

KANDIDAT

132

PRØVE

BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	18.03.2020 12:00
Sluttid	02.04.2020 12:00
Sensurfrist	26.04.2020 23:59
PDF opprettet	11.06.2020 09:22
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

1 Innlevering bacheloroppgave

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/>)

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 27.04.2020.

Administrativ ansvarlig for eksamen:

Heidi Herseth, heidi.herseth@vid.no



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

Bachelor 14.04.20.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

361.45 KB

Opplastingstidspunkt:

14.04.2020 03:03

Status:

Lagret

Besvart.

✓ Obligatorisk erklæring- Bacheloroppgave

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Jeg erklærer å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

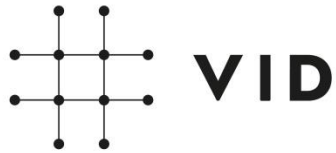
Skriv inn ja eller nei

Fyll inn antall ord (besvarelsen):

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i VID vitenskapelige høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN) under mitt navn

Skriv inn ja eller nei

Besvart.



Gatebarn i Ghana

Hvordan bidra til økt helsekunnskap hos gatebarn i Ghana som en utsatt gruppe for HIV-smitte?

Street children in Ghana

How to increase health literacy among street children in Ghana as a vulnerable group for HIV infection?

Kandidatnummer: 132

VID vitenskapelige høyskole

Betanien

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2017

Antall ord: 9561

14.04.2020

Sammendrag

Problemstilling: *Hvordan bidra til økt helsekunnskap hos gatebarn i Ghana som en utsatt gruppe for HIV-smitte?*

Metode: Denne oppgaven er et litteraturstudie. Det er benyttet en systematisk tilnærming med relevant litteratur og forskning for å besvare problemstillingen. 4 forskningsartikler med kvantitativ eller kvalitativ metodisk tilnærming; to tverrsnittstudier, et semi-strukturert intervju og en tverrsnittstudie med tilhørende intervju er benyttet.

Funn: Gatebarn er en sårbar gruppe som er særlig utsatt for HIV grunnet deres lave kunnskaper om HIV og levevilkår.

Drøfting: I oppgaven blir forskning og litteratur på gatebarnas levevilkår og kunnskap om HIV blir drøftet opp mot den didaktiske relasjonsmodellen for å besvare problemstillingen.

Konklusjon: Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et hjelpemiddel for sykepleiere som bistår til å øke hiv-kunnskap hos gatebarn i Ghana. Deres levevilkår må tas i betraktning, og respekt og tillit må utøves for å skape trygghet og gode forutsetninger for læring.

Abstract

Problem formulation: How to increase health literacy among street children in Ghana as a vulnerable group for HIV infection?

Method: This is a literature review. A systematic approach with relevant literature and research has been used to answer the problem formulation. 4 research articles with a quantitative or qualitative methodological approach have been used; two cross-sectional studies, a semi-structured interview and a cross-sectional study with associated interview.

Findings: Street children are a vulnerable group that is particularly sensitive to HIV due to their low knowledge of HIV and living conditions.

Discussion: Research about street children and their living conditions and HIV-knowledge is discussed in relation to the didactic relation model to answer the problem formulation.

Conclusion: The didactic relation model may be a tool for nurses to help enhance HIV knowledge in street children in Ghana. Their living conditions must be taken into account, and respect and trust must be exercised to create security and good conditions for learning.

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Avgrensning	2
1.3 Oppgavens oppbygning	3
2.0 Metode	3
2.1 Vitenskapsteori	3
2.2 Litteraturstudie	4
2.3 Litteratursøk	4
2.4 Kildekritikk	5
2.5 Ethiske overveielser	8
3.0 Teori /Referanseramme	9
3.1 Fakta om Human Immunodeficiency Virus (HIV)	9
3.1.1 Hvordan smitter HIV	9
3.1.2 Forløp, symptomer og behandling	9
3.2 Gatebarn: En sårbar gruppe i samfunnet	11
3.2.1 Gatebarn og HIV	12
3.3 Helsekunnskap	13
3.4 Sykepleiefunksjonen	13
3.4.1 Den pedagogiske rollen i sykepleie	14
3.5 Den didaktiske relasjonsmodellen	15
4.0 Resultat	18
4.1 Wutoh mfl. 2006	18
4.2 Sallar, 2009	18
4.3 Kenu mfl. 2014	19
4.4 Oppong Asante, 2016	20
5.0 Drøfting	21
5.1 Læreforutsetninger: Hvilke forutsetninger har gatebarna?	21
5.2 Rammefaktorer: Hvor bør læring foregå?	23
5.3 Læreprosessen: Hvordan arbeide med gatebarna?	25
5.4 Mål og innhold: Hva slags helsekunnskap trenger de?	26
5.5 Vurdering: Evaluering av undervisningen	29
6.0 Konklusjon	31
Kildeliste	33

1.0 Innledning

Vi lever i en globalisert verden, hvor globale ulikheter og utfordringer i helsetilstand blir spesielt synlig. En bevisstgjøring om felles forpliktelse for å utjevne ulikheter i den globale helsetilstanden er en svært viktig og essensiell problemstilling. En stor helseutfordring, er omfanget av Human Immunodeficiency Virus (HIV) (World Health Organization, 2019). 37.9 millioner mennesker i verden lever med HIV (UNAIDS, 2019). Ifølge WHO (2019), bor hele to tredeler av disse i Afrika.

Mellom 2000 og 2018 er antall nye HIV-infeksjoner redusert med 37 % (WHO, 2019). Dette viser at høy innsats og omfattende arbeid har fungert. Til tross for dette, presenterte UNICEF i en rapport at antall HIV-smittede ungdommer kan fortsette å stige (UNICEF, 2016, s. 27). Om lag 1,8 millioner av verdens befolkning med HIV er barn eller unge i alderen 10-19 år (UNICEF, 2016, s. 28). I 2015 fikk under halvparten av verdens barn med HIV behandling. Et fåtall av ungdom er klar over sin HIV-status, og det har vært liten progresjon i redusering av nye smittede ungdommer (UNICEF, 2016, s. 26).

Et internasjonalt bidrag for utjevning av forskjeller og forbedring av global helse, kan være helsepersonell fra mer utviklede og ressurssterke land som bistår med sin kompetanse i utviklingsland. WHO rangerer ungdommer og unge kvinner i Afrika som en gruppe med høy sårbarhet og risiko for HIV-smitte grunnet deres levevilkår (WHO, 2019). Dermed er arbeid med HIV i denne gruppen et viktig fokusområde. For sykepleiere, kan gapet mellom helsetilstanden i hjemlandet og utviklingslandet være stort. Å ha tilstrekkelig bakgrunnskunnskap om befolkningens levevilkår og forutsetninger for å ta imot helsehjelp i utviklingslandet er viktig.

Som helsepersonell, her sykepleier, er et ansvarsområde undervisning og veiledning for å kunne bistå mennesker til å forbedre egen helse. For å kunne tilpasse en læringsprosess til befolkning i utviklingsland, er det essensielt å ha forståelse for befolkningens forutsetninger for å lære. Denne oppgaven tar for seg hvordan en sykepleier kan øke helsekunnskap hos gatebarn i Ghana som er utsatt for HIV-smitte.

1.1 Problemstilling

Hvordan bidra til økt helsekunnskap hos gatebarn i Ghana som en utsatt gruppe for HIV-smitte?

1.2 Avgrensning

Denne oppgaven tar for seg de undervisende, veiledende og sykdomsforebyggende aspektene ved sykepleie for å øke kunnskapen om HIV hos gatebarn i et utviklingsland.

“Gatebarn” er et vidt begrep som har flere definisjoner. Det kan defineres som barn og ungdom som bor på gaten alene eller med familie, eller barn og ungdom som arbeider på gaten på dagtid og reiser hjem til familie på kveldstid (Ray, Davey & Nolan, 2011, s. 7). Spesifisering av alder synes også å være sprikende i tidligere forskning og rapporter, både barn og ungdom plasseres under definisjonen til tross for at begrepet “gatebarn” referer til barn.

Ungdomstiden er en viktig periode for individuell utvikling, hvor helserelatert atferd innlært under denne tiden tas med videre til voksen alder. Investering i ungdommer i utviklingsland, kan dermed på lang sikt ha innvirkning på landets generelle helsetilstand (Woan, Lin & Auerswald, 2013; UNICEF, 2012). United Nation (UN) definerer ungdom som mennesker i aldersgruppen 10-19 år. På bakgrunn av dette er det denne aldersgruppen som er benyttet i oppgaven. Videre er problemstillingen avgrenset til gatebarn. Dette er en særlig viktig gruppe å fokusere på i økning av HIV-kunnskap, da mange ikke går på skole og kan ha lavere kunnskap enn barn og ungdom forøvrig.

Geografisk område er begrenset til Ghana, både fordi dette er et eksempel på utviklingsland, og grunnet personlig kjennskap til landet.

Denne oppgaven vil hovedsakelig handle om HIV, men i omtale av HIV er det naturlig å også nevne Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Dette vil sees i både utvalgt litteratur, forskning og i denne oppgaven.

Ytterligere aktuelle begreper vil utfylles nærmere i teorien.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp på følgende måte: Tema og problemstilling presenteres først slik at leseren får en forståelse av innholdet. Videre fremlegges metode, litteratur og forskning, etterfulgt av etisk overveielse. Deretter blir teorien presentert og diskutert, før oppgaven bunnnes ut i en konklusjonen.

