

SPL 3901

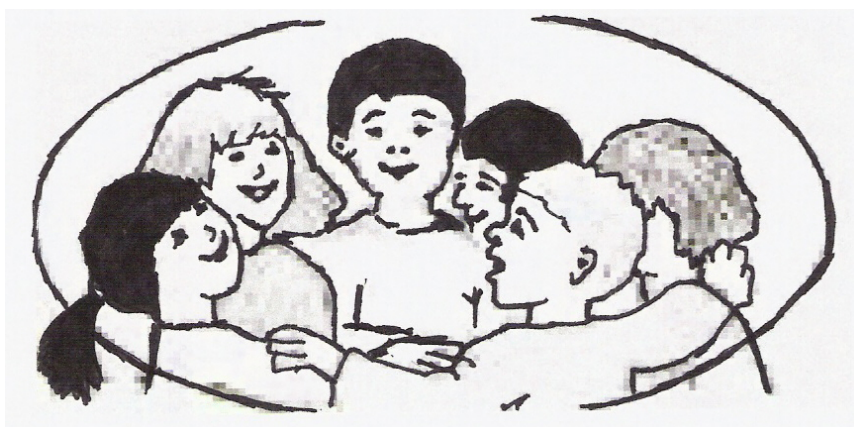
Avsluttende eksamen i sykepleie

Bacheloroppgave

06HBSPLH

Gruppenummer 628

Hvordan kan sykepleieren undervise og veilede barn med astma, slik at barnet opplever mestring?



Høgskolen i Gjøvik,
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Seksjon for sykepleie

Mai 2009

Antall ord: 10406



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen SPL3901

Kull 06HBSPLH

Gruppe nr. 628

Dato 11.05.2009

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

Hvordan kan sykepleieren undervise og veilede barn med astma, slik at barnet opplever mestring?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

Enabling a sense of coping in children with asthma by patient education and counseling.

Sammendrag

Temaet i denne fordypningsoppgaven er undervisning og veiledning til barn, i aldersgruppen ti til tolv år, med astma. Vi ønsker å belyse hvordan sykepleier kan undervise og veilede denne målgruppen, slik at de opplever mestring. For å søke svar på problemstillingen har vi benyttet litteraturstudium som metode. Vi har anvendt teori om undervisning, veiledning, astma, mestring og barns utvikling for å definere sentrale begrep og synliggjøre relevant teori. Problemstillingen drøftes opp mot disse sykepleiefaglige aspektene og erfaringer fra hospitering. Kunnskap gir sykdomsinnsikt, og dette er grunnleggende for at barn med astma skal mestre de utfordringer som sykdommen bringer med seg i hverdagen. For at barn skal tilegne seg kunnskap, er sykepleierens undervisende og veiledende rolle fundamental. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi erfart viktigheten av tillitt, god kommunikasjon og de vurderinger som gjøres for at læringssituasjonen skal være optimal. Vi har kommet frem til at det er avgjørende at sykepleieren møter barnet der han er, og at hun tar utgangspunkt i hans kunnskapsgrunnlag, behov og ressurser når hun skal undervise og veilede han. Vi har også sett at det ofte er hensiktsmessig å kombinere ulike tilnæringsmåter, da sykepleieren bør finne en ”gylden middelvei” mellom å formidle kunnskap og la barnet selv finne løsninger. Med utgangspunkt i dette presenterer vi én måte å gjennomføre et undervisningsopplegg til en gruppe barn.

Nøkkelord

Astma, undervisning, veiledning, barn, mestring, kognitiv utvikling.

*"Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne han der hvor han er,
og begynne der..."*

(Søren Kierkegaard)

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2	Oppgavens formål	1
1.3	Presentasjon av problemstilling	2
1.4	Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.5	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Metodedel.....	4
2.1	Begrunnelse for valg av metode.....	4
2.2	Litteraturstudie som metode.....	4
2.3	Begrunnelse for valg av teori	5
2.4	Innhenting av data	6
2.5	Hospitering	7
2.6	Kildekritikk	7
2.7	Anonymisering	8
3	Teoridel	9
3.1	Astma	9
3.1.1	Hva er astma?	9
3.1.2	Symptomer	9
3.1.3	Behandling	9
3.1.4	Fysisk aktivitet og astma.....	10
3.2	Undervisning	10
3.2.1	Definisjon.....	10
3.2.2	Undervisningsprosessen.....	11
3.2.3	Sykepleierrollen i undervisningssituasjonen.....	11
3.2.4	Undervisning til barn.....	12
3.3	Veiledning	13
3.3.1	Veiledningsfaser.....	13
3.3.2	Menneskesyn og etikk i undervisning og veiledning.....	14
3.4	Mestring	14
3.4.1	Definisjon.....	14
3.4.2	Hvordan bidra til mestring?.....	15
3.4.3	Barn og mestring	16
3.5	Sykepleieteori.....	16
3.5.1	Benner og Wrubels syn på stress og mestring.....	16
3.5.2	Benner og Wrubels syn på oppdagelse av sykdom	17
3.6	Barnets utvikling	17
3.6.1	Kognitiv utvikling hos barn.....	18
3.6.2	Psykososial utvikling hos barn.....	19
3.7	Kommunikasjon med barn	19
3.7.1	Kommunikasjon på barnets premisser	19
3.7.2	Tillitsforhold til barn	20
3.8	Betydningen av lek.....	20
4	Drøfting	21
4.1	Når barnet oppdager sin sykdom.....	21
4.2	Hvordan møte barnet?	22
4.2.1	Tillitsforhold.....	23
4.2.2	Kommunikasjon	24

4.3	Undervisning og veiledning til barn – hvilke hensyn og vurderinger må sykepleieren gjøre?	25
4.3.1	Astmaskole- et godt alternativ for gruppeundervisning?	28
4.4	”Med på det meste!”	31
5	KONKLUSJON	33
6	ETTERORD	35
6.1	Produktevaluering	35
6.2	Prosessevaluering	35
7	LITTERATURLISTE	37
	VEDLEGG 1	

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Sykepleierens arbeid omfatter mange ulike fagfelt det er interessant å fordype seg i. Som utgangspunkt for vår avsluttende eksamen i sykepleie ønsket vi å fordype oss i et tema som vi fant engasjerende og interessant. I vår gruppe er det få med sykepleiefaglige erfaringer med barn, og vi savnet fokus på denne store pasientgruppen i vår utdanning. På bakgrunn av dette ønsker vi å øke vår innsikt og kunnskap på dette området. I undervisningsplan for sykepleierstudenter er et av målene at en ferdigutdannet sykepleier skal ha handlingsberedskap til å kunne undervise og veilede pasienter og pårørende (Undervisningsplan, Høst 2008-vår 2009, s. 15). I samhandling med syke barn anser vi sykepleierens undervisende og veiledende rolle som sentral, da en viktig del av vårt arbeid er å bidra til læring og mestring av sykdom. Vi har derfor valgt å fordype oss i denne rollen. Etter å ha diskutert ulike problemområder en finner hos barn, kom vi frem til at det ville være spennende å fordype oss i sykdommen astma. Astma er en utbredt sykdom blant barn, og kunnskap om denne sykdommen vil komme oss til gode i fremtidige arbeidssammenhenger.

1.2 Oppgavens formål

Formålet med denne fordypningsoppgaven er at vi skal øke vår egen sykepleiekompetanse innenfor dette sentrale ansvars- og kompetanseområdet. Samtidig ønsker vi å belyse hvorvidt våre erfaringer og observasjoner fra praksis stemmer overens med teorien.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i at vi i denne avsluttende eksamen skal gå i dybden på tema fremfor bredden, velger vi å rette fokuset mot hvordan sykepleieren, gjennom undervisning og veiledning, kan styrke barnets opplevelse av mestring i forbindelse med egen sykdom. Dermed blir mestring et viktig tema i oppgaven. Ut fra dette er vår problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren undervise og veilede barn med astma, slik at barnet opplever mestring?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Av hensyn til oppgavens omfang har det vært nødvendig å foreta avgrensninger. Barn er et vidt begrep, og de utvikler seg raskt. Vi har derfor i denne oppgaven valgt å avgrense begrepet barn til aldersgruppen ti til tolv år. Begrunnelsen for dette valget er at i følge teoretikeren Piaget har barnet da utviklet evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger. På bakgrunn av dette anser vi barnet i en alder hvor det kan begynne å ta ansvar for sin egen sykdom.

Vi tar utgangspunkt i at vi møter barna i en poliklinikk. Mange barn med astma blir fulgt opp poliklinisk, og det er her det meste av undervisning og veiledning foregår.

Videre tar vi utgangspunkt i at barnet er norsktalende, og at dersom barnet har bakgrunn i en annen kultur, deler de allikevel den samme opplevelsen av sykdom og mestring som etnisk norske barn. Samtidig velger vi å avgrense oppgaven til å fokusere på barn med astma hvor sykdommen har vært kjent over lengre tid, og at barnet ikke har noen tilleggssykdommer.

I samhandling med barn har pårørende en sentral rolle, og selv om vi ikke vektlegger foreldrenes viktige rolle underveis i oppgaven, tar vi allikevel utgangspunkt i at de er der til støtte for sitt barn.

For å få flyt i oppgaveteksten velger vi å omtale sykepleieren som hun og barnet som han. Vi forutsetter også at leseren av oppgaven har en sykepleiefaglig bakgrunn og således kjenner til grunnleggende medisinske ord og begreper.

1.5 Oppgavens disposisjon

Videre, i oppgavens metodedel, redegjør vi for valg av metode og teori, samt tar for oss kildekritikk. Deretter følger en teoridel, hvor vi ønsker å definere sentrale begrep og synliggjøre teori som vi finner relevant i forhold til vår problemstilling. I drøftingsdelen tar vi for oss problemstillingen og drøfter denne opp mot den teoretiske referanserammen og egne erfaringer fra praksis. Oppgaven inneholder avslutningsvis en konklusjon som søker å svare på problemstillingen, samt et etterord. Vi velger å skrive teoridelen og drøftingsdelen i to separate deler, da vi finner dette mest oversiktlig.

