriers are some of the challenges the nurses face, and they seemed to have a negative impact on the guidance. Strengths and weaknesses are discussed.

Conclusion: There is a potential for malaria cases to be prevented if practice had been in accordance with theory. The nurses should arrange to guide all patients in the ward as well as change the focus of the guidance so that the patients understand the information and take action in practice.

Keywords: malaria, prevention, children under five years of age, pregnant, caregivers, nurse, nurses' preventative function.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Malaria er en av verdens mest utbredte sykdommer og i 2018 befant 93% av alle malariatilfellene seg i Afrika, samt 94% av alle dødsfallene (1-3). Malaria er en av de største helsetruslene for barn under fem år og gravide i malariautsatte områder som Ghana (4,5). På verdensbasis er antall malariatilfeller nesten halvert på 15 år, likevel krevde sykdommen 405 000 menneskeliv i 2018, hvorav 67% var barn under fem år (1), dette til tross for at malaria kan forebygges og behandles (6). Sykepleiere kan bidra til å redusere disse tallene gjennom veiledning og undervisning om malaria og forebygging av sykdommen. Studien er basert på praksisstudier i Ghana vinteren 2020, og fokuset er å få innsikt i, og undersøke hvordan sykepleiere gjennom veiledning og undervisning kan forebygge malaria hos barn under fem år og gravide i Ghana.

1.2. Malaria

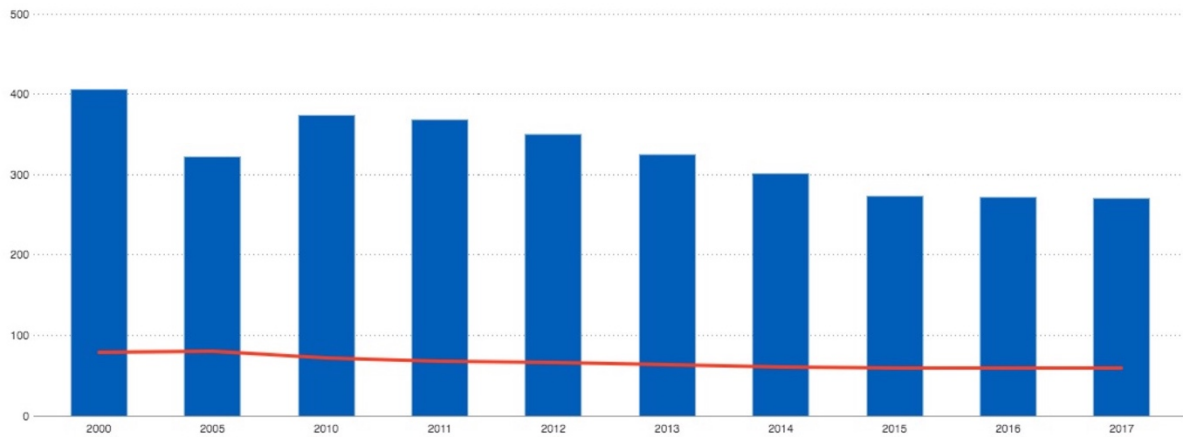
Febersykdommen malaria smitter til mennesker ved stikk fra infisert Anophelesmygg (1,3). I 2018 forårsaket plasmodiumtypen *P.falciparum* 99,7% av alle malariatilfellene i Afrika (1). Infeksjoner forårsaket av *P. falciparum* er forbundet med alvorlig malariainfeksjon og høy mortalitet (1,3,7). Hos barn kan *P. falciparum* føre til alvorlig sykdom som lokale cerebrale infarkter og død (1,3). *P. falciparum* gir symptomer som feber med frostanfall og svettetokter, ikterus, anemi, samt varierende allmennsymptomer. Sykdommen kan ramme ulike organer som dermed gir ulike symptomer, eksempelvis: nyresvikt, kramper og koma (3). Plasmodium-parasitten er avhengig av at myggen lever lenge nok for å gjennomføre livssyklusen sin i verten, som er 9-21 dager ved 25 grader C. Temperaturendringer kan endre myggens levetid. Varmere temperatur forkorter livssyklusen, mens lavere temperatur forlenger den slik at malaria ikke overføres til mennesker. Av den grunn er malaria endemisk i subtropiske og tropiske områder (3).

1.3. Ghanesisk kontekst

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) rammer malaria 91 land på verdensbasis, og land i sub-Sahara (Ghana inkludert) rammes hardest (1). Ghana står for 4% av alle malariatilfellene globalt, og i 2015 var malaria skyld i 19% av registrerte dødsfall i landet (8). Fra 2010 til 2016 har det vært signifikant nedgang i mortalitet knyttet til malaria, derimot har antall innleggelses økt fra 280 000 til 340 000 mellom 2000 og 2017 (8).

Malariatilfeller i Ghana

tilfeller per 1000 innbyggere



Figur 1: Malariatilfeller I Ghana per 1000 innbyggere. Statistikken er hentet fra FN-sambandet og viser at malaria fortsatt er et stort helseproblem i Ghana. Blå søyler viser antall malariatilfeller per 1000 innbyggere i Ghana, sammenlignet med tilfeller på verdensbasis som er representert med rød linje (13). Statistikken gir et tydelig bilde på at det er behov for forebyggende helsearbeid knyttet til malaria i Ghana.

1.4. I møte med sårbare grupper

Hos gravide og små barn kan malaria gi flere alvorlige konsekvenser (1). Disse to gruppene omtales som sårbare av den grunn at de er mer utsatt for malariainfeksjon.

