



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave
Prosjekt utland, fagartikkel

VEILEDNING SOM FOREBYGGER
UNDERERNÆRING I NAMIBIA

(Counselling that is preventing
malnutrition in Namibia)

Innleveringsdato: 04.06.2020.

Kandidatnummer: 10074

Emnekode: HSYK3003

Kull: 2017

Antall ord: 4523

Sammendrag Introduksjon

FN sitt andre bærekraftsmål for 2030 er å utrydde sult. Likevel er rundt 820 millioner mennesker i verden underernærte. Det er også 22% av alle barn under 5 år. Underernæring er en av hovedårsakene til barnedødelighet. I tillegg øker sjansene for utvikling av sykdom, infeksjoner og veksthemning, som etter hvert kan gi utfordringer på skolen. En av hovedårsakene til at barn er underernærte er kunnskapsmangel hos mødrene. Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan sykepleiere på offentlige sykehus i Namibia kan forebygge underernæring ved hjelp av veiledning.

Metode

For denne bacheloroppgaven ble det utført tre kvalitative semistrukturerte intervjuer og ustrukturerte observasjoner på to offentlige sykehus i Namibia. De ble utført på totalt tre avdelinger. Innsamling av data foregikk over en periode på ti uker. Innsamlet data ble senere analysert.

Resultater

Resultatene viser at sykepleierne som ble intervjuet på de aktuelle sykehusene har kunnskapen de trenger for å veilede mødrene, men blir møtt med utfordringer som underbemanning, tidspress under vaktene og mangel på ressurser. Mødrenes personlige utfordringer innen kunnskap, utdanning og økonomi bidrar også til at undervisningen blir vanskelig.

Konklusjon

Namibias sykepleiere har store utfordringer som påvirker deres mulighet til å veilede. De jobber under tidspress, har få ressurser og må se mødrenes personlige utfordringer. Det kreves at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap og at de mestrer å veilede. Tiltakene må kunne gjennomføres med hensyn til økonomi, ressurser og mødrenes situasjon. Egne observasjoner viser at praktisk veiledning fungerer, da det gjør utføringen mulig. Effekten av veiledningen kan bidra til at mødrene får nok kunnskap til å ernære barnet sitt riktig, og dermed forhindre underernæring.

Abstract

Introduction

The UN has a global goal to extinguish hunger by year 2030. Nevertheless, there are about 820 million people worldwide who are malnourished, and so are 22% of all children under the age of 5 years old. Malnutrition is one of the main reasons for child deaths globally, and it also increases the risks of illness, infections and lack of growth, which can cause problems for children later in life at school. One of the main reasons for malnourished children is lack of knowledge and education about nutrition amongst the mothers. The purpose of this study is therefore to elaborate how nurses can prevent malnutrition amongst children by counselling the mothers.

Method

Three qualitative semi structured interviews and several unstructured observations were done at two hospitals in Namibia. It was done in three pediatric wards. The data collection was done in a period of ten weeks. The collected data was later analyzed.

Results

The results show that the nurses who were interviewed at the hospitals had the knowledge needed to educate the mothers, but had challenges like understaffing, having lack of time during their shifts and lack of resources. The mothers though personal situations also a challenge for the quality of the counselling.

Conclusion

Nurses in Namibia face big challenges that affects their chances of giving sufficient counselling. They experience lack of time and resources and have to be considerate of the personal situation of the mothers. It demands that the nurses have enough knowledge and knows how to educate. Observations show that practical teaching is successful because it is possible to implement and also takes consideration of the mothers. The effect of counselling can therefore contribute to prevent malnutrition.

Introduksjon

FN sitt andre bærekraftsmål handler om å utrydde sult innen år 2030. Rundt 821 millioner mennesker ble regnet som underernærte i 2017, og 22% av alle barn under 5 år er underernærte (1). Underernæring blant barn er et stort problem i mellom- og lavinntektsland, og fattigdom er en av hovedårsakene (2). 2,6 millioner barn under 5 år dør hvert år og underernæring blir regnet som en hovedårsak. Det finnes ulike typer underernæring som stunting og wasting, men disse vil ikke bli gått inn på i oppgaven grunnet begrensning av ord (3). Konsekvensene av å ikke få tilstrekkelig næring er at man er ekstra utsatt for sykdom og infeksjoner, i tillegg til at kroppen og hjernen ikke utvikles slik den skal. Dette gir veksthemming og etter hvert dårligere prestasjoner på skolen (4).

Underernæring defineres som resultatet av mangelfullt inntak av protein og energi. Begrepet blandes ofte med begrepet feilernæring, da de henger tett sammen. Feilernæring er ernæringstilstanden hvor man har et feil sammensatt kosthold, som kan lede til underernæring. Underernæring vil oppstå over lengre tid hvor energiinntaket ikke har vært tilstrekkelig for kroppens behov (5). Under- og feilernæring regnes som viktige årsaker til barnedødelighet og svekket helse i voksen alder, og ifølge WHO kan en femtedel av verdens helseproblemer skyldes ufullstendig ernæring (6).

Namibia er et land i det sørlige Afrika. Landet regnes som et mellominntektsland, men er et av landene i verden med størst skjevfordeling av inntekt per innbygger (7). Landet er tynt befolket og har mange ulike stammer og etniske grupper. I Namibia lever 13,4% av innbyggerne i ekstrem fattigdom (8). FN definerer ekstrem fattigdom som å leve under 1,90 USD per dag (9). Det er et stort skille mellom svarte og hvite, og store deler av den fattige befolkningen jobber på landsbygda innenfor jordbruk. Landet har vært okkupert av både Sør-Afrika og Tyskland, og ble selvstendig i år 1990 (10).