2 Metodedel

I denne delen av oppgaven redegjør vi for hvordan vi har valgt å løse vår fordypningsoppgave.

2.1 Begrunnelse for valg av metode

Når en skal velge metode er det viktig å drøfte hva som vil være den ideelle fremgangsmåten, hva som er praktisk gjennomførbart og samtidig gjøre etiske vurderinger. Vi har valgt litteraturstudium som metode for vår fordypningsoppgave, da vi fant metoden aktuell og interessant for å finne svar på vår problemstilling. Vi anså den også som hensiktsmessig med utgangspunkt i oppgavens rammer og omfang, samt tiden vi hadde til rådighet. Sammen med litteraturstudium kombinerer vi våre egne erfaringer og observasjoner fra praksis. Dette danner utgangspunkt for diskusjon av problemstillingen.

2.2 Litteraturstudie som metode

Magnus og Bakketeig definerer et litteraturstudium som: *"en oppgave som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder"* (Magnus og Bakketeig 2000, s. 37). Dette betyr at vi samler inn data, for så å vurdere og sammenfatte den. Målet er ikke å fremskaffe ny kunnskap, men å sette sammen kunnskap som tidligere er beskrevet hver for seg. Det kan skape ny forståelse av et problem (Magnus og Bakketeig 2000, s. 37-38). Metoden er godt egnet fordi det finnes mye faglig oppdatert litteratur innenfor valgte området, og vi har dermed en mulighet til å være mer kritisk i utvelgelsen. En svakhet ved metoden kan være at vi velger bort relevant litteratur på grunn av temaets litteraturrikdom. En annen svakhet er at oppgaven kan bli farget av meninger og holdninger vi finner i litteraturen vi velger, samtidig som det å gjenta andres teori innebærer fare for feiltolkning.

2.3 Begrunnelse for valg av teori

Felles for utvalg av teori er at den belyser alle elementer i vår problemstilling, samt andre temaer som er relevante for å kunne komme frem til en besvarelse. Området vi skriver om preges stadig av ny forskning. Vi har derfor, for å sikre validiteten, bestrebet oss for å bruke nyeste tilgjengelig litteratur.

Vi har benyttet oss av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. På den ene hospiteringsplassen fikk vi utdelt en liste med litteratur innenfor deres spesialiserte arbeidsområde. Mye av den anbefalte litteraturen fant vi relevant for vår oppgave.

I oppgaven har vi støttet oss til to vitenskaplige artikler. Vi fant det interessant å finne ut hva som har blitt gjort av forskning på området, og hvilke resultater forskningen har gitt. Artiklene inneholder funn som underbygger våre egne erfaringer og observasjoner fra praksis.

Vi har i hovedsak anvendt sekundærlitteratur, men også noe primærlitteratur. Primærlitteratur er litteratur skrevet av originalforfatteren og er ikke oversatt. Med sekundærlitteratur menes tekst som er bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren, samtidig som den kan være oversatt og fortolket (Dalland 2000, s.69). Vi har benyttet primærlitteratur når vi har støttet oss til Helsepersonelloven og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Alle fagbøker vi har benyttet oss av gjennom oppgaven er sekundærlitteratur.

Som en del av den teoretiske referanserammen tar vi for oss Benner og Wrubels sykepleieteori. Vi har ikke tatt for oss hele teorien, men plukket ut det vi anser for å være aktuelt med utgangspunkt i oppgavens rammer. Teoriens grunnlag er omsorgens betydning for sykepleie. Vi ser på omsorg som en grunnpilar i sykepleien, men ettersom omsorg ikke er fokus i vår oppgave velger vi å ikke belyse denne delen av teorien videre. Et av de sentrale temaene i oppgaven er derimot mestring, hvilket også er sentralt i Benner og Wrubels teori. Dette var årsaken til at valget falt på deres sykepleieteori, da vi etter å ha lest Kirkevolds bok *"Sykepleieteorier - analyse og evaluering"* fant denne teorien mest relevant for vår

fordypningsoppgave. Få teorier har fokus på barn og sykdom. Benner og Wrubel tar for seg pasientreaksjoner i diagnosefasen, og disse reaksjonene har vi sammenlignet med barns oppdagelse av sykdom. Vi har benyttet Konsmos presentasjon av Benner og Wrubels sykepleieteori, ”*en hatt med slør*”. Dette er en presentasjon av deres teori slik de selv beskriver den i sin bok *The Primacy of Caring* (1989). Vår oppfatning er at Konsmos presentasjon trekker ut de sentrale elementene i Benner og Wrubels teori, og vi opplevde at vi fikk en oversiktlig fremstilling av teorien.

2.4 Innhenting av data

Tidlig i prosessen fant vi frem pensumlitteratur som belyste de sentrale elementene i problemstillingen for å lese oss opp til et generelt kunnskapsgrunnlag. Deretter ønsket vi å finne frem selvvalgt litteratur for å jobbe videre og fordype oss i oppgaven. Vi benyttet biblioteket ved Høgskolen i Gjøvik, og søkte etter relevant litteratur gjennom BIBSYS. Søkeordene vi brukte var astma, barn, mestring, undervisning, veiledning og pediatrik sykepleie. Vi fikk mange treff og gjorde selv en vurdering av hva som kunne være aktuelt. Under hospitering fikk vi som nevnt en liste over anbefalt litteratur innenfor vårt tema. For å finne disse bøkene benyttet vi biblioteket ved Høgskolen i Gjøvik, Deichmanske bibliotek i Oslo, samt Eidsvoll bibliotek.

For å søke å svare på vår problemstilling var det interessant å søke etter vitenskapsartikler som var relevante. Vi søkte i databasen ProQuest, da denne databasen var kjent for oss fra tidligere. Søkeordene vi brukte var asthma, children, coping, education og chronic illness samt ulike kombinasjoner av disse. Vi fikk mange treff og det var vanskelig å finne relevante artikler i en så stor mengde. Av den grunn bestilte vi en veiledningstime i litteratursøk på biblioteket ved Høgskolen i Gjøvik. Veiledningen var til god hjelp og vi fikk opplæring i tre ulike databaser; ProQuest, Ovid Medline og Ovid Nursing Database. Dette er anerkjente databaser som sikrer at publisert materiale oppfyller krav til forskning. I alle databasene brukte vi søketype ”advanced”, som gjør at databasen hjelper oss til å finne artikler der vårt søkeord er tema i artikkelen og ikke bare et ord i teksten. Asthma*, child*, pediatric

nursing, coping og education var søkeord vi brukte. Vedlegg 1 viser et eksempel på søkehistorie fra databasen Ovid Nursing Database.

2.5 Hospitering

Som nevnt besvares oppgaven også på bakgrunn av observasjoner fra hospiteringspraksis. I løpet av perioden har vi hospitert til sammen 60 timer fordelt på to poliklinikker, en spesialisert sengepost, samt samtaler med ressurspersoner som er spesialisert innenfor området. Hospiteringen har gitt oss gode erfaringer, som vi har forsøkt å benytte aktivt i drøftingsdelen.

2.6 Kildekritikk

Sekundærlitteratur kan som tidligere nevnt være fortolket og oversatt. Vi har derfor stilt oss kritiske til påliteligheten ved denne litteraturen, da det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg. Vi mener allikevel at den sekundærlitteraturen vi har anvendt er faglig holdbar, ettersom forfatterne viser til ulike teorier og forskning med tilsvarende funn.

Under samtale med ulike ressurspersoner fikk vi deres subjektive erfaringer. Vi ser at dette ikke gir et objektivt bilde av emnet, men mener allikevel at dette er faglig holdbart, da vi finner støtte for de ulike oppfatningene i litteraturen.

Forskningsartiklene vi støtter oss til er av amerikansk og nederlandsk opprinnelse. Det er viktig å stille seg kritisk til artiklene både fordi de er engelskspråklige, da vi kan mistolke sentrale elementer i teksten, samtidig som forskningen er gjort på en annen populasjon i en annen kultur. En kan ikke overføre utenlandsk forskning direkte og ukritisk til norske forhold, men vi kan anta at norske, amerikanske og nederlandske barn med astma har en del fellestrekk. I tillegg samsvarer det med våre erfaringer fra praksis og annen anvendt litteratur i oppgaven.

2.7 Anonymisering

Det er utarbeidet lover og retningslinjer som tilsier hvordan en skal forholde seg til og verne om andre mennesker når en benytter innhentet data og erfaringer fra hospiteringspraksis. Dette har vi tatt hensyn til gjennom hele oppgaven. Vi har anonymisert oppgaven på bakgrunn av yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, samt Helsepersonelloven (1999), § 21 som sier:

”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”.

I tillegg forholder vi oss til oppgavens rammer slik den er beskrevet i undervisningsplanen. Denne fremholder at vi som studenter selv har ansvar for at alle person- og stedsdata som benyttes i oppgaven er anonymisert (Undervisningsplan, høst 2008-vår 2009)

3 Teoridel

I denne delen av oppgaven defineres sentrale begrep og synliggjøres teori som vi finner relevant i forhold til vår problemstilling.

3.1 Astma

3.1.1 Hva er astma?

Astma er den vanligste kroniske sykdommen hos barn og unge, og rammer ca. 10-12% (NAAF 2006). Astma forekommer som anfallsvis opptreden av pustebesvær, og kan defineres som en kronisk betennelse med økt reaktivitet i bronkiene. Det er flere faktorer som kan være medvirkende årsak til anfall, så som ulike luftveisirritanter og fysisk aktivitet. Anfallene kan også skyldes ulike allergener eller andre luftveisinfeksjoner. De patofysiologiske forandringene som er karakteristiske ved astma er at det oppstår et slimhinneødem, sekretproduksjonen fra kjertlene i slimhinnene øker og den glatte muskulaturen i bronkiene trekker seg sammen. Disse mekanismene fører til at hulrommet i bronkiene forsnevres og dermed gir obstruksjon for luftstrømmen, spesielt i ekspirasjonsfasen (Grønseth 2005, kap 21).