1.4.1. I møte med gravide

Graviditet fører til nedsatt immunforsvar og dermed er kvinnen mer utsatt for infeksjoner, samt har økt risiko for utvikling av alvorlig malaria, alvorlig anemi og død før eller etter fødsel (2,9,10). Malaria hos gravide kan påvirke fosterutviklingen, gi økt risiko for prematur fødsel og lav fødselsvekt. Dette kan igjen føre til utfordringer med barnets vekst og kognitive utvikling, og er en av hovedårsakene til høy mortalitet blant barn (2,9,10). Malaria hos gravide kan også føre til abort (2,3). Grunnet risiko for fosterskade er profylakse til gravide begrenset, hvilket gjør den gravide mer utsatt for malariainfeksjoner (3). I 2018 ble om lag 900 000 barn i sub-Sahara født med lav fødselsvekt som resultat av malariainfeksjon under graviditeten (2).

1.4.2. I møte med omsorgspersoner til barn

Barn kan få mors antistoffer mot malariavirusets antigen dersom hun har gjennomgått malariainfeksjon. Dette gir barnet delvis beskyttelse, samt reduserer risikoen for utvikling av alvorlig malaria ved ny infeksjon. Barnet mister denne

beskyttelsen ettersom immuniteten gradvis forsvinner, og av den grunn blir barn mer utsatt for alvorlig sykdom og død knyttet til malaria (1,7,9). Barn har ofte asymptomatisk bilde som gjør sykdommen vanskelig å oppdage, og sykdomsforløpet utvikler seg svært raskt (3,9).

For å hjelpe barn må man hjelpe omsorgspersonene. Grønseth og Markestad (11) beskriver familiesentrert omsorg som en arbeidsmetode hvor foreldrene/familien inkluderes som likeverdige samarbeidspartnere i pleie, behandling, omsorg og oppfølging av barnet. Samarbeidet bygger på gjensidig tillit til hverandres kompetanse, respekt for hverandres ulike ønsker, samt gjensidig deling av relevant informasjon (11). Dette underbygges i Travelbees definisjon av sykepleie (12) hvor hun inkluderer familien. Hun sier at familien er en ressurs som er viktig i omsorgsarbeidet (12). I denne oppgaven fokuser jeg på omsorgspersoner til barn under fem år og gravide. Begrepet «omsorgsperson» benyttes i denne oppgaven mer eksplisitt om den som har ansvar for barnet. Den gravide inkluderes i begrepet da hun har omsorg for det ufødte barnet.

1.5. Kunnskapsgrunnlag for forebygging av malaria

For at sykepleier skal kunne gi relevant veiledning og undervisning til omsorgspersoner er det avgjørende at oppdatert kunnskapsgrunnlag foreligger. Ifølge WHO er vektorkontroll viktigste tiltak for forebygging av malariainfeksjoner (9); insektmiddelbehandlet myggnett (ITN) anbefales som et av de viktigste vektorkontrolltiltak (1,9). ITN fungerer som barriere mellom mygg og mennesker, og har en insektdrepende effekt (1). Ghana implementerte bruk av ITN i 2004 som tiltak for å redusere malariatilfeller (13). Bruk av ITN har redusert barnedødeligheten i Ghana med 17% (13).

WHO (1) anbefaler periodisk behandling med sulfadoksin-pyrimetamin til gravide og spedbarn bosatt i utsatte områder som profylaktisk medikament. Andre forebyggende tiltak er å oppholde seg minst mulig utendørs etter solnedgang, dekke all hud med tøy, samt benytte myggavstøtende preparat på hud og klær. Lys må slukkes før vinduer og dører åpnes (3).

1.6. Sykepleierens ansvar

International Council of Nurses (ICN) har utarbeidet universelle retningslinjer for sykepleiere, og beskriver sykepleierens ansvar som følgende: fremme helse, forebygge sykdom, gjenoppbygge helse og lindre lidelse (14). I tillegg til å gi nødvendig helsehjelp er det sykepleieres ansvar å gi pasienter og pårørende tilstrekkelig informasjon (14). Kristoffersen et.al. (15) påpeker helsepersonellens ansvar for helsefremming og sykdomsforebygging, samtidig som hun viser til enkeltmenneskets ansvar for egen helse og valg knyttet til den. Veiledning og undervisning er grunnleggende sykepleierfunksjoner som benyttes for å øke pasienters og pårørendes kunnskap og forståelse, slik at de kan ta egne valg

angående sin helse (15). Veiledning er sterkt tilknyttet empowerment-begrepet, som innebærer å hjelpe mennesker til økt kontroll over faktorer som påvirker egen helse og styrker egne ressurser (15). I denne studien fokuser jeg på å fremme omsorgspersonenes empowerment slik at de tar gode valg knyttet til barnets helse.

Quansah et.al. (16) fant at undervisning og veiledning av mødre er vesentlig for at barn skal ha godt utgangspunkt for god helse (16). En generaliserbar studie av Douglas et.al. (17) oppga at foreldrene opplevde enten overveldende mengde informasjon eller for lite informasjon. Studien konkluderte med at det er helsepersonellens ansvar å gi riktig og tilpasset informasjon (17). Ut fra dette kan man forstå viktigheten av at sykepleier følger retningslinjene, og er sitt ansvar bevisst slik at pasienter og omsorgspersoner får tilpasset kunnskap.