Forskning gjort i et afrikansk land sør for Sahara viser at fattigdom har en stor innvirkning. Studien til Hoffman et. al. (2017) viste at barn i familier som bor i fattige områder med mangel på elektrisitet, sanitæranlegg og med generelt lav inntekt var mer utsatt for å bli underernært og dermed få en langsommere utvikling. Studien viste at å forbedre mødrenes kunnskap via utdanning ville bedret forholdene betydelig. I tillegg konkluderte studien med at fokuset på å forebygge underernæring var for lite, og at behovet for å arbeide med dette var stort (11). Dette ble også funnet i forskning gjort for studien til Labera et. al. (2017). Den viste at underernæring fortsatt er et stort samfunnsproblem i afrikanske land, og at en av faktorene som påvirket var utdanning og yrke hos mor (12). Land i Afrika sør for Sahara har store utfordringer, blant annet på grunn av lav utdanningskapasitet. De har også mangler på helsepersonell, da bare 3% av verdens beholdning av helsepersonell befinner seg i Afrika (13).

Med emnet HSYK304P fikk jeg muligheten til å gjennomføre praksis i Namibia. Praksisperioden varte i 10 uker. Etersom Namibia er et land med en befolkning hvor mange lever i fattigdom antok jeg at underernæring er et stort problem og en utfordring for helsevesenet. I løpet av praksisperioden var jeg på to offentlige sykehus i hovedstaden og hos en veldedighetsorganisasjon som deler ut mat til barn som lever i fattigdom. Sykehusene er i et område som er et såkalt «township», et begrep som stammer fra da Sør-Afrika fikk egne områder for mørkhudede mennesker (14). Disse erfaringene gjorde at jeg fikk bekreftet at underernæring er et stort problem.

Veiledning fra sykepleier

I studien til Labera et. al. (2017) gjort i det sørlige Afrika ble det konkludert med at underernæring er et stort problem i disse landene, og at en av årsakene er kunnskapsnivå hos mor. Studien konkluderte med at et viktig tiltak er at helsearbeidere gjør mer for å undervise og dermed bevisstgjøre mødrene. Den pekte også på strategier for å oppnå dette, blant annet grunnleggende utdanning og utdanning innen mor- og barnehelse. Data i studien var basert på spørreskjemaer og antropometriske målinger (12). En studie gjort av Kajjura (2019) et. al. viste at å undervise med praktisk undervisning om blant annet riktig utføring av hygiene og matlaging endret kunnskapsnivået hos mødrene. Dermed ble mødrene sin utførelse av å ernære barna sine bedre og tilstrekkelig. Studien viste en forbedring etter 3 måneder. I studien ble det også konkludert med at det var svært viktig at helsearbeidere fortsatte arbeidet med å promotere betydningen av blant annet håndhygiene før matlaging for mødrene. Denne studien baserte sine funn på blant annet ukentlige ernæringsopplæringer (15).

Ifølge Tveiten er det en nødvendighet at sykepleier som veileder har et faglig fundert innhold i veiledningen. Det innebærer å ha tilstrekkelig kunnskap om hva man formidler til den man veileder (16). Begrepet undervisning kan defineres som planlagt formidling av kunnskap. Hensikten med å veilede er blant annet å styrke mestringskompetansen innen ferdigheter knyttet til sykdom eller symptom. For at mottakerne av undervisningen skal få best mulig veiledning er det viktig at pasientene er engasjert og deltar aktivt. For å kunne tilrettelegge best mulig er det viktig å ta en vurdering på hvem pasienten er og hvilket behov vedkommende har. Faktorer å ta hensyn til er alder, hvilket kunnskapsnivå de er på, hvilket utdanningsnivå de har og hvilke forutsetninger pasientene har til å tilegne seg kunnskapen som gis (17).

Å skape en god dialog med pasientene kan spille en avgjørende rolle for pasientenes opplevelse av mestring og motivasjon. Opplevelsen av å bli sett og hørt styrker tilknytningen deres til helsepersonellet, og kan i tillegg styrke følelsen av selvbestemmelse (18). Når man er i en situasjon hvor helsetilstanden har endret seg trenger man ofte ny informasjon, og man trenger å utvikle nye ferdigheter og vaner. I tillegg trenger man motivasjon fra veileder. Som sykepleier som skal veilede mødre er det viktig å se pasienten, lytte og å stimulere til at pasienten gjør sitt beste. En veileder må kunne fremheve pasientens styrker og håp, og kunne hjelpe pasienten med å bli styrket som person i utviklingen og gjennomføringen (18, s.258). I løpet av praksis ble det klart at veiledning for å forebygge underernæring var det jeg ønsket å skrive om. Etter oppholdet utarbeidet jeg en problemstilling til denne prosjektbacheloren:

«Hvordan kan sykepleier forebygge underernæring ved veiledning til mødre på et offentlig sykehus i Namibia?»

Avgrensning av problemstilling

Artikkelen vil fokusere på veiledning til mødre med barn mellom 2-5 år. Aldersgruppen ble valgt basert på aldersgruppene forskningsartiklene jeg har benyttet meg av fokuserte på, i tillegg til alder på pasienter i praksis. De to første leveårene har blitt ekskludert fordi det innebærer amming, og grunnet begrensning av antall ord ville oppgaven da blitt for stor. Artikkelen vil fokusere på sykepleiere som jobber på sykehusene hvor datainnsamlingen ble gjort. Sykehusene er offentlige sykehus i en fattig del av byen, også kalt township. Felles for sykehusene er dårlig økonomi, få ressurser og dårlig kapasitet for antall pasienter.

