



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Pneumoni - førebyggjande tiltak hos
nyfødde i Zambia

Annette Kalland

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitskap/sjukepleie Førde

Rettleiar: Danuta Teresa Zablotna

Innleveringsdato: 01.05.2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Samandrag

Tittel

Pneumoni – førebyggande tiltak hos nyfødde barn i Zambia

Bakgrunn

Globalt dør 8,8 millionar barn årleg, før dei er fylt fem år. Minst to av tre barndødsfall kan førebyggast (World Health Organization, 2010; United Nations Children's Fund, 2010). I Zambia er 1 av 3 barnedødsfall forbunde med pneumoni (Ministry of Community Development & Mother and Child Health, udatert). Eiga erfaring tilseier at pneumoni sjeldan førekjem hos spedbarn i Noreg, men tar derimot livet frå mange barn i Afrika. Spørsmålet vart då kvifor dette er ei stor utfordring i Afrika, og kva som kan gjerast for å redusere mortaliteten grunna pneumoni.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar førebygge pneumoni hos nyfødde barn i Zambia?

Framgangsmåte

Denne oppgåva er utført som eit litteraturstudie som er basert på både fagleg- og forskingsbasert kunnskap. Etter å ha tileigna meg erfaringa frå praksis i Zambia, vil eg også belyse nokre av desse.

Oppsummering

Under- og feilernæring er klare risikofaktorar for å utvikle pneumoni. Kunnskapen om morsmjølk og amming er hos nokre mangelfull. Hos dei som har god kunnskap om ernæring av nyfødde, samsvarar ikkje dette nødvendigvis med kva som vert gjort i praksis. Mortaliteten grunna pneumoni er høgare blant barn som ikkje vert amma versus barn som blir amma. Ved at informasjon og rettleiing blir gitt om fordelane ved amming, vil truleg mange barn unngå underernæring og dermed vere betre rusta mot pneumoni. Helsefasilitetane er utilstrekkeleg bemanna, har for lite tilgjengeleg utstyr og personalet si vurdering av symptom og behandling er ufullstendig, noko som kan få alvorlege konsekvensar for det sjuke nyfødde barnet.

Nøkkelord

- Pneumoni
- Førebygge
- Nyfødt
- Zambia

Innhald

1 Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensingar.....	2
1.3 Definisjonar	2
2 Metode	3
2.1 Val av metode.....	3
2.1 Søkeprosess etter forskning	3
2.2 Søkeprosess etter anna litteratur.....	4
2.3 Kjeldekritikk.....	4
3 Teori.....	5
3.1 Pneumoni	5
3.2 Ernæring.....	5
3.4 Helsefremjande og førebyggande arbeid.....	6
3.5 Globale utfordringar.....	6
3.6 Kultur	7
3.7 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori.....	7
3.8 Lover og retningslinjer.....	8
4 Resultat.....	9
5 Drøfting.....	12
5.1 Behov for kunnskap om ernæring.....	12
5.2 Behov for informasjon.....	13
5.3 Kulturelle utfordringar i det førebyggande arbeidet	14
5. 3 Utfordringar på systemnivå.....	15
6 Konklusjon	17
Referansar	18

1 Innleiing

Globalt dør 8,8 millionar barn årleg, innan dei er fylt fem år. Meir enn 40% av dei dør innan dei 4 første vekene i livet. Minst to av tre tilfelle av barsedødsfall kan førebyggast (World Health Organization, 2010; The United Nations Children's Fund, 2010). Fattigdom er underliggende årsak til at mange mødrer, nyfødde og barn dør. Fattige familiar har meir enn dobbelt så stor risiko for å dø enn velstående familiar. Fattigdom påverkar menneskjer si helse på fleire måtar. Dårlig kosthald og liten, eller periodevis ingen tilgang til mat aukar risikoen for sjukdom og underernæring. Vidare redusera fattigdom sjansen for at menneskjer oppsøker helseteneste og går dermed glipp av rettleiing og informasjon som kan førebygge sjukdom (WHO, 2010; UNICEF, 2010). I Zambia er 1 av 5 barsedødsfall forbundet med pneumoni (Ministry of Community Development & Mother and Child Health, udatert., s. 1).

Pneumoni hos barn mellom 3 veker og 3 månadar skyldast ofte bakterie (Legevakhåndboken, udatert). Hos små barn kan rask respirasjon vere einaste teiknet på pneumoni. (Legevakhåndboken, udatert). Symptom ved pneumoni utviklar seg ofte raskt og barnet er generelt medtatt fordi lungeinfeksjonen ofte er ledd i ein sepsis (Grønseth & Markestad, 2013, s. 241). Manglande helsepersonell er ei global utfordring, og råkar spesielt Afrika (Ingstad, 2014).

Zambia er eit land som er under utvikling og store delar av befolkninga er prega av fattigdom. Den gjennomsnittlege bruttoinntekta per innbyggjar er 1500 USD, som tilsvara omtrent 12 000 norske kroner (kr). Dette resulterer i at 64,2% lev under 10 kr om dagen (Norad, 2017).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Etter å ha starta i deltidsstilling på nyfødt avdeling vakna interessa for å arbeide med dei minste menneskja i befolkninga. Å arbeide med nyfødde barn som av ulike grunnar får ein litt tøffare start på livet, gir meg noko heilt spesielt. På bakgrunn av dette var val av pasientgruppe til denne oppgåva enkel å velje. Å fordjupe meg i denne pasientgruppa vil også vere nyttig for meg for vidare arbeid på nyfødd avdeling. Sidan store delar av siste semester og siste praksis vart gjennomført i Zambia var det naturleg å skrive om noko relatert til denne praksisen. Før avreise utførte eg nokre enkle søk på internett og eg fann fort ut at pneumoni, som av eiga erfaring sjeldan førekjem hos dei minste barna her i Noreg, derimot tar livet frå mange barn i Afrika. Eg stilte meg då spørsmål om kvifor det er slik at dette er ei stor utfordring i Afrika, i forhold til i Noreg, og kva som kan bli gjort annleis i Zambia for å førebygge at så mange barn vert råka av pneumoni.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensingar

Gjennom litteraturstudie som metode og egne erfaringar vil eg på systemnivå og individnivå ta føre meg følgjande problemstilling:

«Korleis kan sjukepleiar førebygge pneumoni hos nyfødde barn i Zambia?»

For å avgrense oppgåva har eg valt å fokusere på barn i neonatalperioden. Eg vil inkludere barn som er fødd i familiar med både låg og god økonomisk status. Med tanke på førebygging vil eg spesielt ta føre meg ernæring som risikofaktor for å utvikle pneumoni, kulturen i Zambia og utfordringar på systemnivå som ressursar, kompetanse og økonomi. Eg tar føre meg andre førebyggande tiltak, men vel å ikkje gå like mykje i djupna på desse.