2.0 Metode

2.1 Vitenskapsteori

For å besvare problemstillingen, benyttes både naturvitenskapelig- og humanvitenskapelig kunnskap. Fagkunnskapen om HIV som kan benyttes i undervisning og veiledning av gatebarna, bunner i naturvitenskapelig forskning. Kunnskap om hvordan tilnærme seg gatebarna i undervisning- og veiledningssituasjoner, kommer fra humanvitenskapelig forskning.

I det naturvitenskapelige faget, benyttes ofte kvantitativ metodetilnærming. Forskningen er systematisk og forhåndsbestemt. Store mengder data innhentes ved hjelp av ulike strategier, eksempelvis spørreskjemaer. Hensikten med kvantitativ metode er å teste hypoteser og teorier (Kristoffersen, 2016b, s. 152). Metoden kjennetegnes av ønsket om breddekunnskap innenfor et felt (Thidemann, 2015, s. 78).

I det humanvitenskapelige fagfeltet benyttes ofte kvalitativ metodetilnærming. Her undersøkes forskningsobjektet i dybden, for å forklare et ukjent felt eller fenomen (Kristoffersen, 2016, s. 153). Menneskelige egenskaper, som erfaringer og tanker, utforskes ved bruk av intervjuer, observasjoner, feltarbeid eller dokumentanalyse for innsamling av data (Thidemann, 2015, s. 78).

For å undersøke et fenomen helhetlig, kan det være optimalt å benytte en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode. Dette kalles metodetriangulering. Her vil svakheter og uklarheter hos den ene kunne besvares av den andre (Thidemann, 2015, s. 79). Eksempelvis spørreskjema i kombinasjon med dybdeintervju.

2.2 Litteraturstudie

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å besvare en gitt problemstilling (jfr. Thidemann, 2015, s. 76). Metode kan beskrives som et verktøy for å finne fram til ny kunnskap, samle inn data og teste holdbarhet (Dalland, 2017, s. 51).

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Her benyttes litteratur og forskning som allerede eksisterer for å fordype seg i gitt tema (Dalland, 2017, s. 207). En systematisk tilnærming er benyttet for å besvare oppgaven. Målet er at leseren skal få god forståelse av den kunnskapen som finnes om problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 80).

2.3 Litteratursøk

For å finne relevant forskning til temaet ble databasene Cinahl, Academic Search Elite og Medline benyttet, samt Google Scholar dersom forskningen ikke var tilgjengelig i de gitte databasene. I første søk ble søkeordene "HIV og "Ghana" benyttet. Dette ble utført i alle nevnte databaser, for å gi overblikk over hvor mye forskning som var utført på

problemstillingen. Deretter ble søket snevret inn med søkeordene “HIV”, “Ghana” og “children”. Emneord ble kombinert med “AND”. Referanselistene til litteratur funnet i databasene ble også gjennomført manuelt, for å finne ytterligere relevant litteratur. Det er generelt gjort mye forskning på temaet, men noe mindre i nyere tid.

For å begrense utvalg av litteratur til høy kvalitet og relevans, er det essensielt å benytte seg av inklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s. 84). Inklusjonskriterier benyttet i dette litteratursøket var; under 20 år, studie publisert etter 2010 og fagfelleverdert. Da det viste seg å være utfordrende å finne nyere litteratur på tema, ble også artikler publisert før 2010 inkludert.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å kritisk vurdere materialet benyttet i oppgaven. Dette er en gjennomgang av litteraturen som er benyttet for å gi leseren et innblikk i kildenes relevans og pålitelighet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158–159).

Kildene som er benyttet er rapporter, forskningsartikler og faglitteratur, fra pensum og bibliotek, vurdert som relevante for å besvare gitt problemstilling. Det er i tillegg benyttet nettressurser for å finne nylig oppdatert informasjon om tema. UNICEF, FN, UNAIDS, WHO og Plan International sine nettsider er benyttet.

Før vitenskapelige forskningsartikler publiseres tidsskrifter utgis, må de fagfelleverdes. Dette innebærer at de nøye gjennomgås av redaksjoner og uavhengige fagfolk som sikrer at retningslinjer er fulgt (Dalland & Trygstad, s.154). Databasene som er benyttet, Cinahl, Medline og Academic Search Elite, gir mulighet til å begrense søket til fagfelleverderte artikler. Da det kun er benyttet engelsk forskning i oppgaven kan det gi rom for mistolkning under oversetting (Dalland, 2017).

Da vi under store deler av perioden ikke hadde tilgang til bibliotek, ble det tidvis utfordrende å innhente informasjon fra primærkilde. Grunnet dette er sekundærkilder i

noen tilfeller blitt benyttet. Eksempelvis er informasjon om “Den didaktiske relasjonsmodellen” hentet fra “Grunnleggende sykepleie” (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Denne oppgaven bygger hovedsakelig på fire internasjonale forskningsartikler:

- Wutoh, A. K., Kumoji, E. K., Xue, Z., Campusano, G., Wutoh, R. D. & Ofosu, J. R. (2006). HIV Knowledge and Sexual Risk Behaviors of Street Children in Takoradi, Ghana. *AIDS and Behavior*, 10(2), 209–215. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-9038-6>
- Sallar, A. M. (2009). Correlates of misperceptions in HIV knowledge and attitude towards People Living With HIV/AIDS (PLWHAs) among in-school and out of- school adolescents in Ghana. *African Health Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.4314/ahs.v9i2.43768>
- Kenu, E., Obo-Akwa, A., Nuamah, G. B., Brefo, A., Sam, M. & Lartey, M. (2014). Knowledge and disclosure of HIV status among adolescents and young adults attending an adolescent HIV clinic in Accra, Ghana. *BMC Research Notes*, 7(1), 844. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-844>
- Oppong Asante, K. (2016). Street Children and Adolescents in Ghana: A Qualitative Study of Trajectory and Behavioural Experiences of Homelessness. *Global Social Welfare*, 3(1), 33–43. <https://doi.org/10.1007/s40609-015-0039-8>

Den første studien, av Wutoh mfl. (2006), tar for seg HIV-kunnskap og seksuell risikoatferd hos gatebarn i Takoradi, Ghana. Artikkelen er fra 2006, og resultater herfra kan dermed sies å være noe utdatert. Studien ble likevel inkludert, da den inkluderer både gatebarn og deres kunnskap om HIV. Den sees dermed på som et hensiktsmessig bidrag til besvarelse av problemstillingen i oppgaven. Studien er utført som pilotstudie, men da det tilsynelatende ikke er gjort noen påfølgende studie, ble denne inkludert. Alle deltakerne i studien var på daværende tidspunkt bosatt i Takoradi, Ghana, men kom opprinnelig fra flere ulike deler av

Ghana. Dette anses som en styrke, da deltakerne i så måte kan sies å være representativ for resten av befolkningen.

Studien ble utført i samarbeid med Mercy Foundation. Denne lokale organisasjonen arbeidet med utarbeiding av programmer for gatebarna. Tilnærming til gatebarna ble gjort gjennom ansatte i stiftelsen som gatebarna allerede hadde en relasjon til. Dette kan tenkes å gi en følelse av tillit hos barna. En følelse av trygghet i situasjonen vil kanskje gjøre det enklere for barna å åpne seg. I så måte vil dette kunne fungere som en styrke for resultatene i studien.

Den andre studien, av Sallar (2009), undersøker HIV-kunnskaper og holdning til mennesker med HIV eller AIDS hos barn og unge i og utenfor skole. Denne artikkelen ble publisert i 2009, og resultater herfra kan, i likhet med Wutoh mfl. (2006), tenkes å være noe utdatert. Studien er likevel et viktig bidrag til oppgaven, da den tar for seg barn og unge både i og utenfor skolegang. I utviklingsland kan det være lav skoledeltakelse, og det kan være store sprik i kunnskapsnivå mellom barn og unge i og utenfor skolen. Dermed blir det viktig å undersøke begge gruppene. Denne studien bidrar til en god forståelse for skolegang og innvirkning på kunnskap om HIV hos barn og ungdom i Ghana, og er grunnet dette inkludert i oppgaven.

Spørsmålene som ble gitt til barn og unge utenfor skole ble oversatt til lokalt språk. Oversetting av spørreskjema kan være utfordrende, da det kan føre til ulik forståelse av innholdet i skjemaet (Dalland, 2017). For å kontrollere dette, ble spørreskjemaet oversatt tilbake til engelsk av andre, for å sikre riktig oversettelse og at betydningen av spørsmålene hadde blitt bevart. Dette styrker måleinstrumentets validitet (Dalland, 2017).

Den tredje studien, av Kenu mfl. (2014), tar for seg kunnskap og formidling av HIV-status hos ungdom på en HIV-klinikk i Accra, Ghana. Deltakerne i studien var ikke gatebarn, og den vil i lys av dette ikke være direkte generaliserbar til gatebarn. Studien har også liten utvalgsstørrelse ($n = 32$) og er kun sentrert ved én HIV-klinikk. Den kan derfor ikke nødvendigvis sies å være overførbar til hele Ghana. Til tross for at deltakerne er pasienter ved en HIV-klinikk og går på skole, har de likevel liten kunnskap om HIV, og mange er heller

ikke klar over sin HIV-status. Studien gir et innblikk i status om HIV-kunnskap og viten om HIV-status for ungdom i Ghana, og er derfor relevant å inkludere.