Metode

I denne oppgaven ble det gjort et forsøk på å undersøke hvordan sykepleiere på et offentlig sykehus i Namibia veiledet mødre for å forebygge underernæring. Det ble utført tre semistrukturerte intervjuer på tre pediatriavdelinger på to ulike sykehus. Pediatriavdelingene var nokså like på de ulike sykehusene innen økonomi og ressurser. Det ble også utført flere ustrukturerte observasjoner på de samme avdelingene i sammenheng med praksis. Før intervjuene ble utført ble det gjort søk etter forskningsartikler som var relevante for tema. Det ble søkt etter forskning fra Namibia og andre land med likhetstrekk i økonomi, ressurser og politikk. Forskningsartiklene var med på å forme spørsmålene i intervjuet, samt hvor fokuset i oppgaven skulle være. Intervjuguide er lagt ved i oppgaven (Vedlegg 1). Intervjuguiden ble utformet ved hjelp malen til Dalland (19).

Valg av informanter

Informantene som ble valgt var tre sykepleiere som jobbet på pediatriavdelinger. Kravene for å være informant var at de hadde fullført tilsvarende norsk sykepleierutdanning, at de hadde minst 1 års erfaring og var ansatt på medisinsk pediatriavdeling for barn under 5 år. Bakgrunnen for kravene var å få rekruttert informanter som var best mulig kvalifisert. Alle informantene skrev under på et samtykkeskjema som inneholdt informasjon om prosjektbacheloren (Vedlegg 2).

Datainnsamling

Det ble vurdert at en kvalitativ forskningsmetode var best egnet for denne prosjektbacheloren da målet var å kunne ta utgangspunkt i erfaringene til sykepleierne. Metoden som ble benyttet for å samle inn data var semistrukturerte intervjuer og ustrukturerte observasjoner. Intervjuene hadde en intervjuguide å følge, men det var rom for at informantene fikk snakke om andre faktorer innenfor tema og at det ble stilt tilleggsspørsmål. Målet for intervjuene var å få en naturlig dialog og mest mulig informasjon om sykepleierens kunnskap om temaet, samt deres personlige erfaringer. Intervjuene ble gjort på pauserom o.l., da det ikke var muligheter for å bruke private rom. Dette førte til at det ble en del forstyrrelser underveis. Intervjuene ble gjort på engelsk, da det er Namibia sitt offisielle språk, samt det eneste felles språket mellom informant og studentene.

De ustrukturerte observasjonene ble gjennomført i praksis under læresituasjoner. Disse ble gjort for å få et helhetlig bilde av hvordan sykepleierne jobber og utøver sykepleie på avdelingen, for å kunne sette det som ble observert sammen med det som ble sagt under intervjuene. Det ble spurt om muntlig samtykke ved observasjoner, slik at det var mulighet for å si nei dersom de ikke ønsket dette. Det ble i tillegg ført logg etter hver vakt for å huske konkrete situasjoner som ble observert. Etter praksisslutt ble alle observasjoner og relevante deler fra loggboken samlet i et dokument. Det ble også tatt bilde av relevante plakater med informasjon på avdelingen (vedlegg 3). Det ble gitt muntlig samtykke av avdelingsleder før det ble tatt bilder.

Analysering av data

Svarene fra informantene ble skrevet ned underveis i intervjuet. Ettersom det er ulovlig å ta lydopptak ble teksten finskrevet i etterkant av intervjuet. Dette ble gjort samme dag for å få mest mulig helhet og å få tatt vare på inntrykkene fra intervjuene. Deretter ble de ferdige intervjuene gjennomgått flere ganger, for å få et bilde på hva som var mest relevant å fokusere på videre. Det ble valgt ut tre spørsmål som hovedfokus, da de gikk igjen i alle intervjuene med gode og utfyllende svar. I tillegg ble det valgt ut relevante sitater som vil bli brukt i artikkelen. Sitatene er bevart på informantens sitt språk som er engelsk.

Ethiske hensyn

Alle informantene som deltok gjorde dette frivillig. De signerte på forhånd et samtykkeskjema, med informasjon om hva de takket ja til. Skjemaet inneholdt også informasjon om at de når som helst kunne trekke sitt samtykke. I tillegg ble det utdypet muntlig dersom noe var uklart. Det har vært fokus på at intervjuene skal anonymiseres. Informant, avdeling og sykehus skal ikke bli nevnt eller kunne gjenkjennes i oppgaven. Informantene omtales derfor som A, B og C. Ingen andre har hatt tilgang på intervjuene.

Resultater

Etter å ha analysert data fra datainnsamlingen viste det seg at sykepleierne som deltok er bevisste på behovet for veiledning for å forebygge underernæring. De viste at de har kunnskapen som trengs for å kunne gi tilstrekkelig veiledning om riktig ernæring i tråd med Namibia sine nasjonale retningslinjer. Det er flere faktorer som gir store utfordringer i gjennomføring av nødvendig veiledning, som målgruppen som skal veiledes, rammefaktorene rundt veiledningen og selve utførelsen. I denne oppgaven inngår faktorene tid, sted og sykepleierens kunnskapsnivå i rammefaktorer. Under ressurser inngår tilgjengelige midler og bemanning. Basert på dette er resultatene delt inn i tre kategorier: «målgruppen», «ressurser» og «rammefaktorer». De blir oppdelt for å fremheve de ulike utfordringene hver for seg.