1.3 Definisjonar

Pneumoni – lungebetennelse. Pneumoni er ein betennelse i lungevevet. Namnet brukast oftast om betennelse som er forårsaka av infeksjon med bakterie eller virus, men det kan også sjåast betennelses forandringar i lungevevet ved andre ikkje-infeksiøse sjukdommar (Skjønberg, 2017)

Førebygge - førebyggande medisin, tiltak som er basert på medisinsk kunnskap for å førebygge sjukdom eller for å sikre ein god helsetilstand. Førebyggande arbeid vil sei at ein tar utgangspunkt i risikofaktorar og søker å redusere verknaden av desse, slik at sannsynet for og konsekvensane av etterfølgjande sjukdom reduserast. Kunnskapsformidling er ikkje nok for å endre praksis. Eit viktig supplement er å stimulere til oppbygging av sosiale miljø som fremjar førebyggande arbeid (Braut & Larsen, 2017).

Nyfødt - nyfødt perioden reknast som første levemånad (Lie , 2018).

Neonatalperiode – den vanlegaste definisjonen på neonatalperiode hos menneskjer er dei fire første levevekene (Lie, 2018)

Zambia – ein republikk i Sør-Afrika. Zambia er ifølge grunnlova eit kristent land og 87% av befolkninga tilhøyrar forskjellige kristne trusretningar. Zambia er eit av dei mest urbaniserte landa i Afrika, der 39,2% bur i byar (Hem, 2017).

2 Metode

2.1 Val av metode

Metoden er reiskapen vi brukar når noko skal undersøkast og hjelp oss samle inn den informasjonen vi treng til undersøkinga (Dalland , 2017, s. 52). Metoden fortel noko om korleis ein har gått til verks for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Grunnlaget for val av metode er at ein meina at nettopp den metoden eignar seg best for belyse valt problemstilling (Dalland , 2017, s. 51).

Denne oppgåva er utført som eit litteraturstudie som er basert på både fagleg- og forskingsbasert kunnskap. Ei litterær oppgåve henta data frå allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori (Dalland , 2017, s. 207). I denne oppgåva har eg brukt både kvalitative og kvantitative studiar.

Kvantitative studiar legg fram data i form av målbare eininga. Tala gir oss då moglegheit til å utføre regneoperasjonar. I motsetning til dette tar kvalitative studiar sikte på å fange opp meiningar og opplevingar (Dalland , 2017, s. 52).

Etter å ha tileigna meg erfaringar i praksis vil eg også belyse desse ved å drøfte erfaringane opp mot kva forskning og faglitteratur seier. Opplevingane frå praksis vil bli brukt som drøftingsgrunnlag opp mot kva forskning og faglitteratur seier, mine opplevingar er ikkje nødvendigvis det som er «riktig».

2.1 Søkeprosess etter forskning

For å finne relevant litteratur basert på den valte problemstillinga brukte eg desse søkeorda: «neonatal pneumonia», «neonatal nutrition», «infant nutrition» og «Zambia». Etersom problemstillinga omhandlar Zambia, ønska eg å finne internasjonal forskning. På bakgrunn av dette valte eg å bruke søkeord på engelsk. I tillegg ville eg finne fleire og meir relevante artiklar ved å bruke engelske søkeord. Eg valte å kombinere søkeord for å avgrense tal treff, og eg ville i større grad finne artiklar av relevans for problemstillinga. Under første søk hadde eg ei anna problemstilling, og brukte då søkeorda «neonatal mortality» og «Zambia» i databasen Cinahl. Eg fekk då 18 treff. Utan å gjere fleire avgrensingar vurderte eg først overskriftene og deretter samandraga av dei artiklane som kunne sjå relevant ut. Eg fann fleire som var aktuelle til førre problemstilling. Til tross for at den vart endra er det ein artikkel som er relevant også for noverande problemstilling og vert derfor brukt i oppgåva. Under neste søk brukte eg også databasen Cinahl, med søkeorda «neonatal pneumonia» og «Zambia». Eg fekk då eit treff, og denne artikkelen vert brukt i oppgåva. Med søkeorda «infant», «nutrition» og «Zambia» søkte eg i databasen «Academic search elite». Eg fekk då 22 treff. Utan å gjere fleire avgrensingar fann eg ein artikkel som er relevant for oppgåva. På grunn av at det var utfordrande å finne forskingsartiklar og manglande tilgang til internett under opphaldet i Zambia fekk eg hjelp av personalet på biblioteket til å gjere eit søk. Av artiklane dei fann vart ein inkludert i oppgåva. Søkeprosessen vart utført i tidsrommet februar – mai 2018.

2.2 Søkeprosess etter anna litteratur

Anna litteratur har eg funne ved å gjere søk i ORIA, Lovdata, Store medisinske leksikon, WHO sine nettsider og legevakthandboka. Desse databasane reknar eg som truverdige kjelder. Eg har også brukt biblioteket på campus Førde. Tilsette der har vore hjelpsame i arbeidet med å finne relevant litteratur, finne fram til bøkene på biblioteket og korleis søke og finne fram i ORIA. For å finne anna litteratur er tidlegare pensum liste gjennomgått, for å vurdere om tidlegare emne i studiet kunne ha relevant litteratur for nettopp denne problemstillinga. Eg har vurdert fleire pensum bøker som har vore brukt til tidlegare emne i studiet for å prøve å finne relevant litteratur. Arbeidet med å finne litteratur gjorde eg i lag med medstudentar. Det var til god hjelp sidan, vi kunne gje kvarandre tips dersom vi kom over litteratur som kunne vere relevant for kvarandre si problemstilling.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk inneber at ein skal vurdere, så godt ein kan, i kva grad teoriane og forskingsresultata ein har funne, lar seg bruke til å beskrive problemstillinga (Dalland , 2012, s. 72). Under utvalet av aktuelle artiklar brukte eg IMRaD-strukturen for i første omgang vurdere om det var ein forskingsartikkel, sidan dette er ein struktur som ofte blir brukt for oppbygging av forskingsartiklar. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen kan gjere det enklare å orientere seg i ukjente tidsskrifter (Dalland , 2017, s. 163). Eg sette nokre kriterar for å velje dei artiklane som best er til hjelp for å svare på problemstillinga. Artiklane er vurdert ut ifrå gyldigheit, haldbarheit og relevans. Eg har sett kriterium som kor gamal artikkelen er, kva tekst det er, kven har skrive teksten, fortel kjelda noko om mi problemstilling og kva formålet er med teksten. Under søkeprosessen har eg prøvd å finne artiklar av nyare dato. Artiklane eg har valt ut er innan 8 år gamle. I fagfelt som er sterkt i vekst er det nødvendig å sei noko om litteraturen er tilstrekkeleg oppdatert (Dalland , 2012, ss. 73-74). Ein artikkel av eldre dato er inkludert i oppgåva. Likevel vurderer eg denne som framleis relevant, fordi den omhandla tema som ikkje er under stor utvikling.