1.7. Forebyggende helsearbeid

Sykdomsforebygging og helsefremming danner grunnlaget for begrepet forebyggende helsearbeid (15). Sykdomsforebygging innebærer å forhindre eller utsette sykdom, og kan ses i sammenheng med forebygging fordi man søker å forebygge det som allerede har oppstått (15). «*Helsefremming defineres som den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse*» (15). Helsefremming innebærer å påvirke faktorer som kan styrke pasientens mestringsressurser, og kan oppnås gjennom informasjon og helseutdanning (15). I denne studien ser jeg på forebygging mer eksplisitt som veiledning og undervisning av omsorgspersoner, hvilket innebærer grunnleggende kunnskap om malaria med fokus på forebyggende tiltak.

1.8. Veiledning i møte med omsorgspersoner

1.8.1. Hva er veiledning?

I denne studien ses veiledning og undervisning i lys av Tveitens definisjon av veiledning (18): «[...] *en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier*». Mer eksplisitt vil jeg i denne oppgaven fokusere på sykepleierens veiledende funksjon.

Tveiten (18) beskriver veiledning som samarbeid mellom to eller flere parter, hvor veileder har kompetanse og ansvar, mens den som blir veiledet står i fokus. Veiledningens hensikt er å styrke fokuspersonens mestringskompetanse, hvilket kan oppnås gjennom eksempelvis bevisstgjøring og refleksjon (18). Dialog er viktigste metode for veiledningen, og tillit og trygghet skapes gjennom god kommunikasjon og relasjon mellom veileder og fokusperson (18). Veiledning vektlegger at fokuspersonen har «svaret», og veileder skal gjennom sin

kompetanse tilrettelegge for at fokuspersonen kan veilede seg selv til å finne svaret. For å kunne oppnå dette må fokuspersonen være veiledbar, noe som kan oppnås gjennom informasjonsdeling eller undervisning (18).

1.8.2. Undervisning som del av veiledningen

Veiledning kan ifølge Tveiten (18) defineres som et paraplybegrep, hvilket betyr at andre pedagogiske metoder inngår i veiledningsprosessen, eksempelvis undervisning (18). Det er forskjeller i alle metodene, men også fellestrekk. Både undervisning og veiledning har læring som mål. Skal man se på ulikhetene er undervisning formidling av kunnskap, mens veiledning fokuserer på at fokuspersonen selv skal oppdage hva som skal læres. Mer eksplisitt kan man si at undervisning er lærerstyrt, mens i veiledning bestemmer fokuspersonen fokuset (18).

1.8.3. Kommunikasjon i veiledning

Tveiten (18) peker på kommunikasjon som viktigste faktor i veiledningen. Eide og Eide (19) beskriver kommunikasjon som deling av verbale og non-verbale tegn og signaler mellom personer. Verbal kommunikasjon handler om *hva* som blir sagt mens non-verbal kommunikasjon er et responderende språk som må fortolkes. Den non-verbale kommunikasjonen er vel så viktig som den verbale kommunikasjonen, da den sier noe om hvorvidt vi er interesserte i å lytte og hjelpe. Dette er avgjørende for tryggheten og tillitten i relasjonen (19).

Hanssen et.al. (20) beskriver hvordan ulike språk og kulturer kan skape utfordringer i den gjensidige forståelsen under kommunikasjon. Både det verbale og non-verbale språket blir påvirket av personens kultur, og jo større kulturforskjeller partene i dialogen har jo vanskeligere blir kommunikasjonen. Likevel vil grunnelementene i god kommunikasjon være de samme (20).

1.8.4. Joyce Travelbee

Travelbee definerer sykepleie som *«en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene»* (21). Hun sier at et menneske-til-menneske-forhold må etableres for at sykepleierens mål og hensikt skal nås, og dette forholdet skapes gjennom verbal- og non-verbal kommunikasjon mellom sykepleier og pasient (21). Videre bruker hun uttrykket *«å bruke seg selv terapeutisk»*, som innebærer at egen atferd påvirker menneskene rundt oss (21).

1.9. Utfordringer ved veiledning

Owusu-Addo (22) fant i sin studie at dårlig tid, høyt arbeidspress, manglende kunnskap og kulturelle barrierer er utfordringer studiens deltakere møter på i veiledningsarbeidet (22). Relasjon mellom veileder og pasient påpekes som en viktig faktor for vellykket veiledning, samt tillit og ikke-dømmende holdning ovenfor pasienten kreves for å øke pasientdeltakelsen. I tillegg peker studien på behov for ekstra opplæring i veiledning (22). Tweneboah-Koduah et.al. (23) fant i sin studie flere av de samme utfordringene, men peker også på økonomiske begrensninger, personmangel og feilinformasjon. De pekte også på utfordringer med innholdet i informasjonen, da det var fokus på anskaffelse av ITN og ikke viktigheten av bruken av den (23).

1.10. Kultursensitivitet

Magelssen (24) mener at kultursensitivitet innebærer å fokusere på likheter fremfor forskjellene i møte med nye mennesker. Forskjellige kulturer kan ha ulike språk, kunnskap, verdier, roller og makt, men fokuserer man heller på likhetene ved mennesker, eksempelvis at alle mennesker har følelser og et sinn, kan man bidra til å skape likeverd i relasjonen (24).