MÅLGRUPPEN

Målgruppen for veiledning er mødrene som har barn under 5 år. Aldersgruppen er satt til under 5 år fordi det kom frem i intervjuene at de minste er mest utsatt for å bli underernærte. Målgruppen er en utfordring fordi mangel på kunnskap blant mødrene blir nevnt som en hovedårsak til hvorfor underernæring oppstår. Kunnskapsmangel blir pekt på som en sammenhengende årsak med at mødrene har dårlig økonomi og lav eller ingen utdanning. Det ble også nevnt at det undersøkes hvilken bakgrunn mor har for å kunne kartlegge situasjonen og hvilken veiledning som trengs.

Informant A: Some of the mothers need to be lectured about cooking, hygiene and nutrition. They don't have knowledge about what food to give to their children and the children don't get a balanced diet. We also teach the importance of hand hygiene before cooking, but some don't have clean water.

Kartlegging var viktig for informant B, da dette ga henne et bedre utgangspunkt enn om hun ikke kjente pasienten på forhånd.

Informant B: We try to have proper conversations with the mothers. We ask them about family history and their background information like economy, religion and education.

Informant C: We invite their mothers to be educated about right diet and what food and drinks to give to their children because many of them don't know.

RESSURSER

Alle informantene sa at ressurser hos mødrene er en stor utfordring, da svært mange ikke har nok penger til å gjennomføre de rådene som blir gitt.

Informant A: *I consider it to be a big problem in general, not only in those who are admitted to hospital. The main reason is that people are poor. They cannot afford proper food for their families and children are eating the same food every day.*

Informant B: *I'd say the main reason for malnutrition is poverty. Children need food that gives a balanced diet and the parents cannot give them that when they don't have the money.*

Informant C: *The people are poor so they cannot afford the right food and also not enough food. Their parents cannot afford it.*

Informant B påpekte at det ikke hjelper å komme med råd om riktig ernæring når mødrene ikke har midlene til å skaffe riktig mat.

We teach about what foods to give your child, but many cannot afford to do as we say, so the child ends up being malnourished.

RAMMEFAKTORER

Det ble ikke oppgitt noen spesifikke rutiner på hvordan undervisningen foregikk, bare at det undervises. Det kom frem at de har mangel på tid til å få en optimal gjennomføring.

Informant A: *We invite for checkups with them and the children. It is important to follow up on everyone, not just the ones who are admitted and can access information at the ward.*

Informant B: *We teach and educate every day but there is often little time.*

Tidspress gikk igjen hos alle informantene.

Informant C: *There is very little time for information, but we try to do some when the children get food. Sometimes there can be group sessions to educate many at the same time, where we teach everyone in the same room.*

Diskusjon

Hensikten med dette prosjektet var å undersøke hvordan sykepleiere kan forebygge underernæring hos barn ved bruk av veiledning på to offentlige sykehus i Namibia. Prosjektet viste at sykepleierne som deltok kjente til retningslinjer og at de var bevisste på behovet for veiledning. Resultatene i prosjektet viste at underbemanning, tidspress og den personlige situasjonen til mødrene gir veiledningen store utfordringer. Disse utfordringene påvirker både kvalitet av veiledning og gjennomføringen av den, som påvirker mødrenes forståelse av hva som blir undervist om.

Hvem mottar veiledningen?

Veiledningen fra sykepleierne gis i hovedsak til barnas mødre. I noen få tilfeller observerte vi at omsorgsgiver til barnet var en tante, bestemor etc. Egne observasjoner og intervjuer viste at mødrene sin personlige situasjon er en stor utfordring. Mange av dem er unge, har lite eller ingen utdanning og har manglende kunnskap om ernæring for barnet sitt. At disse faktorene spiller en stor rolle for veiledning støttes av tidligere forskning. Studien til Hoffman så på sammenhengen mellom underernærte barn og faktorer som forårsaket dette, og konkluderte med at det var en betydelig høyere risiko hos mødrene som hadde lav utdanning og lav inntekt. Egne observasjoner som ble gjort viste at flere av mødrene ikke visste om kunnskapen som ble gitt av sykepleierne, og ofte forsto de heller ikke det som ble sagt.

En annen utfordring er mødrenes økonomiske situasjon. Det blir vanskelig å gi god veiledning når sykepleierne gir informasjon i tråd med retningslinjene og mødrene ikke har økonomisk mulighet til å skaffe riktig og nok mat til barna sine. Under intervjuene fortalte informant B at hun pleide å spørre mødrene om deres situasjon før veiledning, for å få innsikt i hvordan hun skulle veilede og hva veiledningen skulle inneholde. Dette bidro til at mødrene forsto mer og tilegnet seg ny kunnskap, fordi det ble tilrettelagt deres situasjon. Å ikke ta seg tid til å bli kjent med mødrene på forhånd kan gjøre at innholdet blir feil for den enkelte kvinne, og resultere i at informasjonen ikke blir lært bort riktig. Likevel er det mulig å forstå hvorfor noen sykepleiere ikke prioriterer dette, da egne observasjoner viste et stort tidspress. I en studie fra Malawi, av Johansson et. al., fant at mødrenes evne til å kjøpe mat er et stort problem, men fant en ressurs i at de hadde mulighet til å dyrke mat som ga tilstrekkelig næring, dersom de fikk veiledning i hvordan(20). Dette kunne vært et tema i veiledning for mødre i Namibia, siden flesteparten av den fattige delen av befolkningen jobber med jordbruk, samt produserer for eget forbruk (10). Kunnskap om jordbruk er ikke nødvendigvis nyttig for pasienter som er bosatt i slumområder, da det ofte er liten plass og et lite egnet miljø for jordbruk. Det kan derimot være svært nyttig for de som er bosatt på landsbygda, noe mange av pasientene på township-sykehusene er.