3.1.2 Symptomer

Symptomer ved astma kan være tetthetsfølelse, piping i brystet, åndenød og hoste som forekommer i et svingende forløp. I tillegg til disse symptomene ser man ofte hos barn at de blir raskere trette og uopplagte. Dette viser seg ofte ved at de ikke er like deltakende i lek og fysisk aktivitet som andre barn (Grønseth 2005, kapittel 21).

3.1.3 Behandling

Behandling av astma kan deles inn i; forebygging og behandling av astmasymptomer. Forebyggende behandling kan være både medikamentell og ikke-

medikamentell. Målet med behandlingen er å oppnå best mulig funksjon ut fra barnets forutsetninger. Den ikke- medikamentelle forebyggende behandlingen går først og fremst ut på fysisk aktivitet og sanering av allergener og irriteranter. Den forbyggende medikamentelle behandlingen gis som inhalasjon av kortikosteroider enten før eksponering, eller som daglig eller periodevis inhalasjon. Disse medikamentene kan gis i ulike administrasjonsformer. Valg av administrasjonsform gjøres ut ifra barnets alder og barnets mestring av teknikk. Det viktigste er at helsepersonell forsikrer seg om at barnet behersker teknikkene. For å behandle en astmasykdom er det viktig at barn og foreldre tilegner seg kunnskap om sykdommen, slik at de blir i stand til å ta ansvar for deler av behandlingen selv (Grønseth 2005, s. 236-237).

3.1.4 Fysisk aktivitet og astma

I følge Fasting (2000) viser studiet at regelmessig fysisk aktivitet har en positiv effekt for barn med astma ved at det gir en reduksjon i hyppighet av antall astmatiske anfall og symptomer. Fysisk aktivitet styrker kondisjon, kroppsbevissthet og barnas evne og følelse av å mestre. Samtidig gir det glede å være i aktivitet sammen med andre. Alt dette gir barna et positivt selvbilde. God fysisk form gjør at barna har mer å gå på i dårlige perioder og at de er bedre rustet til å tåle anstrengelser uten å bli tette. Å mestre den fysiske aktiviteten er også en vesentlig del av sosial mestring. I barnas verden har den fysiske kompetanse innvirkning på personligheten, og et av hovedmålene i behandlingen er å hjelpe barna til å delta i lek og idrett på likt nivå som andre barn (Fasting 2000, kapittel 4).

3.2 Undervisning

3.2.1 Definisjon

Tveiten (2001) definerer undervisning som: *"formidling av kunnskap"*. Videre skriver hun at undervisning vanligvis dreier seg om: *"planlagt formidling av kunnskap om et bestemt tema i en gitt sammenheng"*.

3.2.2 Undervisningsprosessen

I planleggingen av et undervisningsopplegg er det flere hensyn og vurderinger sykepleieren må gjøre for at læringsutbyttet skal bli optimalt.

Undervisningsprosessen kan være et godt utgangspunkt i denne planleggingen. Med undervisningsprosessen menes det å legge til rette for læring og de vurderinger som gjøres i denne sammenheng. Prosessen har mange likhetstrekk med sykepleieprosessen, som er en grunnleggende arbeidsprosess i sykepleien (Tveiten 2001, kapittel 5). Tveiten (2001) deler undervisningsprosessen ut fra flere forhold, da det er viktig å;

- kartlegge behov og kunnskapsgrunnlag hos målgruppen.
- vurdere om det er mest hensiktsmessig å undervise i pasientgrupper eller individuelt.
- ha klart for seg hva hensikten med undervisningen er.
- planlegge innholdet i undervisningen i forkant. Dette kan dreie seg om kunnskap, holdninger eller konkrete ferdigheter.
- ta hensyn til fysiske, psykiske og praktiske forhold som kan påvirke pasientens forutsetning til å motta læring.
- planlegge tid og sted for undervisningen sammen med pasienten.

3.2.3 Sykepleierrollen i undervisningssituasjonen

I en sykepleier- pasient relasjon er sykepleierens oppgave er å tilrettelegge undervisningen ut fra pasientens behov for å lære, og møte pasienten som en likeverdig partner. Sykepleieren sitter inne med fagkunnskap, mens pasienten har kunnskaper om seg selv og sin livssituasjon. God undervisning forutsetter at sykepleieren innehar kunnskaper om det hun skal undervise i og pasientens helsetilstand, og ut ifra dette gjør seg opp en mening om hva slags læring pasienten har behov for (Granum 2000, kapittel 2).

Granum hevder at "dialogmodellen" er et godt utgangspunkt i undervisning til pasienter. Modellen vektlegger at læring skjer i nær kontakt med andre mennesker og at begge parter deltar aktivt i undervisningen. Pasientens egen aktivitet er i

sentrum og undervisningen blir ”dialogpreget” fremfor ”tavlepreget”. Sykepleieren får dermed en pedagogisk veilederrolle og setter pasienten i fokus. Pasienten vil gjøre egne oppdagelser om hva han har behov for og hva slags kunnskap han trenger (Granum 2000, s.25). Til grunn for denne sykepleierrollen ligger:

”et menneskesyn som innebærer en sterk tro på menneskets iboende muligheter til vekst og utvikling ut fra sitt ståsted. Det forutsetter en nær kontakt med pasienten, og at sykepleieren har evne til å lytte til hva pasienten faktisk sier” (Granum 2000, s. 25).

I undervisningssituasjonen er det altså viktig at sykepleieren tar hensyn til og lytter til pasientens egne meninger, slik at han ikke opplever undervisningen som meningsløs (Granum 2000, s. 25).

3.2.4 Undervisning til barn

Sykepleieren kan planlegge og gjennomføre undervisning til barn med utgangspunkt i undervisningsprosessen. Barns forestillingsevne har allikevel betydning for deres evne til å oppfatte det som sies i undervisningen, og derfor kan det være nyttig å kombinere verbal undervisning med visuell undervisning. Barnas alder og individuelle utviklingsnivå må tas i betraktning i undervisningssituasjonen. Desto yngre pasienten er, desto mer konkret bør undervisningen være tilrettelagt. Når sykepleieren skal undervise et barn er det viktig å ordlegge seg på en måte som barnet forstår. For å styrke barnets selvtillit er det viktig å gi konkrete, positive tilbakemeldinger underveis. God selvtillit bidrar til at barnet på best mulig måte klarer å mestre egen situasjon og sykdom. De er nysgjerrige og vare, og det er derfor viktig at sykepleieren tar seg god tid og gir barnet mulighet til å stille spørsmål underveis. Lek kan være et sentralt ledd i undervisningen til barn, samtidig som det kan brukes som et redskap for å tilrettelegge et godt læringsmiljø (Granum 2000, kapittel 9).

3.3 Veiledning

Tveiten definerer veiledning som: ”å legge til rette for oppdagelse og læring og eventuelt forandring” (Tveiten 2001, s. 65). Forskjellen på undervisning og veiledning er at veiledning ikke kan planlegges i samme grad som undervisning, samt at gjennom undervisning formidles kunnskap, mens gjennom veiledning legges det til rette for at pasienten selv skal finne svar. Som i undervisning er det også i veiledning viktig å skape dialog mellom sykepleier og pasient. Hensikten med veiledning er oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Veilederen skal ikke gi pasienten svar, men hjelpe han til selv å finne svaret. Ved å finne svar selv fremmes opplevelsen av mestring (Tveiten 2001, s. 65-66).

3.3.1 Veiledningsfaser

I veiledning må veilederen lage en trygg ramme rundt situasjonen slik at pasienten våger å åpne seg. Samtidig må veilederen vise respekt for pasientens grenser (Tveiten 2001, kapittel 6). Tveiten (2001) deler veiledning i ulike faser;

- *Planleggingsfasen*: innebærer vurderinger om hvor og når veiledningen skal finne sted, hvordan veilederen kan legge til rette for tillit, samt kartlegge pasientens ståsted.
- *Bli kjent/bli trygg fasen*: starter i det første møtet mellom veileder og pasient og har betydning for det videre tillitsforholdet.
- *Arbeidsfasen*: tar for seg selve veiledningen. Her vil pasienten reflektere og bearbeide, og dermed oppdage, lære og erkjenne hva han ønsker å forandre og hvordan forandringene kan skje.
- *Avslutningsfasen*: konklusjoner trekkes, læringsresultater blir oppsummert og en ser på mulige veier videre.
- *Bearbeidingsfasen*: pasienten bearbeider veiledningsforløpet og det gis rom for videre refleksjon.

3.3.2 Menneskesyn og etikk i undervisning og veiledning

Det grunnleggende i møtet mellom sykepleieren og det syke barnet tar utgangspunkt i de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2007);

1. Sykepleierens grunnlag

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter.

I sykepleierens undervisende og veiledende rolle forutsettes det at hun har et menneskesyn som innebærer tro på pasientens egen vilje til å lære. Som pedagogisk veileder må hun prøve å se "verden" fra pasientens ståsted. Sykepleieren har innsikt i, og kunnskap om helseproblemer som pasienten ikke har, men begge parter er likestilt som personer (Granum 2000, s. 25).

3.4 Mestring

3.4.1 Definisjon

Det Store medisinske leksikon (2007) definerer mestring som: *"en persons evne til å håndtere livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overstiger det som kan klares på ren rutine"*. Benner og Wrubel definerer mestring som:

"Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke

mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses som stressende” (Konsmo 1995, s. 84).

Når personens ressurser stilles på prøve benytter han ulike typer atferd og psykiske prosesser for å fjerne, redusere eller overvinne krav som oppstår, for å mestre situasjonen. Mestring kan forstås som handlinger og strategier som har til hensikt å kontrollere både indre og ytre krav og konflikter (Kristoffersen 2005, s 212-213).