1.11. Fra teori til praksis

Det er flere utfordringer knyttet til malariaforebygging i praksis, hvor kunnskapsnivået er relativt høyt, men utførelsen til sammenligning lav (5,13,25,26). Diema Konlan et.al. (5) fant at 83% av studiens deltakere hadde kunnskap om bruk av myggspray som forebyggende tiltak, men bare 54% brukte det. Hele 93% av deltakerne visste at myggnetting var forebyggende, men bare 59% brukte det (5). Adjah og Panayiotou (13) avdekket mange av de samme funnene, hvor 45% av studiens deltakere hadde myggnett, mens bare 15,5% hadde sovet under den natten før. Studien belyste behov for informasjon om bruk av malariaforebyggende tiltak (13). Begge studiene viser at helsepersonell er blant de viktigste og mest effektive måtene å kommunisere informasjon til befolkningen (5,13). Adjah og Panayiotou (13) belyste økt sannsynlighet for at barnet sov under myggnett dersom informasjonen var kommunisert ved en-til-en kommunikasjon av helsepersonell (13). Nyavor et.al. (25) og Korenromp et.al. (26) belyser samme problematikk; god malariaforebyggende kunnskap som ikke benyttes i praksis. Begge studiene påpeker at befolkningen må forstå hvorfor forebyggende tiltak må benyttes (25,26).

1.12. Problemstilling

Malaria er en stor utfordring i Ghana, så vel som i verdenssammenheng, og allerede sårbare mennesker rammes hardest. Malaria kan forebygges og behandles, og sykepleiere har posisjon til å bidra gjennom forebyggende

helsearbeid. Mer eksplisitt vil denne oppgaven se på veiledning og undervisning som forebyggende tiltak for å begrense smitte av malaria i Ghana.

«Hvordan kan sykepleier ved bruk av veiledning og undervisning forebygge malaria i møte med omsorgspersoner i Ghana?»

2. Metode

2.1. Utvalget

Datainnsamlingen ble gjennomført ved to sykehus og en poliklinikk i Accra og Volta-regionen, Ghana. Observasjonene er innhentet under praksis ved ulike avdelinger; pediatrik avdeling og antenatal avdeling. Observasjonsdeltakerne er utdannede sykepleiere og jordmødre med flere års erfaring, noen med spesialisering. Fokusområde er forebygging av malaria gjennom veiledning og undervisning i møte med omsorgspersoner med barn under fem år og gravide.

2.2. Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført i perioden Januar til Mars 2020, som en del av et utvekslings samarbeid mellom sykepleierutdanningen ved NTNU i Trondheim og School of Nursing and Midwifery ved University of Ghana. Data ble innhentet gjennom deltakende observasjon og loggføring i form av feltnotater under praksis i lokalsamfunnet (27).

Grunnet situasjonen med Covid-19 pandemien måtte praksisstudiene avlyses, og planlagt datainnsamling på et barnesykehus kunne ikke gjennomføres. Dette blir diskutert senere i oppgaven.

2.3. Observasjon som metode

Observasjon som kvalitativ metode gir mulighet til å se på utvalgets faktiske handlinger fremfor hva de *sier* at de *gjør* (27). Observasjonene er innhentet med forfatter som deltakende observatør, og er i stor grad ustrukturerte. Observasjonene ble nedtegnet i egen loggbok for hånd underveis eller like etter observasjonen, og senere renskrevet på data som ledd i starten på analysen.

2.4. Analyse og tolkning

Analysen av datamaterialet begynte ved nedtegnning; oversetting til norsk og anonymisering av identifiserbar informasjon. Observasjonene ble først kategorisert ved fargekoding, og deretter delt inn i hovedkategorier og subkategorier med inspirasjon etter metode av Granheim og Lundman (28). Kategoriene er presentert i tabell 1.

2.5. Litteratur

Det er utført avgrenset systematiske litteratursøk i flere databaser (27), deriblant Cinahl og PubMed, etter relevante artikler med søkeord som malaria, forebygging, barn under fem år, gravide, omsorgspersoner, sykepleier og sykepleiers forebyggende funksjon. Søkene er gjort på engelsk. Forskning gjort i Ghana er prioritert for å sikre relevans. Det er i tillegg innhentet data fra anerkjente organisasjoner som WHO, FN-sambandet og FHI. Underveis i praksisstudiene fikk jeg få veilednings-observasjoner. Jeg har derfor benyttet mer forskning for å gi meg kunnskap om temaet, og slik kunne besvare oppgavens spørsmål.

2.6. Etiske overveielser

Tillatelse til å samle observasjonsdata ble innhentet fra University of Ghana (appendix 1). Sykepleierne ved praksisstedene ga også personlig, muntlig samtykke til å bli observert. De ble informert om at vi var sykepleierstudenter i observerende praksis, som skulle innhente data for å skrive oppgave i etterkant av oppholdet. Kontaktperson ble informert om fokusområder for datainnsamlingen og oppgaven. Dette ble muntlig videreformidlet til de ulike praksisstedene ved praksisstart. All data er anonymisert og bevart konfidensielt. De inneholder ikke personlige opplysninger om observasjonsdeltakerne, samt presis lokasjon er ikke beskrevet (27).

2.7. Førforståelse

Observatøren må være bevisst sin egen førforståelse, da den kan farge resultatet (27). Begrepet innebærer at observatøren har en mening eller forventning om hva en skal observere på forhånd, som kan farge resultatet. Som observatør må man være dette bevisst, slik at man kan innta en så nøytral rolle som mulig (27). I mine praksisstudier hadde jeg en førforståelse om at jeg kom til å møte flere pasienter med malarieinfeksjon enn jeg gjorde, og fikk observert færre veiledninger enn jeg hadde sett for meg på forhånd. Dette er et eksempel på hvordan min førforståelse spilte inn i min observatørrolle.

3. Resultat

Studiens hensikt var å undersøke hvordan sykepleier benytter veiledning og undervisning i møte med omsorgspersoner og gravide for å forebygge malaria.

| Hovedkategori | Sub-kategori |
|---------------------------------|--|
| Sykepleiers forebyggende tiltak | Sykepleiers veiledende funksjon |
| | Sykepleiers profylaktiske legemiddelhåndtering |
| Kommunikasjon | Kunnskapsnivå |
| | Språkbarrierer |
| Organisatoriske tiltak | Ressurser |

Tabell 1: Hovedkategorier og sub-kategorier. Det ble identifisert tre hovedkategorier og fem sub-kategorier, som er plassert i tabell for en enklere oversikt over funn.