Hvilke rammefaktorer må sykepleierne forholde seg til?

Rammefaktorene som sykepleierne må forholde seg til har en klar påvirkning på hvordan veiledningen og utfallet av den blir. I en studie fra Malawi (2011) viste det seg at sykepleierne som deltok mente at undervisning var det viktigste tiltaket for å forebygge underernæring hos barn. I denne studien kom det også frem at sykepleierne så viktigheten av at deres egen kunnskap var god nok for å kunne veilede riktig. Studiens datainnsamling er basert på intervjuer (20). En viktig faktor er om sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap om tema de skal veilede om. Namibia har nasjonale retningslinjer som gir utfyllende informasjon om hva sykepleierne skal ha kunnskap om før de bør veilede mødre om ernæring for små barn (21). Informantene som deltok i min oppgave opplyste om at de var orientert med hva retningslinjene innebar, men de var usikre på hvorvidt alle ansatte var like oppdatert. Et eksempel på veiledende informasjon fra Ministry of Health and Social Services på det ene sykehuset er lagt ved i oppgaven (Vedlegg 3). Å gjennomføre internundervisning på avdelingen kunne bidratt til at flere hadde den samme kunnskapen og dermed få flere sykepleiere til å veilede riktig. På en annen side kan det være vanskelig å gjennomføre internundervisning på en avdeling som allerede er under høyt tidspress. Da er det viktig at alle ansatte vet hvor de kan finne denne kunnskapen og informasjonen på egen hånd, da det ikke var alle som visste hvor på avdelingen det finnes.

En annen betydelig faktor er tid. Alle informantene sa at tidspress var en stor utfordring, da de følte at de ikke hadde nok tid til å gjennomføre veiledning. Egne observasjoner bekreftet at det var lite tid til overs for veiledning. Informant C fortalte at de prøvde å veilede mens barna fikk mat, men observasjoner viste at svært få sykepleiere gjennomførte dette i praksis. Det var også problematisk å finne et egnet sted for veiledning. Det er ikke tilgang på enerom for noen av pasientene på disse avdelingene, og det er heller ingen andre rom som kan benyttes til undervisning for hver enkelt kvinne. Dette resulterte i at veiledningen foregikk ved sengen til barnet, i et rom med opp til femten andre. Ifølge informantene var det ikke noe system på hvem som veiledet og når, da det ble gjort når det passet. Å ha en rutine på veiledningen kunne vært med på å styrke kvaliteten på veiledningen, men det kan være vanskelig å innføre en slik rutine på en så travel avdeling.

Hvordan tilrettelegge for at veiledningen skal bli tilstrekkelig?

For at veiledningen skal være tilstrekkelig må nivået tilpasses mødrene. Informantene sa at det ikke var nok tid til å gjennomføre veiledning for alle mødrene på avdelingen. Ettersom tidspress er et stort hinder for sykepleierne, kunne det blitt forsøkt gruppeveiledning. I en gruppe vil én sykepleier nå ut til flere samtidig, og dermed spare tid. Når man er samlet i en gruppe, kan man dele erfaringer og reflektere rundt temaer sammen. Et slikt fellesskap kan avdramatisere og styrke følelsen av at man ikke er alene (16). Det ble gjort flere observasjoner av at mødrene på samme rom snakket sammen og delte tanker og erfaringer rundt situasjonen. Informant C fortalte at det av og til ble utført gruppeveiledning, men dette ble ikke observert i løpet av praksisperioden. På en annen side kan gruppeveiledning gi utfordringer. Ettersom svært mange av mødrene har et lavt utdanningsnivå og snakker forskjellige språk, vil det trolig være mest gunstig å gjennomføre veiledning en til en. Da vil sykepleier kunne rette veiledning mot hver enkelt mor og dermed tilpasse den. Som informant B sa, foretrekker hun dette da hun får muligheten til å bli kjent med kvinnens situasjon, noe hun ikke får gjort like godt i en gruppe.

Målet til sykepleierne er at de skal gjennomføre veiledning som resulterer i at mødrene kan ernære barnet sitt i den grad at underernæring uteblir. For å kunne gjennomføre dette er det viktig å veilede slik at mor forstår. En av de største utfordringene som ble observert er språk. Namibia sitt offisielle språk er engelsk, men store deler av befolkningen snakker forskjellige stammespråk (10). Det ble observert på avdelingene at det flere ganger ikke var et felles språk mellom sykepleier og mor, og det ble vanskelig å gjennomføre veiledning. Språkutfordringene gjør også at det oppstår spørsmål om hvorvidt mor har forstått det som blir sagt eller ikke, og det er vanskelig å kontrollere hva som oppfattes og ikke. I tillegg foregår veiledningen i et rom med svært mange andre kvinner og barn, noe som fører til mye bakgrunnsstøy som kan gjøre det enda vanskeligere å oppfatte det som blir fortalt. Egne observasjoner viste at disse forstyrrelsene også svekket konsentrasjonsevnen til kvinnene som ble veiledet.