3.4.2 Hvordan bidra til mestring?

Mestring er delvis genetisk bestemt, men er også nært knyttet til evnen til teoretisk og emosjonell problemløsning. Mestring kan læres gjennom kunnskap og erfaring (Store medisinske leksikon 2007). Kristoffersen (2005) beskriver omfanget av kunnskap og ferdigheter som avgjørende faktorer for å mestre en stressituasjon. Kunnskapsnivået avgjør opplevelsen av oversikt og kontroll over situasjonen. Ved at pasienten innehar god kunnskap og behersker ferdigheter som er nødvendig for å håndtere situasjonen, er sannsynligheten større for å holde seg aktiv og samtidig oppleve situasjonen mindre truende. Ved at sykepleieren gjennom undervisning og veiledning tilfører pasienten kunnskap og bedrer hans ferdigheter som er nødvendig for han å kunne, bidrar hun til å styrke pasientens mulighet til å mestre (Kristoffersen 2005, s. 222).

Salutogenese er et begrep som ligger tett opptil mestring. Dette begrepet innebærer at sykepleieren fokuserer på pasientens ressurser. Ressurser er et grunnlag som gjennom veiledning kan utvikles videre, og dermed styrkes også mestringskompetansen (Tveiten 2008, s. 63).

3.4.3 Barn og mestring

Når et barn opplever at det mestrer følgene av en sykdom, vil mestringsfølelsen i seg selv ha en positiv innvirkning på barnet. Gjennom mestringsopplevelse kan barnet oppdage at det har krefter, evner, vilje og muligheter som det ikke tidligere var seg bevisst. Sykdom kan medføre stress som overstiger barns mestringssevne. I slike tilfeller kan barnet forsvare seg med å gå tilbake til tidligere utviklingstrinn. For å hjelpe barn til å mestre stress er det derfor viktig at sykepleieren kartlegger på hvilket utviklingstrinn barnet befinner seg i når hun underviser og veileder (Grønseth 2005, kapittel 7). Dersom barnets mestringssevne står i forhold til de kravene barnet møter, kan stress- og kriseopplevelser gi vekst. Barna må få lov til å ta del i oppgaver som vedrører deres sykdom, men det er viktig at de kun får ansvar for det de har forutsetninger til å mestre. Selv om barnet har ansvar for noen av følgene av sykdommen, skal de hele tiden oppleve at foreldrene har medansvar (Tveiten 1998, kapittel 5).

3.5 Sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel er kjent for sin teori om omsorgens betydning for sykepleie. De er begge professorer som har undervist og forsket på stress og mestring. (Konsmo 1995, s. 17).

3.5.1 Benner og Wrubels syn på stress og mestring

Mestring er et vesentlig begrep i Benner og Wrubels teori, og nært til dette begrepet knytter de stress. I følge Konsmo (1995) beskriver de stress som sammenbrudd i hverdagslivet som vi ikke vet hvordan vi skal mestre og hvor vår gamle selvforståelse ikke lenger holder. En faktor som gir brudd i livet på denne måten er å bli kronisk syk. Ved stress vil hele personen bli påvirket; både bakgrunnsforståelsen, ens kroppslige forståelse og det en bryr seg om (Konsmo 1995, s. 79). Deres definisjon på mestring er definert i kapittel 3.4.1, og i følge Kirkevold (1998) forklarer de forholdet mellom stress og mestring på denne måten: ” *stress er*

opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet” (Kirkevold 1998, s.203). Gjennom deres teori hevder Benner og Wrubel at det ikke finnes et fasitsvar på hvordan man bør mestre brudd i hverdagen, men at mennesker mestrer stress på forskjellige måter ut fra sin nåværende situasjon, tidligere erfaringer, ens muligheter, hva som er viktig for en og kroppslige ferdigheter. For å bidra til mestring er det viktig at sykepleieren forstår hvordan disse faktorene påvirker pasientens mestringmuligheter (Konsmo 1995, del 2).

3.5.2 Benner og Wrubels syn på oppdagelse av sykdom

I følge Konsmo (1995) beskriver Benner og Wrubel det å få en diagnose som en egen fase i et sykdomsforløp. Fasen kan være en lang og vanskelig prosess, eller en brå og sjokkartet opplevelse. Hvilken mening pasienten legger i sin sykdom kan påvirkes av familie og venner, samt bakgrunnsforståelsen for den aktuelle sykdommen. I denne fasen vil oppmerksomheten være spesielt rettet mot kroppens funksjoner, og man vil bekymre seg over hva det kan være. Usikkerheten oppleves for mange som svært stressende. Når en aksepterer en diagnose, er det ikke viktig bare å forstå den informasjonen som blir gitt, men også å kunne se hva som er mulig for en selv i den nye situasjonen. Livet må tilpasses (Konsmo 1995, s. 142-144). Denne fasen kan sees i sammenheng med når barnet oppdager at det har en sykdom, ikke nødvendigvis da det får diagnosen. Barnets kognitive modenhet avgjør når han oppdager at han er syk.

3.6 Barnets utvikling

De første leveårene betyr store forandringer i et menneskes liv. Mye av grunnlaget for det som mennesket bringer med seg videre i livet legges i denne perioden. Utviklingsmessig er derfor barneårene de viktigste i livet (Håkonsen 2003, s. 112).

3.6.1 Kognitiv utvikling hos barn

Kognitiv utvikling innebærer på hvilken måte barnet lærer å oppfatte, forstå og forholde seg til omgivelsene. Gjennom å utforske og gjøre erfaringer får barnet kunnskap om sine omgivelser. Kognitive funksjoner gjør at han kan forholde seg adekvat til omgivelser og mestre ulike situasjoner i hverdagen (Håkonsen 2003, kapittel 6).

Jean Piaget var en sveitsisk biolog, og han er kjent for sin teori fra 1952 om barns kognitive utvikling. I følge Håkonsen (2003) hevder Piaget at barnet best tilegner seg kunnskap om omgivelsene når det er samsvar mellom stimuleringen og barnets evne til å motta informasjon. Avhengig av alder, kobler barnet sammen kunnskapselementer på forskjellige måter og de har ulik evne til å ta i mot informasjon. Piaget beskriver barnets utvikling i fire stadier. Han hevder at hver periode har spesielle kjennetegn som er kvalitativt forskjellige fra hverandre. Disse fire stadiene er; sensorimotorisk, preoperasjonelt, konkretoperasjonelt og formaloperasjonelt stadium (Håkonsen 2003, kapittel 6).

Det konkretoperasjonelle stadiet omfatter barn i alderen sju til tolv år, altså denne oppgavens målgruppe. I løpet av dette stadiet utvikles barnets evne til logisk og symbolsk tenkning. Det utvikler evnen til å forstå komplekse årsak-virkning-sammenhenger, samtidig som den egosentriske tankegangen avtar. Piaget hevder også at barnet i dette stadiet er avhengig av å knytte sine tanker til konkrete hendelser. Et barn i denne alderen har derfor problemer med å finne løsninger på et komplisert problem, tenke på hypotetiske muligheter i en situasjon og å se konsekvenser ulike alternativer kan medføre, altså trenger de undervisning og veiledning. I løpet av perioden utvikler også barnet bedre forståelse for "tid og rom" (Håkonsen 2003, kapittel 6).

3.6.2 Psykososial utvikling hos barn

Erik H. Eriksons teoretiske modell fra 1950 tar for seg menneskets psykososiale utvikling og legger vekt på det sosiale miljøets betydning for utviklingen. Både den følelsesmessige og den sosiale utviklingen påvirkes av de sosiale relasjoner som en etablerer på ulike stadier i livet. Følelser, selvbilde og selvoppfatning utvikles i samhandling med andre mennesker. I følge Håkonsen (2003) beskriver Erikson utviklingen i åtte psykososiale stadier. Barn i alderen 6- 14 år plasserer han i et stadium han kaller kreativitet versus underlegenhet. De sentrale utviklingstrekkene i dette stadiet er at barnet ”er det jeg lærer”, de er opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter, og barnet vil oppleve en konflikt mellom det å være skapende og det å være underlegen. I dette stadiet sammenligner barnet seg selv med jevnaldrende og bruker disse som målestokk for sin egen utvikling (Håkonsen 2003, kapittel 6). I følge Grønseth (2005) legger Erikson også vekt på at det er viktig for barnet å føle seg nyttig og å mestre nye utfordringer. Blir ikke disse behovene møtt, kan barnet miste troen på seg selv og føle seg utilstrekkelig. Følelsesmessig har barnet fortsatt behov for oppmuntring, omsorg, støtte, anerkjennelse og klare grenser. I fra sju års alder og oppover svarer barnet ofte klart og presist på spørsmål om hva som feiler dem. Erikson skriver også i sin teori at barnas økende kompetanse bør benyttes til å støtte deres behov for å være ansvarlige og uavhengige (Grønseth 2005, kapittel 4).

3.7 Kommunikasjon med barn

3.7.1 Kommunikasjon på barnets premisser

God kommunikasjon er nøkkelen til å skape tillitsforhold mellom barn og sykepleier. For å forberede, informere og hjelpe barn til å bearbeide opplevelser som følge av sykdom, er god kommunikasjon en forutsetning. Større barn misliker å bli snakket til som småbarn, og det er derfor viktig at sykepleieren bruker et naturlig og dagligdags språk. Av og til er barn tilbakeholdende med å prate, og da er det viktig at sykepleieren respekterer dette. Ved å presse et barn til å snakke kan en oppnå

motsatt effekt enn ønsket. De setter også lite pris på utspøringer og har vanskelig for å konsentrere og meddele seg, dersom samtalen dreier seg om temaer de finner lite meningsfulle eller ikke forstår (Grønseth 2005, kapittel 9).