Den fjerde studien, av Oppong Asante (2016), er en kvalitativ studie av gatebarn og ungdommer i Ghana og deres opplevelse av hjemløshet. Denne studien har også lav utvalgsstørrelse, og kan ikke sies å være generaliserbar til hele Ghanas befolkning. Hensikten med kvalitativ forskning er sjelden å anskaffe generaliserbare funn, men heller dybde og overføringsverdi (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Studien er derfor likevel inkludert, da den gir et i dypere bilde av hvordan gatebarna har det på gaten og hvorfor de lever der. Den understreker også fravær av HIV-kunnskap og høy risiko for HIV-smitte. Studien er vesentlig å inkludere, da den kan gi sykepleiere viktig bakgrunnskunnskap og utgangspunkt for å tilrettelegge en læresituasjon.

Alle de fire studiene undersøker ulike områder av Ghana, som gir et godt demografisk bilde. Samlet sett gir studiene et godt innblikk i HIV-kunnskap hos barn og unge i Ghana, som gir et bilde av situasjonen også for gatebarn.

2.5 Etske overveielser

I all form for vitenskapelig arbeid, må det tas hensyn til etiske aspekter (De nasjonal forskningsetiske komiteene, 2010). Ifølge VID Vitenskapelige Høyskoles felles retningslinjer, vil dette i et litteraturstudie innebære innsyn i innhenting av informasjon og kilder. Disse retningslinjene er benyttet i utforming av oppgaven. Litteratursøket omfatter innhenting av data fra kun litteratur og forskningsartikler. Forfatteres bidrag er henvisning til ved bruk av APA 6th, og videre referert til i litteraturlisten. Ingen taushetsbelagte opplysninger er med i oppgaven. Alle artiklene har ivaretatt forskningsetiske hensyn og er fagfellevurdert.

3.0 Teori /Referanseramme

I dette kapittelet vil litteratur og rapporter gjennomgås, for å belyse temaene som benyttes som utgangspunkt for videre drøfting av problemstillingen.

3.1 Fakta om Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) er et virus som angriper kroppens immunsystem, spesifikt de hvite blodcellene CD4. Disse cellene ødelegges, som videre fører til at immunsystemet svekkes og kroppen klarer ikke å bekjempe andre typer infeksjoner (WHO, 2019). Det finnes en rekke forskjellige HIV-typer, men de deles i hovedsak opp i to ulike typer, *hiv-1* og *hiv-2*. Den mest utbredte er HIV-1, som anses som den farligste formen. HIV-2 finnes hovedsakelig i Vest-Afrika, og anses som mindre smittsomt (Frøland, 2014, s. 32).

3.1.1 Hvordan smitter HIV

Det er hovedsakelig tre hovedmåter for smitteoverføring; via seksuell kontakt, ved blodoverføringer eller fra mor til barn. Ytterligere smittemåter anses som høyst uvanlig, og vil derfor ikke bli belyst. Å ha kunnskap om smitteoverføring er av stor betydning for smitteforebyggende arbeid (Frøland, 2014, s. 33). Smitte ved seksuell kontakt skjer hovedsakelig ved ubeskyttet vaginalt eller analt samleie. Mange faktorer spiller inn både for hvor mottakelighet og hvor smittsom man er, eksempelvis kan aktiv kjønnssykdom eller åpne sår øke mottakeligheten (Frøland, 2014, s. 35).

3.1.2 Forløp, symptomer og behandling

Uten behandling kan forløpet deles inn i fire faser. Første fase varer fra ca 1-2 uker. Dette kalles "stum fase". Her har pasienten oftest ingen symptomer, og har ikke utslag på

blodprøver. I fase to, “den akutte infeksjonsfasen”, øker virusmengden i blodet hurtig. Grunnen til den høye økningen i virusmengde er at immunsystemet ennå ikke har klart å reagere. Det er ikke før i slutten av denne perioden at immunforsvaret reagerer, men til gjengjeld reagerer det kraftig (Frøland, 2014, s. 50). Det er i denne fasen det er vanligst å se symptomer. Dette kan være akutt feber, sår hals, hovne lymfeknuter og utslett med lyserøde flekker. Det kan minne om både influensa og mononukleose. Tidvis forekommer mer alvorlige symptomer, som tegn til hjernehinnebetennelse. Symptomene forsvinner ofte raskt og kan være vage, som kan resultere i ikke oppsøkt medisinsk hjelp (jfr., Frøland, 2014, s.86).

Etter 6-8 uker inntar fase tre, “den kroniske fasen”. Pasienten er symptomfri, og fasen kan vare flere år. Ofte er man ikke klar over egen HIV-status og det kan virke ufarlig, men i realiteten er viruset svært aggressivt i denne perioden. Den siste fasen er “immunsviktfasen”. Et betydelig antall CD4-T-celler er ødelagt og immunforsvaret klarer ikke lenger å beskytte pasienten mot infeksjoner og kreftsykdommer(Frøland, 2014, s. 51–52).

Behandlingen av HIV er medikamentell. I 2014 fantes det seks forskjellige typer medikamentgrupper som angriper viruset på ulike måter (Frøland, 2014, s. 109). Det er utfordrende å vite når behandling bør startes. En kan være symptomfri over lengre perioder og medikamenter kan ikke kurere sykdommen. Grunnet dette er ikke alle like innstilt på å starte en behandling som varer livet ut og som kan gi bivirkninger. Dersom pasienten ikke er disiplinert i medikamentinntaket, kan viruset utvikle resistens. Behandlingen må følges opp slik at riktig behandling benyttes og eventuelle bivirkninger kan diskuteres (Frøland, 2014, s.113).

3.2 Gatebarn: En sårbar gruppe i samfunnet

United Nation (UN) definerer tenåring, eller ungdom, som mennesker i aldersgruppen 10-19 år. Ungdomstiden er en kritisk periode. Ungdommene i denne aldersgruppen blir ofte ikke plukket opp av helseprogrammer for voksne og er for gammel for tiltakene som settes i gang for barn. Mange ungdommer blir ekskludert av tjenester som kan redusere risikoen for HIV, da loven gjør det vanskelig for dem å komme i kontakt med tjenestene uten foreldres samtykke (UNICEF, 2012).

Investering av ungdommene kan bryte ved den onde sirkelen av fattigdom og resultere i bedre samfunnstilhørighet (UNICEF, 2012, s. 39). Dette gjelder særlig gatebarn, som er en gruppe som faller utenfor samfunnet. Det finnes ingen felles definisjon for hvem som klassifiseres som gatebarn, og det er derav utfordrende å vite hvor mange gatebarn som finnes. Likevel vet vi at gatebarna er en sårbar gruppe som ofte er sosialt ekskludert eller marginalisert, og kan derfor være utfordrende å jobbe med (Ray mfl., 2011, s. 7).

Ungdommer som ikke bor hjemme har ikke den nødvendige beskyttelse fra familien lengre, og har ofte ikke tilgang til skole og helsetjenester (UNICEF, 2012, s. 4 og 39)

FNs bærekraftsmål nr. 1 handler om å utrydde fattigdom. Mål nr. 3, delmål nr. 3.3, handler om å stanse epidemien AIDS og andre smittsomme sykdommer (FN, 2020). Fokusområdene fra bærekraftsmålene er også gjeldende for gatebarn i Ghana. Ghana er et av landene der Plan International jobber for å øke kunnskapen til ungdommer. Det er opprettet en ungdomsgruppe hvor temaer som seksuelt overførbare sykdommer, menstruell sykdom og sunt kosthold tas opp. Dette er temaer som er tabubelagt i landet. Gruppen styres av ungdommene selv, men en gang i måneden blir helsepersonell invitert til å informere og gi kunnskap om temaer som kropp, helse og seksualitet (Plan International, 2019). Dette er en plattform som vil være høyst aktuell for sykepleier.

For å forebygge og behandle HIV-infeksjon hos gatebarn i utviklingsland, behøves forståelse og kunnskap om de samfunnsmessige utfordringene de står overfor. Utfordringene er knyttet til kjønnsnormer, sosiokulturell praksis, lave kunnskapsnivåer, økonomiske ulikheter, stigma, diskriminerende praksis og rettssystemer. Familie, arbeidsgivere, gjengledere og

andre kan utnytte gatebarna for egen økonomisk gevinst. Langere bruker de unge ved at de får dop mot pengene de tigger for (Ray mfl., 2011, s. 17). Normalt er det flere gutter i ungdomsalderen på gaten, enn jenter. Et unntak er Ghana. Her er forholdet mellom gutter og jenter som regel likt. Grunnen til det er kompleks, men har en sammenheng med tradisjonelle forventninger av jenter og det moderne livet (Ray mfl., 2011, s. 8–9)

Omfattende og korrekt kunnskap er avgjørende for å styrke HIV-kunnskap og atferdsforandring (UNICEF, 2012, s. 27–28). De marginaliserte ungdommene bør få en mulighet til å bli en del av samfunnet. En framtid hvor ungdommer er sunne, utdannet, beskyttet og myndiggjort er løftene til bærekraftsmål for ungdommer i verden (UNICEF, 2012, s. 40).

3.2.1 Gatebarn og HIV

Det er utfordrende å tallfeste hvor mange barn og unge på gaten som har HIV, da definisjonen av gatebarn er noe varierende (Ray mfl., 2011, s. 7). Vi vet at UNICEF har estimert at ca. 1.8 millioner ungdommer lever med HIV i verden (UNICEF, 2016, s. 28). Mange av ungdommene er ikke klar over sin HIV-status og har gjennomsnittlig lav HIV-kunnskap (UNICEF, 2012, s. 4). I Ghana var det i 2018 totalt i alle aldersgrupper over 300 000 som levde med HIV og ca. 14 000 AIDS-relaterte dødsfall (UNAIDS, 2018).