I studien fra Malawi ble det konkludert med at nøkkelen til å lykkes med veiledningen var å ha et tydelig budskap som var enkelt for mottaker å forstå, samt praktiske demonstrasjoner (20). Å gjennomføre praktiske demonstrasjoner viste seg også å være avgjørende i studien til Kajjura (15). Dersom flere gjennomfører veiledning ved måltider slik som informant C fortalte om, vil det være mulig å bruke maten de får til praktisk veiledning. Sykehuset er et såkalt township, som blant annet innebærer dårlig økonomi. Derfor er maten som gis til pasientene nokså billig, og kan derfor være aktuell for mødrene å kunne bruke selv. Det kan også brukes plakater og bilder i veiledning, da det gir mulighet til å veilede uten å ha muntlig språk som hovedfokus. Dette gjør at dersom språket er et hinder, vil det fortsatt være mulig for mottaker å forstå. På sykehuset ble det observert flere plakater med bilder av ulike typer mat som ga god og tilstrekkelig næring for barn i ulike aldersgrupper. Dette gjorde det mulig for kvinner å forstå, til tross for at de ikke hadde et felles språk med sykepleier. Å bruke plakater og bilder er i tillegg lite økonomisk belastende for sykehusene, i tillegg til at det sparer tid for sykepleierne. Ulempen med denne veiledningsmetoden er at man ikke kan kontrollere nøyaktig hva kvinnen har forstått og om noe enda er uklart.

Styrker og svakheter

Denne bacheloroppgaven har flere styrker. En av de er at datainnsamlingen er utført i Namibia, et land hvor underernæring er et stort problem og dermed veldig relevant tematikk. En annen styrke er at forskningsartiklene som er benyttet i artikkelen er gitt ut senest i 2017, som gjør forskningen relevant i nåtid. Det er også en styrke at det i tillegg til å utføre intervjuer har blitt gjort ustrukturerte observasjoner i praksis, fordi det gir mer helhetlig bilde enn hva intervjuene alene kunne gi informasjon om. Det har bidratt til at vi har fått en bedre forståelse for temaet og et større innblikk i hvordan veiledningen foregår.

Ettersom bacheloroppgaven er utført i Namibia var det en helt ny kultur å sette seg inn i. Det kan være vanskelig for noen som ikke kjenner til kulturen å forstå alt som gjøres og sies, og det kan derfor hende at svarene i intervjuene ikke ble tolket fullstendig slik de opprinnelig var ment. En annen svakhet er at intervju og ustrukturerte observasjoner bare har blitt gjort på to sykehus, så resultatene kan derfor ikke generaliseres til hele Namibia. I tillegg ble det kun intervjuet tre sykepleiere på sykehusene, som er svært få sammenlignet med hvor mange sykepleiere som jobber på avdelingene og i Namibia generelt. Ettersom praksis varer i 10 uker og man hadde et begrenset antall uker på pediatri, kan heller ikke observasjonene nødvendigvis sies å være slik veiledning gjøres på daglig basis. En annen svakhet er at det under intervjuene forekom en del forstyrrelser og bråk, da det ikke var mulig å bruke private rom. Andre ansatte kom inn på rommene og begynte å svare på spørsmålene, noe som av og til påvirket det informanten sa videre.

Metodediskusjon

I metode for å samle inn data til denne oppgaven ble det gjennomført tre semistrukturerte intervjuer og flere ustrukturerte observasjoner. Jeg synes antall spørsmål passet bra og at jeg fikk svar på det jeg lurte på. Siden intervjuene var semistrukturerte var det også mulig for informantene å ta opp ting utenom spørsmålene de mente var viktige, som ga gode svar. Det skulle gjerne vært flere informanter, da jeg synes tre var litt lite. Det var vanskelig å finne sykepleiere som var villig til å delta, da kriteriene fra deltakelse ekskluderte mange ansatte. Kravene var minst ett års erfaring, at de hadde utdanning tilsvarende en bachelor i Norge og at de var ansatt på en pediatriavdeling. De tre informantene som stilte opp sa mye likt og derfor ønsket jeg å intervju flere, men på en annen side ble datainnsamlingen mer oversiktlig da svarene ikke spriket mye.

Konklusjon

I Namibia blir sykepleierne møtt med store utfordringer som gjør det vanskelig å gjennomføre tilstrekkelig veiledning. Sykehuset har få ressurser, vaktene bærer preg av tidspress og det er mangel på rutiner for veiledning. I tillegg gjør mødrener personlige situasjon innen kunnskapsnivå, språk og økonomi det vanskelig. Å gjennomføre tilstrekkelig veiledning krever at kunnskapsnivået hos sykepleiere er tilfredstillende, og at de mestrer å veilede. De namibiske retningslinjene burde bli brukt i større grad på avdelingen, slik at samtlige sykepleiere vet hva de innebærer og kan bruke innholdet når de veileder. Dette er effektivt for både ressursene og økonomien. Observasjoner viser at praktiske veiledninger fungerer, og det støttes også av flere studier. Det møter lave krav om utdanning hos mødrener og gjør språkbarrieren betydelig mindre. Disse faktorene kombinert kan bidra til at mødrener får den kunnskapen de trenger for å ernære barnet sitt riktig, slik at underernæring kan forhindres.