Observasjon #1: Undervisning

«Jordmor underviser noen av dagens pasienter i fellesskap om malariaforebygging. Jeg fikk oversatt informasjonen fra en sykepleier fortløpende da jordmor underviste på stammespråk. Det var tydelig at jordmoren hadde mye kunnskap.»

Undervisningen foregikk etter alle pasientene hadde vært til undersøkelse, mens de ventet på prøvesvarene sine. Det var mange mennesker tilstede, både pasienter og helsepersonell. Pasientene virker interesserte, men om de forstår hva jordmor formidler vites ikke. Det var ikke lagt til rette for at pasientene kunne stille spørsmål til jordmoren da hun gikk umiddelbart etter undervisningens slutt. Noen av mødrene hvisket sammen etter undervisningen.

Observasjon #2: Kunnskapsnivå

«Sykepleier forteller at det ikke utføres medikamentelle tiltak for å forebygge malariainfeksjoner til pasientene. Huden til små barn tåler ikke profylaktiske medikamenter som myggspray; pasientgruppen må derfor benytte myggnetting. Videre forteller hun at barn over tre år kan benytte mild myggspray. Det observeres ikke at avdelingens pasienter får noen form for malariaprofylakse av helsepersonellet.»

Jeg opplevde at sykepleieren hadde god kunnskap om malariaforebygging, men svarte ikke på hvorfor det ikke var hengt opp myggnetting over sengene som forebyggende tiltak når andre medikamentelle tiltak ikke er mulig.

Observasjon #3: Ressursknapphet og manglende veiledning

«En pasient som var innlagt med spørsmål om malaria skrives ut til hjemmet. Det observeres ikke at omsorgsperson veiledes om malariaforebygging før hjemreise.»

Manglende veiledning om malaria er en observasjon som gjentok seg på alle avdelinger under observasjonspraksisen. Pasienten var to år og dermed regnet som utsatt for malariainfeksjon; veiledning av omsorgsperson burde av den grunn vært prioritert. Sykepleierne uttalte ofte at det var veldig travelt på avdelingene, og de rakk dermed ikke utføre alle oppgaver de ønsket. En sykepleier fortalte at de pleier å informere pasientenes omsorgspersoner om malaria når et barn skrives ut etter gjennomgått malariainfeksjon.

Observasjon #4: Forebygging av malaria på avdelingen

«Det er ikke ITN over pasientenes og pårørendes senger på avdelingen.»

Denne observasjonen var gjentakende gjennom praksisutvekslingen. De fleste avdelingene hadde myggnetting i vinduene, men jeg observerte ofte hull i den. Nettingen var ikke behandlet med insektdrepende middel, og vil derfor ikke ha avstøtende eller drepende effekt på myggen om den skulle prøve å trenge gjennom et av hullene.

4. Diskusjon

Diskusjonen tar for seg temaer tilknyttet problemstillingen «Hvordan kan sykepleier ved bruk av veiledning og undervisning forebygge malaria i møte med omsorgspersoner i Ghana?»

4.1. Sykepleiers veiledende funksjon

ICNs retningslinjer fastslår at det er sykepleiers ansvar å sørge for at pasienter og omsorgspersoner har tilstrekkelig kunnskap for å ta gode valg knyttet til egen helse (14). Kristoffersen et.al. (15) viser til samme ansvar for sykepleieren, og presiserer at enkeltmennesket har ansvar for egen helse. For at omsorgspersoner skal kunne ta gode valg kreves tilstrekkelig og tilpasset kunnskap, samt styrking av empowerment. Dette kan sykepleier gjøre gjennom veiledning og undervisning (15). Quansah et.al. (16) underbygger dette med sine funn som belyser at nettopp veiledning og undervisning kan bidra til å sikre barn et utgangspunkt for god helse. Til tross for disse funnene antyder mine observasjoner til at veiledning og undervisning av omsorgspersoner ikke gjennomføres i tilstrekkelig grad.

Observasjon #1 underviser jordmor flere gravide omsorgspersoner samtidig. Vi ser at undervisningen nådde frem til mange i målgruppen på samme tid, likevel kan effektiviteten av tiltaket diskuteres. Tveiten (18) forklarer undervisning som formidling av kunnskap hvor underviser styrer hvilken informasjon som skal fremkomme. Man kan derfor tenke seg at undervisningen foregår som enveis-kommunikasjon som ikke tilrettelegger for at den som blir undervist kan stille spørsmål. Dette fremkommer i observasjon #1, hvor jordmor gikk umiddelbart etter undervisningens slutt. Hun tilrettela dermed ikke for at omsorgspersonene kunne stille spørsmål. Det kan antas at pasientgruppen hadde spørsmål etter undervisningen siden de kommuniserte med hverandre i etterkant av undervisningen. Dette er kun antakelser ut fra observasjonen; hvorvidt det stemmer vites ikke.

I motsetning til undervisning er det den som veiledes som avgjør hva veiledningen inneholder (18). Tveiten (18) beskriver veiledning som et samarbeid, hvor den som veiledes er i fokus. Veiledningssituasjonen kan antas og gjøre det lettere for fokuspersonen å stille spørsmål, da veiledning bygger på gjensidig dialog. Det kan av samme grunn antas at veileder enklere kan forsikre seg om at informasjonen er forstått. På en annen side kan veiledning være utfordrende for sykepleieren, da uforberedte temaer kan dukke opp. Owusu-Addo (22) fant i sin studie at deltakerne ikke følte de hadde kunnskap og erfaring nok til å veilede andre. En kan tenke seg at observasjonsdeltakerne i mine resultater av samme grunn unngår

veiledningssituasjoner dersom de føler usikkerhet knyttet til situasjonen. Owuso-Addo (22) belyste i tillegg behov for mer opplæring i veiledning for helsepersonell, hvilket er overførbart til observasjonsdeltakerne i mine funn dersom det er tilfelle at de ikke opplever trygghet i veiledningssituasjonen.

Sett ut fra mine observasjoner foregår undervisningen og veiledningen på sykehuset. Troverdigheten og tilliten i veiledningen og undervisningen kan svekkes dersom helsepersonellet selv ikke benytter de forebyggende tiltakene de informerer om. Observasjon #1, 2, og 4 viser eksempler hvor helsepersonell ikke utfører forebyggende tiltak i tilstrekkelig grad. Dersom forebyggende tiltak ikke praktiseres av helsepersonellet, hvorfor skal pasientene da benytte de hjemme? Travelbee (21) forklarer viktigheten av at sykepleieren er målrettet i sin rolle da egen atferd påvirker menneskene rundt, hvilket styrker relasjonen til den som veiledes. Ved å følge egne råd underbygger sykepleier viktigheten i informasjonen hen selv gir. En kan anta at denne troverdigheten kan bidra til å gjennomføre forebyggende tiltak i praksis.

Observasjon #3 beskriver tilfelle hvor omsorgsperson ikke mottar veiledning når barnet blir skrevet ut til hjemmet. Barn under fem år er en av de mest utsatte gruppene (1,7,9), og ifølge ICNs retningslinjer (14), Kristoffersen et.al. (15) og Quansah et.al. (16) sine anbefalinger burde omsorgspersonen blitt veiledet i malariaforebygging. Observasjon #3 viser at sykepleierne angivelig hadde rutiner for veiledning av omsorgspersoner etter gjennomgått malariainfeksjon. Dette er uheldig da man ønsker å unngå at infeksjonen oppstår. Ved å jobbe helsefremmende ønsker man at denne informasjonen kommer i forkant, og dermed forebygge sykdom (15). Slik sykepleierne jobber i observasjon #3 vil det være sykdomsforebyggende for å unngå ny malariainfeksjon, men hadde sykepleierne veiledet alle pasientene på avdelingen ville det vært en helsefremmende arbeidsmåte. Slik kunne man kanskje unngått malariainfeksjoner i større grad. På en annen side vil tiltaket i observasjon #3 ha forebyggende effekt for eventuelle søsken, samt forebygge ny infeksjon.

4.2. Veiledningens fokus

Tweneboah-Koduah et.al (23) peker på problemer med fokuset i veiledningen hvor det informeres om anskaffelse av ITN, ikke om viktigheten av å bruke den. Gapet mellom kunnskap og praksis som flere studier viser til (5,13,23,25,26) kan man anta er manglende forståelse for hva kunnskapen innebærer. Kunnskap er ikke nok, Tweneboah-Koduah et.al. (23), Nyavor et.al. (25) og Korenromp et.al. (26) mener at *forståelse* for hvorfor tiltakene bør benyttes er nøkkelen til malariaforebyggende praksis. Dersom informasjonen formidles med samme fokus som nå vil det antakelig ikke bidra til å redusere gapet mellom teori og praksis. På en annen side er det fortsatt mennesker som ikke besitter malariakunnskap, og dermed har behov for det. Skal vi følge Tweneboah-Koduah et.al. (23) bør sykepleier formidle samme kunnskap, men med annet fokus. Sykepleier kan

gjennom veiledning fremme empowerment slik at pasienten *forstår* kunnskapen og tar riktige valg. Douglas et.al. (17) peker på at informasjonen må tilpasses den som veiledes. Informasjonen som gis må tilpasses slik at det hverken blir for mye eller for lite informasjon (17). Ifølge Tveiten (18) kan slik kommunikasjon bidra til økt mestringskompetansen slik at omsorgspersonen blir i stand til å ta bedre valg. Travelbee (21) mener at dersom sykepleier skal oppnå sine mål og hensikter må det dannes et menneske-til-menneske-forhold gjennom kommunikasjon. Sett under ett antyder funnene at måten informasjonen kommuniseres på er avgjørende for *forståelsen* av den. Grunnet få observasjoner over kort tidsperiode har jeg ikke tilstrekkelig grunnlag for å uttale meg om hvordan fokuset fremkommer under veiledning og undervisning hos mine observasjonsdeltakere.

4.3. Kulturens betydning i veiledningen

Observasjon #1 viser at jordmor underviser på stammespråk, hvilket kan være positivt dersom de som undervises behersker samme språk. På en annen side finnes det flere stammespråk i Ghana i tillegg til engelsk, og skulle noen av omsorgspersonene ikke beherske samme språk som jordmor benytter kan det være vanskelig å forstå informasjonen som blir gitt. Dette underbygges både i teorien og forskning; Hanssen et.al. (20) viser til at ulikt språk eller kultur kan utfordre forståelsen under kommunikasjonen, hvilket Owusu-Addo (22) og Tweneboah-Koduah et.al. (23) også belyser i sine studier. Owusu-Addo (22) peker på god relasjon og ikke-dømmende holdning ovenfor pasienten er avgjørende for en god veiledningssituasjon. Magelssen (24) sier at kultursensitiv væremåte kan skape likeverd i relasjonen til tross for ulike kulturer og språk. I slike situasjoner kan en benytte teori fra Eide og Eide (19) som forklarer at non-verbal kommunikasjon er vel så viktig som verbal kommunikasjon, og at tilliten og tryggheten i kommunikasjonen skapes ved non-verbal kommunikasjon. I lys av mulig språk- og kulturbarriere i observasjon #1 kunne veiledning vært mer hensiktsmessig metode for informasjonsdelingen da non-verbal kommunikasjon kunne vært benyttet på annen måte enn i undervisningssituasjonen.