3.7.2 Tillitsforhold til barn

Uavhengig av hvilken situasjon barnet befinner seg i, er det grunnleggende å utvikle et tillitsforhold til barnet for å oppnå trygghet og samarbeid. Det er både tidkrevende og utfordrende å skape tillitsforhold til barn, da de ofte kan være skeptiske til fremmede mennesker. Noen barn opplever sykehusinnleggelse som skremmende og må kanskje gå igjennom ubehagelige undersøkelser som kan svekke tilliten til sykepleieren (Grønseth 2005, kapittel 9).

3.8 Betydningen av lek

Barn er lekende vesener, og det går derfor ikke an å skille barnet og leken. Lek er av betydning for barns trivsel og utvikling, og kan benyttes til å hjelpe dem til å mestre opplevelser som følge av sykehusopphold. Lek reflekterer ofte barns virkelighet, og gjennom forståelse av denne virkeligheten kan sykepleieren møte barna på deres eget nivå. For å oppnå god kommunikasjon med barn er lek et velegnet hjelpemiddel. Lek blir beskrevet som like viktig for barn som samtalen er for voksne (Grønseth 2005, s.78-79).

Evnen og interessen for lek er en ressurs og kan brukes terapeutisk. I uoversiktlige og krevende situasjoner bidrar lek til å redusere stress og gi økt mestringsopplevelse, samtidig som det er et tilfluktssted der barna kan gjenvinne kontroll og få ”jeg kan”-opplevelser. Ettersom lek foregår ”på liksom”, ufarliggjør den og skaper avstand til følelser og opplevelser fra virkeligheten som er skremmende å forholde seg til. Barnet kan bearbeide disse følelsene og opplevelsene ved for eksempel å leke at bamsen gjennomgår ubehagelige prosedyrer. På den måten vil barna bearbeide sin egen redsel og smerte (Grønseth 2005, s.78-79).

4 Drøfting

I teoridelen definerer og beskriver vi undervisning og veiledning som to ulike roller. I denne delen av oppgaven har vi i de fleste sammenhenger valgt å drøfte de to tilnæringsmåtene som én rolle. Erfaringsmessig har vi sett at rollene griper over i hverandre og ofte blir benyttet samtidig. Sammenlikner vi denne erfaringen med teorien, finner vi at Tveiten (2001) ser ut til å ha samme oppfatning, da hun skriver at det svært ofte er fornuftig å kombinere ulike tilnæringsmåter.

4.1 Når barnet oppdager sin sykdom

Dersom barnet får stilt diagnosen astma i sine første barneår, vil dette berøre hele familien. Å ha en kronisk sykdom medfører at sykdommen er tilstedet hele døgnet, og han kan aldri ta fri fra den. Så lenge barnet ikke har sykdomsinnsikt, vil ansvaret for å følge opp sykdommen ligge på foreldrene. Barnets kognitive utvikling avgjør når han oppdager sin egen sykdom. Med å oppdage sin sykdom mener vi at barnet får sykdomsinnsikt, og forstår betydning og konsekvenser den medfører. Ut i fra teorien om det konkretoperasjonelle stadiet (jf. punkt 3.6.1), kan vi tenke oss at barna vil oppdage sin sykdom og kan begynne å ansvarliggjøres i løpet av disse årene. Denne oppfatningen samsvarer med en amerikansk studie hvor de har undersøkt når det er forsvarlig at et barn skal ha ansvar for sin egen inhalator (Flower 2005). Av forskningen fant de at barn fra åtte års alderen er i stand til å tilegne seg kunnskap om sin sykdom. De skriver videre i sin artikkel at barn i denne aldersgruppen derfor kan begynne å ta ansvar for, og involveres i sin egen sykdom ved å delta på astmaundervisning. Når sykepleieren oppdager at et barn er kognitivt modent for å begynne å ansvarliggjøres, er hennes undervisende og veiledende rolle sentral. Ved at barnet tilegner seg kunnskap og mestrer konkrete ferdigheter, kan han begynne å ta ansvar for sin egen sykdom. Slik vi velger å tolke Benner og Wrubels beskrivelse av diagnosefasen, ser vi likhet mellom denne fasen og barns oppdagelse av sykdom. De hevder at pasienten i denne fasen spesielt retter oppmerksomheten mot kroppens funksjoner, og bekymrer seg for hva dette er (jf. punkt 3.5.2). Gjennom observasjoner i praksis har vi sett at barn som nylig har oppdaget sin

astma, er veldig opptatt av lungene og deres funksjon. Med utgangspunkt i dette vil sykepleierens undervisende og veiledende rolle her bli sentral, ved at hun må hjelpe barnet til å forstå lungenes funksjon og hva som skjer i lungene ved astma.

Når et barn i alderen ti til tolv år begynte å ansvarliggjøres, erfarte vi at betydningen av kunnskap og ferdigheter var avgjørende for at barnet skulle mestre dette ansvaret. Vi erfarte også at det var viktig å kartlegge hvilke forutsetninger barnet hadde til å mestre, og tilpasse kravene etter dette. Sammenlikner vi våre erfaringer med teorien, finner vi støtte fra Kristoffersen. Kristoffersen (2005) hevder at ved å inneha god kunnskap og beherske ferdigheter som er nødvendig for å håndtere situasjonen, vil barnet sannsynligvis oppleve situasjonen mindre truende, og dermed blir sjansen for at han mestrer den større (jf. punkt 3.4.2). Ved at sykepleieren underviser og veileder barnet, bidrar hun til å styrke hans mulighet til å mestre. Erikson understreker viktigheten av at barnet mestrer nye utfordringer og at han føler seg nyttig, slik at han ikke skal miste troen på seg selv og føle seg utilstrekkelig (jf. punkt 3.6.2). Samtidig påpeker han at barn i denne alderen fortsatt har behov for støtte, anerkjennelse, oppmuntring og klare grenser. Derfor er det viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i barnets ressurser, og ikke forventer mer enn de har forutsetning til å beherske når hun legger opp undervisning og veiledning. Her ser vi betydningen av begrepet salutogenese (jf. 3.4.2). Barn i denne alderen sammenligner ofte seg selv med jevnaldrende, og sammen med sine venner utvikler de følelser, selvbilde og selvoppfatning (jf. punkt 3.6.2). Som sykepleier kan hun bidra til å styrke barnets selvbilde og opplevelse av mestring ved å fokusere på hans ressurser. I praksis opplevde vi et godt eksempel på hvordan sykepleieren kan bruke barnas ressurser i en læresituasjon. Med utgangspunkt i barnas kjennskap til internett, benyttet hun denne ressursen ved å blant annet å lære dem å bruke NAAF's hjemmeside for å tilegne seg kunnskap om sin sykdom.

4.2 Hvordan møte barnet?

Grunnlaget for at barnet skal ha utbytte av undervisning og veiledning, er at det skapes et tillitsforhold mellom barn og sykepleier. Gjennom et godt tillitsforhold opplever barnet trygget, og han vil samarbeide lettere. Når et barn blir innkalt til en

konsultasjon på en poliklinikk, kan det oppleve mange ulike inntrykk. Det første barnet ser kan være mange ukjente voksne mennesker. Alle er kledd i hvitt, og barnet klarer ikke å skille de fra hverandre. Dette kan oppleves skremmende. Barnet kan også ha dårlige erfaringer fra tidligere sykehusopphold, for eksempel en smertefull undersøkelse, noe som kan forsterke den skremmende følelsen ytterligere. Dette kan gjøre barnet utrygg, og han kan derfor ha problemer med å forholde seg til og snakke med en sykepleier. God kommunikasjon er et viktig element for å utvikle et tillitsforhold. Hennes oppgave vil være å redusere den skremmende følelsen og skape trygghet.

4.2.1 Tillitsforhold

Det første møtet mellom barnet og sykepleieren er avgjørende for å skape et tillitsforhold. Det er først og fremst viktig at sykepleieren henvender seg direkte til og har fokus på barnet. For å fange barnets interesse og skape tillit, er det viktig at sykepleieren er fullstendig "tilstede" under hele samtalen. Barnet merker med en gang om hun er opptatt av noe annet, og dette kan gjøre han usikker. Videre er det viktig at sykepleieren setter seg ned i barnets høyde, ved å for eksempel sette seg på en stol ved siden av sengen. Vi har erfart i praksis at på den måten er det lettere å skape kontakt, og barnet opplever situasjonen tryggere. Grønseth (2005) understreker at for å skape tillit må sykepleieren bli kjent med barnet som person, ikke bare som pasient. Ved at sykepleieren innleder med å stille spørsmål om hans interesser, kan han snakke om noe som er trygt og oppleve at sykepleieren er interessert i han, og han vil dermed føle seg "viktig". Hun kan spørre om hva og hvem han leker med, og om han deltar på fritidsaktiviteter. Dette er med på å skape tillit, og sykepleieren får et innblikk i barnets tankeverden. Samtidig som barnet skal være i fokus er det også viktig at sykepleieren gir av seg selv. Ved at hun også forteller litt om seg selv, viser hun at dette er sted hvor det er trygt å åpne seg, og barnet vil samtidig bli kjent med henne. Vi har erfart at barn ofte bruker lang tid for å bli kjent og for å få sagt det de vil si. Det er derfor viktig at sykepleieren er tålmodig, og gir rom for at barnet får bruke den tiden han trenger. For å få til dette forutsettes det at sykepleieren har satt av god tid til å være sammen med barnet. Grønseth (2005) vektlegger også ærlighet som et viktig element for å skape tillit.

Sykepleieren må svare ærlig på barnets spørsmål, og hjelpe han til å forstå hva som foregår. Dersom barnet oppdager at hun ikke er ærlig mot han, kan tillitsforholdet svekkes.

Et tillitsforhold utvikles over tid. Vi har opplevd at dersom barnet stadig må forholde seg til en ny sykepleier, kan det være vanskelig for han å bli trygg. Det optimale vil derfor være at barnet har en og samme sykepleier å forholde seg til. Samtidig kan dette av praktiske årsaker være vanskelig å gjennomføre. Mange ansatte i avdelingen, mange pasienter samt at de fleste ansatte arbeider i turnus, kan gjøre det vanskelig at barnet har en og samme sykepleier å forholde seg til.