Mange vet at det er mulig å teste seg, men få benytter seg av muligheten (UNICEF, 2012, s. 4). Ungdommer som ikke vet at de har HIV vil heller ikke søke behandling, og diagnostiseringen kommer ikke før symptomer på langt kommet sykdom er tydelig. Alder og sosial eller økonomisk status gjør at deres tilgang til informasjon og tjenester er begrenset (UNICEF, 2012, s. 23). Mange har blitt smittet perinatalt, gjennom ubeskyttet sex eller av å dele injeksjonsutstyr. Jentene er mer utsatt biologisk, men også fordi mange har eldre seksualpartnere som kan ha være eksponert for HIV. Jentene i disse forholdene har som regel ingen rett til å bestemme over kondombruken (UNICEF, 2012, s. 27).

For å forstå hvilke ungdommer som er i risikogrupper og hvorfor, er det viktig å se sammenhengen av HIV-kunnskap og atferd (UNICEF, 2012, s. 30).

3.3 Helsekunnskap

“Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5).

Dette er definisjonen Helse- og omsorgsdepartementet benytter for helsekompetanse, eller helsekunnskap. Lav helsekunnskap har vist å gi dårligere helse, mer risikofylt atferd, lavere kontroll over kroniske lidelser som diabetes, HIV og astma, lavere etterlevelse av medisinbruk, mer sykehusinnleggelse og høyere risiko for sykdom og tidlig død (WHO, 2013, s. 1 og 13)

Bakgrunnshistorie, livssituasjon og sosioøkonomisk status påvirker hvordan et individ opplever sykdom, egen helse og kunnskap rundt dette. Et menneskes helsetilstand og helsekunnskap påvirker levestil og eksisterende krav og normer fra samfunnet utgjør verdier for hva som er normal og tilstrekkelig helsetilstand (Kristoffersen, 2016a, s. 38–45). Å øke nettopp helsekunnskap hos pasienten, er en viktig del av en sykepleiers funksjon.

3.4 Sykepleiefunksjonen

Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Henderson, 1998, s. 10).

Dette skildrer en sykepleiers viktige rolle i samfunnet. En sykepleier har samfunnsmessige oppgaver som omhandler pleie av mennesker som av ulike årsaker trenger hjelp. Det kan være grunnet sykdom, skade eller fordi livssituasjonen er utfordrende. Forebygging av allerede

fremskreden sykdom og helsefremmende tiltak er også viktige oppgaver innen sykepleien. Dette viser at sykepleien har et helhetlig syn på mennesket (jfr., Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 13).

Et hovedmoment for en sykepleier også å respektere enkeltmenneskets liv, verdighet og integritet (Kristoffersen mfl., 2016, s. 17). Dette vil innebære å vise respekt ovenfor pasienten, uavhengig av pasientsituasjon. Eksempelvis kan infeksjonssykdommer som HIV og AIDS skape skepsis, uvitenhet og fordommer blant sykepleiere grunnet redsel for smitte. Trygghet rundt egen fagkunnskap samt refleksjon rundt egne holdninger er derfor viktig for å kunne opptre profesjonelt og respektfullt (Rygh, Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2016, s. 70).

Det er også essensielt å ha kunnskap om ulike pasientgruppers situasjon, reaksjoner og behov for hjelp (jfr., Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 93). Når det foreligger tilstrekkelig kunnskap om pasienten, kan sykepleieren innta en pedagogisk rolle og tilrettelegge læringsprosessen.

3.4.1 Den pedagogiske rollen i sykepleie

En sykepleiers pedagogiske kompetanse består av kunnskaper, ferdigheter og verdier. For at pasienten skal få økt helsekunnskap, bør et mål for sykepleiere være å styrke pasientens egne ressurser. Det bør derfor tas i betraktning hvilke vilkår en person har for læring. Det er også viktig å danne en god relasjon til pasienten. Dette handler om å vise respekt, empati og forståelse, for å sikre at pasienten føler seg sett og ivaretatt (Kristoffersen, 2014, s. 345–346).

Denne oppgaven tar for seg forebyggende sykepleiefunksjon, i form av å innta en undervisende og veiledende rolle. Målet er økt mestrings-, lærings og utviklingsmulighet, for at pasienten skal kunne ta vare på sin egen helse (Kristoffersen mfl., 2016, s. 19).

I utviklingsland har selv infeksjonssykdommer med adekvat behandlingsmulighet høyere mortalitetsrisiko enn i mer ressurssterke land (klinisk sykepleie 1, s.69). Forskning viser at

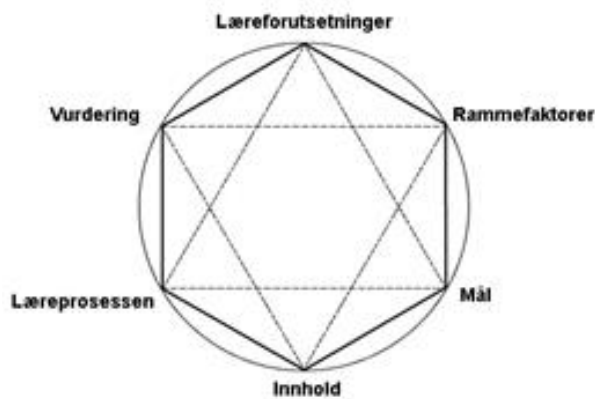
kunnskap om HIV hos barn og ungdom i slike land er lav (UNICEF, 2012, s.4). For å øke kunnskapen hos barn og unge i utviklingsland, er det essensielt at en som sykepleier i en slik situasjon inntar en veiledende og pedagogisk rolle.

Å bruke varierte metoder, samt involvering og konkretisering er avgjørende pedagogiske prinsipper i undervisning og veiledning. Dette må gjøres i lys av behovene til den som skal lære. Læresituasjonen må tilrettelegges slik at pasienten forstår hva som skal læres. Det er ikke alltid samsvar mellom pasientens reelle forståelse og hva helsepersonell forventer eller tror de forstår, og samarbeid med pasienten under læringsprosessen er derfor essensielt (Kristoffersen, 2014, s. 347). Dette kan gjøres ved å skape en dialog. Den tradisjonelle undervisningen hvor kunnskapen formidles enveis fra sykepleier til pasient utgår. På denne måten blir læringen en forandringsprosess som skjer hos enkeltmennesket, og pasienten føler mestring og kontroll over eget liv og helse (Kristoffersen, 2014, s. 345).

For å kunne optimalisere læringsprosessen, kan det være hensiktsmessig å benytte en pedagogisk metode. I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen.

3.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen ble utviklet av Bjarne Bjørndal og Sigmund Lieberg i 1978. Som sykepleier er det gunstig å ha kjennskap til denne i undervisning og veiledning av pasienter. Modellen viser til ulike elementer i en undervisningssituasjon og hvordan de er avhengig av hverandre (Kristoffersen, 2014, s. 359). Disse elementene, som utgjør den didaktiske relasjonsmodellen, vil presenteres nedenfor.



Figur 1. Illustrasjon av den didaktiske relasjonsmodellen. Hentet fra Om helse (2020)

Læreforutsetninger

Læreforutsetninger handler om pasientens evne til å motta veiledning, kunnskap og informasjon. Hvilke forutsetninger pasienten har til å tilegne seg informasjon og kunnskap, utdanningsnivå og intellektuell forståelse er forhold som må tas i betraktning i en læresituasjon. Selv dagsform kan ha betydning for hvordan informasjon og ny kunnskap blir mottatt (Kristoffersen, 2014, s. 359).

Faglig språk må forenkles og tilrettelegges hver enkelt med hensyn til hvilke forutsetninger og bakgrunn pasienten har. Både over- og undervurdering av pasientens kunnskap og forståelsesevne må unngås. Veiledning og undervisningsnivå, samt innhold må tilpasses hver enkelt (Kristoffersen, 2014, s. 359).

Rammefaktorer

Rammefaktorene handler om hvor og når det er mest gunstig å gjennomføre undervisning og veiledning. Dersom det lar seg gjøre bør en legge undervisningen slik at avbrytelser og forstyrrelser unngås, og finne et passende tidspunkt for både pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2014, s. 360).

Læreprosess

Undervisningen må være variert og invitere til bruk av flere sanser. Ulike metoder kan benyttes for at pasienten skal nå målene som er satt. Dette kan eksempelvis være ved bruk av videoer, lysbilder eller plakater. Det må vurderes om én til én undervisning eller undervisning i gruppe er mest hensiktsmessig. Dersom pasienten ønsker, kan også pårørende inkluderes i undervisningen (Kristoffersen, 2014, s. 362).

Mål

Det vil være viktig å samarbeide med pasienten for å tilpasse behovene han eller hun har. Målene må være gjennomtenkt slik at de er hensiktsmessige for undervisningen. Målene må tilpasses undervisningens lengde, slik at de er realistisk å oppnå (Kristoffersen, 2014, s. 360–361).

Innhold

Undervisningens innhold utvikles i lys av målene som blir satt. Rammefaktorene og læreforutsetningene er med på å bestemme hvordan innholdet må individualiseres og tilrettelegges slik at pasienten eller pasientgruppen vil oppnå målene (Kristoffersen, 2014, s. 362).

Vurdering

Etter undervisning må det vurderes om pasientens mål er oppnådd. Ulike måter kan benyttes for å sjekke at pasienten har hatt læringsutbytte av undervisningen, eksempelvis spørreskjema eller samtale med pasienten (Kristoffersen, 2014, s. 363).