Det kan tenkes at veiledningen og undervisningen i Ghana er tilpasset den ressursmessige og kulturelle konteksten den foregår i, og må derfor forstås i denne konteksten. Det kan antas at min vestlige førforståelse vanskeliggjør for meg å se dette (27).

4.4. Kunnskapsnivå

Diema et.al. (5), Owuzu Adjah et.al. (13), Nyavor et.al. (25) og Korenromp et.al. (26) viser at kunnskap om malariaforebygging er tilstede, men gjennomføres ikke i tilstrekkelig grad i praksis, hvilket gjenspeiles i mine funn. Observasjon #2 viser at sykepleier har god kunnskap om forebyggende tiltak for barn, men iverksetter ikke tiltak for sine pasienter. ITN er førstevalg i WHO's anbefalinger angående malariaforebyggende tiltak (9), men benyttes ikke til tross for at medikamentell profylakse ikke kan benyttes. Det fremkommer at sykepleieren har kunnskapen,

men hvorfor ikke tiltak benyttes er ukjent. Man kan anta at organisatoriske eller økonomiske utfordringer spiller inn, men dette vites ikke.

4.5. Ressurser

Sykepleiers fokus på veiledning og undervisning bidrar til økt kunnskap i befolkningen, hvilket forenkler omsorgspersoner egne valg knyttet til helse (15,18). Likevel ser vi i observasjon #3 at veiledning ikke blir gjennomført. Owusu-Addo (22) og Tweneboah-Koduah et.al. (23) peker på flere utfordringer knyttet til ressurser, deriblant tidsbegrensing, personmangel og høyt arbeidspress. Det kan tenkes at slike utfordringer kan tvinge sykepleieren til å måtte prioritere hvilke oppgaver som skal gjøres og ikke. I slike tilfeller kan veiledningen bli bortprioritert, grunnet sin helsefremmende tilnærming som søker å forebygge sykdom som ennå ikke har oppstått (15), til fordel for oppgaver som krever sykepleierens oppmerksomhet her-og-nå. Dette underbygges av mine funn; i observasjon #3 fortalte sykepleier at tidsbegrensning førte til at arbeidsoppgaver måtte bortprioriteres, deriblant veiledning. På en annen side kan det tenkes at avdelingens sykepleiere har ueffektive rutiner som stjeler av tiden. Tweneboah-Koduah et.al. (23) fant også at økonomiske begrensninger utfordret gjennomføringen av veiledning. Siden mine observasjonsstudier foregikk over en relativt kort periode fikk jeg ikke innblikk i årsak til at veiledning og undervisning uteble hos mine observasjonsdeltakere, og kan derfor ikke uttale meg nærmere om det.

4.6. Metodediskusjon

På grunn av gitte kriterier før utreise til Ghana var det bestemt at spørreundersøkelse eller intervju som del av datainnsamlingen ikke kunne benyttes. Dette ser jeg på som en svakhet i oppgaven, da intervju kunne gitt en dypere forståelse fra sykepleierens ståsted. På en annen side har deltakeren mulighet til å påvirke svarene sine i intervju eller spørreundersøkelse, noe som ikke er mulig i like stor grad ved observasjon som metode (27).

Mine funn kan være farget av min førforståelse. Utvalget kan også bli påvirket av det faktum at de blir observert og dermed føle seg iaktatt. På en annen side kan det være at resultatene blir mer troverdige siden observatøren ikke har et forhold til kulturen og utvalget fra før. Det kan være vanskelig å forholde seg objektivt dersom det er en relasjon i bildet. Når man er bevisst på begrepet kan det likevel være enklere å prøve å innta en nøytral posisjon.

Begrenset tid på avdelingene og sykehusene kan ha medført et snevert innblikk av situasjoner og arbeidsmåter på avdelingene. I helsevesenet vet man at arbeidet varierer både i oppgaver og mengde fra uke til uke, og mine funn trenger derfor

ikke være representative for den totale arbeidsmåten avdelingen har. Likevel kan man se at mange av mine funn samsvarer med forskning gjort innenfor temaet.

Praksisstudiet ble avsluttet før planlagt på grunn av Covid-19. Jeg mistet derfor to uker med praksisobservasjoner på et barnesykehus. Dette er en svakhet i min oppgave, da praksisstedet ville vært høyst relevant for mine observasjoner, og jeg fikk begrenset tid til observasjoner. Jeg har av den grunn vektlagt forskningen mer i min oppgave.

Grunnet Covid-19 ble skole, bibliotek og lesesaler stengt. Dette er en svakhet i oppgaven da det ble vanskelig å finne litteratur til artikkelen, samt arbeidsmiljøet ikke var optimalt.

5. Konklusjon

Målet med denne artikkelen var å se på hvordan sykepleiere i Ghana forebygger malaria gjennom veiledning og undervisning i møte med omsorgspersoner til barn under fem år og gravide.

Funnene viser gjennom forskning og mine observasjoner at sykepleierne og befolkningen har god kunnskap om malariaforebygging, men forebyggingen gjennomføres ikke i praksis. Til tross for få veiledningsobservasjoner i praksis har forskning og teori gitt meg kunnskapsgrunnlag for å forstå at sykepleier kan forebygge malariainfeksjon hos barn under fem år og gravide gjennom veiledning og undervisning. Ved å jobbe kunnskapsbasert, bygge relasjon og benytte god kommunikasjon for å skape tillit og trygghet i veiledning- og undervisnings-situasjonen kan sykepleier bidra til å øke omsorgspersonens mestringskompetanse slik at forståelsen kommer med kunnskapen. Sykepleier bør tilpasse informasjonen, slik at omsorgspersonen og den gravide ikke overveldes av unødvendig informasjon, men får nok til å bli veiledbar og dermed i stand til å ta gode valg for seg og sitt barns helse.

Forskningen ser på kunnskapsnivået hos helsepersonell samt øvrig befolkning i Ghana, og funnene peker på gap mellom teori og praksis. Jeg ser behov for videre forskning knyttet til *hvorfor* omsorgspersoner og gravide ikke benytter seg av kunnskapen de allerede besitter.

Referanser

1. Fact sheet about Malaria [Internett]. [sitert 21. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
2. More pregnant women and children protected from malaria, but accelerated efforts and funding needed to reinvigorate global response, WHO report shows [Internett]. [sitert 15. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/detail/04-12-2019-more-pregnant-women-and-children-protected-from-malaria-but-accelerated-efforts-and-funding-needed-to-reinvigorate-global-response-who-report-shows>
3. Malaria [Internett]. Folkehelseinstituttet. [sitert 15. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/malaria---veileder-for-helsepersone/>
4. Afoakwah C, Deng X, Onur I. Malaria infection among children under-five: the use of large-scale interventions in Ghana. BMC Public Health [Internett]. 23. april 2018 [sitert 24. april 2020];18. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5913887/>
5. Diema Konlan K, Amu H, Konlan KD, Japiong M. Awareness and Malaria Prevention Practices in a Rural Community in the Ho Municipality, Ghana [Internett]. Bd. 2019, Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases. Hindawi; 2019 [sitert 1. mai 2020]. s. e9365823. Tilgjengelig på: <https://www.hindawi.com/journals/ipid/2019/9365823/>
6. Malaria [Internett]. 2017 [sitert 23. april 2020]. Tilgjengelig på: <https://legerutengrenser.no/sykdommer/malaria>
7. Severe Malaria. Trop Med Int Health. 2014;19(s1):7–131.
8. Ghana | Severe Malaria Observatory [Internett]. [sitert 16. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.severemalaria.org/countries/ghana>
9. World malaria report 2019 [Internett]. [sitert 12. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>
10. Pell C, Meñaca A, Afrah NA, Manda-Taylor L, Chatio S, Were F, mfl. Prevention and management of malaria during pregnancy: findings from a comparative qualitative study in Ghana, Kenya and Malawi. Malar J. 20. november 2013;12:427.
11. Grønseth R, Markestad T. Pediatri og pediatrik sykepleie. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
12. Helgesen AK. Sosial kontakt. I: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende

- sykepleie, Bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 143.
13. Owusu Adjah ES, Panayiotou AG. Impact of malaria related messages on insecticide-treated net (ITN) use for malaria prevention in Ghana. *Malar J*. 28. mars 2014;13(1):123.
 14. International Council of Nurses, Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskefören.; 2014.
 15. Kristoffersen NJ. Å styrke pasientens ressurser. I: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 349, 351, 383.
 16. Quansah E, Ohene LA, Norman L, Mireku MO, Karikari TK. Social Factors Influencing Child Health in Ghana. *PLoS ONE* [Internett]. 8. januar 2016 [sitert 23. april 2020];11(1). Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706365/>
 17. Douglas T, Redley B, Ottmann G. The need to know: The information needs of parents of infants with an intellectual disability—a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2017;73(11):2600–8.
 18. Tveiten S. Veiledning - mer enn ord. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
 19. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
 20. Hanssen I. Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 89–92.
 21. Kristoffersen NJ. Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I: Grimsbø GH, redaktør. Grunnleggende sykepleie bind 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 29.
 22. Owusu-Addo E. Midwives' perceptions and experiences of health promotion practice in Ghana. *Glob Health Promot*. september 2015;22(3):4–14.
 23. Tweneboah-Koduah EY, Braimah M, Otu PN. Behavioral Change Communications on Malaria Prevention in Ghana. *Health Mark Q*. 1. april 2012;29(2):130–45.
 24. Magelssen R. Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. 2. utgave. Oslo: Akribe Forlag; 2008.
 25. Nyavor KD, Kweku M, Agbemafle I, Takramah W, Norman I, Tarkang E, mfl. Assessing the ownership, usage and knowledge of Insecticide Treated Nets (ITNs) in Malaria Prevention in the Hohoe Municipality, Ghana. *Pan*

Afr Med J [Internett]. 22. september 2017 [sitert 10. mai 2020];28.
Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724734/>

26. Korenromp EL, Miller J, Cibulskis RE, Kabir Cham M, Alnwick D, Dye C. Monitoring mosquito net coverage for malaria control in Africa: possession vs. use by children under 5 years. Trop Med Int Health. 1. august 2003;8(8):693–703.
27. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
28. 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.

Vedlegg

Appendix 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.

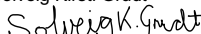
The students use different methods to collect data (interview, observation, questionnaires) and explore their research questions. The project and data collection is supervised by nursing teachers. As specified above, the data are anonymous, and collected from **voluntary participants**, e.g. from nurses. 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


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.