I tillegg til forskingsartiklane har eg brukt noko sekundærlitteratur i oppgåva. Sekundærlitteratur omhandlar at innhaldet er bearbeida og presentert av ein anna person enn den opprinnelege forfattaren. Då er kanskje teksten både oversett og fortolka, og difor er det ein risiko for at budskapen kan vere endra (Dalland , 2017, s. 159). Forskingsartiklane som er inkludert i denne oppgåva er engelske. Eg har sjølv oversett teksten til norsk, noko som inneheld ein risiko for mistolking og at opprinneleg perspektiv er endra (Dalland , 2017, s. 158) .

3 Teori

3.1 Pneumoni

Pneumoni hos barn mellom 3 veker og 3 månadar er oftast bakterielle. Rask pust kan vere einaste teiknet på pneumoni, spesielt hos små barn. Andre symptom som kan sjåast er feber, men det førekjem ikkje alltid hos spedbarn. Vidare kan ein sjå symptom som irritabilitet, nedsett allmenntilstand, takypnè (rask respirasjon), takykardi (hurtig puls), stønnande hoste og nesevingespill. Ofte kan ein sjå eit aukande obstruktivt bilete, med interkostale eller jugulære inndragingar, eventuelt kan ein sjå cyanose (Legevakthåndboken, udatert).

Nyfødde barn er meir utsett for infeksjonar enn kva ein er seinare i livet. Dette er fordi immunsystemet er meir umodent og på eit funksjonelt lågare nivå enn større barn (Danielsen, 2010, s. 582). Ein av fem barnedødsfall i Zambia har samanheng med pneumoni. I 2008 estimerte World Health Organization (WHO) alvorleg sjukdom og dødsfall på grunn av pneumoni frå barn som er 1 månad til fem år i Zambia. I følgje desse estimerte tala var 22% av dødsfalla forbunde med pneumoni (Ministry of Community Development & Mother and Child Health, udatert).

For å førebygge millionar av barnedødsfall grunna pneumoni og diarè har The United Nations Children`s Fund (UNICEF) og World Health Organization (WHO) utarbeida ein «plan» for å redusere barnedødelegheita globalt: «The integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea» (GAPPD). Det krevst ikkje avanserte tiltak for å takle pneumoni. Barn dør på grunn av at tenestene blir levert stykkevis og dei som har største risikoen blir ikkje nådd ut til. Framleis er bruken av effektive tiltak for låg. Eksempelvis er det 39% av spedbarn yngre enn 6 månadar som er fullamma, og berre 60% av barn med mistanke om pneumoni får tilstrekkeleg behandling (WHO & UNICEF, 2013, s. 7). Barna får ikkje livreddande behandling, berre 31% av barna med mistanke om pneumoni får antibiotika (WHO & UNICEF, 2013, s. 7). Tiltak som har vist førebyggjande effekt på pneumoni er fullamming i seks månadar, bruk av enkle standardiserte retningslinjer for å identifisere og behandle pneumoni, innovative aktivitetar for å oppnå endring i kva som vert praktisert og klare å oppretthalde langsiktig praksis, tilgang på reint vatn, sanitær og oppretthalde hygiene, og reduksjon av luftforureining i hus, ved å betre vedomnar (WHO & UNICEF, 2013, s. 7).

3.2 Ernæring

Etter fødselen er morsmjølk den beste næringa for barnet (Grønn, 2009, s. 171). Råmjølk eller kolostrum vert danna i brysta frå midten av svangerskapet og dei første dagane etter fødsel. Denne

første mjølka er tjukkare og har høgare proteininnhald enn seinare mjølk. Hovudsakleg består proteinet av immunaktive stoff som har ei viktig rolle for modning og beskyttelse av den nyfødde sitt tarmsystem. Det nyfødde barnet har dårleg utvikla immunsystem. Den store mengda antistoff som er i morsmjølka har beskyttande effekt på barnet, samtidig som at morsmjølk bidrar til å aktivere og modne barnet sitt eige immunsystem. Det er ikkje dokumentasjon for at friske, fullborne barn har behov for anna føde enn morsmjølk dei 6 første månadane i livet (Hansen, 2010, s. 636).

Underernæring kan auke risikoen for å utvikle pneumoni på to måtar. For det første svekkar feilernæring barnet sitt immunsystem, sidan ein adekvat tilførsel av protein og energi er nødvendig for at immunsystemet skal fungere optimalt. For det andre har underernærte barn svekka respirasjonsmuskulatur, som gjer at det blir vanskeleg for dei å få opp sekret som er i luftvegane (Ministry of Community Development & Mother and Child Health, udatert).

WHO (2018) anbefala at spedbarn skal bli fullamma dei første seks månadane i livet for å oppnå optimal vekst, utvikling og helse. For å gjere det mogleg for mødrer å etablere og oppretthalde eksklusiv amming i 6 månadar, anbefala WHO at ein introdusera amming innan den første timen av livet, fullamming – utan tilleggsføde, ikkje ein gong vatn, og amming på etterspørsel – altså så ofte barnet ønskjer det, dag og natt. Det vert ikkje anbefalt bruk av flasker og smokk (WHO, 2018).

3.4 Helsefremjande og førebyggjande arbeid

Førebyggjande helsearbeid handlar om å hindre sjukdom, skade og tidleg død. Det handlar også om å fremje folk si helse og bidra til at helsa blir ein positiv ressurs i kvardagen. Vi kan sei at det førebyggjande arbeidet omhandlar både det å førebygge sjukdom (og skade) og det å fremje helsa. Det er nødvendig med begge tilnærmingar dersom det overordna målet for folkehelse skal bli nådd (Mæland, 2016, s. 15). Helsefremjande arbeid er ei haldning, ei tilnærming og ein måte å legge til rette for optimal helse på. Eige menneskesyn og korleis ein møter andre menneskjer er med andre ord ein viktig del av den helsefremjande dimensjon. Haldninga sjukepleiar viser i møte med andre, enten individ eller grupper, har verknad på helseutfallet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 92)

3.5 Globale utfordringar

Globalt er det ein betydeleg mangel på helsepersonell. I følgje WHO manglar verden nesten 4,3 millionar helsearbeidarar og det er desidert størst mangel i fattige land. I Afrika, sør for Sahara er det spesielt stor utfordring, som følgje av at dei har både stor sjukdomsbyrde og låg kapasitet til utdanning. Afrika har 24 prosent av sjukdomsbyrda i verda, men berre 3 prosent av den globale behaldninga er helsepersonell (Ingstad, 2014, s. 109). I Afrika bur 90 prosent av alle menneskjer i områder der det er færre enn fire legar per 10 000 innbyggjar. I Norge har vi meir enn 30 legar og 150 sjukepleiarar per 10 000 innbyggjar. 90 prosent av sjukdomsbyrda i verda finn vi i utviklingsland, men

dei står samtidig berre for 12 prosent av dei midlane som vert brukt på helse i verda (Ingstad, 2014, s. 111).