Disse seks elementene utgjør den didaktiske relasjonsmodellen. Elementene henger sammen og er avhengig av hverandre for å oppnå en optimal undervisnings- og læringsprosess.

4.0 Resultat

Denne oppgaven bygger på 4 forskningsartikler med kvantitativ eller kvalitativ metodisk tilnærming; to tverrsnittsstudier, et semi-strukturert intervju og en tverrsnittsstudie med tilhørende intervju.

4.1 Wutoh mfl. 2006

Den første tverrsnittsstudien, av Wutoh mfl. (2006), undersøkte gatebarn i aldersgruppen 10-20 år i Takoradi, Ghana ($n = 100$; 31 jenter og 69 gutter). Som inklusjonskriterie måtte deltakerne være bosatt eller jobbe på gaten, og ikke se ut til å være ruspåvirket. Gjennom spørreskjema ble det innhente data om HIV-kunnskap, risikoatferd, seksuell erfaring og faktorer som gjorde at de var på gaten.

Studien ble utført i samarbeid med en lokal organisasjon i Takoradi. De fleste barna kom fra vestregionen og hadde bodd i Takoradi i gjennomsnitt 7,4 år. Barna hadde bodd på gaten i gjennomsnitt 2,2 år. 20% av deltakeren hadde aldri gått på skole og 94% gikk ikke på skole på daværende tidspunkt.

Gjennom spørreundersøkelsen ble det funnet feiltolkninger som at AIDS resulterer i umiddelbar død, smitterisiko gjennom godteri og skitne fingernebler, og at smitte stammer fra naboland. Fåtallet av begge kjønn hadde reell kunnskap om hvordan HIV smitter (23 % av guttene, 12 % av jentene). Kun to av deltakerne var testet for HIV. Denne studien underbygger teorien om at gatebarn har liten eller ingen kunnskap om HIV og AIDS. Studien er fra 2006, som må tas i betraktning ved forståelse av nåværende situasjon.

4.2 Sallar, 2009

Den andre tverrsnittsstudien, av Sallar (2009), undersøkte HIV-kunnskap, mistolkninger og holdninger hos ungdommer med HIV eller AIDS ($n = 483$; 262 gutter og 221 jenter). For å undersøke problemstillingen ble data innhentet fra spørreskjema og videre intervju. Deltakerne var ugifte ungdommer (10-19 år) fra Ashanti regionen i Ghana. 230 av

deltakerne oppga at de gikk på skole på daværende tidspunkt, mens 253 var utenfor skole eller hadde kun fullført grunnskole.

For å identifisere mistolkninger ble et spørreskjema med 42 utsagn benyttet, som skulle besvares med svaralternativene “sant”, “usant” eller “vet ikke”. Utsagn var eksempelvis: “Du kan se på noen at de har HIV/AIDS”, “P-piller beskytter mot HIV/AIDS” eller “HIV/AIDS smitter via kyssing eller kontakt med spytt”. I tillegg ble det utført intervjuer for å undersøke nærmere om de som hadde kunnskap om AIDS også hadde implementert dette i egen atferd. 72,2 % bekreftet at de selv hadde gjort tiltak for å unngå å bli smittet av HIV eller for å unngå at andre blir smittet av dem.

Funn fra undersøkelsen viser at 94 % hadde hørt om AIDS, men kun 65 % hadde hørt om HIV. Dette kan ha en sammenheng med at begrepet “AIDS” benyttes for både HIV og AIDS i Ghana. Kunnskapsnivået ble klassifisert til lavt, middels eller høyt kunnskapsnivå, hvorav resultatene viser henholdsvis 17,5 %, 59 % og 23,4 %. Kunnskapen ble hovedsakelig innhentet fra radio og TV, skole, venner, familie og helsepersonell. Deltakerne som gikk på skole hadde høyere sannsynlighet for å ha kunnskap om HIV/AIDS.

4.3 Kenu mfl. 2014

En tredje tverrsnittstudie, av Kenu mfl. (2014), undersøkte HIV-smittede ungdommer og unge voksne på HIV Care programmet på Fever Unit ved Korle-Bu Teaching Hospital ($n = 34$; 21 jenter, 13 gutter). Pasienter ved denne klinikken har enten en mor med kjent HIV under svangerskapet, har AIDS eller blir diagnostisert etter at et familiemedlem har blitt diagnostisert med HIV. De fleste pasientene ble diagnostisert perinatalt. Alle deltakerne i studien gikk på skole.

Resultatene fra undersøkelsen viser at 90,4 % av deltakerne kunne identifisere en eller flere måter å bli smittet på. Av disse visste 66,7 % at smitte kan forekomme ved seksuell kontakt med HIV-positiv person. 63,6 % visste om mor-barn smitte, og 23 % at HIV kan smitte med skarpe objekter. 29 % trodde smitte skjer gjennom fysisk kontakt.

Av deltakerne mente 20,6 % at de ikke hadde HIV, og 20,6 % var usikre på om de hadde det eller ikke. 50 % var på antiviral, og 5,9 % gikk ikke på medisiner. 26,5 % visste ikke om de gikk på antivirale medisiner, resterende svarte ikke på spørsmålet. Et særlig bemerkelsesverdig poeng fra denne studien, var en av pasientene som oppga at han var HIV-negativ, men at han gikk på antivirale medisiner. Pasienten går på HIV-medikamenter, men vet likevel ikke at han har HIV.

4.4 Oppong Asante, 2016

Den kvalitative studien som er inkludert, av Oppong Asante (2016), undersøkte gatebarn i Ghana og deres opplevelse av hjemløshet. 16 gatebarn (9 gutter og 7 jenter) ble plukket ut fra spesifikke lokasjoner i Central Business District of Accra, Ghana. Som inklusjonskriterie måtte barna anse seg selv som hjemløs og ha bodd på gaten i minimum én måned. Deltakerne ble intervjuet i 45-60 minutter.

Studien belyser en høy risiko hos gatebarn for å utføre eller havne i voldsrelaterte hendelser, rusmisbruk, sosial stigmatisering, seksuell trakassering og voldtekt. Over to tredeler av jentene fortalte at de kjente noen som hadde blitt voldtatt eller seksuelt trakassert, men at ingen av de selv hadde blitt det. En jente fortalte likevel at hun hadde kommet seg unna noe som kunne ha vært et forsøk på gjengvoldtekt. Selv om de var klare over at voldtekt er et problem, indikerte de at de bare måtte leve med den situasjonen. Likevel tas det tiltak på eget initiativ for å unngå situasjonen; eksempelvis å sove samlet. En 16 år gammel jente sa at hun at hun nesten ikke sov, da det kunne utsette henne for seksuelt overgrep.

“... Jeg sover nesten ikke før dagen gryr. Hvis du sover dypt for lenge, vil du utsette deg selv for dem og de kan gjøre det med deg og...” (Oppong Asante, 2016).

Studien går i dybden på gatebarnas tilværelse, og danner en god forståelse og utgangspunkt for tilrettelegging av læringsprosess.

5.0 Drøfting

Dette kapittelet vil, med utgangspunkt i tidligere presentert forskning og litteratur samt den didaktiske relasjonsmodellen, forsøke å svare på hvordan sykepleiere kan bidra til økt helsekunnskap hos gatebarn i Ghana.

5.1 Læreforutsetninger: Hvilke forutsetninger har gatebarna?

Ifølge den didaktiske relasjonsmodellen handler læringsforutsetningene om menneskets evne til å motta veiledning, kunnskap og informasjon (Kristoffersen, 2014, s. 359). Som tidligere nevnt, er det essensielt å ha pasientkunnskap for å kunne tilrettelegge læringsprosessen. Dette innebærer å ta læreforutsetningene i betraktning, for å styrke gatebarnas helsekunnskap (Kristoffersen, 2014, s. 346–347).

Gatebarn er en sårbar gruppe som lett havner utenfor. Deres sårbarhet og behov blir ofte oversett (UNICEF, 2012, s. 4). De har høy risiko for å utføre eller havne i voldsrelaterte situasjoner, begynne med rusmisbruk, bli utsatt for seksuell trakassering og voldtekt (Oppongo Asante, 2016). De kan også bli inndratt i organisert kriminalitet og prostitusjon (Ray mfl., 2011, s. 16). Som sykepleier fra et mer velutviklet og ressurssterkt land med helt annen samfunnsbakgrunn, kan det være vanskelig å sette seg inn i gatebarnas situasjon. Det er derfor vesentlig at det brukes tid på å undersøke og forstå deres læreforutsetninger.

Læreforutsetningene deres avhenger av flere faktorer, eksempelvis om de bor eller bare jobber på gaten, hvor lenge de har vært på gaten, eller om de er i eller utenfor skole. Forskningsartikler og rapporter viser en fellesnevner blant gatebarna. De færreste går på skole. De har begrenset tilgang til utdanning grunnet mangel på ansvarlige pårørende, adresse og nødvendige dokumenter (Ray mfl., 2011, s. 16). Dette kommer frem i Wutoh mfl. (2006) som undersøkte gatebarn; 94% var ute av skoleløpet og 20% av disse hadde aldri gått på skole. Det er nærliggende å tro at barn som ikke er i skole, vil ha lavere kunnskap om HIV. Dette bekrefter Sallar (2009), som undersøkte HIV-kunnskap hos både barn i og utenfor skole. Resultatene viser til en sammenheng mellom skolegang og HIV-kunnskap. Da

flesteparten av gatebarna ikke går på skolen, kan det i så måte sies at gatebarna har enda dårligere forutsetning for læring enn øvrig ungdom.

Det ble i samme studiet funnet at 17,5% hadde lavt kunnskapsnivå om HIV, og 59% hadde middels kunnskapsnivå (Sallar, 2009). Dette fremhever et stort sprik i kunnskapsnivå, som kan skape utfordringer i undervisningsplanleggingen. Fysiologi og sykdom er ikke nødvendigvis noe gatebarna forstår (Kristoffersen, 2014, s. 359). Mange vil ha vansker for å forstå helseinformasjon, og språket må derfor forenkles og tilpasses slik at det er forståelig. Det må samarbeides med ungdommene slik at en er sikker på at de faktisk tilegner seg informasjonen som blir gitt (Kristoffersen, 2014, s. 347 og 359). Eksempelvis kan ord som infeksjon, virus eller kronisk, som er helt vanlig tale for en sykepleier, ikke nødvendigvis være forståelig for gatebarna. Det er vesentlig å legge det opp slik at alle ungdommene forstår hva som blir undervist.

Gatebarna er ikke en homogen gruppe; alder og kjønn varierer, de har ulike årsaker til bosettelse på gaten, og har ulik bakgrunn (Oppong Asante, 2016). Dette gjør at læreforutsetningene også vil være ulik, og tilnærmingen til deres utfordringer må differensieres (Ray mfl., 2011, s. 7). Kanskje har noen av gatebarna tidligere gått på skole, og har høyere læreforutsetninger enn andre gatebarn. I Kenu mfl. (2014) gikk alle deltakerne på skole. Deltakerne var ikke gatebarn, og til tross for at andelen tilsynelatende var høyere når det gjaldt HIV-kunnskap, var det fremdeles bare 66,7% som visste at HIV smitter ved seksuell kontakt. Dette kan antyde at uansett hvilken bakgrunn gatebarna har, tidligere skolegang eller ei, vil det være nærliggende å tro at HIV-kunnskapen er lav. Dette må tas i betraktning når man som sykepleier tilrettelegger læringsprosessen.

Det må også tas i betraktning at det hos gatebarna kan foreligge store forskjeller innad i samme aldersgruppe, avhengig av bakgrunn og livshistorie. Grunnene til at ungdommene har havnet på gaten er mange. Noen kan ha opplevd vold i hjemmet og ønsker ikke bo i et slikt miljø lengre (Oppong Asante, 2016). Eksempelvis kan en 10-åring ha opplevd like mye og ha lik livserfaring som en 20-åring. De kan ha opplevd traumatiske hendelser også på gaten. I Oppong Asante (2016) forteller en av deltakerne at jenter ofte blir trakassert og at de opplever høy risiko for voldtekt, dette gjør at de velger å sove sammen eller å ikke sove i det hele tatt for å redusere risikoen. Slike ulike livshistorier og opplevelser bør tas i

betraktning, og tilnærming til gatebarna bør individualiseres. Gatebarna kan ha opplevd situasjoner hvor de har blitt utnyttet av gjengledere eller andre som kan ha ført til at de ikke lengre har tillit til voksenpersoner (Ray mfl., 2011, s. 16–17). I slike tilfeller er det særlig viktig å opptre respektfullt, for å skape gode relasjoner og tillitsforhold. Vanligvis kan det å inkludere pårørende i prosessen være en ressurs for pasienten (Kristoffersen, 2014, s. 360). Gatebarna har ofte ingen familiestøtte. Dermed blir det en sykepleiers rolle å fungere som tillitsfull voksenperson.

For at pasienten skal kunne ha optimal læring, er et viktig mål som sykepleier å styrke pasientens egne ressurser (Kristoffersen, 2014, s. 346). Gatebarna er økonomisk ressursvake, og sees ofte ned på av samfunnet. Det er derimot viktig å huske på at alle mennesker har egne styrker og ressurser. Som sykepleier handler det om å finne disse individuelle ressursene, og spille videre på dem i en læringsprosess. Det kan innebære å finne styrker og ressurser innad i gatebarnas sosiale nettverk - hvem er flinke til hva? Hvem er positiv og har godt humør i vanskelige situasjoner? Hvem er flink til å snakke og å dra med seg andre? Gatebarna kan i så måte fungere som ressurs for hverandre.

Generelt sett er samarbeid viktig i en lærings situasjon, både med andre fagkyndige og gatebarna, slik at en sammen kan finne de mest ideelle måtene å arbeide på. Gatebarna kjenner også miljøet innad og kan relatere til hverandres situasjoner. Det kan være gunstig å få de unge til å samhandle med hverandre, for å kunne spille på hverandre og dra hverandre opp. Et eksempel er Plan International (2019) sin organisering av ungdomsgrupper, hvor de unge selv arrangerer gruppemøter og veiledninger, med jevnlig oppfølging og dybdeundervisning fra helsepersonell. Ungdommene får selv styre veiledningen ved å presentere tema for de andre, initiere diskusjoner og ytre egne meninger. Dette kan bidra til økt mestring og selvtillit, som er viktig i en lærings situasjon.

5.2 Rammefaktorer: Hvor bør læring foregå?

I den didaktiske læringsmodellen handler rammefaktorer om hvor og når det er mest gunstig å utføre undervisningen (Kristoffersen, 2014, s. 360). Ungdommene oppsøkes på ulike plattformer. Noen arbeider ute i felt, og får kontakt med ungdommene der de er.

Organisasjoner som arbeider for barn og unge har utviklet «shelters», hvor barna kan få en plass og sove om natten, medisinsk hjelp eller utdanning (SOS-barnebyer, u.å). I Kenu mfl. (2014) møter han ungdommer ved et HIV-program på et sykehus i Ghana, mens i Wutoh mfl. (2006) fikk de hjelp av en lokal organisasjon for å møte ungdommene på gaten. Dette viser at rammefaktorene til ungdommene er ulike, noe som må tas hensyn til i undervisnings- og veiledningsprosessen. Det kan være enklere å undervise på et sykehus, enn det kan være direkte på gaten.

Jamføre lovverket i Ghana, trenger ungdommene samtykke fra foreldre for å benytte seg av tjenester som har til hensikt å redusere risikoen for HIV. Dette gjør at flere av ungdommene blir ekskludert fra slike tjenester (Unicef, 2012, s.4). Det at gatebarna kanskje ikke har et spesifikt tilholdssted kan gjøre at det vil være vanskelig å komme i kontakt med dem. Rammefaktorene må derfor være fleksible. I kapittelet over kommer det frem at flere av ungdommene ikke lengre har støtte fra familien sin, noe som i seg selv kan være vanskelig. I tillegg ser samfunnet på gatebarna som en byrde, i stedet for å fokusere på at de trenger beskyttelse, kjærlighet og omsorg (Oppongo Asante, 2016)

I startfasen kan det å bare være synlig, vise støtte og gi råd være nok. Å fortelle hvor de kan få tak over hodet og hjelpe de å få tilgang til helsehjelp er viktig. Etter hvert kan det gjennomføres pedagogiske aktiviteter sammen med ungdommene (Ray mfl., 2011, s. 31). Selv om det kan være mest hensiktsmessig å undervise gatebarna på en trygg plattform, eksempelvis på et læresenter, kan det være viktig å i første omgang opparbeide god tillit og relasjon ved å være tilgjengelig der de er.

Dette kan innebære å gjøre seg tilgjengelig og synlig en fast plass i nærheten av gatebarnas tilholdssted. På denne måten blir man et kjent bilde i nærmiljøet på gaten. Kanskje kan det føre til at de blir nysgjerrige og selv er oppsøkende. Her kan en oppnå kontakt med gatebarna. Slik kan et tillitsforhold og en god relasjon gradvis bygges opp. Videre kan litt og litt informasjon gis ut til gatebarna, og når tiden er inne for det kan barna inviteres til informasjonsmøte eller undervisning i et mer egnet lokale.

Når arena for undervisning er satt, må læringssituasjonen og prosess tilrettelegges.

5.3 Læreprosessen: Hvordan arbeide med gatebarna?

I dette kapitlet drøftes læreprosessen nærmere. Her utforskes hvilke kunnskaper sykepleiere trenger for å tilrettelegge for læring, og hvilke metoder som best disponerer for at gatebarnas HIV-kunnskap øker.

Pasientkunnskap er en viktig del av arbeidet til en sykepleier (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 93). UNICEF (2012) forteller at for å forebygge og behandle HIV-infeksjon hos ungdommer, må en ha forståelse og kunnskap om de samfunnsmessige utfordringene de står overfor. Disse utfordringene er knyttet til blant annet kjønnsnormer, lave kunnskapsnivåer og diskriminerende praksis. Omfattende og korrekt kunnskap er avgjørende for å styrke HIV-tjenester og atferdsforandring (UNICEF, 2012, s. 27–28). I helsepedagogikken ønsker man å samarbeide med pasienten for å se læring hos enkeltmennesket (Kristoffersen, 2014, s. 345).

En viktig del av prosessen er å bestemme om undervisningen skal utføres i grupper eller individuelt (Kristoffersen, 2014, s. 362). Dersom de blir møtt på klinikker eller sykehus, vil det være mulig å ha én til én veiledning. Det er hensiktsmessig at undervisningen ikke består av enveiskommunikasjon, men at man skaper en dialog. For å skape dialog, kan gruppetimer benyttes. For å tilpasse læringen, kan gruppetimene deles opp etter alder. På en annen side, er det ikke nødvendigvis slik at samme alder er ensbetydende med samme bakgrunnskunnskap og livssituasjon. Eksempelvis kan en 14-åring ha gått på skole over en lang periode, mens en 19-åring ikke har gått på skole i det hele tatt. I dette tilfellet er det ikke nødvendigvis virkningsfullt å dele opp gruppene på denne måten. Likevel kan det tenkes at modenhetsnivå uansett vil være mer likt hos to 19-åringer, enn hos en 10-åring og en 19-åring. Dette er en vanskelig utfordring, og hvert sosiale miljø må tolkes individuelt ved gruppeinndeling. Kanskje kan det vurderes om inndeling etter kunnskapsnivå er mer optimalt i noen grupper.

Lik kjønnsfordeling i gruppene er hensiktsmessig å inkludere. Det er som tidligere nevnt ca. like mange jenter og gutter på gatene i Ghana (Ray mfl., 2011, s. 8). Men jentene blir ofte seksuelt trakassert og voldtekt er dessverre en realitet for mange av disse jentene (Oppong

Asante, 2016). Det jobbes mye med å styrke jenters rolle i et samfunn hvor kjønnsrollene er spesielt adskilt. Å legge opp undervisningen slik at både guttene og jentene er sammen, vil gjøre at de får samme informasjon, og kan få en forståelse for at de har et felles ansvar for å ta vare på hverandre og at de ikke kan akseptere at jentene blir utnyttet.

Det er viktig at ungdommene ikke blir overveldet med for mye informasjon på en gang. HIV er en komplisert sykdom som er omfattende å forstå, derfor må tid og mengde tilpasses. Selv dagsform kan ha betydning for hvordan informasjon og ny kunnskap blir mottatt (Kristoffersen, 2014, s. 359). Det kan være gunstig å ha flere små møter enn et langt, dersom dette lar seg gjøre. Det er ikke sikkert ungdommene har kapasitet eller ønsker å ha flere undervisninger, og det blir dermed viktigst at de får med seg det grunnleggende først. Dette vil både gi et godt grunnlag for videre læring, men også sørge for at de har grunnleggende kunnskap dersom de ikke kommer tilbake.

Det er som tidligere nevnt viktig å danne en god relasjon til gatebarna (Kristoffersen, 2014, s. 345). Mange av ungdommene har vært gjennom mye i livet og det er ikke sikkert de stoler så lett på andre, kanskje spesielt voksne. Taushetsplikten må bevares, slik at gatebarna føler at de kan stole på sykepleieren (UNICEF, 2012, s. 39). Ifølge Kristoffersen & Nortvedt (2016, s. 90) handler tillit om hvordan en som sykepleier oppfører seg overfor andre mennesker. En bør tilstrebe å vise respekt, tillit og empati. Dersom gatebarnet føler seg sett og ivaretatt og får en god relasjon til sykepleieren, vil det kunne gjøre at de får mer tiltro det som undervises og bedre utgangspunkt for læring.

5.4 Mål og innhold: Hva slags helsekunnskap trenger de?

Helse- og omsorgsdepartementet (2020) forklarer at helsekunnskap handler om pasientens evne til å ivareta egen helse. Videre belyses det i WHO (2013) at lav helsekunnskap kan føre til dårligere kontroll og etterlevelse av HIV (s.1)

Et av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen er målsetning (Kristoffersen, 2014, s. 360). For å oppnå målet og øke kunnskapsnivået rundt HIV hos gatebarna, må innholdet stå i samsvar med målet. Det vil være vesentlig å finne ut hvilke kunnskap ungdommene har fra før for å tilrettelegge innholdet i undervisningen.

En vanlig feiltolkning i Wutoh mfl. (2016) var at HIV smitter gjennom inntak av for mye godteri, skitne fingernebler og at det stammer fra naboland. Mange av barna i Ghana går ikke på skole, og de tilegner seg dermed HIV-kunnskap fra andre hold. I Sallar (2009) kom det frem at de fleste fikk informasjonen fra Radio og TV, men mange fikk også kunnskapen fra helsepersonell, skole, venner, familie eller religiøse ledere. Med dette som bakteppe for kunnskapsformidling gir en sykepleier store utfordringer, da informasjonskildene er mange og kan være usikre. Det blir derfor viktig å kartlegge nåværende kunnskapsnivå og eventuell feilinformasjon, slik at innholdet i undervisningen kan legges på riktig nivå.

I tverrsnittsstudiene ble deltakerne spurt en rekke spørsmål for å kartlegge hvilke kunnskaper de hadde om HIV. I Sallar (2009) var over halvparten sikre eller usikre på om man kunne se på en person at de hadde AIDS. I både Sallar (2009) og Kenu mfl. (2014) trodde flere at HIV smitter gjennom fysisk kontakt. Mye av kunnskapen de unge har om HIV er vranglære og direkte feilinformasjon, noe som gjør at man må starte med å avlære før de kan tilegne seg ny og riktig kunnskap, som er målet for undervisningen.

Sallar (2009) benyttet spørsmål hvor en kunne svare sant, usant eller vet ikke. Dette ble gjort for å mer nøyaktig avdekke mistolkninger hos de unge. Dette er en metode som kan være nyttig å benytte i undervisningen. Dette for å finne ut hvilke kunnskapshull som må tettes, men også for å gjøre undervisningen mer spennende. Å lage leker i stedet for å utlevere materialer de kan lese, kan gjøre undervisningen mer lystbetont. Dette kan eksempelvis være å legge inn læringsmaterialet som regler, korlesing, og lek. Det kan være utfordrende å ha materiale som må leses i undervisningen, da mange av ungdommene ikke går på skole. Det er ikke sikkert at alle kan lese, så eventuell lesestoff må være så enkel som mulig og kanskje på lokalspråket.

Flere av gatebarna kunne gjengi at en smitterisiko er ubeskyttet sex, men en vanlig mistolkning var at p-piller beskytter jenter for HIV (Sallar, 2009). Det vil være viktig at gatebarna forstår at kondombruk er eneste beskyttelsesmetode. Det må også undersøkes om gatebarna har tilgang til kondom, og vet hvordan det benyttes. Videre er det viktig å ta i betraktning at aldersgruppen som omtales i denne oppgaven er barn og unge mellom 10 og 19 år. Dette er en utfordring, da det er en aldersgruppe hvor modenhetsnivået er sprikende.

Det er mer aktuelt å snakke om dette temaet for de eldste i aldersgruppen. Dette er et omfattende tema, som ikke vil utdypes videre her.

Det er anbefalt at HIV-status skal formidles, også til barn og unge, men i Ghana er det likevel mange som ikke praktiserer dette (Kenu mfl., 2014). Generelt er kunnskap om egen HIV-status ofte ikke formidlet. Unicef estimerte i 2016 at det var rundt 1.8 millioner ungdommer som lever med HIV verden over, og understreker videre at mange av disse ikke vet at de har HIV (Unicef, 2016 s.28). Andelen ungdommer som tester seg for HIV er lav, noe som bidrar ytterligere til at mange ikke vet deres HIV-status. Dette vil igjen øke smittefaren og mortalitetsrisiko (Unicef, 2012, s. 30).

HIV er en komplisert sykdom med ulike symptomer og sykdomstegn. Symptomer som feber og utslett vil ikke nødvendigvis gjøre at en oppsøker lege, men kan være indikasjoner for HIV (Frøland, 2014, s. 86). Det at symptomene i startfasen kan være så vage er viktig å få formidlet til gatebarna, for å få frem viktigheten av å sjekke seg selv uten symptomer. For at økning av testing skal muliggjøres må ungdommene få mer informasjon om hvorfor, hvor og hvordan man sjekker seg. Det må derfor utforskes hvilke muligheter ungdommene faktisk har for å sjekke seg, og finne løsninger sammen med helsevesenet i Ghana. Dersom undervisning om HIV skjer på en klinikk eller i nærheten av et sykehus, kan man forsøke å få til et samarbeid hvor alle som er i undervisningen kan få mulighet til å sjekke seg.

I Wutoh mfl. (2006) trodde flere av deltakerne at døden inntreffer umiddelbart etter å ha fått AIDS. Flere i Sallar (2009) hadde hørt om AIDS, men ikke om HIV. Det er nærliggende å tro at denne misoppfatningen kommer av at mange i Ghana bruker AIDS for å forklare begge diagnosene (Sallar, 2009). Dette indikerer at flere ikke har forståelse for sykdomsutviklingen ved HIV. Det vil være betydningsfullt at deltakerne får et innblikk i hvordan HIV utvikler seg og ender i immunsvikt. Med tanke på kunnskapsgrunnlag og forståelsesevne hos ungdommene, kan det være hensiktsmessig å ikke gå for mye i dybden i slike tema. Det kan være nok at de får vite at det finnes fire faser hvor de to første kan være symptomfrie, men at selv om en ikke føler seg syk så jobber viruset inne cellene og at uten behandling vil det føre til immunsvikt (Frøland, 2014, s 87).

Det vil også være verdifullt at de får vite at HIV ikke er synonymt med døden, for å avskaffe eventuell redsel og frykt. De må få en forståelse av at det finnes behandling og at man kan leve et tilnærmet normalt liv med diagnose. Til tross for at det finnes god behandling for HIV, er det ennå ikke funnet en kur. Dette betyr at behandlingen vil være livslang og det krever god disiplin av pasienten (Frøland, 2014, s.113).

Et annet mål å fokusere på, er normalisering av tabubelagte tema. Plan International (2019) forteller at det å snakke om HIV kan være tabubelagt. Dersom det skapes rom for å snakke mer åpent om HIV, kan gatebarna diskutere og reflektere seg imellom og det kan bli enklere å dele kunnskapen man har lært på undervisning med andre.

5.5 Vurdering: Evaluering av undervisningen

Ifølge den didaktiske relasjonsmodellen må undervisningen evalueres. Hovedmålet er at gatebarna skal få økt HIV-kunnskap. Undervisningen må vurderes, for å sørge for at målene som er satt er oppnådd (Kristoffersen, 2014, s. 363). Ble det tatt nok hensyn til gatebarna læreforutsetninger? Fungerte rammefaktorene godt nok? Var læreprosessen hensiktsmessig? Ble alt planlagt innhold gjennomgått, og ble alle mål oppnådd? På denne måten kan en evaluere hva som har fungert bra og dermed bør tas med videre, eller om noe bør endres til neste gang.

I evalueringsprosessen er det vesentlig å både evaluere og reflektere rundt egen innsats, men også å få tilbakemelding fra gatebarna selv på hvordan de opplevde prosessen og læringssituasjonen. Dette både i form av samtaler én til én, eller gruppesamtaler hvor barna får spille på hverandre og bygge videre på hverandres innspill. Spesifikke tilbakemeldinger på innhold og undervisningsform er en viktig del av evalueringsprosessen.

Det er også viktig å kartlegge spesifikt om målet er oppnådd - har gatebarna fått høyere HIV-kunnskap? Her blir det vesentlig å undersøke om barna faktisk har oppnådd den ønskede kunnskapen.. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom quiz, spørreskjema, eller lek hvor de skal svare sant eller usant. I forskningen av Sallar (2009), ble det utlevert spørreskjema for å undersøke HIV-kunnskap. Dette kan også gjøres i denne sammenhengen; ved for eksempel å

dele ut likt spørreskjema før og etter læringsprosessen. Slik kan en kartlegge spesifikt hva gatebarna har lært.

Som tidligere nevnt er et mål at HIV ikke skal være et tabubelagt tema, slik at det blir enklere for gatebarn å samtale om dette med hverandre og andre i miljøet. Dette kan være utfordrende å evaluere, men en mulighet er å spørre gatebarna om de selv synes det er blitt lettere og mer naturlig å snakke om etter undervisningen. Har de snakket med noen som ikke har vært i opplæring? Har de selv sjekket seg og oppfordret andre til å gjøre det? En annen mulighet er å bemerke seg om gatebarna spør mer i løpet av eller etter endt undervisning. Dette kan indikere at de har blitt mer nysgjerrig på tema og synes det er enklere å snakke om.

En av utfordringene en kan møte på som sykepleier i en undervisningssituasjon er inndeling i grupper. Flere faktorer må tas i betraktning i inndeling av grupper; alder, lik fordeling av kjønn eller kunnskapsnivå. Det kan være gunstig å evaluere om valgt gruppeinndeling fungerte godt nok, for å vite hva som er mest hensiktsmessig å benytte videre.

Generelt sett kan vurdering gi et helhetlig bilde på om undervisningen har vært vellykket. I Sallar (2009) oppga 72,2 % av deltakerne at de selv hadde gjort tiltak for å unngå å bli smittet av HIV, eller for å hindre smitte til andre. Likevel er det viktig å være klar over at det kan være vanskelig å vurdere resultatet av informasjon og opplæring i praksis. Vurderingen vil kunne belyse om gatebarnas HIV-kunnskap har økt, men om den nye lærdommen blir benyttet i praksis vil være vanskeligere å vurdere. Dette kan komme tydelig frem på lengre sikt, i redusert antall nye HIV-smittede eller høyere antall som tester seg. Videre forskning kan undersøke om tiltak drøftet i denne oppgaven kan ha effekt på langsiktig basis.

6.0 Konklusjon

Oppgavens problemstilling var følgende:

“Hvordan bidra til økt helsekunnskap hos gatebarn i Ghana som er utsatt for HIV-smitte?”

HIV er en global helseutfordring. Globale forskjeller i helsetilstand er et felles ansvar å utjevne. Sykepleiere som bistår til å øke helsekunnskap hos gatebarn i utviklingsland kan benytte den didaktiske relasjonsmodellen i undervisning og veiledning. Seks faktorer omtales i modellen; læreforutsetninger, rammefaktorer, læreprosessen, mål, innhold og vurdering.

Gatebarnas forutsetninger for å lære må tas i betraktning. Det er tidligere funnet en sammenheng mellom skolegang og HIV-kunnskap (Sallar, 2009). Mange går ikke på skole, og kan derav ha liten kunnskap om HIV. Gatebarn er en sårbar gruppe som kan ha individuelt varierende livserfaring, og undervisning må derfor tilpasses hver enkelt gruppe.

Det må videre være hensiktsmessige rammer rundt undervisningen. Det kan derfor være gunstig å møte gatebarna der de er først, for å kunne skape en relasjon og større trygghet. Videre kan de bringes med til en bedre egnet plattform for undervisning og læring.

Læringsprosessen må tilrettelegges. Dialog og samarbeid med gatebarna bør vektlegges foran enveiskommunikasjon, i tillegg til oppbygging av god relasjon og tillit.

Det må konstrueres realistiske mål for læring, og innholdet i undervisningen må samsvare med dette. Dette innebærer å kartlegge nåværende kunnskapsnivå, avlære eventuell feilinformasjon for så å tilegne de unge ny og riktig kunnskap.

Til slutt må læringsprosessen helhetlig vurderes for å sikre at satte mål er oppnådd. Dette kan gjøres gjennom tilbakemeldinger fra gatebarna om opplevelse av undervisningen, samt testing av oppnådd faktabasert kunnskap om HIV.

Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et hjelpemiddel for å øke hiv-kunnskap hos gatebarn i Ghana. Det kan være utfordrende å evaluere om den nye lærdommen blir benyttet i praksis. Dette kan kartlegges og vurderes på lengre sikt ved at antall HIV-smittede er redusert og et høyere antall er testet. Videre forskning må undersøke effektene av tiltak på lang sikt.

Kildeliste

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt inne medisin og helsefag*.

Hentet fra <http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/3-Utvalgsstrategi/>

FN. (2020). FNs bærekraftsmål. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.fn.no/Om-FN/FNs-baerekraftsmaal>

Frøland, S. (2014). *Aids-epidemien nederlag, seire og nye utfordringer*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023* (Plan). regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>

Henderson, V. H. (1998). *Sykepleiens natur: en definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning : refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kenu, E., Obo-Akwa, A., Nuamah, G. B., Brefo, A., Sam, M. & Lartey, M. (2014). Knowledge and disclosure of HIV status among adolescents and young adults attending an adolescent HIV clinic in Accra, Ghana. *BMC Research Notes*, 7(1), 844. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-844>

- Kristoffersen, N. J. (2014). Den myndige pasienten. I *Grunnleggende sykepleie 3* (s. 337–382). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdomsutvikling og begreper. I *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 29–83). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 139–186). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie 3*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I *Grunnleggende sykepleie 1* (s. 15–27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Om helse. (2020). Den didaktiske relasjonsmodellen. Hentet 14. april 2020, fra <https://omhelse.no/den-didaktiske-relasjonsmodellen/>
- Oppong Asante, K. (2016). Street Children and Adolescents in Ghana: A Qualitative Study of Trajectory and Behavioural Experiences of Homelessness. *Global Social Welfare*, 3(1), 33–43. <https://doi.org/10.1007/s40609-015-0039-8>
- Plan International. (2019, 13. november). Tør å snakke om tabu. Hentet 5. april 2020, fra <https://www.plan-norge.no/ghana/tenaringsgraviditeter>
- Ray, P., Davey, C. & Nolan, P. (2011). *Still on the Street | Plan International*. Hentet fra <https://plan-international.org/publications/still-street>
- Rygh, M., Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I. L. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sallar, A. M. (2009). Correlates of misperceptions in HIV knowledge and attitude towards People Living With HIV/AIDS (PLWHAs) among in-school and outof- school

adolescents in Ghana. *African Health Sciences*, 9(2).

<https://doi.org/10.4314/ahs.v9i2.43768>

SOS-barnebyer. (u.å). Ghana. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.sos-barnebyer.no/africa/ghana>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.

UNAIDS. (2018). Ghana. Hentet 11. april 2020, fra <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ghana>

UNAIDS. (2019). Global HIV & AIDS statistics — 2019 fact sheet. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNICEF. (2012). *Progress for children: A report card on adolescent*. Number 10, April 2012.

UNICEF. (2016). UNICEF Annual Report 2016. Hentet 17. mars 2020, fra <https://www.unicef.org/reports/unicef-annual-report-2016>

WHO. (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. Hentet fra http://publichealthwell.ie/node/534072?&content=resource&member=572160&catalogue=none&collection=none&tokens_complete=true&fbclid=IwAR2VbxrcBcpwDPI PjcA7sBdV8LSaRat_YUfF91AUebP0gsv34maJscbnLJg

WHO. (2019). HIV/AIDS. Hentet 13. april 2020, fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Woan, J., Lin, J. & Auerswald, C. (2013). The Health Status of Street Children and Youth in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Adolescent Health*, 53(3), 314-321.e12.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.013>

Wutoh, A. K., Kumoji, E. K., Xue, Z., Campusano, G., Wutoh, R. D. & Ofosu, J. R. (2006). HIV Knowledge and Sexual Risk Behaviors of Street Children in Takoradi, Ghana. *AIDS and Behavior*, 10(2), 209–215. <https://doi.org/10.1007/s10461-005-9038-6>