REFERANSELISTE

1. United Nations. Goal 2: Zero Hunger – United Nations Sustainable Development [Internett]. 2020 [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/>
2. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, mfl. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. 19. januar 2008;371(9608):243–60.
3. Malnutrition in Children [Internett]. UNICEF DATA. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
4. Lund IK. Ernæring [Internett]. Redd Barna. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/noedhjelp/slik-driver-vi-noedhjelp/ernaering>
5. Sjøen RJ, Thoresen L. Sykepleierens ernæringsbok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
6. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforl.; 2010.
7. FR298.pdf [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR298/FR298.pdf>
8. Ekstrem fattigdom [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Statistikk/Ekstrem-fattigdom>
9. Ekstrem fattigdom [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Statistikk/Ekstrem-fattigdom>
10. Namibia [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Land/Namibia>
11. Hoffman D, Cacciola T, Barrios P, Simon J. Temporal changes and determinants of childhood nutritional status in Kenya and Zambia. *J Health Popul Nutr*. desember 2017;36(1):27.
12. Abera L, Dejene T, Laelago T. Prevalence of malnutrition and associated factors in children aged 6–59 months among rural dwellers of damot gale district, south Ethiopia: community based cross sectional study. *Int J Equity Health*. desember 2017;16(1):111.
13. Ingstad K. Sosiologi i sykepleie og helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2013.
14. Sør-Afrika [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <https://www.fn.no/Land/Soer-Afrika>
15. Kajjura RB, Veldman FJ, Kassier SM. Effect of Nutrition Education on Knowledge, Complementary Feeding, and Hygiene Practices of Mothers With Moderately Malnourished Children in Uganda. *Food Nutr Bull*. juni 2019;40(2):221–30.
16. Veiledning - mer enn ord. Fagbokforlaget; 2019.
17. Tveiten S. Helsepedagogikk pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforl.; 2016.
18. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner personorientering, samhandling, etikk. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
19. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal akademisk; 2017.
20. Johansson M, Nyirenda JL, Johansson A, Lorefält B. Perceptions of Malawian Nurses about Nursing Interventions for Malnourished Children and Their Parents. *J Health Popul Nutr*. 20. februar 2012;29(6):612–8.
21. a1f5e146-e550-43de-a816-d6cae9c1e929.pdf [Internett]. [sitert 21. mai 2020]. Tilgjengelig på: <http://www.mhss.gov.na/documents/119527/364677/Namibia+Standard+Treatment+Guidelines+2011.pdf/a1f5e146-e550-43de-a816-d6cae9c1e929>

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. How long have you worked as a nurse?
2. Do you consider malnutrition to be a problem in Namibia in general or especially children admitted to hospital?
3. What are considered the main reasons for malnutrition amongst children in Namibia?
4. What are the main complications to malnutrition?
5. At what age are children in Namibia at the biggest risk of suffering from malnutrition?
6. Do you know how many children (percentage) develop malnutrition during admittance to hospital?
7. What are the symptoms of malnutrition that you look for?
8. What do you as a nurse do to prevent malnutrition?
9. What do you as a nurse do to treat malnutrition once occurred?
10. How do you as a nurse lecture the mothers about how to prevent malnutrition?

Vedlegg 2
Samtykkeskjema

Students name:

Students school:

Background for interview: We are in Namibia for our practical studies. During this time, we are going to collect information for our final bachelor essay, in the last year of our nursing education. Our theme for the bachelor essay is malnutrition among children in hospital, and what nurses can do to prevent it.

Why you are asked to participate: We presume that you have knowledge about malnutrition, and we think you will be able to help us getting information about the theme.

Methods:

We will have an interview with 3-5 different people where we write down the answers. There will not be done any voice recordings. The results will only be used for our bachelor essay.

Privacy, anonymity and confidentiality: We assure that the privacy, anonymity and confidentiality of information identifying you and your patients will be strictly maintained. We will keep all medical information and description confidential. Anyone who is not involved with the assignment will not have access to your answers.

Right not to participate and withdraw: Your participation in the interview is voluntary, and you have the right to decide for or against your participation. You can withdraw from the interview without any consequences, also after it is done.

Your signature on this form of consent indicates your agreement to participate. You will be given a copy of this form to keep. The second signed form will be kept by us.

Thank you for your cooperation

I have read this form and all of my questions about the interview have been answered. I agree to be a participant in the interview.