4.2.2 Kommunikasjon

Gjennom erfaringer og teori ser vi at god kommunikasjon er nøkkelen til å skape et tillitsforhold. Først og fremst er det viktig å fortelle hva som er hensikten med samtalen og hvilken tid som er til rådighet, slik at barnet er klar over hva som vil skje videre. I samtale med barn er det viktig å skape en dialog der barnet får mulighet til å presentere sine opplevelser og spørsmål. Selv om sykepleieren skal føre samtalen er det viktig at hun lar barnet slippe til. Barnet skal betraktes som eksperten på å vite ”hvordan det er å være meg”. Gjennom å lytte til barnet kan sykepleieren danne seg et bilde av barnets ståsted og virkelighetsforståelse, og hun vil dermed få et utgangspunkt for videre samarbeid. På en annen side kan sykepleierens fokus på barnets opplevelser gi motsatt effekt (jf. punkt 3.7.1). Noen barn er mer sjenerte og tilbakeholdende med å snakke med fremmede mennesker. Derfor kan sykepleierens fokus på at barnet skal snakke om seg selv virke mot sin hensikt, fordi barnet kan finne dette skremmende. Det er derfor viktig at sykepleieren vurderer hvert enkelt barn, og finner en naturlig balanse i dialogen.

I samtale med et barn er det viktig at sykepleieren aksepterer barnets eget språk og forklaring, og at hun lar han bruke de ordene som gir mening for han. Barnet kan for eksempel beskrive sin astma som en sykdom i halsen. Det vil være ugunstig å rette på denne oppfatningen, og hun bør i stede spørre barnet om hvorfor han beskriver det på denne måten. Hun kan for eksempel spørre han om; ”hvordan kjennes det

ut?”. Det er også viktig at sykepleieren er observant på sitt eget språk. Grønseth (2005) presiserer at større barn misliker å bli snakket til som små barn (jf. punkt 3.7.1). Derfor er det viktig at sykepleieren i samtale med barn i alderen ti til tolv år benytter et dagligdags og naturlig språk. Dersom barnet blir snakket til med babyspråk kan han lett falle av lasset. Samtidig må sykepleieren passe på at hun ikke benytter et komplisert språk for at barnet skal forstå hva hun mener. Sykepleieren må igjen vurdere og tilpasse seg hvert enkelt barn.

I følge Håkonsen (2003) hevder Piaget at barn i alderen ti til tolv år er avhengige av å knytte sine tanker til konkrete hendelser (jf. punkt 3.6.1). Når sykepleieren stiller barnet spørsmål er det derfor viktig at hun knytter spørsmålene til hendelser som er gjenkjennelige for barnet. I stedet for å spørre han om hvordan det er å være tett, kan det være lettere å svare på dersom sykepleieren stiller spørsmål som; ”hvordan følte du deg da det var vanskelig for deg å puste på fotballtreningen i går?”. Samtidig som hun skal være konkret, bør hun unngå ja og nei spørsmål. I praksis opplevde vi at sykepleierne var flinke til å stille spørsmål som utvikler, ikke kontrollerer, som for eksempel; ”jeg lurer på hvordan du har det?” fremfor ”har du det bra?”.

4.3 Undervisning og veiledning til barn – hvilke hensyn og vurderinger må sykepleieren gjøre?

Dersom sykepleieren har opparbeidet et godt tillitsforhold og har god kommunikasjon med barnet, har hun et godt utgangspunkt for videre undervisning og veiledning. I denne delen av oppgaven tar vi utgangspunkt i at barnet har oppdaget sin sykdom, og derfor har behov for kunnskaper om den for å kunne begynne å ansvarliggjøres. Da vil sykepleierens undervisende og veiledende rolle være fundamental. Når hun ser behov for undervisning og veiledning hos et barn er det mange hensyn og vurderinger hun må ta, både med tanke på planlegging og gjennomføring. Til dette kan undervisningsprosessen og veiledningsfasene være et godt utgangspunkt (jf. punkt 3.2.2 og 3.3.1).

Først og fremst må sykepleieren kartlegge barnets behov og kunnskapsgrunnlag.

Alle har forskjellig bakgrunn og kunnskaper, ferdigheter og holdninger varierer fra barn til barn.

Når sykepleieren skal undervise barn i alderen ti til tolv år, tar hun utgangspunkt i barnets alder og hvor i utviklingen teorien mener dette barnet befinner seg. Grønseth (2005) påpeker at barn kan forsvare seg med å trekke seg tilbake til tidligere utviklingstrinn dersom stresset som følge av sykdommen overstiger barnets mestringsevne (jf. punkt 3.4.3). Derfor må hun ta utgangspunkt i hvert enkelt individ og dets forutsetninger, da ingen barn er like. Hennes oppgave blir å kartlegge hvor i utviklingen barnet befinner seg. Videre må sykepleieren få en oversikt over hva barnet tidligere har deltatt på av undervisning og veiledning, når dette fant sted, og hva han vet om astma. Hvilket kunnskapsgrunnlag barnet har, er avgjørende for å kunne legge undervisningen på riktig nivå.

Deretter må sykepleieren ha klart for seg hva hensikten med undervisningen og veiledningen er. Innholdet i en planlagt undervisnings- og veiledningssituasjon bestemmes hovedsakelig av hensikten med den, og kan dreie seg om kunnskaper, holdninger eller konkrete ferdigheter. Dersom sykepleieren for eksempel skal undervise og veilede et barn i inhalasjonsteknikk, må hun undervise om kunnskap relatert til virkningen av en inhalator, og veilede han i teknikken som er en konkret ferdighet. På den ene siden er det viktig at sykepleieren har planlagt hva hun skal undervise i, og hvordan hun skal legge det frem. På den andre siden er det viktig at hun ikke knytter seg for mye til hvordan hun har planlagt å gjennomføre undervisningen. Dersom barnet for eksempel har et annet kunnskapsgrunnlag enn det hun forventet, må hun være åpen for å vinkle den på en annen måte. En veiledning kan hun ikke planlegge på samme måte som en undervisning. Hun kan planlegge hvordan hun ser for seg å veilede barnet, men det vil her være stor sjanse for at hun må gå bort fra det hun hadde planlagt, da det er vanskelig å forutse barnets utgangspunkt for å lære en slik teknikk. Sykepleierens oppgave er å møte barnet der han er, og undervise og veilede han med utgangspunkt i hans forutsetninger og behov.

Når sykepleieren har kartlagt barnets behov og kunnskapsnivå, og har klart for seg hva hensikten med undervisningen og veiledningen er, må hun vurdere om det er mest hensiktsmessig å gjennomføre dette individuelt eller i gruppe med flere barn. Valget blir gjort med utgangspunkt i hva som er hensikten med undervisningen og veiledningen, og vi har i praksis erfart at det ofte faller naturlig. Allikevel vil en alltid finne fordeler og ulemper ved både undervisning og veiledning i grupper og individuelt, hvilket også er med i vurderingen. Når sykepleieren møter barnet alene vil fokuset være kun på han. Sykepleieren vil dermed ha større mulighet til å avdekke forhold som gjør det vanskelig for barnet å mestre sin sykdom, enn om hun hadde møtt barnet i en større gruppe. På den ene siden kan individuell undervisning og veiledning være godt egnet ved at barnet føler seg tryggere når han er alene med sykepleier, da noen barn finner det utrygt å meddele seg i gruppe med andre. På den andre siden har vi erfart at et barn i gruppe med andre opplever at det blir stilt spørsmål han selv ikke har våget å stille, og som han kanskje trodde han var alene om. Når flere barn samles påvirker de hverandre til å være aktive og stille spørsmål. Ved å se at noen våger å spørre og dele erfaringer, smitter dette over på de andre. I praksis ble vi fortalt at noen barn med astma føler at de er alene i verden med sin sykdom. I en gruppe møter barnet andre som er i samme situasjon og dette er med på å normalisere sykdommen. Denne erfaringen finner vi støtte for i Tveiten (2001) som hevder at det vil være hensiktsmessig å velge gruppe dersom sykepleieren mener det kan være nyttig for barnet å dele erfaringer. Å høre om andres erfaringer kan ufarliggjøre hans situasjon. Det kan også bidra til nytenkning, bearbeiding og gi barnet nye perspektiv, som kan styrke hans mestringsfølelse. Undervisning i grupper kan også være hensiktsmessig da det både er tids- og økonomibesparende, dette fordi sykepleieren når et stort antall barn samtidig. Som vi her beskriver er det mange fordeler ved å velge undervisning og veiledning i gruppe. Samtidig kan det å sette sammen en gruppe by på utfordringer. Alle barn har ulike behov, og det kan være vanskelig å sette opp et undervisnings- og veiledningsopplegg som treffer alle. Selv om sykepleieren setter sammen grupper av barn i samme alder og situasjon, kan hun ikke være sikker på at de har de samme forutsetningene for å lære. Hun kan derfor være uheldig med sammensetning av gruppen. En utfordring som oppstår både i undervisning og veiledning individuelt og i gruppe, er ulike praktiske forhold. Selv om poliklinikk er en dagenhet kan det være hensiktsmessig å legge til rette for

at gruppeundervisning kan foregå på kveldstid. Dette er viktig både for å unngå å ta barna ut av skolen, samtidig som det vil være større mulighet for at foreldrene kan bringe barna til og fra undervisningen. Det kan også være hensiktsmessig å legge undervisningen utenom skoleferier, da mange ofte er bortreist.