Kvart år dør 3 millionar barn av sjukdommar dei enkelt og billig kunne vore vaksinert mot. Helse er eit globalt fellesgode, og både for fattige og rike land ligg det eit vekstpotensiale med tanke på forbetringar i helsesituasjonen. Barsedødelegheita kunne vore redusert betrakteleg dersom eit større tal utsette grupper fekk tilgang til relativt enkle tiltak som myggnett, malariamedisin og antibiotika for å behandle infeksjonar (Ingstad, 2014, s. 111)

3.6 Kultur

Kulturen ein sjølv lev i, vert ofte tatt for gitt og vi reflekterar sjeldan over gjeldande kunnskapsgrunnlag, normer og verdiar. Når ein møter andre kulturar ser ein derimot ein annan måte å leve på, og dermed blir ein meir merksam på eigen kultur. Det er viktig å ikkje berre lære om «dei andre» kulturane, men også lære å tenke på oss sjølve som kulturelle vesen. For å kunne ivareta pasientar i denne globaliserte verda og kunne yte likeverdige teneste til alle, treng helsepersonell kulturell kompetanse (Ingstad, 2014, s. 113).

Den kulturellevistiske haldninga inneheld at ein ikkje har det synspunktet at ein kultur er betre enn nokon annan. Ein kulturellevistisk person er interessert i å lære om den andre kulturen, og om kvifor menneskja i denne kulturen tenkjer og handlar slik dei gjere. Når ein er kulturellevistisk ønskjer ein verken å påverke eller dømmе den andre kulturen. Kulturellevisme inneheld at ulike folkegrupper sine idear og handlingar vert forstått ut ifrå deira eigen sosiokulturelle kontekst. Relativisme handlar ikkje om at ein skal like eller å sjølv overta andre sine idear og skikkar, men at ein innser at det må plasserast i sin rette kontekst for at ein skal kunne forstå kva meiningsinnhald denne gruppa sjølv legg i sin kultur (Ingstad, 2014, s. 115).

3.7 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Travelbee (1999, s.29) definerer sjukepleie slik: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene». Sjukepleie handlar alltid om menneskjer, enten direkte eller indirekte. På grunnlag av dette kan ein sei at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess (Travelbee, 1999). Sjukepleiaren arbeidar for å få til endringar, det vil sei å hjelpe enkeltmennesket, familien eller samfunnet til ei bevisstgjerung om korleis liding, sjukdom og funksjonssvikt kan førebyggast, og å handle slik at det oppretthaldast. «Sykepleieren har forandring som et vesentlig anliggende, og i en viss forstand kan vi si at hun uopphørlig søker å forandre eller påvirke andre» (Travelbee, 1999, s. 30). Med dette kan vi forstå at

sjukepleie er ei teneste som har som hensikt å få mottakar av tenesta til å endre seg (Travelbee, 1999, s. 30).

3.8 Lover og retningslinjer

Pasient- og brukarrettighetslova (1999, § 3-2) seier at pasienten skal ha informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelp . I § 3-5 *Informasjonens form*, står det at informasjonen skal vere tilpassa mottakar sine individuelle forutsetningar. Altså ein skal ta omsyn til faktorar som alder, modning, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal blir gitt på ein omsynsfull måte. Så langt som råd skal personellet sikre seg at mottakar har forstått innhaldet og betydninga av informasjonen (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999).

4 Resultat

«Infants and young children feeding practices and nutritional status in two districts in Zambia» av Katepa-Bwalya, Munkonka, Kankasa, Masaninga, Babaniyi & Siziya (2015). Studien til Katepa-Bwalya, et.al. (2015) inkluderar både kvalitativ og kvantitativ metode. Målet med studien var å beskrive ernæringspraksisen og ernæringsstatus blant spedbarn og små barn i to distrikt i Zambia: Kafue og Mazambuka. Totalt 634 deltakarar var inkludert i studien (361 frå Kafue og 273 i Mazambuka). Kvalitative data vart samla gjennom fokusgruppeintervju, semistrukturerte intervju og intervju med nøkkelinformantar. Den kvantitative delen av studien omfatta at eit spørjeskjema vart fylt ut av føresette. Skjemaet omhandla generell karakteristisk informasjon om deltakarane og deira barn, kunnskap, haldning og praksis av tidleg integrering av amming, kolostrum, ammepraksis, kva matvarer ein bør introdusere med tanke på næringsinnhald etter 6 månadar, ammeproblem og korleis dei får støtte til amming.

Om lag 50 % av deltakarane i studien hadde kunnskap om amming, anbefalte retningslinjer om amming og kor tid ein skulle introdusere anna føde til barnet. Ca. 80% av deltakarane hadde fått denne informasjonen hos helsepersonell. Berre 30,1% av deltakarane praktiserte å amme barnet, utan å gje tilleggsføde, fram til det var 6 månadar gammalt. 8,9% av desse hadde introdusert anna føde til barnet før ein starta å amme. Til tross for at ca. 95% av deltakarane rapporterte at barnet ikkje treng anna føde enn morsmjølk dei første tre dagane i livet, var det berre 50,5% av dei som såg på kolostrum som noko bra. Det var større grad av mødrer som såg på kolostrum som bra i urbane strøk versus landlege strøk. I urbane strøk kom det fram at kolostrum var bra for barnet i form av at det beskytta mot sjukdom. Denne informasjonen hadde dei fått frå eldre kvinner i samfunnet og helsepersonell. I landlege strøk vart det rapportert at dei handmjølka ut kolostrum og kasta det, fordi det vart sett på som skittent. Det vart sakt at det ikkje var mjølk, men det gjorde at det kom morsmjølk. Komplimenterande føde vart introdusert lenge før 6 månadar og var vanlegvis ikkje av adekvat kvalitet og kvantitet. Nokre gav barnet vatn som suppleringsføde, dersom mjølkeproduksjonen ikkje var starta skikkeleg. Av deltakarane i studien var det 64% som visste at barnet ikkje tok skade av fullamming, utan suppleringsføde, fram til det vart 6 månadar (Katepa-Bwalya, et al., 2015).

«'Rumours' and clinical trials: a retrospective examination of a paediatric malnutrition study in Zambia, southern Africa» av Kingori, Muchimba, Sikateyo, Amadi & Kelly (2010). Studien er utført som ein retrospektiv studie av ein underernæringsstudie som vart utført av eit internasjonalt team av forskarar i Zambia, Sør Afrika. Mange forskarar som har utført studiar i settingar der det er begrensa

ressursar, har opplevd at det har vore negative «rykter» om arbeidet dei utfører. Det som overflattisk kan tolkast som «rykter» eller «sladder» kan også vere forstått som metaforar som representerar lokale bekymringar. Denne artikkelen argumenterer for at det er ein underliggande logikk i desse bekymringane, så det å avvise desse som rykte eller sladder vil vere å oversjå historiske og sosio-økonomiske faktorar som har bidratt til at dei har oppstått. Det er brukt kvalitativ metode. Intervju vart utført med mødrene til barna som var inkludert i studien og sjukepleiarane som leia forskinga. Det vart utført 20 intervju og 2 fokus gruppe diskusjonar med mødrene. I tillegg vart det gjort intervju med sjukepleiarane som leia forskinga. Ein framtrédande angst mødrene til barna som var med i studien hadde, var at rekruttering til studien var ein indikator på at barnet var HIV infisert. Andre bekymringar var at studien var forkledning for heksekraft eller satanisme og at barnet sine kroppsdelar ville bli fjerna og selt. I tillegg var ei mjølkebasert væske, som vart gitt for å betre ernæringa, mistenkt for å ikkje vere tilstrekkeleg næringsrik og ville forverre situasjonen. I eine tilfelle vart appelsinjuice gitt som suppleringsføde fordi ho meinte barnet trengte vitamin så han/ho ikkje skulle dø av svolt, ved å «berre» få morsmjølk. Forma som desse bekymringane tok, som rykte relatert til steling av kroppsdelar og om stigmatiserte tilstandar, gjer eit innblikk i dei historiske, sosioøkonomiske og kulturelle påverknadane i desse settingane. For at forskarane skal lukkast bør dei prøve å forstå lokale bekymringar. Vidare vert det beskrive at når barnet vart sjukt oppsøkte mødrene i første omgang tradisjonell medisin. Dersom dette ikkje var suksessfullt oppsøkte dei lokale klinikkar og private helsesenter. Dersom symptoma vedvarte vart dei henvist til universitetssjukehus. Denne trenden i å oppsøke helseteneste ser ut til å vere vedvarande sidan tradisjonell medisin og lokale helsefasilitetar ofte er billigare og lettare tilgjengeleg. Konsekvensen av dette er at når barnet kjem til sjukehuset er det alvorleg sjukt (Kingori, Muchimba, Sikateyo, Amadi, & Kelly, 2010).

«Clinical management of children with fever: a cross-sectional study of quality of care in rural Zambia» av Lunze, Biemba, Lawrence, MacLeod, Yeboah-Antwi, Musokotwane, Ajayi, Mutembo, Puta, Earle, Steketee & Hamer (2017). Studien til Lunze, et.al (2017) er utført ved bruk av kvalitativ metode i Southern Province i Zambia. Frå november til desember i 2013 gjorde dei tverrsnittundersøking av fasilitetar og helsepersonell. Studien inkluderte 24 helsefasilitetar, 53 helsepersonell og 161 febrile barn. Målet med studien var å evaluere gjeldande praksis, og standarden på vurderingane og behandlinga som vart gitt til febrile barn. Det vart observert korleis helsepersonellet samhandla med febrile barn og deira føresette. Undersøkinga som gjekk på fasilitetane tok føre seg kor godt bemanna dei var, korleis helsehjelp vart utført i forhold til fasilitetane, tilgjengelegheita på medisinsk utstyr og tilgjengelegheita på dei mest nødvendige medikamenta og tilgjengelegheit på behandlingsskjema og retningslinjer. Den delen av studien som

omhandla personalet tok føre seg kva opplæring dei hadde fått, kor lenge dei hadde arbeid, tilgjengelegheit på nasjonale retningslinjer, korleis praksisen og kunnskapen for å handtere neonatal- og barndomssjukdom. Resultatet av studien viste at fasilitetane var utilstrekkeleg bemanna, det var utilstrekkelege lager og fasilitetane var utilstrekkeleg utstyrt til å handtere barndomsfeber. Helsepersonellet utførte ikkje tilstrekkeleg evaluering av barna sine symptom og mindre enn halvparten (47%) fekk passande antibiotikabehandling (Lunze, et al., 2017)

«Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systemic literature review and meta-analysis» av Lamberti, Zakarija-Grkovic, Walker, Theodoratou, Nair, Campbell & Black (2013). Bakgrunnen for denne studien er at praksisen av suboptimal amming blant spedbarn og små barn under 24 månadar aukar risikoen for morbiditet og mortalitet grunna pneumoni. Dette er ein systematisk litteraturstudie av allereie eksisterande studiar som vurderar ulike morbiditets- og mortalitets resultat ved varierende nivå av amming blant nyfødde og små barn under 24 månadar. Det vart brukt ei randomisert meta-analyse for å samanlikne utfall, alder og eksponeringsnivå. Suboptimal amming auka risikoen for morbiditet og mortalitet grunna pneumoni på tvers av aldersgrupper. Mortaliteten grunna pneumoni var høgare blant dei som ikkje vart amma, samanlikna med barna som vart fullamma i aldersgruppa 0-5 månadar og blant barn som ikkje er amma samanlikna med barn som amma spedbarn og unge barn på 6-23 månadar. Resultatet i studien framhevar viktigheita av amming dei 23 første månadane i livet som hovudtiltak for å redusere mortalitet og morbiditet (Lamberti, et al., 2013)

5 Drøfting

Dalland (2017, s. 200) beskriv drøftingsprosessen som analyse, vurdering og tolking av funn. I dette kapittelet vil eg drøfte problemstillinga «Korleis kan sjukepleiar førebygge pneumoni hos nyfødde barn i Zambia?», og eg vil då legge vekt på utfordringar på system- og individnivå. Eg vil drøfte teori opp mot forskning og egne erfaringar.

5.1 Behov for kunnskap om ernæring

Nyfødde barn er meir utsett for infeksjonar fordi immunsystemet er meir umodent og på eit funksjonelt lågare nivå enn større barn (Danielsen, 2010, s. 582). I følgje Grønn (2009, s 171-172) er morsmjølk den beste næringa for barnet etter fødsel. Som beskrive i teorikapittelet har kolostrum mange positive verknadar hos det nyfødde barnet (Hansen, 2010, s. 636). 50% av deltakarane i studien til Katepa-Bwalya et. al (2015) såg på kolostrum som noko bra. Dei som såg på det som dårleg, rapporterte at dei handmjølka kolostrumet og deretter kasta det, på grunn av at dei såg på det som skittent (Katepa-Bwalya et al., 2015). Ut ifrå teori kan eg ikkje sjå at kolostrum har nokon negative verknadar på det nyfødde barnet. Det eg derimot kan forstå frå dette resultatet er at det er stort behov for ny kunnskap hos desse kvinnene. Kolostrum bidrar blant anna til å aktivere og modne immunsystemet til barnet, og vil dermed redusere risikoen for pneumoni (Hansen, 2010, s. 636) Ut ifrå dette vil eg påpeike viktigheita av at desse kvinnene får denne informasjonen. Vidare kjem det fram i studien til Katepa-Bwalya et. al (2015) at majoriteten av mødrene i urbane strøk var positive til kolostrum, medan i landlege strøk var haldninga hos nokre negativ. Det kan tenkast at bakgrunnen for den negative haldninga kan vere grunna manglande informasjon eller at det er ein del av tradisjonen og kulturen i lokalsamfunnet. Det er gjerne langt og kostbart å reise til helsestasjon/sjukehus for svangerskapsoppfølging (Kingori et al., 2010), og dermed informasjon om morsmjølk og amming, dersom dette ikkje vert tilbydd i landlege strøk. For å auke kunnskapen hos føresette i landlege strøk er undervising og svangerskapsoppfølging gode tiltak. Erfaringa mi frå landsbyen Mwandi i Zambia er at dei nokre dagar i veka hadde «outreach», der dei hadde oppfølging av blant anna gravide og barn i landlege strøk. Sjukepleiarar hadde undervising om amming og symptom på sjukdom. Dette kan tyde på at det førebyggjande arbeidet er i gong nokre stader i Zambia, men ut ifrå funna i dette litteraturstudiet kan det tyde på at det endå er stort behov for undervising og informasjon. Lamberti et al.(2013) hevdar at mortaliteten grunna pneumoni blir redusert dersom barna blir fullamma. Dette er viktig at mødrene får informasjon om, og på denne måten kan vere ein aktiv deltakar av førebygging av sjukdom hos barnet sitt.

WHO (2018) sine retningslinjer seier at det er anbefalt å fullamme fram til barnet er ca. 6 månadar gammalt. Ut ifrå eige resultat kan det sjå ut til at dette ikkje nødvendigvis vert praktisert (Katepa-

Bwalya et al., 2015). Hovudbarriera for å ikkje praktisere fullamming er ei frykt for at barnet ikkje vil bli vant til andre matvarer dersom mor ikkje kan amme grunna sjukdom eller død. Nokre påpeika at enkelte har lite morsmjølk og anna suppleringsføde må introduserast (Katepa-Bwalya et al., 2015). Av eiga erfaring er det i utgangspunktet ikkje problematisk at suppleringsføde vert introdusert tidleg, dersom «rett» føde vert brukt. Feilernæring har som følge at immunsystemet blir svekka og dermed auka risikoen for å utvikle pneumoni (Ministry of Community Development & Mother and Child Health, udatert) Både Kingori et al. (2010) og Katepa- Bwalya et al. (2015) beskriv tilfelle der suppleringsføde blir gitt til barnet. I desse tilfella var det vatn og appelsinjuice som vart gitt til barna (Katepa-Bwalya et al., 2015; Kingori et al., 2010). Som tidlegare beskrive seier Travelbee (1999, s. 30) at sjukepleie er ei teneste som har som hensikt å få mottakar av tenesta til å endre seg. I lys av dette kan eg forstå at sjukepleiar sin førebyggjande funksjon i denne samanheng kan vere å gje informasjon til mødrene om viktigeita av fullamming for å styrke immunforsvar og dermed vere betre rusta mot pneumoni og andre sjukdommar. Og ut ifrå dette prøve å få mødrene til å endre praksis.

Som beskrive i resultatet veit dei fleste føresette at barna ikkje treng anna føde enn morsmjølk fram til barnet er ca. 6 månadar gammalt, og dermed kor tid ein skal begynne å introdusere anna føde til barnet (Katepa-Bwalya et al., 2015). Mødrene har kunnskap om WHO (2018) sine anbefalingar angående amming. Vidare i studien til Katepa-Bwalya et al. (2015) kjem det fram at til tross for at føresette har kunnskap, samsvarar ikkje dette med kva som vert gjort i praksis. Det er vist at integrering av ny kunnskap i eit samfunn krev meir enn at ein har fått informasjonen. For å endre praksis er oppbygging av sosiale miljø som fremjar førebyggjande arbeid viktig (Braut & Larsen, 2017). Oppbygging av sosiale miljø for å fremje amming kan eksempelvis vere barselgrupper der ein eller fleire ammar, slik at dette kan utvikle ein «trend». Under svangerskapsoppfølginga eg var med på i Mwandi var både mor og far med når det var undervisning. Eg ser føre meg at støtte frå ektemannen til amming er av stor betydning for kvinna. Difor er der viktig at sjukepleiarar inkludera far i undervisning, og dermed blir ein del av integreringa av ny praksis i samfunnet.

5.2 Behov for informasjon

Som beskrive i pasient- og brukarrettighetslova (1999, §3-2) skal pasienten ha informasjon som gjer innsikt i helsehjelpa som blir gitt. Informasjonen skal vere tilpassa mottakar sine individuelle forutsetningar, det vil sei at ein må ein ta omsyn til modning, alder, erfaring, kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999 §3-5). Ut ifrå dette kan eg forstå at det er av stor betydning at informant og mottakar beherskar same språk godt, og på denne måten sikre at god og riktig informasjon blir gitt. Ikkje minst er det viktig å sikre at informasjonen blir forstått av mottakar. Når sjukepleiar skal formidle informasjon bør Travelbee (1999) sin sjukepleieteori ligge til grunn. Ein skal ha ein mellommenneskeleg relasjon til pasienten som har som mål, i dette tilfellet, å

førebygge sjukdom og lidning (Travelbee, 1999). Dersom dette ligg til grunn, i lag med tilpassa informasjon, kan det tenkast at informasjonen som blir gitt får ei større betydning for mottakar. At mottakar forstår at sjukepleiar vil vedkommande godt.

I Zambia opplevde eg fleire tilfelle der pasienten truleg ikkje hadde fått informasjon og rettleiing. Ei ung, førstegongsfødande kvinne hadde fødd og ikkje lagt barnet til brystet fleire timar etter fødsel. Dette kan igjen vere grunna manglande informasjon og rettleiing om at barnet burde bli lagt til brystet innan første timen etter fødsel, noko WHO og UNICEF anbefalar (WHO & UNICEF, 2018). Majoriteten av deltakarane i studien til Katepa-Bwalya et al. (2015) rapporterte at dei hadde lagt barnet til brystet innan første timen etter fødsel. I urbane strøk kom det hos nokre fram at barnet måtte gråte før ein amma og nokre følte dei måtte gje barnet litt vatn før dei starta å amme. Denne praksisen samsvarar ikkje med WHO (2018) sine retningslinjer som seier at barnet ikkje treng anna føde enn morsmjølk, ikkje ein gong vatn.

5.3 Kulturelle utfordringar i det førebyggande arbeidet

Som beskrive i tidlegare avsnitt kan mykje tyde på at mange kvinner i Zambia ikkje har tilstrekkeleg kunnskap om betydninga av riktig ernæring den første tida etter fødsel. Ei viktig oppgåve for sjukepleiar i Zambia vil difor vere å auke kunnskapsnivået og dermed endre praksisen til desse kvinnene. Slikt arbeid kan by på utfordringar knytt til kultur. I møte med andre kulturar enn din eigen, er det viktig å ha ei kulturell relativistisk haldning (Ingstad, 2014, s. 115). I følge Ingstad (2014, s. 115) er kulturell relativisten interessert i å lære om den andre kulturen og kvifor menneskja handla og tenkjer slik dei gjer. I ei slags motsetning til dette søker førebyggande arbeid å endre haldningar i forhold til miljø, livsstil og levekår og dermed redusere verknaden av risikofaktorar (Braut & Larsen, 2017). Det er blant anna beskrive i artikkelen til Kingori et al. (2010) at ei mjølkebasert væske som skulle betre ernæringa, var mistenkt for ikkje å vere tilstrekkeleg næringsrik og ville forverre situasjonen til barnet. Til tross for at mødrene har fått informasjonen om at dette er føde som skal forbetre barnet sin situasjon, er det bekymringar kring dette. Å endre desse haldningane vil truleg vere ei stor utfordring for sjukepleiar, men dersom ein eller fleire vert overtyda om at dette gir ein gunstig effekt på barnet sin situasjon, vil truleg fleire i samfunnet ta i bruk dette tiltaket. I møte med andre menneskjer har haldninga til sjukepleiar ein verknad på kva som vil bli helseutfallet (Sletteland & Donovan, 2012, s. 92). I Travelbee (1999, s. 29) sin definisjon av sjukepleie beskriv ho mellom anna at sjukepleiar hjelp eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebygge sjukdom og lidning, og at dette er ein mellommenneskeleg prosess. I lys av dette kan eg forstå at ved å danne relasjonar og ha

positiv haldning til menneskja ein ønskjer å påverke til endring, vil ein i større grad oppnå helseutfallet ein ønskjer.

5.3 utfordringar på systemnivå

Som beskrive i resultatet er ikkje vurderinga av barna sine symptom tilstrekkeleg (Lunze et al., 2017). Dette kan vi sjå i lys av den globale helsepersonellkrisa som spesielt rår Afrika (Ingstad, 2014). Ut ifrå eiga erfaring er sjukepleiarbemanninga låg i Zambia. Avdelingane på sjukehuset var overfylte og pasientlistene i avsidesliggande strøk var lange. På sjukehuset var det 1-2 sjukepleiarar på vakt, med mange studentar i praksis. Ingstad (2014, s. 109) beskriv at helsepersonellkrisa skyldast stor sjukdomsbyrde og låg kapasitet til utdanning. Eiga erfaring i Zambia samsvarar med studien til Lunze et al. (2017) og Ingstad (2014, s. 109) som begge seier at bemanninga av helsepersonell er låg. Som konsekvens av dette blir gjerne sjukepleiaren sin førebyggjande funksjon begrensa. Oppgåver som er svært- eller livs nødvendige i forhold til behandling vert prioritert. Dette er samanliknbart med WHO og UNICEF (2013, s. 7) som hevdar at tenestene vert levert stykkevis og at dei barna som har størst risiko for sjukdom ikkje vert nådd ut til. Følgjene av dette er at barn dør (WHO & UNICEF, 2013, s. 7). Kvar ein då skal prioritere sjukepleiarane blir i mine auge eit dilemma. Dersom sjukepleiarar vert tatt ut av sin behandlande funksjon for å drive førebyggjande arbeid, kan konsekvensen bli at barn dør grunna manglande vurdering av symptom og feil behandling sidan bemanninga vil ytterlegare reduserast. På same tid, dersom førebyggjande arbeid ikkje vert utført, vil truleg ikkje sjukdomsbyrda og mortaliteten grunna pneumoni reduserast.

Faktorar som vi tar for gitt i Noreg, kan vere gode førebyggjande tiltak mot pneumoni og andre sjukdommar i Zambia. Eksempelvis er det vist at tilgang på reint vatn og sanitæranlegg vil gjere ein stor forskjell (WHO & UNICEF, 2013, s. 7). Ingstad (2014, s. 111) hevdar at barnedødelegheita kunne vore redusert betrakteleg dersom eit større tal utsette grupper fekk tilgang til relativt enkle tiltak. Det vert hevda at det er enkle tiltak, men å nå ut til alle som har behov for desse tiltaka er truleg ikkje like enkelt. Til tross for at Zambia er eit av dei mest urbaniserte landa i Afrika (Hem, 2017) er det framleis mange som er busett i landlege strøk, og ut ifrå eiga oppleving var det dårlege eller ingen bilveg til enkelte landsbyar. Det eg kan forstå ut ifrå dette er at tiltaka i seg sjølv er enkle, men å nå ut til menneskja som treng bistand er ikkje nødvendigvis like lett.

Som nemnt i innleiinga er Zambia er eit utviklingsland og fattigdom pregar store delar av befolkninga. Over 60% av befolkninga lev under fattigdomsgrensa, altså under 10 kroner for dagen (Norad, 2017).

Dårleg økonomi i husholdinga fører til at når menneskje blir sjuke, oppsøkje dei ikkje nødvendigvis kompetent helsepersonell med ein gong symptoma viser seg (WHO & UNICEF, 2010). Kingori et. al. (2010) kunne sjå ein trend på at dersom barnet vart råka av sjukdom søkte føresette først tradisjonell medisin. Dersom dette ikkje gav resultat søkte dei klinikkar som var tilgjengeleg i lokalsamfunnet. Hadde barnet vedvarande symptom vart det henvist til sjukehus. Det ser ut til at denne trenden er vedvarande sidan tradisjonell medisin og lokale helsefasilitetar ofte er billegare og lettare tilgjengeleg. Som ein konsekvens av dette er barnet endå sjukare når det kjem til sjukehuset (Kingori et al, 2010). Symptoma på pneumoni utviklar seg ofte raskt, og barnet er generelt medtatt sidan pneumonien ofte er ledd i ein sepsis (Grønseth & Markestad, 2013, s.241). Det er vist ein førebyggjande effekt ved å integrere enkle standardiserte retningslinjer for å identifisere og behandle pneumoni i samfunnet (WHO & UNICEF, 2013, s. 7). Ved å utvikle enkle retningslinjer som omhandlar symptom og kor tid ein skal søkje helsehjelp, vil truleg fleire barn nå fram til sjukehus i tide. Dette er i mine auge noko som burde vere tilgjengeleg i alle heimar.

Vurderinga av barna sine symptom er heller ikkje tilstrekkeleg i helsefasilitetane (Lunze, et al., 2017). Å integrere enkle retningslinjer for å kartlegge symptom på pneumoni, vil vere eit godt tiltak for at symptoma skal bli vurdert. I tillegg vil eg nemne at ved å integrere gode rutine i avdelingane truleg vil ha gunstig effekt. Kartlegging av barnet sine symptom regelmessig i løpet av vakta, gjer det lettare for sjukepleiar å sjå kva utvikling sjukdommen har. I følgje WHO & UNICEF (2013, s. 7) får 60% av barn med mistanke om pneumoni tilstrekkeleg behandling, og 31% av barna får antibiotikabehandling. Dette er samanliknbart med Lunze et al.(2013) sin studie som beskriv at mindre enn halvparten (47%) av barna i studien fekk passende antibiotikabehandling. På bakgrunn av dette vil integrering av retningslinjer truleg gjere vurderinga av når ein skal starte behandling og kva behandling barnet skal ha lettare.

6 Konklusjon

For å førebygge pneumoni i eit utviklingsland som Zambia er det relativt enkle tiltak som kan gjere ein stor forskjell. Dette inneber at føresette treng informasjon om riktig ernæring hos nyfødde barn. Og at riktig ernæring spela ei stor rolle for at barnet skal bygge opp immunforsvaret sitt for å tole alvorlege infeksjonar som pneumoni. Morsmjølka, spesielt kolostrumet, er det viktigaste barnet får i seg i starten av livet. At barnet blir gitt vatn og juice er eit godt døme på manglande kunnskap om barn og ernæring. Sjukepleiaren si rolle i dette arbeidet blir blant anna å undervise om viktigheita av amming, og ikkje minst klare å integrere dette til ein vedvarande praksis i samfunnet. I møte med ein anna kultur er det viktig å ha den kulturellevistiske haldninga som grunnlag. Haldningane til sjukepleiar vil i denne prosessen vere viktig for å oppnå ønska resultat i det førebyggande arbeidet.

Fattigdom er ein faktor som påverkar folk si helse på fleire måtar. Faktorar som vi tar for gitt i Noreg, kan vere gode førebyggande tiltak mot pneumoni i Zambia. Eksempelvis er det vist at tilgang på reint vatn og sanitær vil gjere ein stor forskjell. Fattigdom reduserar også sjansen for at ein oppsøker helsepersonell når symptom oppstår, dette fører til at tilstanden til barnet har gått frå moderat til alvorleg innan dei oppsøker helsepersonell. Dette kan ha som konsekvens at barn dør.

Helsepersonellkrisa kan gjere det utfordrande å gjennomføre førebyggande arbeid, sidan det kan føre til at ein må prioritere kvar ein skal fokusere sjukepleiaren sin kompetanse. Ut i frå studien tyder det på at ein del av det førebyggande arbeidet er i gong, men at det framleis er ein stor jobb å gjere for å redusere mortaliteten grunna pneumoni. Dei førebyggande tiltaka vert levert stykkevis og menneskja som har størst behov for bistand vert ikkje nådd ut til.

Referansar

- Braut, G. S., & Larsen, Ø. (2017, 03 02). Forebyggende medisin. I *Store norske leksikon*. Henta 16. mai 2018 frå Store norske leksikon: https://sml.snl.no/forebyggende_medisin
- Dalland , O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland , O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, K. E. (2010). Det friske nyfødte barnet. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jormorboka* (ss. 575-587). Oslo: Akribe.
- Grønn, M. (2009). Enteral og parenteral ernæring. I B. T. Silnes, & S. Steinnes (Red.), *Nyfødtsykepleie 1, syke nyfødte og premature barn* (ss. 165-179). Oslo: Cappelen Damm.
- Hansen, M. N. (2010). Morsmelkens sammensetning. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *Jormorboka* (ss. 636-639). Oslo: Akribe.
- Hem, M. (2017, 08 10). Zambia. I *Store norske leksikon*. Henta 26. april 2018 frå: <http://snl.no/Zambia>
- Ingstad, K. (2014). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Katepa-Bwalya, M., Munkonka, V., Kankasa, C., Masaninga, F., Babaniyi, O., & Siziya, S. (2015, 02 18). Infants and young children feeding practices and nutritional status in two districts of Zambia. *International breastfeeding journal*. doi:10.1186/s13006-015-0033-x
- Kingori, P., Muchimba, M., Sikateyo, B., Amadi, B., & Kelly, P. (2010). 'Rumours' and clinical trials: a retrospective examination of a paediatric malnutrition study in Zambia, southern Africa. *BMC Public Health*, 10:556. doi:10.1186/1471-2458-10-556
- Lamberti, L. M., Zakarija-Grkovic, I., Walker, C. L., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., & Black, R. E. (2013, 09 17). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systemic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3):S18. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S18
- Legevakthåndboken. (udatert). Pneumoni. Henta 29. mai 2018 frå http://www.lvh.no/symptomer_og_sykdommer/nedre_luftveier_og_lunger/nedre_luftveisin_feksjoner/pneumoni
- Lie , S. O. (2018, 02 20). *Store medisinske leksikon*. Henta frå: <https://sml.snl.no/neonatal>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta 2018 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Lunze, K., Biemba, G., Lawrence, J. J., MacLeod, W. B., Yeboah-Antwi, K., Musokotwane, K., . . . Hamer, D. H. (2017, 04 5). Clinical management of children with fever: a cross-sectional study of quality of care in rural Zambia. *Bulletin of the World Health Organization*, 95:333-342. ss. 333-342. doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.170092>
- Ministry of Community Development & Mother and Child Health. (udatert). *PVC 10 Training handbook, A Training Tool for Health Workers on Pneumococcal Vaccine*.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Norad. (2017, 01 12). Zambia. Henta frå: <https://www.norad.no/landsider/afrika/zambia/>
- Skjønsberg, O. H. (2017, 11 09). Lungebetennelse. I *Store medisinske leksikon*. Henta frå: <https://sml.snl.no/lungebetennelse>
- Sletteland, N., & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- World Health Organization & The United Nations Children's Fund. (2013). *Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025, The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD)*. Geneva: WHO/UNICEF
- World Health Organization. (2018). Breastfeeding. Henta 22. mai 2018 frå http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/
- World Health Organization og The United Nations Children's Found. (2010). *Countdown to 2015 decade report (2000-2010), Taking stock of maternal, newborn and child survival*. Geneva: WHO/UNICEF