Signature of participant

Date

Signature of witness

Date

Vedlegg 3
Plakat fra sykehus

| 10 STEPS PROTOCOL FOR THE IN-PATIENT MANAGEMENT OF SEVERELY MALNOURISHED CHILDREN | | | |
|---|---|---|--|
| STEP | PREVENTION | WARNING SIGNS | IMMEDIATE ACTION |
| <p>1. Treat or prevent Hypoglycemia (Low blood sugar) Hypoglycemia is a blood glucose <3mmol/L</p> | <p>For all children:- 1. Feed straightaway and then every 2-3 hours, day and night 2. Encourage mothers to watch for any deterioration, help feed and keep child warm.</p> | <p>1. Low temperature (hypothermia) noted on routine check. 2. Lethargy, Irritability and loss of consciousness. 3. Child can become drowsy.</p> | <p>Perform Dextrostix test on admission, before giving glucose or feeding. If hypoglycemia is suspected and no dextrostix are available or if it is not possible to get enough blood for test, assume that the child has hypoglycemia and give treatment immediately without laboratory confirmation.</p> <p>If conscious: 1. Give a bolus of 10% glucose (50ml) or sugar solution (1 rounded teaspoon sugar in 3 tablespoons of water). Bolus of 10% glucose is best, but give sugar solution or F75 formula rather than wait for glucose. 2. Start feeding straightaway. Feed 2 hourly (12 feeds in 24 hours). Use feed chart to find amount to give and feed every 2-3 hours day and night. If unconscious, give glucose IV (50ml of sterile 10% glucose), followed by 50 ml of 10% glucose or sucrose by NG tube.</p> |
| <p>2. Treat or prevent Hypothermia (Low temperature) Hypothermia is a rectal temperature <35.50C (95.90F) or an underarm temperature <350C (950F).</p> | <p>For all children:- 1. Feed straightaway and then every 2-3 hours, day and night. 2. Keep warm. 3. Use the kangaroo technique, cover with a blanket. Let mother sleep with child to keep child warm. 4. Keep room warm, no draughts. 5. Keep bedding/clothes dry. Dry carefully after bathing (do not bathe if very ill). 6. Avoid exposure during examinations, bathing. 7. Use a heater or incandescent lamp with caution, do not use hot bottle water or fluorescent lamp.</p> | <p>Low temperature NOTE: Hypothermia in malnourished children often indicates coexisting hypoglycemia and serious infection.</p> | <p>Take rectal temperature on admission. (Ensure thermometer is well shaken down). If the rectal temperature is below 35.50C: 1. Feed straightaway (or start hydration if needed). 2. Re-warm. Put the child on the mother's bare chest (skin to skin contact) and cover them, OR clothe the child including the head, cover with a warmed blanket and place a heater or lamp nearby. 3. Feed 2-hourly (12 feeds in 24 hours). Monitor during re-warming. Take rectal temperature every two hours: stop re-warming when it rises above 36.50C Take every 30 minutes if heater is used because the child may become overheated.</p> |
| <p>3. Treat or prevent dehydration (Too little fluid in the body)</p> | <p>When a child has watery diarrhoea, give ReSoMal between feeds after each loose stool. As a guide, give 50-100ml after each watery stool if child is aged <2 years, or 100-200ml if aged 2 years or older.</p> | <p>Profuse watery diarrhoea, thirst, hypothermia, sunken eyes, weak or absent radial pulse, cold hands and feet, reduced urine output. DO NOT GIVE IV FLUIDS EXCEPT IN SHOCK (see separate protocol for treating shock) If dehydrated: 1. Give ReSoMal 5ml/kg every 30 minutes for 2 hours (orally or by nasogastric tube) 2.</p> | <p>DO NOT GIVE IV FLUIDS EXCEPT IN SHOCK (see separate protocol for treating shock) If dehydrated: 1. Give ReSoMal 5ml/kg every 30 minutes for 2 hours (orally or by nasogastric tube) 2. Then give 5-10ml/kg in alternate hours for up to 10 hours (i.e. give ReSoMal and F75 formula in alternate hours). Use Initial Management Chart. 3. Stop ReSoMal when there are 3 or more hydration signs, or signs of over-hydration. Monitor during re-hydration for signs of over-hydration: increasing pulse and respiratory rate, increasing oedema and puffy eyelids. Check for signs at least hourly. Stop if pulse increases by 25 beats/minute and respiratory rate by 5 breaths/minute.</p> |
| <p>4. Correct electrolyte imbalance (Too little potassium and magnesium, and too much sodium)</p> | <p>1. Use ReSoMal and F75 formula as these are low in sodium. 2. Do not add salt to food introduced during the rehabilitation phase.</p> | <p>Oedema develops or worsens.</p> | <p>Follow feeding recommendation, as well as recommendation or prevention or treatment of dehydration: Extra potassium (mmol/kg body weight) and magnesium (0.6mmol/kg) are important. For potassium, add CMV or electrolyte/mineral solution or 10% potassium chloride solution to feeds and to prepare ReSoMal. If these are unavailable, give crushed Slow K ½ tablets/kg body weight daily. For magnesium, add CMV or electrolyte/mineral solution to feeds and to ReSoMal. NOTE: Potassium and magnesium are already added in ready to dilute F75 and F100 packets.</p> |
| <p>5. Treat infections</p> | <p>1. Keep malnutrition ward in a separate room 2. Reduce overcrowding if possible. 3. Wash hands before preparing feeds and before and after dealing with any child. 4. Give measles vaccine to unimmunized children over 6 months of age. 5. Good nursing care</p> | <p>NOTE: The usual signs of infection, such as fever, are often absent so assume all severely malnourished children have infection and treat with antibiotics. Hypothermia and hypoglycaemia are signs of severe infection. NOTE: ensure all doses are given. Give them on time.</p> | <p>Starting on the first day, give broad-spectrum antibiotics* to all children. 1. If the child has no complications, give: Cotrimoxazole 5 ml paediatric suspension orally twice a day for 8 days OR 2. If the child is severely ill (apathetic, lethargic) or has complications (hypoglycaemia, hypothermia, low skin turgor, respiratory tract or urinary tract infection) give oral ampicillin AND gentamicin. Ampicillin: 50mg/kg IM/IV 6-hourly for 2 days, then oral ampicillin 15mg/kg 4-hourly for 5 days or if ampicillin is not available continue with ampicillin but give orally. 50mg/kg 6-hourly Gentamicin: 7.5mg/kg IM/IV once daily for 7 days In addition, give Metronidazole according to national policy If a child fails to improve after 48 hours ADD chloramphenicol 25mg/kg 8 hourly 8th to 11 day. * Should be in line with national policy. For parasitic worms (helminthiasis, whipworm) treatment should be stopped until the rehabilitation phase. For children over 2 years: Give Albendazole (400 mg, single dose) and Mebendazole (500mg orally twice a day for three days). For children under 2 years: Give pyrantel (10 mg/kg, single dose) or ocarbazone with pyrantel or piperazine.</p> |
| MANAGEMENT | | | |