Tveiten (2001) understreker at det også er viktig at sykepleieren tar hensyn til fysiske, psykiske og praktiske forhold når hun skal planlegge og gjennomføre en optimal læresituasjon. Hun må være oppmerksom på hva som opptar barnet i situasjonen, og møte han der han er. Det kan for eksempel dreie seg om at barnet er sulten, tørst eller skal til en undersøkelse om kort tid. Det vil da være hensiktsmessig å legge undervisningen etter undersøkelsen, da han kan være urolig og ukonsentrert i forkant av den. På den måten får han størst læringsutbytte. Det er også viktig å legge til rette for et godt læringsmiljø ved å ta hensyn til faktorer som kan påvirke barnet. Det kan for eksempel dreie seg om at undervisningen ikke bør avbrytes av unødvendige forstyrrelser, eksempelvis lyd, lukter og andre personer. Så fremt det lar seg gjøre å ta hensyn til slike forhold, bør det prioriteres. Vi ser allikevel at dette kan være vanskelig å gjennomføre i en hektisk arbeidshverdag med mange barn, undersøkelser og aktiviteter. Uansett bør sykepleieren la barnet være delaktig i deler av planleggingen av undervisningen og veiledningen, slik at han opplever innflytelse på egen situasjon, noe som igjen fremmer barnet mestringsfølelse.

4.3.1 Astmaskole- et godt alternativ for gruppeundervisning?

Med utgangspunkt i de ulike forhold som til nå er drøftet, kan sykepleieren gjennomføre undervisning og veiledning på mange ulike måter. Dersom sykepleieren har kartlagt at barnet eksempelvis har behov for generell kunnskap om sin astma, kan det være hensiktsmessig å gjøre denne undervisningen i gruppe. Sykepleieren må legge opp et undervisningsopplegg som er tilpasset gruppen hun har satt sammen med barn i alderen ti til tolv år. I praksis erfarte vi at astmaskole er et godt alternativ til gruppeundervisning for de barna som har behov for denne kunnskapen. Vi vil her presentere en måte å gjennomføre en astmaskole på med bakgrunn i teori om trygghet, tillitt og god kommunikasjon og våre erfaringer fra

hospitering. Vi ser for oss at en gruppe barn innkalles en kveld til poliklinikken for å lære om sin sykdom.

De ulike avdelingene vi hospiterte ved deler den samme oppfatningen av at en optimal gruppe består av seks til åtte barn, både jenter og gutter. I en gruppe med flere enn åtte barn kan det lett bli urolig, og det kan bli vanskelig for alle å komme til ordet. Dersom gruppen består av færre enn seks barn, kan det blant annet være vanskelig å utføre enkelte gruppeaktiviteter.

Den første delen av undervisningen er viktig for hvordan dagen vil forløpe. En måte å begynne undervisningen på er at alle setter seg i ring, enten på gulvet eller rundt et bord. Det er viktig at alle ser alle, og at ingen sitter bak hverandre. Sykepleieren bør begynne med å presentere seg, og fortelle barna om hensikten med dagen. Deretter kan en etter en fortelle hva de heter, hvor gamle de er og hvor de bor. Hvis de ønsker kan de også si noe om at de har astma. Hensikten er at alle blir kjent, det skapes en trygghet i gruppen og barna føler seg respektert og møtt.

Den kunnskapsrettede undervisningen kan begynne med grunnleggende kunnskap om luftveiene, lungene og astma. Dette kan hjelpe barnet i senere forståelse for hva astma er, hvorfor medisinene skal tas og hvorfor man må puste så dypt inn når man inhalerer medisinene. I utgangspunktet kan denne undervisningen være kjedelig for barna, men kunnskapen er nødvendig for å få økt sykdomsinnsikt. Sykepleierens oppgave blir derfor å gjøre undervisningen spennende. Hun kan stille barna spørsmål om hvordan de opplever å bli tette, og hvordan det kjennes ut. Hun bør få i gang en dialog med gruppen, der de kan legge frem egne opplevelser i forhold til sin astma. Samtalen er et hjelpemiddel for sykepleieren til å finne ut hva barna kan, og den vil være avgjørende for hva hun vil legge vekt på videre i undervisningen. Når sykepleieren skal undervise om lungenes utseende og funksjon kan hun la barna gå sammen to og to, og sammen tegne lungenes utseende. For å gjøre dette på en morsom måte, kan hun legge frem store ark hvor de skal tegne rundt hverandre. På tegningen skal de plassere lungene og de øvre luftveiene. Når alle er ferdige kan de vise frem tegningene. Sykepleieren kan oppsummere denne undervisningen med å forklare om lungenes funksjon, og dersom noen av barna har lyst til å fortelle det de

kan, bør hun også gi rom for dette. Barn i alderen ti til tolv år er nysgjerrige på hvordan kroppen ser ut innvendig, og til å forklare dette kan sykepleieren benytte plastmodeller av en åpen og en forsnevret bronkie. På den måten kan barna lære om hva som skjer i kroppen ved pustebesvær. Det er viktig at sykepleieren ikke legger for mye vekt på forklaringer, men at barnas opplevelse av pustebesvær kommer frem. Fokuset bør være rettet mot hva barna lurer på. En annen måte å organisere slik kunnskapsrettet undervisning på, kan være at barna løser oppgaver som har med astma å gjøre, som for eksempel quiz eller kryssord. Hun kan også legge opp oppgaveløsningen som en konkurranse, noe som kan bli godt likt av denne aldersgruppen.

Det er viktig at barna forstår hvorfor det er viktig at de tar medisiner. De bør vite hvilke medisiner de selv bruker og hvordan de skal ta dem. Sykepleieren kan undervise barna i virkningen av ulike medisiner, for deretter å veilede dem og la de øve seg på inhalasjonsteknikk. Dette kan hun gjøre ved å for eksempel lage en doktorpost. Doktorpost går ut på at barna skal vise hvordan de tar medisinene sine, og de kan lære av hverandre. De kan også lage et rollespill der en er doktor og en annen er pasient, hvor de skal vise riktig og gal inhalasjonsteknikk. Dette kan være med på å gi barna en følelse av mestring.

I undervisning til barn er det viktig å være kreativ. Barns evne og interesse for lek er en ressurs og kan brukes terapeutisk (jf. punkt 3.8). Gjennom lek og visualisering kan barna lettere forstå den kunnskapen de har fått undervisning om. Mange barn har ”lopper i blodet”, og det kan derfor være kjedelig at undervisningen foregår i ett og samme rom. Sykepleieren kan for eksempel ta med seg barna i gymsalen der de kan utføre sansemotoriske øvelser. Dette kan blant annet gjøres ved å rulle sammen matter som skal forestille bronkier. Den ene matten rulles sammen som en åpen bronkie, en annen rulles sammen som en forsnevret bronkie, fylt med ballonger som forestiller slim. Barna skal krype igjennom begge mattene, og på denne måten vil de få større forståelse for hvordan en bronkie er når den er tett. De kan deretter leke at de er medisin, ved å fjerne ballongene. På nytt kan de krype igjennom denne matten, og dermed få en forståelse for medisinenes virkning. En slik lek kan for noen i denne aldersgruppen oppleves som barnslig. For å tilpasse leken til dette alderstrinnet, kan

øvelsene legges inn i som en del av en hinderløype, og utføres som en konkurranse. Selv om leken blir en konkurranse, er det allikevel viktig at barna skal snakke om hvordan de opplevde å krype igjennom de ulike mattene, og hva de lærte av dette.

Mange barn synes det er flaut å ha astma fordi de føler seg annerledes. Det er viktig at sykepleieren gir rom for å snakke om et vanskelig tema som dette. Hun kan sette i gang en dialog rundt temaet, hvor det blir tatt opp vonde opplevelser som for eksempel mobbing. Ofte er det slik at barn ikke umiddelbart tør å fortelle dersom noen har mobbet dem. Hun kan derfor begynne med å fortelle en historie om en gutt hun kjenner, som har astma, og som opplevde å bli mobbet for dette. Mange barn vil dermed stille spørsmål om denne historien, og kanskje bekrefte at de har opplevd det samme. Ved å ta opp denne problemstillingen kan barna dele følelser og tanker, og de ser at andre barn er i samme situasjon som dem selv. Dette virker bearbeidende psykososialt.

Det er også viktig å få barna til å forstå at selv om de har astma kan de være med på det aller meste. Barna kan fortelle om hva de er gode til, hva de lykkes med, og hvordan de selv klarer å løse vanskelige situasjoner. Sammen kan de finne løsninger på problemer som oppstår som følge av deres astma. Gjennom å fortelle hva de er gode til, opplever barna mestringsfølelse. I denne samtalen kan sykepleieren bruke rollemodeller som motivasjon. Ved å vise til kjente idrettsutøvere som har astma, forstår barna at dersom de finner gode løsninger for å mestre sin astma, kan også de være med på det meste.

Fysisk aktivitet styrker barnas mestringsfølelse, og det gir dem glede å være i aktivitet med andre. Samtidig har regelmessig fysisk aktivitet positiv effekt på deres astma (jf. punkt 3.1.4). En god måte å avslutte astmaskolen på kan være å gå til gymsalen igjen, og la barna leke sammen og gjøre akkurat det de vil.

4.4 "Med på det meste!"

Et av hovedmålene med undervisning og veiledning til barn med astma, er at de skal lære seg å mestre sykdommen sin slik at de kan være med på lek og fysisk aktivitet

på lik linje med andre barn. I praksis erfarte vi at dersom barna ikke har kunnskap om deres sykdom, kan det gi utslag i at de ikke deltar i aktiviteter fordi de tror astmaen hindrer dem i å kunne være i aktivitet. Sykepleierens undervisende og veiledende rolle er derfor av stor betydning for hvordan barnets sykdom virker inn på hans hverdag. Vi finner støtte for vår erfaring i en studie der det er forsket på hvilken betydning undervisning har for hvordan barn med astma mestrer sin sykdom (Coland 1993). I artikkelen legges det frem resultater av forskningen som viser at barn som deltar i undervisning om astma i større grad er i stand til å takle alle situasjoner i hverdagen, så som på skolen, sammen med venner og i fysisk aktivitet. Videre understreker hun også at de vet bedre hva de kan gjøre for å minimere astmasymptomene i hverdagen, samtidig som de reduserer begrensninger som sykdommen medfører. På den ene siden er det viktig at barnet ser de begrensninger sykdommen gir. Barn med astma må blant annet unngå irritanter som kan utløse astmaanfall. På den andre siden er det viktig at begrensningene ikke styrer barnets hverdag. Ved å inneha kunnskap slik at de vet hvilke forhåndsregler de må ta, med utgangspunkt i sine begrensninger, kan de være med å delta på det aller meste. Et eksempel på dette er når barnet har kunnskap om sine medisiner. Da vet han at dersom han tar forebyggende medisin, kan han delta på fotballtrening som alle andre.

Det å være flink med kroppen og mestre fysiske utfordringer, er viktig for å bli godtatt i venneflokken. Erikson hevder at barn i alderen seks til fjorten år sammenligner seg selv med jevnaldrende, og bruker disse som målestokk for sin egen utvikling (jf. punkt 3.6.2). Det at barnet kan delta i fysisk aktivitet er betydningsfullt for hans mestringsopplevelse, og for at han skal bli akseptert av jevnaldrende og av seg selv. Sykepleieren skal hjelpe barnet med å finne løsninger der hvor sykdommen gir begrensninger. Hun må hele tiden oppfordre og motivere barnet til å delta i ulike aktiviteter fordi dette er viktig både med tanke på deres astma, og for deres utvikling. Fokuset må ligge på hvilke muligheter barna har, og ikke begrensningene sykdommen fører med seg. Gjennom undervisning og veiledning gir sykepleieren barna ”triksene”. Kan de ”triksene”, kan de være med på det meste.

5 KONKLUSJON

Kunnskap er grunnleggende for at barn med astma skal mestre sin sykdom. Sykepleierens undervisende og veiledende rolle er fundamental for at barnet kan mestre å ta ansvar for sin egen sykdom, for dermed å kunne håndtere de utfordringer som sykdommen bringer med seg i hverdagen. Vi sitter igjen med den oppfatning at sykdomsinnsikt gir mestringsfølelse. Vi møtte mange barn i praksis som var lite deltakende i aktiviteter i dagliglivet som følge av manglende kunnskap. Både våre erfaringer og teorien vi har anvendt har en felles oppfatning om at barn med manglende kunnskap om sin sykdom, vil oppleve flere begrensninger i hverdagen fordi de ikke vet hvordan de skal håndtere situasjonen. Tillitsforhold og god kommunikasjon sammen med ulike vurderinger ligger til grunn for en optimal læresituasjon. Samtidig ser vi hvor avgjørende det er at hun møter barnet der han er. Å møte barnet der han er, er viktig for å oppnå hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon. Vi har også sett at det ofte er fornuftig å kombinere ulike tilnæringsmåter, da det kan være hensiktsmessig å finne en ”gyllen middelvei” mellom å formidle denne kompetansen og la den enkelte selv finne løsninger.

For å engasjere barn i undervisningen har vi gjennom oppgaven kommet frem til at lek og bruk av konkrete er viktig. Når sykepleieren skal benytte lek i undervisning til barn i alderen ti til tolv år, sitter hun med den utfordring at hun må vite hvilke leker som er mest hensiktsmessig i forhold til disse barna, og samtidig legge den på deres nivå, for at de ikke skal oppleve leken som barnslig.

Undervisningsopplegget vi legger frem er bygget opp av råd og erfaringer fra praksis, samtidig som vi har anvendt relevant teori. Eksemplet er ikke det sanne svaret på hvordan undervisningen bør gjennomføres, men det er én måte å gjøre det på.

Med utgangspunkt i våre samtaler med sykepleiere i poliklinikk, er vår oppfatning at individuell undervisning gjennomføres oftere enn gruppeundervisning. De har allikevel erfart at gruppeundervisning er effektivt, men manglende ressurser setter begrensninger for hvor ofte dette gjennomføres. Når vi gjennom oppgaven har sett

betydningen av at barn får møte andre jevnaldrende i samme situasjon, kan en allikevel tenke; ville barnets utbytte av undervisningen vært større dersom han fikk tilbud om gruppeundervisning fremfor individuell undervisning?

Ut fra denne tanken kunne det ved en senere anledning vært interessant og sett nærmere på barnets utbytte av individuell undervisning og gruppeundervisning. Da vi avgrenset oppgaven med å ikke ta for oss foreldrenes betydning for det syke barnet, tenker vi i dag at det også ville vært spennende å fordype oss i deres betydning for barnet.

6 ETTERORD

6.1 Produktevaluering

Vi sitter igjen med et sluttprodukt som vi er godt fornøyd med. Siden dette er en avsluttende eksamen i sykepleie, var det viktig for oss at sykepleierens rolle skulle stå sentralt i oppgaven. Dette føler vi at vi har oppnådd ved å beskrive hvilke utfordringer sykepleieren møter, samt hvilke oppgaver hun får, gjennom drøftingen. Vi føler også at vi har tatt med begrepet mestring som en rød tråd gjennom hele oppgaven, noe som gjør oppgaven mer helhetlig.

Det finnes mange ulike teorier og ingen teori har den gitte sannhet. Vi har valgt ut teori som har vært viktig for vår oppgave, men vi har allikevel redegjort for bare en liten del av det mangfoldet som finnes av teori. Vi kunne gått mer ned i dybden, men med utgangspunkt i oppgavens omfang var det nødvendig å velge bort noe. Dette kan være en svakhet ved oppgaven.

6.2 Prosessevaluering

Samarbeidet i gruppa har vært godt. Da vi hadde valgt gruppe og tema for oppgaven, bestemte vi oss for å skrive hele oppgaven sammen. Vi så for oss at dette kunne løfte besvarelsen vår fordi en gjennom diskusjon får flere synspunkter og meninger rundt et tema. Samtidig har vi erfart fra tidligere at ved å sitte sammen og skrive hele oppgaven, vil sluttproduktet bli en mer helhetlig oppgave. Ved å gjøre det på denne måten var vi forberedt på at det kunne oppstå uenigheter underveis. Derfor planla vi i forkant hvordan vi skulle løse dette. Samarbeidet har vært veldig bra med få uenigheter, men derimot mange diskusjoner. I de tilfellene hvor det har oppstått uenigheter, har alle fått muligheten til å legge frem sine synspunkter, men det har vært flertallet som har fått gjennom sitt forslag. Vi har erfart at diskusjoner gir positiv vekst. Alt i alt er vi veldig fornøyd med samarbeidet, og alle har bidratt like mye i arbeidet med oppgaven.

Det tok tid å få ordnet hospiteringsplasser, men vi var heldige og fikk plass på de stedene vi aller mest ønsket. Her fikk vi snakket med spesialister med mye erfaring på vårt valgte område. Vi ble godt mottatt i hospiteringen og vi har hatt maksimalt utbytte av den. Kunnskapen vi tilegnet oss gjennom hospiteringspraksis har vært nyttig i diskusjonen, spesielt når vi legger frem et eksempel på et undervisningsopplegg.

I løpet av skriveprosessen har vi benyttet oss av fem veiledningstimer. Veiledningene hjalp oss til å se andre viktige sider ved vårt tema og til å få dybde i oppgaven. Vi har fått gode råd og konstruktiv kritikk som vi har tatt med oss videre i skrivingen.

7 LITTERATURLISTE

*= selvvalgt litteratur

*Fasting, Merete Lund (2000). Fysisk aktivitet, lek og friluftsliv. *Pust! Aktive barn med astma og allergi*. S. 63-81. Oslo: SEBU Forlag.

*Granum, Vigdis (2000). *Pasientundervisning*. 1. Utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Grønseth, Randi og Markestad, Trond (2005). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Høgskolen i Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie. Seksjon for sykepleie. *Undervisningsplan, studieenhet 3, Kull 06HBSPLH. Bachelor i sykepleie. Høst 2008- vår 2009*. S. 15.

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Utviklingspsykologi. Innføring i psykologi*. S. 97-122. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Kirkevold, Marit (1998). Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. S.199-215. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal

*Konsmo, Trulte (1995). *En hatt med slør...* Tano Aschehoug.

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. *Grunnleggende sykepleie*. S. 206-266. Bind 3. 1 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk sykepleieforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo

*Nylenna, Magne (red.) (2007). *Store medisinske leksikon*. 2. Utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget

*Tveiten, Sidsel (1998). Reaksjoner på sykehus og sykehusinnleggelse. *Barnesykepleie*. S. 92-131. 2.utgave. Oslo: Gyldendal AS

Tveiten, Sidsel (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten, Sidsel (2008). *Veiledning- mer enn ord...* 3. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget

Digitale kilder:

*Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell, paragraf 21. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (21.04.09)








*Norges astma- og allergiforbund (2006). *Astma*. [online] URL: http://www.naaf.no/no/Fakta/Astma/Viktig_a_vite_om_astma/ (01.04.09)

Artikler:

*Coland, Vivian T. (1993). *Learning to cope with asthma: a behavioural self-management program for children*. I: Patient education and counselling. [online] Vol. 22, hefte 3, (141-152) (23.04.09)

*Flower, Jane and Saewyc, Elizabeth M. (2005). *Assessing the Capability of School-Age Children With Asthma to Safely Self- Carry an Inhalor*. I: The Journal of School Nursing. [online] Vol. 21 (5). (23.04.09)

VEDLEGG 1

Search History (7 searches) (Click to close)					
<input type="checkbox"/>	#	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	Asthma/	2598	Advanced	 Display More >>
<input type="checkbox"/>	2	Child/	47390	Advanced	 Display More >>
<input type="checkbox"/>	3	1 and 2	902	Advanced	 Display More >>
<input type="checkbox"/>	4	Pediatric Nursing/	7644	Advanced	 Display More >>
<input type="checkbox"/>	5	4 and 3	89	Advanced	 Display More >>
<input type="checkbox"/>	6	exp Coping/	4465	Advanced	 Display More >>
<input type="checkbox"/>	7	6 and 3	27	Advanced	 Display More >>

| Combine selections with:
