



BACHELOROPPGAVE:

Barn og diabetes type 2

Hvordan kan sykepleier veilede foreldre til å mestre omsorgen
for sitt barn med diabetes type 2?

FORFATTERE:

KIRSTI HELENE NYSTUEN

JEANETTE SKAR BEKKEVOLD

Dato:

7.5.2012

1 Sammendrag

Tittel:	Barn og diabetes type 2 - Hvordan kan sykepleier veilede foreldre til å mestre omsorgen for sitt barn med diabetes type 2?	Dato : 7.5.12
Deltaker(e)/	Kirsti Helene Nystuen Jeanette Skar Bekkevold	
Veileder(e):	Sigrid Wangensteen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Diabetes type 2, barn, ungdom, foreldre, sykepleier	
Antall sider/ord: 48/11760	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Diabetes type 2 er en kronisk sykdom som rammer flest voksne, men de siste tiårene har man sett en økning av sykdommen også blant barn og ungdom. Diabetes type 2 er hovedsakelig en livsstilssykdom og ca 80 % av de som har sykdommen er overvektige eller har vært det. Hensikten med litteraturstudien er å belyse hvordan sykepleier kan veilede foreldre til barn med diabetes type 2. Litteraturstudien består av sju forskningsartikler, derav seks kvalitative og én tverrsnittsstudie. Søkeord som er brukt er blant annet diabetes type 2, nurse, parents og coping. Temaene som diskuteres er blant annet gruppeveiledning som veiledningsmetode, barn og foreldres informasjonsbehov og sykepleiers evne til å veilede og kommunisere. Funn tyder på at sykepleiers erfaring kan ha betydning for hvor nyttig veiledningen oppfattes av foreldrene. Individuelt tilpasset informasjon synes å være viktig for foreldrenes følelse av mestring i forhold til barnets sykdom.</p>		

2 Abstract

Title:	Children and diabetes type 2 - How can nurses guide parents to cope with the care for their child with type 2 diabetes?	Date : 7.5.12
Participants/	Kirsti Helene Nystuen Jeanette Skar Bekkevold	
Supervisor(s)	Sigrid Wangensteen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Diabetes type 2, children, adolescents, parents, nurse	
Number of pages/words: 48/11760	Number of appendix: 1	Availability: open
<p>Type 2 Diabetes is a chronic disease that affects most adults, but in recent years we have seen an increase of the disease among children and adolescents. Diabetes type 2 is mainly a lifestyle disease and about 80% of those who have the disease are overweight or have been. The purpose of this literary study is to highlight how nurses can guide parents who have children with diabetes type 2. This literature study consists of seven research articles, including six qualitative and one cross-sectional study. Keywords that are used include type 2 diabetes, nurse, parents and coping. Topics discussed include group counseling as a guidance method, children's and parents' information needs and the nurse's ability to guide and communicate. Findings indicate that nurses experience may affect how useful the guidance is perceived by the parents. Individually personalized information appears to be of importance to the parents' sense of coping with the child's illness.</p>		

Innhold

1	Sammendrag	2
2	Abstract	3
3	Innledning	6
3.1	Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.....	6
3.2	Valg av problemstilling	7
3.3	Avgrensing av oppgaven	8
3.4	Hensikt.....	8
4	Teori	10
4.1	Diabetes mellitus	10
4.1.1	Diabetes type 2	10
4.1.2	Forekomst av diabetes type 2	10
4.1.3	Behandling	11
4.1.4	Komplikasjoner/Senskader.....	13
4.2	Overvekt hos barn og unge	13
4.3	Veiledning	13
4.3.1	Foreldreveiledning	14
4.3.2	Gruppeveiledning	15
4.3.3	Motiverende intervju (MI)	16
4.4	Kommunikasjon.....	16
4.4.1	Profesjonell kommunikasjon.....	16
4.4.2	Verbal og non- verbal kommunikasjon	16
4.4.3	Kommunikasjonsferdigheter	17
4.5	Pårørende	17
4.5.1	Foreldre som pårørende.....	17
4.5.2	Pårørendesamarbeid	18
4.6	Yrkesetikk.....	18
4.7	Benner og Wrubels sykepleieteori.....	19
4.7.1	Syn på omsorg	19
4.7.2	Syn på kunnskap.....	19
4.7.3	Syn på sykepleie.....	21
5	Metode	23
5.1	Litteraturstudie som metode	23
5.2	Litteratursøk.....	23
5.3	Inklusjonskriterier.....	26
5.4	Eksklusjonskriterier	26
5.5	Analyse	26
5.6	Kvalitetsvurdering	27
5.7	Forskningsetikk	27
6	Resultat	28

6.1	Litteratormatrise med artikler	29
6.1.1	Støttegrupper og foreldres informasjonsbehov	31
6.1.2	Sykepleiers evne til å kommunisere og veilede	31
6.1.3	Foreldres opplevelse av omsorg for ungdom med type 2 diabetes	32
6.1.4	Motiverende intervju	32
6.1.5	Barns selvledelse og mestringsstrategier.....	33
7	Metodediskusjon.....	34
8	Resultatdiskusjon	35
8.1	Gruppeveiledning og sykepleiers evne til å kommunisere	35
8.2	Foreldre og barns informasjonsbehov	37
8.3	Kosthold og aktivitet	38
8.4	Barn og overvekt	39
8.5	Etiske utfordringer i møte med foreldre til overvektige barn.....	39
9	Konklusjon.....	41
10	Etterord	42
11	Litteraturliste.....	43
12	Vedlegg	48
12.1	Vedlegg 1 – PICO-skjema.....	48

Antall ord: 11760

3 Innledning

3.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Gjennom vår utdanning har vår interesse for sykepleiers undervisende og veiledende rolle blitt styrket. Ute i praksis veileder vi hele tiden, både bevisst og ubevisst. Kommunikasjon med ulike pasientgrupper er krevende, og pårørende til barn kan være de mest utfordrende, da de stiller mange spørsmål og har stort informasjonsbehov (Tveiten 1998). Da vi selv er foreldre, er naturlig nok interessen for barn til stede. Det var derfor naturlig å velge et tema som berører denne gruppen pasienter.

Gjennom media har vi fått inntrykk av at diabetes type 2 blant unge er et økende problem på grunn av fedmeepidemien. I tiden før og under arbeidet med denne oppgaven, har vi sett utallige artikler i aviser og på nett som omhandler overvektsproblematikken blant barn og unge her i Norge, og hvilke konsekvenser dette kan få senere i livet. På den tverrfaglige fagdagen for helsestasjon- og skolehelsetjenesten i Lillehammer 28.09.11 kom det frem at forskergruppa ved barneavdelingen i Lillehammer gjennomførte en undersøkelse blant femåringer i Oppland i 2006. Denne undersøkelsen viser at hele 6,3 prosent er alvorlig overvektige. 151 barn fikk diagnosen alvorlig overvekt ved det samme sykehuset fra 2004-2009 (Hurum 2011).

I USA har diabetes hos barn økt kraftig de siste årene. Ifølge Urrutia- Rojas og Menchaca (2006) vil 1 av 3 som er født i 2000 kunne utvikle diabetes. Det finnes foreløpig lite statistikk over forekomsten av diabetes type 2 hos norske barn, men ifølge Folkehelseinstituttet øker type 2 diabetes som en epidemi internasjonalt. Ifølge Folkehelseinstituttet (2005) ser man en særlig økning hos mennesker fra Kina, India, USA, midt-østen og øst-Europa. Mer enn én av fire innvandrerkvinner fra India og Pakistan diabetes, mens andelen hos menn i samme gruppe er én av sju. Vi er nysgjerrige på dette temaet, og siden overvektsproblematikken i Norge har økt kraftig de siste årene, vil også diabetes 2 høyst sannsynlig øke i forekomst her i landet.

Hvordan møter man disse foreldrene hvor barnet har fått en livsstilssykdom? På hvilken måte kan vi som sykepleiere hjelpe foreldrene, slik at barnas helse blir ivaretatt? Vi mener trygghet hos pasient og pårørende har en betydning for sykdomsforløpet. Sykepleier er antakelig den fagpersonen disse pasientene møter mest på sykehuset, og sykepleiers

kommunikasjonsferdigheter har derfor betydning for pasientens opplevelse av trygghet. I rollen som profesjonsutøvere plikter vi oss til å følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie om å møte pasientenes behov og for å fremme likeverd og respekt. (Eide og Eide 2008).

Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at foreldre og barn får tilstrekkelig veiledning etter å ha fått en alvorlig diagnose som diabetes type 2 er. Vi har en forforståelse av at målet med sykepleie til barn med diabetes må være mestring av hverdagen. Temaet kan relateres til forskningsområdet ved Høgskolen i Gjøvik som omhandler kvalitet i sykepleie:

Pasienters behov og sikkerhet handler om utvikling av kunnskap om fenomener knyttet til menneskers grunnleggende behov, samhandling med pasient, pårørende og andre grupper i helsetjenesten samt pasientsikkerhet

I teoridelen av oppgaven gjør vi rede for diabetes mellitus og diabetes type 2. Vi går først inn på forekomst, både nasjonalt og internasjonalt, samt prevalensen blant barn og unge. Vi skriver om kommunikasjon og kommunikasjonsformer. Vi har også beskrevet veiledning og metoder for å veilede. Benner og Wrubels omsorgsteori gjøres rede for, hvor vi går inn på blant annet deres syn på stress og mestring. Vi presenterer også hva vi har funnet av forskning på området.

3.2 Valg av problemstilling

Hvordan kan sykepleier veilede foreldre til å mestre omsorgen for sitt barn med diabetes type 2?

Sykepleier har en viktig oppgave i å veilede foreldre, slik at det syke barnet blir ivaretatt - til tross for foreldrenes eventuelle reaksjoner. Vi har erfart at det er av stor betydning hvordan vi møter pasient og pårørende. Og spesielt foreldre til barn som er innlagt på sykehus, da man som forelder står i en svært sårbar posisjon. Det kan oppleves belastende og det vil være et stort behov for informasjon, hjelp og støtte. Det er viktig at pasient og foreldre opplever trygghet i en slik situasjon. Og etter vår oppfatning avhenger denne tryggheten av blant annet sykepleiers kommunikasjonsferdigheter.

3.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven omhandler foreldre med barn, inneliggende på sykehus med nyoppdaget diabetes type 2. Vi har valgt å fokusere på foreldrene i denne oppgaven, da det er disse som er omsorgspersonene til barnet. Vi vil imidlertid trekke inn barnet der det er naturlig, da det vil være selvfølgelig at de skal inkluderes i sin egen sykdom. Oppgaven avgrenses ikke i forhold til foreldrenes alder, kjønn eller sivilstatus. Pasientrettighetsloven (1999) sier at befolkningen har rett på lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Loven sier også at alle har rett på, så langt det er mulig, å få individuelt tilpasset tjenester samt mulighet til medvirkning på tjenestetilbudet. I følge pasientrettighetslovens § 3-1 har pasientens nærmeste pårørende rett til medvirkning når pasienten er under 18 år.

Vi vil avgrense oppgaven til å gjelde barn/ungdom i alderen 13-18 år, da det er i denne aldersgruppen flest barn/ungdom får denne diagnosen. Utfordringen med denne aldersgruppen er at de er kommet i en fase i livet hvor de går gjennom store hormonelle forandringer. Ifølge Eriksons utviklingsteori er man i denne fasen av livet forvirret og usikker på hvem man er (Håkonsen 2008). Vi tenker at det derfor vil være ekstra utfordrende å veilede foreldrene til denne aldersgruppen.

3.4 Hensikt

Ved å jobbe med temaet i denne oppgaven håper vi å kunne øke vår kunnskap og forståelse for sykepleiers veiledende rolle. Vi har gjennom studiet sett betydningen av kommunikasjon og samhandling med pasienter og pårørende. Dette vil være med på å gjøre oss mer bevisst på hvordan vi vil møte pasienter når begynner å jobbe som sykepleiere. Vi vil også ta med oss den kunnskapen vi tilegner oss i arbeidet med denne oppgaven. Denne kunnskapen vil vi også dele med fremtidige arbeidskollegaer og være med på å bevisstgjøre hvor viktig vår måte å kommunisere med pasienter på er.

Vi har opplevd hvor viktig det er hvordan vi møter pasientene, deres opplevelse av trygghet, og hvordan dette igjen vil påvirke sykdomsforløpet. Vi møter mennesker i en sårbar situasjon og måten vi møter dem på er av stor betydning. Det er viktig og huske på at vi kommuniserer ikke bare verbalt, vi kommuniserer også med ansiktsuttrykk, stemmebruk, berøring, kroppsspråk og kroppsholdning. (Eide og Eide 2008) Når vi jobber som sykepleiere kommuniserer vi som profesjonsutøvere. Vi utøver da profesjonell kommunikasjon overfor

kollegaer eller pasienter, som av ulike årsaker trenger eller søker vår hjelp. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2011) står grunnlag for sykepleie beskrevet på denne måten:

Sykepleiens grunnlag” Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.”

Å møte pasient og pårørende med respekt er vesentlig for vår problemstilling. En persons opplevelse av kontroll har sammenheng med den informasjon og kunnskap han har fått om sin situasjon.

I følge Kristoffersen (2008 bind 1) er kommunikasjon og samhandling sentralt i utøvelse av sykepleie. Det er derfor av stor betydning at sykepleiere viser evne til aktiv lytting og til å undervise og samarbeide på en tydelig måte.

Det er viktig at vi som sykepleiere har evne til å se pasienten og møte han der han er. I Kristoffersen (2008 bind 1) kan vi lese at det i helsevesenet tidligere har vært vanlig at pasienter har fått en passiv rolle, de har blitt umyndiggjort, blitt fratatt ansvar og selvstendighet. Dette har vi lært i vår utdanning at vi skal motvirke og vi skal legge til rette for at pasienter skal ha en aktiv rolle. De skal kunne ha innflytelse på egen situasjon og kunnskap om situasjonen. Dette er viktig for å oppnå hensikten med behandling og pleie.

4 Teori

4.1 Diabetes mellitus

Diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom og finnes i flere former. De to viktigste er diabetes type 1 og diabetes type 2. I tillegg finnes spesielle typer diabetes som MODY og LADA. Felles for alle typer diabetes er at glukosekonsentrasjonen i blodet er forhøyet (Jacobsen m.fl. 2009). Sykdommen skyldes insulinmangel. For å stille diagnosen vil man vanligvis ta to fastende blodprøver som viser at glukosekonsentrasjonen er 7,0 mmol/l i venøst plasma (Jacobsen m.fl. 2009). For å påvise diabetes type 2 er det ofte nødvendig med en glukosebelastning. Man tar da en fastende blodprøve, for så å drikke et glass sukkervann, og deretter ny blodprøve etter to timer (Helsedirektoratet 2009). Helsedirektoratet vurderer imidlertid i disse dager å innføre en ny type blodprøve, HbA1c, som vil gjøre det enklere å diagnostisere sykdommen. HbA1c viser gjennomsnittlig blodsukker de siste 6-8 ukene før prøven er tatt (Diabetesforbundet 2010). Man kan ved bruk av denne metoden unngå at mange får følgesykdommer før diabetes type 2 oppdages.

4.1.1 Diabetes type 2

Diabetes type 2 skyldes en kombinasjon av insulinresistens og en viss insulinmangel. Sykdommen skyldes en delvis ødeleggelse av betacellene i pankreas (Nordeng og Spigset 2007). Ved diabetes type 2 har man altså noe insulinproduksjon, men ikke nok til å holde blodsukkeret normalt (Jacobsen m.fl. 2009). De fleste som har type 2 diabetes er overvektige. I tillegg har disse pasientene gjerne høyt blodtrykk og høyt kolesterol, slik at de er særlig utsatt for å utvikle hjerte-/karsykdommer. Insulinresistensen øker med økende overvekt og særlig når man har såkalt eplefedme, hvor fettet samler seg rundt magen. Hos de fleste som får type 2 diabetes, har sykdommen utviklet seg over tid (Helsedirektoratet 2009). Diabetes type 2 er kjent for å være en livsstilssykdom, og rammer oftest voksne, men stadig yngre får diagnosen. Overvekt, usunt kosthold, lite mosjon og røyking øker risikoen for å utvikle diabetes type 2. Sykdommen er i tillegg mer arvelig enn diabetes type 1 (Helsedirektoratet 2009).

4.1.2 Forekomst av diabetes type 2

Tall fra blant annet reseptregisteret tyder på at rundt 200.000 har diagnosen diabetes i Norge. Av disse har ca 25.000 type 1 og 175.000 type 2. I tillegg antar man at så mange som 175.000

har type 2 diabetes uten å være klar over det. 28 av 100.000 barn under 15 år får diabetes hvert år (Helsedirektoratet 2010).

Utbredelsen av type 2 diabetes øker i alle land vi har data for, og sykdommen er i ferd med å anta epidemiske dimensjoner. Det er beregnet at antall personer med diabetes i verden vil øke fra omkring 135 millioner i 1995 til 300 millioner i 2025, og nær 90 % av disse vil ha type 2 diabetes. Dette er nærmere belyst i St.meld. nr 16 (2002-2003) (Helse- og omsorgsdepartementet 2003).

Diabetes type 2 er relativt nytt blant barn og ungdom. De første rapportene om diabetes type 2 hos barn og unge kom fra USA på slutten av 1970-tallet, men det er i løpet av de siste 10 årene at sykdommen har blitt oppfattet som et problem i pediatrien. I Europa er prevalensen fortsatt lav, men diagnostiske problemer gjør at ingen sikre tall finnes (Marcus 2008). Av all diabetes blant barn og unge i USA anses at 3-45 % beror på en type 2 diabetes (Marcus 2008). Ifølge Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT forskningscenter 2011) har overvekt blant barn og unge økt de siste årene. Ung HUNT 3 var en integrert del av HUNT 3-innsamlingen i 2006-2008, og viste at 20 % av jentene og 22 % av guttene i ungdomsskolen og 25 % av jentene og 27 % av guttene i videregående skole klassifisert som overvektige eller med fedme.

Forekomsten blant etnisk opprinnelse fra Sørøst-Asia (Pakistan, India, Sri Lanka og Bangladesh) er spesielt utsatt for å utvikle type 2-diabetes. Forekomsten er også sterkt økende i Afrika og Midt-Østen. Dette viser seg særlig når mennesker fra disse landene bosetter seg i vestlige land hvor man har tilgang på mer usunn mat, og hvor man generelt er mindre fysisk aktiv (Helsedirektoratet 2009).

4.1.3 Behandling

Diabetesbehandlingen i Norge har i følge Helsedirektoratet (2009) blitt betydelig bedre de siste årene. Samtidig understreker de at den økende forekomsten av diabetes type 2 vil gjøre at antall senkomplikasjoner vil øke.

4.1.3.1 Kosthold

Kostholdet er i følge Helsedirektoratet (2009) en viktig del av behandlingen ved både type 1- og type 2 diabetes. Det er først og fremst innhold av karbohydrater i maten som avgjør hvor mye blodsukkernivået øker etter at vi har spist, men også hvilken type karbohydrater. Karbohydrater nedbrytes i tynntarmen til monosakkarider, hovedsaklig glukose. Deretter tas glukosen opp i blodbanen og fraktes til cellene via blodet (Skafjeld og Graue 2011). Ved type 2 diabetes vil det være viktig å velge mat som gir en langsom økning av blodsukkeret. Dette er gjerne karbohydrater fra fullkornsprodukter samt frukt, grønt og belgvekster. Det er også viktig å spise regelmessig, da dette er gunstig for blodsukkeret. I hovedsak anbefales tre til fire hovedmåltider samt opptil tre mellommåltider om dagen (Helsedirektoratet 2009).

4.1.3.2 Fysisk aktivitet

Helsedirektoratet (2009) anbefaler *alle* minst 30 minutters fysisk aktivitet daglig. Fysisk aktivitet vil som regel senke blodsukkeret og er dessuten forebyggende på hjertekarsykdommer, høyt blodtrykk og overvekt. I utgangspunktet kan man delta i all slags fysisk aktivitet med diabetes type 2, men man må ta hensyn til blant annet hvor hardt man trener. Det anbefales en grundig legesjekk før man starter høyintensitetstrening. Man må også ta hensyn til lavt blodsukker, da fysisk aktivitet bedrer insulinfølsomheten. I de nasjonale kliniske retningslinjer (Helsedirektoratet 2009) for diabetespasienter, anbefales barn og ungdom å være i fysisk aktivitet i minst 60 minutter daglig, med moderat eller høy intensitet. I tillegg anbefales mindre enn 2 timer foran data og tv daglig.

4.1.3.3 Medikamentell behandling

Type 2 diabetes skyldes insulinresistens og insulinmangel, og behandlingen rettes mot å korrigere begge deler (Skafjeld og Graue 2011). Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes som er utgitt av Helsedirektoratet (2010) anbefaler alle som får diabetes type 2 å starte med metformin. Metformin hører til under legemiddelgruppen biguanider og er et antidiabetikum som nedsetter leverens glukoseproduksjon (Nordeng og Spigset 2007)

4.1.4 Komplikasjoner/Senskader

Symptomene på diabetes type 2 kan være utydelige og derfor kan sykdommen være vanskelig og oppdaget. Noen kan gå i årevis med sykdommen uoppdaget, og hos noen går det så langt som at man får senskader som redusert syn før man identifiserer sykdommen (Helsedirektoratet 2009). Pasienter med diabetes type 2 er spesielt utsatt for forandringer i skarpsynsområdet som kan svekke lesesyntet. De er også utsatt for hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig blodsirkulasjon i beina (Jacobsen m.fl. 2009).

4.2 Overvekt hos barn og unge

I følge Øen (2012) har det de siste 30 årene vært en tre- til firedobling av barn med fedme og en dobling av barn med overvekt, i Norge. For barn med fedme vil risikoen for somatisk sykdom øke på lang sikt. Det finnes ingen internasjonale definisjoner på hvor grensen for overvekt og fedme hos barn ligger. Hos voksne viser studier at risiko for sykdom og dødelighet øker fra KMI (kroppsmasseindeks) 25 og særlig fra KMI over 30 (Øen 2012). Øen (2012) skriver at i følge Lathi-Koski og Gill har KMI i mindre grad sammenheng med total fettmasse hos barn og unge, men at det likevel brukes som måleverktøy for å kartlegge overvekt og fedme. Ifølge Øen (2012) har WHO også utarbeidet normalfordelingskurver som brukes hos barn i forhold til alder og kjønn.

Utredning av overvekt og fedme hos barn er en lang prosess som krever undersøkelse av underliggende sykdommer, følgetilstander/komplikasjoner, psykisk helse samt familiens motivasjon og evne til nødvendige livsstilsendringer. Behandling vil være i tillegg til livsstilsendringer, individuelle samtaler, gruppebehandlinger og behandling ved rehabiliteringssenter (Øen 2012).

4.3 Veiledning

I følge Tveiten (2008b) definerer Pearsall veiledning som å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysning, anvisning, forklare og orientere. Innen sykepleien blir veiledning relatert til faglig veiledning mellom fagfolk og studenter, men det kan også overføres til veiledning av brukere. Når det gjelder sykepleieres pedagogiske funksjon blir hensikten med veiledning å styrke mestring, fremme helse, forebygge, mestring av konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning (Tveiten 2008b).

Verdigrunnlag omfatter det syn vi har på mennesket som er pasient, og på forholdet mellom pasient og hjelper. Hensikten med undervisning og veiledning til pasient og pårørende er nært knyttet til verdier. (Kristoffersen 2008 bind 3) Dette vil påvirke valg av metoder og vil virke inn på hvordan veiledning og undervisning legges opp.

Med veiledning overfor pasienter mener Tveiten (2007) at veiledningen innebærer at kunnskap og makt omfordeles fra profesjonell til pasient. Tveiten skriver at begrepet veiledning brukes som et paraplybegrep, hvor både informasjon, undervisning og rådgivning kan inngå.

En sykepleiers oppgave vil da være å gi pasienten informasjon, råd, kunnskap og stimulering til refleksjon for å øke selvbevissthet og mestring. Ifølge Tveiten (2007) er dette en istandsettingsprosess som gjør pasienten i stand til å ta egne valg og kontroll over faktorer som har betydning for egen helse. Pasienten har selv ansvar for å gjennomføre og bruke kunnskapen. Den profesjonelle yrkesutøver er den som har kunnskapen pasienten trenger for å mestre egen situasjon. Dette betyr at den profesjonelle innehar makt. Ifølge Tveiten (2007) beskriver Verdens helseorganisasjon "empowerment" som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger som berører helse. En forutsetning for kontroll over eget liv er bevissthet i forhold til egen situasjon og hva som påvirker våre omgivelser. "Empowerment" betyr en omfordeling av makt, fra fagfolk til pasient.

Måten kunnskapen formidles på er av stor betydning og det krever at yrkesutøver er bevisst på hva hun gjør når hun veileder. Veiledningen må være støttende, utfordrende og anerkjennende for best mulig utvikling av bevissthet og mestring. Tveiten (2007) skriver at veiledning kan forstås som en pedagogisk prosess og intervensjonsstrategi som innebærer undervisning, rådgivning, informering og instruksjon.

4.3.1 Foreldreveiledning

Tveiten (2008a) skriver at foreldreveiledning betyr at foreldre er målgruppen for veiledning. Hensikten med foreldreveiledningen vil være å styrke foreldrenes kompetanse som foreldre og legge til rette for godt samspill mellom foreldre og barn. Den kompetansen som foreldrene

har skal videreutvikles. Foreldreveiledning innebærer å *møte foreldrene der de er*, høre hva de tenker, føler og er opptatt av, og hva de har behov for.

I følge Tveiten (2008a) er det viktig å få fram foreldrenes ressurser. Å tydeliggjøre hva de får til og hvilke muligheter de har.

Tveiten (2008a) skriver at Berg og Millers prinsipper i løsningsfokusert behandling av klienter med rusproblemer kan overføres til veiledning av foreldre med kronisk syke barn. Dette er spørsmål som kan være utgangspunkt i en veiledningssamtale:

- Hva er forventninger til fremtiden?
- Hvilket problem eller behov vil dere først se nærmere på?
- Hva gjør at dere velger å gjøre dette først?
- Hva innebærer deres forventninger helt konkret?
- Hva er det ved forventningene som vil være bra for dere og for barnet deres?
- Har dere prøvd dette før?
- Hva var det som var vellykket da?
- Hva gjør at dere vil forsøke igjen?
- Hva er det ved dere som er en ressurs i denne sammenhengen?

4.3.2 Gruppeveiledning

I følge Tveiten (2008a) innebærer gruppeveiledning at en gruppe har veiledning sammen, med en deltaker som har veilederansvar. Veiledning i gruppe betyr at deltakerne kan dele sine erfaringer og opplevelser samt reflektere sammen. Dette er en veiledningsmetode som bidrar til at deltakerne opplever et felleskap og bidrar til at de ikke føler seg alene om problemet. Tveiten (2008a) skriver at gruppeveiledning er aktuelt for pasienter med samme diagnose og ved generelle behandlingsopplegg, som ved rehabiliteringsopphold. Gruppeveiledning bør følges opp med individuelle veiledningssamtaler. Pårørende kan også samles i grupper, der hensikten vil være å dele erfaringer, og opplevelse av felleskap (Tveiten 2008a).

4.3.3 Motiverende intervju (MI)

Øen (2012) skriver at Rollnick m.fl. mener at måten vi snakker med pasienter om deres helse på påvirker deres motivasjon for atferdsendring. De mener at ingen er fullstendig umotivert, men alle har mål og ønsker. Hensikten med motiverende samtaler blir å få frem pasientens ønske om endring fremfor å gi råd eller å prøve å overtale. I følge Øen (2012) er motiverende intervju en samtalemetode som vil hjelpe familier til å avklare sin ambivalens i forhold til livsstilsendringer. Empati, aktiv lytting, åpne spørsmål og oppsummeringer er sentralt i motiverende intervju. MI er en rådgivningsteknikk som vil hjelpe pasienten til å bli klar over og få mobilisert sine indre verdier og mål, som igjen vil være med på å motivere til endring. Øen (2012) skriver at lytteevne er viktigere enn evne til å gi råd i MI.

4.4 Kommunikasjon

4.4.1 Profesjonell kommunikasjon

Eide og Eide (2008) beskriver profesjonell kommunikasjon som kommunikasjon som hører et yrke til. Dette er kommunikasjon som baseres på yrkets verdigrunnlag. Vi kommuniserer med personer som av ulike årsaker trenger eller søker vår hjelp eller assistanse. Profesjonell kommunikasjon skal ivareta pasienten på en god måte og det forpliktes å møte menneskers behov, fremme likeverd og respekt, samt at det skal bidra til at pasienten bedre får brukt sine ressurser (Eide og Eide 2008). Eide og Eide (2008) skriver at profesjonell kommunikasjon er hjelpende. Dette forutsetter at hjelper har evne til å se pasienten og styre samtalen ut fra hva pasienten har behov for. Det er viktig å se at hver enkelt pasient er ulike og har ulike behov. Profesjonell kommunikasjon skal være hjelpende, støttende og problemløsende.

4.4.2 Verbal og non- verbal kommunikasjon

Ifølge Eide og Eide (2008) beskriver Hill, O'Brien, Burgoon og Bauce non- verbal kommunikasjon som en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelper anvender i en hjelpeprosess. Non- verbal kommunikasjon er et hjelpemiddel for å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere pasienten til å bruke sine ressurser. Non- verbale budskap kan formidles både bevisst og ubevisst gjennom lyd, stemme, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, blikk, berøring, klær og image (Tveiten 2007). Verbal kommunikasjon er ifølge Eide og Eide (2008) ferdigheter i å melde tilbake at man hører, ser og forstår det den andre sier. Dette gir

anerkjennelse og viser respekt av den andre. Det verbale følges gjerne av non- verbale signaler, som et nikk eller risting på hodet.

4.4.3 Kommunikasjonsferdigheter

I følge Eide og Eide (2008) er kommunikasjonsferdigheter vår ferdighet i å takle ulike kommunikasjonsituasjoner på en hensiktsmessig måte. Det betyr at vår evne til å kommunisere skal være hjelpende, støttende og problemløsende. Å lytte aktivt og kommunisere klart er vesentlig. Ved mangelfull eller dårlig kommunikasjon med pasient eller pårørende kan det oppstå fare for profesjonelle feil og mangler. Tveiten (2008a) skriver at gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for å legge til rette for tillit og trygghet. For å kommunisere på best mulig måte med pasienten er det viktig å være en god lytter, det betyr å ha oppmerksomheten på pasienten og ikke på seg selv. En god lytter er oppmerksom på hva som sies, på kroppsspråk, kroppreaksjoner og stemme (Tveiten 2008a).

Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter:

- å lytte til den andre
- å observere og fortolke den andres verbale og non- verbale signaler
- å skape gode og likeverdige relasjoner
- å møte den andres behov og ønsker på en god måte
- å stimulere den andres ressurser og muligheter
- å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
- å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
- å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
- å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
- å samarbeide om å finne frem til gode løsninger (Eide og Eide 2008)

4.5 Pårørende

4.5.1 Foreldre som pårørende

Ifølge Molven (2009) regulerer pasientrettighetslovens § 3-4 barns, foreldres og andre foresattes rett til informasjon. For barn mellom 16 og 18 år har helsepersonell taushetsplikt overfor foreldre/foresatte med mindre barnet selv samtykker i at informasjon gis. Unntak gjelder der informasjon er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret. For barn under 16 år har

foreldre og foresatte rett til å få informasjon om barnet. Et unntak gjelder for barn mellom 12 og 16 år at opplysninger kan tilbakeholdes hvis pasienten oppgir grunner som bør respekteres. Helsepersonell har da rett til å avgjøre. Opplysninger til barn skal gis i samarbeid med foreldre/ foresatte. Og skal tilpasses barnets alder og utvikling (Molven 2009).

4.5.2 Pårørendesamarbeid

Brinchmann (2002) skriver at møtet med helsevesenet er for de fleste ukjent og forbundet med en krise. Dette er en situasjon som krever at helsevesenet møter pasient og pårørende med respekt, åpenhet og forståelse for ulikhet. Møte mellom en pårørende og en i helsevesenet innebærer at den ene innehar fagkompetanse og makt til å påvirke den andres liv. Dette er et maktforhold som lett blir skjult både for fagpersonen og den pårørende ved at dette blir kamuflert som en gjensidig dialog. Er fagpersonen bevisst sin makt og anvender dette på en god måte vil dette virke positivt på pårørendesamarbeidet. Informasjon er viktig i dette samarbeidet og viktige faktorer er å gi informasjon om sykdom, symptomer, medisiner, behandling og utsikt til bedring på et tidlig tidspunkt. Det er også av betydning å gjenta informasjonen (Brinchmann 2002).

4.6 Yrkesetikk

Sykepleiers ansvar står nedfelt i ICN (International Council of Nurses). Med utgangspunkt i disse etiske reglene har Norsk Sykepleierforbund (2011) utformet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Her går det frem at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. (Kristoffersen 2008 bind 3) Disse yrkesetiske reglene er generelle, og kan gi rom for ulike vurderinger, men de skal angi hva som er mål og krav for utøvelse av god sykepleie. De yrkesetiske reglene er ment for å være til inspirasjon for forbedring av egen praksis (Molven 2009).

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleiere fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (Sykepleierforbundet 2011 under overskriften “ yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere”).

Brinchmann (2005) skriver at etiske retningslinjene for sykepleiere bygger på menneskerettighetene hvor retten til liv, verdighet og til å bli behandlet med respekt står sentralt. Alle mennesker skal ha visse rettigheter uavhengig av hudfarge, alder,

trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning og etnisk bakgrunn.

4.7 Benner og Wrubels sykepleieteori

4.7.1 Syn på omsorg

Benner og Wrubel mener at vi i vesten undervurderer betydningen av omsorg. De mener at “omsorgen er grunnlaget for altruisme” og ikke omvendt slik den amerikanske kulturen oppfatter (Konsmo 1995). Altruisme er det motsatte av egoisme, det å være uselvisk (Store Norske Leksikon 2011). De begrunner dette i at mennesker står i forhold til andre mennesker og defineres av disse forholdene.

Benner og Wrubels teori er presentert i Konsmo (1995) og bygger på Heideggers fenomenologiske verdensforståelse. Et fenomenologisk menneskesyn vil si at mennesker alltid ses i forhold til andre mennesker. I tillegg er ens mellommenneskelige relasjoner så sentrale at de definerer en som person.

Målet med deres teori er å demonstrere at:

- 1) *Omsorg er primærkilden til både stress og mestring i menneskers opplevelse av helse og sykdom,*
- 2) *Omsorg er det mest grunnleggende i sykepleiepraksis (og all annen praksis), og*
- 3) *Omsorgsfull sykepleiepraksis har positiv påvirkning på sykdommens resultater.*

(Konsmo 1995, s.22)

4.7.2 Syn på kunnskap

Benner har gjennom boken *From Novice to Expert* (1984) beskrevet hva som kjennetegner sykepleiere som er kliniske eksperter. Benners forskning bygger på funn gjort av Dreyfus & Dreyfus gjennom studier av blant annet flyvere, syklister og sjåførere. Ved disse studiene har man identifisert fem nivåer av praktisk kompetanse – fra nybegynner til ekspert. Benner har overført disse nivåene til å gjelde kliniske sykepleiere (Konsmo 1995).

Nybegynner

En nybegynner, eller novise, beskrives som ekstremt begrenset og ufleksibel. Nybegynneren konsentrerer seg så mye om det hun skal gjøre at hun i liten grad er i stand til å snakke eller lytte. Man er opptatt av å følge regler, noe som raskt blir en begrensning i læringsprosessen.

Avansert begynner

Man gjenkjenner likheter fra tidligere lignende situasjoner. Man trenger fortsatt hjelp til prioritering av oppgavene som skal utføres, og man må fortsatt konsentrere seg om å huske reglene for hvordan og hvorfor ting gjøres.

Kompetent utøver

Ifølge Benner er man kommet hit etter 2-3 år som sykepleier innen samme område. Man mangler fortsatt tempoet og fleksibiliteten til en kyndig utøver, men føler at man nå klarer å ha en langsiktig plan for hva som skal prioriteres og ikke i det daglige arbeidet.

Kyndig utøver

Sykepleieren har nå oversikt over den helhetlige situasjonen og oppfatter tidlig avvik fra det som er forventet. Sansing og intuisjon gjør at sykepleieren identifiserer problemer.

Ekspert

Ekspertsykepleieren er involvert i situasjonen med hele seg, og er flink til å trekke fram pasientens muligheter og ressurser. Hun får pasienten til å oppleve mening og tilhørighet. Ifølge Benner må man arbeide reflektert innenfor et felt i minst fem år for å utvikle seg til ekspert (sitert i Kongsmo, Benner 1984) (Kongsmo 1995)

Ifølge Benner kan denne teorien sies å beskrive en naturlig utvikling av ferdigheter. Hun mener at en sykepleier som minst er på et kompetent nivå må følge opp en nybegynners arbeid (Kongsmo 1995)

4.7.3 Syn på sykepleie

4.7.3.1 Stress

Benner og Wrubel definerer stress på denne måten:

“Stress is defined as the disruption of meanings, understanding, and smooth functioning so that harm, loss, or challenge is experienced, and sorrow, interpretation, or new skill acquisition is required” (Benner og Wrubel 1989, s.59).

Ifølge Kongsmo (1995) bygger Benner og Wrubel sin forståelse av hva stress er på Lazarus’ tenkning. Lazarus har et fenomenologisk syn på stress, som omfatter både personen og den situasjonen man er i. Lazarus mener at stress er et “*resultat* av personens vurdering av sine muligheter til å tilpasse seg forholdene” (Kongsmo 1995)

Kongsmo (1995) beskriver også at Benner og Wrubel mener at stress er en tilstand som alle opplever og som man ikke kan unngå. Når man lever i en verden hvor noe er viktig og betydningsfullt for en, er derfor det å oppleve stress uunngåelig. Hvordan en person opplever en situasjon, er avhengig av hva slags situasjon det er og på hvilken måte man er i situasjonen. En skilsmisse kan for eksempel oppleves forskjellig for to parter hvis den ene har vært mer avhengig av den andre (Kongsmo 1995).

4.7.3.2 Mestring

Benner og Wrubel definerer mestring på denne måten:

Coping: What people do when personal meanings are disrupted and smooth functioning breaks down. Since the goal of coping is the restoration of meaning, coping is not a series of strategies that people choose from a list of unlimited options. Coping is always bounded by the meanings and issues inherent in what counts as stressful.

(Benner og Wrubel 1989, s. 408)

Mestring er det man gjør med stresset. Ifølge Benner og Wrubel finnes det ingen fasit på “god mestring”. Benner og Wrubel mener at man må først og fremst forstå hvordan pasienten opplever sin egen historie og sin egen situasjon. I tillegg må man se på hvilke muligheter man har (Konsmo 1995). De forklarer at ved for eksempel alvorlig sykdom hos et barn, kan ikke lidelsen til foreldrene behandles. Den må lindres, og sykepleiers oppgave blir å hjelpe disse foreldrene til å komme over de stressende opplevelsene på best mulig måte. Konsmo (1995) skriver at ifølge Benner og Wrubel er håpet viktig for å kunne mestre en situasjon. De mener at håpet er noe som *skapes* i personen og i den situasjonen man er i, og at det ikke er et personlighetstrekk.

Konsmo (1995) beskriver Benner og Wrubels teori om hvordan man kan mestre stress både ved å involvere og engasjere seg, og ved å holde distanse og kontroll. De mener at det kommer an på hvilken måte man er i situasjonen som er avgjørende for hvilke muligheter man har til å mestre den. ”Dette er knyttet til tidligere erfaringer, kroppslig viten, innholdet i situasjonen og ikke minst hva man bryr seg om” (Konsmo 1995, s. 86).

5 Metode

5.1 Litteraturstudie som metode

Ifølge Polit & Beck (2011) er det å gjennomføre en litteraturstudie litt som å gjøre en forskningsstudie. Man starter med et spørsmål, formulerer og gjennomfører en plan for innsamling av informasjon. Deretter analyserer og tolker man informasjonen.

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor kunnskapen er hentet fra relevant faglitteratur samt forskningsartikler for å finne svar på en problemstilling. En styrke ved en litteraturstudie er at man har tilgang til en stor mengde litteratur om det temaet man har valgt å fordype seg i. På grunn av den begrensede tiden til oppgaven, samt at det allerede foreligger en del forskning rundt valgt tema, har vi valgt å gjøre en litteraturstudie.

Den viktigste typen informasjon i en litteraturstudie, er funn gjort fra tidligere studier. Man bør stole mest på primærkilden i forskningsrapporter. Dette er beskrivelser av studiet gjort av forskerne selv (Polit & Beck 2011).

Vi har i hovedsak valgt å fokusere på sykepleieperspektivet i denne oppgaven og hvordan sykepleier kan veilede og kommunisere med barn og foreldre. En sykepleiers rolle innebærer blant annet å vite hvordan en sykdom kan innvirke på livskvaliteten hos pasienten. For at pasienten skal gjenvinne kontroll over sitt eget liv, vil sykepleiers evne til å kommunisere og formidle kunnskap være av stor betydning.

5.2 Litteratursøk

For å komme fram til gode søkeord og kombinasjoner, fylte vi ut et PICO-skjema hvor vi satte opp problemstillingen vår. Vi delte opp problemstillingen og fylte inn aktuelle søkeord oversatt til engelsk i tabellen. Disse brukte vi i forskjellige kombinasjoner da vi søkte. Når vi søker etter artikler ser vi på dato for utgivelse. Dette er et fagområde hvor det forskes mye og stadig kommer ny kunnskap om. Vi er derfor oppatt av å finne det som er aktuelt i dag. For å avgrense søk med mange treff har noen databaser kriterier som publiseringsår og språk som kan hakes av. Vi har også haket av for "peer reviewed". Det betyr at artiklene har gjennomgått en fagfelleevaluering, og derfor er av høyere kvalitet (Dalland 2007).

Vi startet med å søke i Academic Search Elite med søkeordene children AND diabetes 2. Dette ga oss 606 treff, og altfor mye materiale og sette oss inn i. Ved et raskt overblikk fant vi også ut at søket ga mange treff på diabetes type 1. Vi måtte derfor legge om søkestrategien. Ved å legge til søkeordet parents, gikk vi ned til 57 treff. Etter å ha lest noen abstracts, fant vi ut at treffene var studier gjort i spesielle grupper i befolkningen, og derfor ikke helt det vi var ute etter.

Da vi søkte i Academic Search Elite med søkeord som manage og self-management, fikk vi en del treff. Vi måtte derimot fort utelukke artiklene vi fant, da de enten kun omhandlet diabetes type 1 eller kun var rettet mot spesielle etniske grupper.

I Cinahl startet vi med samme søkestrategi som i Academic Search Elite, men også her fikk vi mange treff på diabetes type 1. Da vi hadde med søkeordene “nurse” og “parents” fikk vi en del treff, men mange av disse artiklene var rettet mot skolehelsetjenesten.

Ved å utelate diabetes type 2 i søkefeltet i Cinahl, fant vi artikler som omhandler foreldre med barn innlagt på sykehus med forskjellige typer diagnoser.. Selv om forskningen ikke tar for seg den eksakte diagnosen, fant vi artikler som tar for seg foreldrenes opplevelse av å ha sitt barn på sykehus. Ved søk på nurse AND hospitalized children AND parents i databasen Cinahl fikk vi 48 treff, deriblant en norsk artikkel som vi har valgt å ta med. Denne artikkelen tar for seg foreldre av barn med alvorlige og kroniske sykdommer fra forskjellige avdelinger. Fokuset på disse foreldretreffene var ikke sykdommen, men på hvordan foreldrene mestrer sykdommen til barnet.

Artikler som ikke kom opp i fulltekst i databasen, søkte vi manuelt opp på google.com. I tillegg gransket vi alle referanselister til artikler som vi fant. På denne måten fant vi en artikkel som vi har inkludert i denne studien; *“Self-management behaviors, racial disparities, and glycemic control among adolescents with type 2 diabetes”*.

Søkene ble gjort i flere perioder fra 01.03.12 - 18.03.12, 21.03.12 - 29.03.12 og i uke 16 og 17. Søkestrategi og søkeord presenteres i tabellen under:

Tabell 1. Oversikt over søkeord, databaser og treff - Totalt antall artikler: 7

Søkeord	Database		Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Children AND Diabetes 2	Academic Elite	Search	606	1	1	0
Children AND Diabetes 2 AND parents	Academic Elite	Search	52	4	0	0
Diabetes type 2 AND information AND cope	Academic Elite/Cinahl	Search	7/2	1/0	0/0	0/0
Diabetes type 2 AND information AND coping	Academic Elite/Cinahl	Search	8/0	2/0	0/0	0/0
Diabetes type 2 AND information AND manage	Academic Elite/Cinahl	Search	13/33	2/1	1/0	0/0
Diabetes type 2 AND information AND self-management	Academic Elite/Cinahl	Search	36/79	1/2	0/0	0/0
Diabetes type 2 AND parents AND nurse	Academic Elite/Cinahl	Search	4/3	0/0	0/0	0/0
Diabetes type 2 AND hospitalized children AND parents	Academic Elite/Cinahl	Search	0/0	0/0	0/0	0/0
Diabetes type 2 AND adolescents AND cope	Academic Elite/Cinahl	Search	7/2	2/0	1/0	0/0
Chronic disease AND parents AND coping	Cinahl		42	2	1	0
Diabetes type 2 AND nurse AND coaching	Cinahl		7	1	1	0
Nurse AND hospitalized children AND parents	Cinahl		48	6	4	2
Diabetes 2 AND obesity AND children	Cinahl		53	5	2	0
Communication AND nurse AND parents	Cinahl		80	8	2	0
Diabetes type 2 AND children	Cinahl		84	10	5	0
Coping AND children AND parents AND chronically ill	Cinahl		18	10	2	1
Nurse AND communication AND children	Cinahl		292	2	1	0
Type 2 diabetes AND parents AND coping	Cinahl		6	3	3	0
Overweight children AND nurse	Cinahl		28	3	1	0
Overweight AND diabetes 2 AND adolescents	Cinahl		101	5	2	1
Diabetes type 2 AND coping AND parents	Cinahl		40	4	2	1
Diabetes type 2 AND nurse AND coaching	Cinahl		7	2	1	1
Diabetes type 2 AND parents OR adolescents AND cope OR self-management	Cinahl		3665	2	1	1

5.3 Inklusjonskriterier

Et inklusjonskriterie var at det skulle være vitenskapelige artikler. Artikkene vi ville ha med skulle være utgitt etter 2002. Artikkene skulle først og fremst omhandle foreldre og barn innlagt på sykehus. Videre har vi inkludert artikler som også omhandler barn med andre kroniske sykdommer, da disse kan fortelle oss om sykepleiers veiledning av foreldre generelt. Vi har valgt å se på artikler som omhandler barn og ungdom fra 13-18 år.

5.4 Eksklusjonskriterier

Artikler fra før 2002 ble ekskludert, da vi vil sikre at vi bruker nyere forskning. Artikler som omhandlet veiledning av barn ute i skolene ble ekskludert, da vi vil ha fokus på barn innlagt på sykehus og i den tidlige fasen av diagnosetidspunktet.

5.5 Analyse

Etter å ha gjennomført søkene, leste vi igjennom abstracts for å skaffe oss en oversikt over innholdet i artiklene. Disse danner grunnlaget for videre utvelgelse av artikler. Vi skiller mellom fagartikler og vitenskapelige artikler ved å hake av for "peer reviewed" i databasene. Det betyr at de vitenskapelige artiklene er fagfellebedømt og er vurdert av eksperter før publisering. Dette skal gi en indikasjon på at forskningsartikkelen holder en viss standard. (Bjørk og Solhaug 2008).

Under søkeprosessen satt vi hver for oss, men hadde kontakt via "google document" hele veien. Vi skrev ut artiklene vi mente hadde betydning for oppgaven vår, og møttes deretter for å ta en gjennomgang. Under denne prosessen ble flere artikler forkastet, da de viste seg å være "review" artikler eller kun oversiktsartikler. I følge Bjørk og Solhaug (2008) er sentrale spørsmål i utvelgelsesprosessen: Hva er hensikten med studien? Hvilke metoder er brukt? Hva konkluderer studien med? Det var også viktig at vi vurderte hvor relevante artiklene er i forhold til valgt problemstilling. Selv om det er de menneskelige erfaringene som er mest interessante for vår oppgave, valgte vi å se på både kvalitative og kvantitative artikler for å få et bredest mulig inntrykk av hva som finnes av forskning. Etter denne gjennomgangen satt vi igjen med sju artikler som vi fordelte mellom oss. Vi leste disse grundig og laget en oversikt over hvilke funn som er gjort i hver studie. Deretter byttet vi artikler for å sikre at vi hadde tolket de på samme måte.

5.6 Kvalitetsvurdering

En litteraturstudie av høy kvalitet er systematisk og kriterier for å inkludere eller ekskludere en studie må være eksplisitt (Polit & Beck 2011). For å velge ut artikler til vår studie, har vi derfor brukt sjekklister for vurdering av forskningsartikler fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). Disse listene ga oss god hjelp i arbeidet med søk og vurdering av kvalitet på artiklene. Ved å svare på 2 innledende spørsmål og deretter 8 oppfølgingsspørsmål, fikk vi en god indikasjon på om kvaliteten var god nok. Vi vurderte alle artiklene for å være gode basert på svarene vi fikk ved denne gjennomgangen.

5.7 Forskningsetikk

Målet med forskning er økt kunnskap. Kunnskap gir makt, og makt må behandles etter etiske prinsipper. Forskerne må respektere lovgivning, etiske overenskomster og følge moralske spilleregler både i forhold til sine respondenter og de empiriske data (Aadland 2011). Retningslinjer for mastergradsoppgaver og studentoppgaver på bachelornivå ved Høgskolen i Gjøvik (2010) sier at målet med større selvstendige oppgaver er å få et kritisk og reflekterende forhold til faglig viten og informasjon. Her finner vi også at Forskningsetikkloven skal forhindre forfalskning, fabrikkering, plagiering og andre brudd på god vitenskapelig praksis. For å etterkomme dette har vi vært nøye med å henvise og referere til andres arbeid. Måten vi henviser til kilder følger HIGs variant av Harvard.

Av de sju artiklene vi har inkludert i studien er alle godkjent av en etisk komité. Den ene studien til Mulvaney et al. (2006) og Rothman et al. (2008) er godkjent av Institutional Review Board (IRB). IRB plikter å sikre at den planlagte forskningen oppfyller statlige krav (Polit & Beck 2011). Studien til Urrutia-Rojas & Menchaca (2006) og den andre studien til Mulvaney et al. (2008) er godkjent av University Institutional Review Board. Studien til Hummelinck & Pollock (2006) ble godkjent av Local Research Ethics Committee. Studien til Egeland & Tandberg (2011) er gjort gjennom Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og Mestring på oppmodning fra Helse og Sosialdepartementet. Studien til Søderlund et al. (2008) er godkjent av Ethics Committee of Linköping University. Espezel & Canam (2003) er ifølge artikkelen godkjent av "relevante etiske komiteer."

Seks av sju artikler er skrevet på engelsk. Forfatterne har noe erfaring med å lese engelske artikler, men har delvis brukt ”google translate”. Denne gir en relativt dårlig oversettelse, og vi har derfor brukt denne kritisk. For å unngå mistolking og påvirkning av hverandre, leste vi artiklene først hver for oss og møttes deretter for å se om vi hadde tolket resultatene på samme måte. På denne måten har vi hatt en objektiv og nøytral tilnærming til artiklene.

6 Resultat

I de sju artiklene vi har inkludert er foreldre informanter i fire av dem, to hvor barn /ungdom er informanter og en hvor sykepleiere er informanter. To av artiklene omhandler ungdoms syn på selvledelse, eller ”self-management”, hvor den ene er en tverrsnittsstudie og den andre er en kvalitativ studie. Artiklene belyser blant annet problemer rundt kosthold og mosjon. Fire av artiklene er studier gjort blant foreldre av barn på sykehus hvor fokuset er mestringsstrategier, kommunikasjon og omsorg for det syke barnet. Én forskningsartikkel omhandler sykepleiers erfaringer rundt motiverende intervju.

6.1 Litteraturmatrise med artikler

Tabell 2

Referanse (Forfatter, år, tittel, utgiver, land)	Hensikt	Metode	Resultat
Espezel & Canam, 2003, <i>Parent- nurse interactions: care of hospitalized children</i> , Journal of Advanced Nursing, Canada.	Hvordan samarbeider sykepleiere med foreldre til barn som innlagt i sykehus.	Kvalitativ studie. Sju familier er fulgt opp gjennom sju måneder med intervjuer og datainnsamling.	Kommunikasjon mellom sykepleiere og foreldre er viktig, og at foreldrene fikk den informasjonen de trengte.
Egeland, SE & Tandberg, BS, 2011, <i>Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus</i> . Vård i Norden, Norge.	Gruppesamtaler ledet av sykepleier hvor de fokuserer på mestring.	Kvalitativt/Kvantitativt studie med 96 foreldre. Foreldrene kom med innspill ift hvilke ideer til mestring de hadde fått.	Alle som deltok opplevde treffene som nyttig og støttende. 58 % fikk nye ideer til hvordan mestre deres utfordrende liv og 52% skrev ned hvilke nye ideer de hadde.
Hummelinck A & Pollock, K, 2006, <i>Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: A qualitative study</i> . Elsevier, Storbritannia.	Hvilket informasjonsbehov har foreldre når barnet får en kronisk sykdom.	Kvalitativ studie med semistrukturert intervju med 20 foreldrepar med 21 kronisk syke barn.	Informasjonsbehovet varierte veldig blant informantene. De fleste opplevde den profesjonelle kommunikasjonen og informasjonen som tilstrekkelig.
Mulvaney SA, Schlundt DG, Mudasiru E, et al , 2006, <i>Parent perceptions of caring for adolescents with type 2 diabetes</i> . Diabetes Care, USA.	Hensikten med studien var å undersøke hvilke barrierer foreldre møter når det gjelder selvledelse hos ungdom med diabetes type 2.	Kvalitativ studie med 27 foreldre eller annen omsorgsperson hvor man startet med telefonintervju og deretter opprettet fokusgrupper	Foreldrene identifiserte mange barrierer relatert til egenomsorg som kan være unikt for ungdom med type 2 diabetes.

<p>Mulvaney SA, Mudasiru E, Schlundt DG, Baughman CL, Fleming M, VanderWoude A, Russell WE, Elasy TA, Rothman R., 2008, <i>Self-management in type 2 diabetes: the adolescent perspective</i>. Diabetes Educ., USA.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å dokumentere barrierer og hva ungdom med diabetes type 2 oppfatter som gode mestringsstrategier.</p>	<p>Kvalitativ studie med 24 ungdommer diagnostisert med diabetes type 2. Ungdommene ble delt inn i 6 fokusgrupper</p>	<p>Ungdommene identifiserte problemer relatert til blant annet sosiale situasjoner. I alle aldersgrupper er endringsatferd i forhold til kosthold og aktivitet det mest utfordrende.</p>
<p>Rothman RL, Mulvaney S, Elasy TA, VanderWoude A, Gebretsadik T, Shintani A, Potter A, Russell WE, Schlundt D, 2008, <i>Self-management behaviors, racial disparities, and glycemic control among adolescents with type 2 diabetes</i>. Pediatrics, USA.</p>	<p>Hvordan ungdom med diabetes type 2 mestrer sykdommen, med tanke på kosthold, aktivitet og blodsukkerkontroll.</p>	<p>Tverrsnittstudie hvor 103 pasienter gjennomgikk telefonintervju med 85 spørsmål relatert til mestring av diabetes og hindringer for etterlevelse.</p>	<p>Ungdommene i studien forteller om god medisinerings og oppfølging, men dårlig kostholds- og treningsvaner og mange barrierer ift dette.</p>
<p>Søderlund, et al., 2008, <i>Applying motivational interviewing to counselling overweight and obese children</i>. Education Journal, Sverige.</p>	<p>Identifisere sykepleieres barrierer ved bruk av motiverende intervju.</p>	<p>Kvalitativ studie. 11 sykepleiere fra helsestasjoner og skolehelsetjenester fikk opplæring og praktiserte bruk av motiverende intervju.</p>	<p>Holdninger og innstilling til sykepleier er av stor betydning ved bruk av motiverende intervju.</p>

6.1.1 Støttegrupper og foreldres informasjonsbehov

Artikkelen til Egeland og Tandberg (2011) bygger på deres egen forskning hvor de vil finne ut om det er behov for et felles treff for foreldre med barn på sykehus som fokuserer på mestring. Foreldrene fikk utdelt et spørreskjema hvor de blant annet fikk tre åpne spørsmål hvor de kunne komme med innspill, deriblant nye ideer til mestring. De fleste ideene handlet om å ha egenomsorg midt i en omsorgsrolle som for eksempel: “måter å slappe av på”, “ta deg tid til å hente deg selv inn” og “hvordan få avlastning”. Videre ble treffene evaluert av 41% av foreldrene som “kjemp flott tilbud”. Studien viste at det på disse treffene var en fordel om den som ledet treffet var en sykepleier med lang erfaring som sykepleier til barn. Hvis for eksempel en mor snakket om hvordan barnet hennes gruet seg til ubehagelige prosedyrer, hadde sykepleieren gode forslag til avledningsmetoder. Foreldrene i studien til Mulvaney et al. (2006) sier også at de etterlyser mer ”peer support”, likemannsstøtte, og en mer variert type av diabetesundervisning.

De fleste foreldrene i studien til Hummelinck og Pollock (2006) opplevde at den profesjonelle kommunikasjonen og opplysningsarbeidet er utilstrekkelig. Studien viser at informasjonstilbudet var forskjellig ut fra hvilken diagnose barnet hadde. 8 av 20 familier ville vite alt om barnets tilstand og behandling. Flesteparten av foreldrene ønsket å vite alt om diagnosen, behandling, medisiner, bivirkninger og utvikling av sykdommen. Videre ønsket foreldrene å vite hvordan de kunne ta vare på barnet i det daglige, med tanke på psykisk omsorg, medisinsk omsorg med mer. I studien understrekes også at informasjonen bør være individuelt tilpasset for å møte foreldrenes behov og krav.

6.1.2 Sykepleiers evne til å kommunisere og veilede

I studien til Espezel og Canam (2003) viser resultatet at sykepleiers evne til å kommunisere og samarbeide er avgjørende for foreldrenes følelse av trygghet. Foreldrene har stort behov for informasjon om barnets sykdom og behandling. Foreldrene erfarte å møte stadig nye sykepleiere, og opplevde ofte at disse visste lite om pasienten og om hva som skulle skje. Foreldrene ønsket å ha samme sykepleier i flere dager, da de følte det var lettere å kommunisere med en de kjente. De ønsket at sykepleier spurte foreldrene om barnet, og om hvordan de hadde det. På denne måten viste sykepleier interesse og skapte et tillitsforhold mellom dem. Foreldrene rapporterte også at de ønsket at sykepleieren tok seg god tid hos pasienten og informerte foreldrene om diagnose og behandling. Foreldrene så på sykepleier

som en mekler mellom foreldrene og legen. Studien til Hummelinck & Pollock (2006) understreker behovet for god kommunikasjon basert på faglig bevissthet.

6.1.3 Foreldres opplevelse av omsorg for ungdom med type 2 diabetes

I studien til Mulvaney et al. (2006) ble fem områder som påvirker mestring identifisert: Rollen til andre som har diabetes, foreldreferdigheter, opplevd mangel på normalitet, miljø og barnets utvikling. Foreldrene som selv hadde diabetes uttrykte at det var vanskelig å hjelpe barna til å mestre sykdommen, på grunn av at de selv synes det var vanskelig. De nevner blant annet at det var vanskelig å irettesette barnet i forhold til ukontrollert spising så lenge barnet har bedre blodsukkerverdier enn forelderen selv. Foreldrene forteller at det som krever mest oppmerksomhet i forhold til barna var relatert til valg av riktig mat og blodsukkerkontroller. De synes det var spesielt utfordrende at de ikke lenger kan gi barna så mye mat de vil ha. Når det gjelder miljø er det tre områder foreldrene påpeker: diabetesklinikken, skolen og hjemmet. De mener at når man er nydiagnostisert, er det begrenset hva som går inn av informasjon. Foreldrene mener derfor at veiledning og undervisning av barna på sykehuset må gjentas om og om igjen for at de skal kunne huske det de har lært. Foreldrene påpeker også at de savnet oppmerksomhet fra skolen i forhold til barnets diagnose. Det ble påpekt at problemet på skolen var den usunne maten og mangel på aktivitet.

6.1.4 Motiverende intervju

Studien til Söderlund et al. (2008) viser at sykepleiers holdning og motivasjon er av stor betydning ved bruk av motiverende intervju. Motiverende intervju skal få frem pasientens motivasjon og ønske om forandring. Dette forutsetter at sykepleier har en positiv innstilling og evner å se pasientens muligheter. Utfordringen i studien var at sykepleierne hadde en litt forutinntatt holdning på foreldrenes vegne. Dermed ble det vanskelig å gjennomføre et motiverende intervju. De hadde vanskeligheter med å finne motivasjon hos foreldrene og opplevde også at noen av foreldrene ikke ville innse at barnas overvekt var deres ansvar. Noen av sykepleierne så heller ikke barnas overvekt som et stort problem, siden de var så små som fem og sju år, men mente at dette var noe barnet ville vokse av seg. Studien konkluderer med at motiverende intervju har best effekt når både sykepleier og foreldre er enige om problemet, og *ser* det samme. Dette bidrar til et bedre samarbeid og bedre oppnåelse av hensikten med motiverende intervju. Studien sier også at et barns overvekt ofte er et symptom

på et større problem i familien. Dette gjør veiledningen mer komplisert da det er hele familien som trenger hjelp, ikke bare barnet. Studien sier også noe om at ungdom ikke har samme nytte av foreldresamarbeid som det yngre barn har. Studien til Mulvaney et al. (2008) sier også at hele familien bør involveres når barnet har diabetes type 2. Samme studie henviser allikevel til nyere forskning om at familierapi har en gunstig effekt på familieforhold, men begrenset effekt på barns selvledelse.

6.1.5 Barns selvledelse og mestringsstrategier

I studien til Rothman et al. (2008) er 103 barn intervjuet hvor de har fått 85 spørsmål relatert til diabetes og selvledelse i forhold til blodsukker, kosthold og mosjon. Selv om pasientene rapporterte god medisinerings og oppfølging, rapporterte de også om dårlig kostholds- og mosjonsvaner. Barn av ikke-hvit rase hadde betydelig dårligere kontroll på blodsukkeret. Dette kan delvis være relatert til forskjeller i livsstil. Studien til Mulvaney et al. (2008) dokumenterer barrierer og selvledelse til ungdom med diabetes type 2. Her ble 24 ungdommer satt i 6 fokusgrupper. Utfordringer var relatert til sosiale situasjoner, forlegenhet, ønsker om å akseptere sykdommen og det å være "normal". De oppgir at miljøfaktorer som inkluderer skole og familiesituasjoner har stor innvirkning på hvordan de mestrer sykdommen. Blant annet blir det å ta gode valg i forhold til mat tatt opp. Beskrivelser av mestringsstrategier var begrenset i denne studien, men kognitive teknikker som *reframing* blir beskrevet. Barna fortalte om mestringsstrategier i forhold til å endre en tankegang eller følelse. De fortalte også om at de prøvde og ikke tenke på at de har diabetes, og om at de har et håp om at det snart kommer en kur for sykdommen. Barna i studien forteller også om å be bønn som en måte å mestre sykdommen på.

7 Metodediskusjon

Vår fremgangsmåte i denne litteraturstudien er basert på retningslinjer for bacheloroppgave ved Høgskolen i Gjøvik. Vi har fulgt disse konsekvent for å sikre vi har møtt alle krav til besvarelsen.

Forfatterne har lite erfaringer fra praksis når det gjelder sykepleie til foreldre med barn på sykehus. Dette ser vi både på som en fordel og en ulempe ved denne litteraturstudien. Fordelen er at vi stilte oss helt åpne i forhold til hva slags funn vi gjorde. Ulempen er at vi i resultatdelen av oppgaven i mindre grad kunne komme med egne erfaringer, hvilket ville vært interessant å ha med. Dette kan ses på som en svakhet med studien. Vi er imidlertid foreldre selv, og har kjent på hvordan det er å stå på ”den andre siden” med det å ha barn på sykehus.

Når det gjelder søkeprosessen, kunne vi vært mer strukturerte fra starten. Vi begynte med å søke litt tilfeldig i databaser for å danne oss et bilde av hvor mye forskning det fantes om temaet vi hadde valgt. Vi fant fort ut at det finnes begrenset med forskningsartikler rundt temaet barn og diabetes type 2, og måtte derfor legge om søkestrategien. Vi satte da opp et PICO-skjema som hjalp oss å systematisere søkene. Etter dette løsnet prosessen, og vi fant de artiklene vi trengte for å gå videre.

Temaet for oppgaven er diabetes type 2 hos barn, hvor vi har fokusert på barn/ungdom fra 13-18 år. Vi har imidlertid inkludert én artikkel som omhandler barn mellom 5-7 år (Söderlund et al. 2008). Dette gjorde vi fordi det sier noe om motiverende intervju generelt, samt at det var sykepleiere som var informanter i studien. I tillegg var det en studie gjort blant svenske sykepleiere, hvilket vi syntes var interessant for vår oppgave. Det kan også være naturlig at norske sykepleiere relaterer seg til svenske sykepleieres yrkesutøvelse.

Av de sju forskningsartiklene som er inkludert i studien, er tre fra USA, én fra Sverige, én fra Norge, én fra Canada og én fra Storbritannia. De tre artiklene fra USA har flere av de samme forfatterne. Dette kan være en svakhet ved studien, da forfatterne kan ha hatt en forutinntatt mening om resultatet av studiene. På en annen side er disse studiene gjort fra forskjellige perspektiv; den ene er en studie med fokusgrupper med foreldre, den andre er fokusgrupper med ungdommer og den siste er en tverrsnittsstudie hvor man gjorde en spørreundersøkelse pr

telefon blant ungdom med diabetes type 2. Artikkelforfatterne har derfor sannsynligvis tilegnet seg kunnskap underveis, og bygget videre på dette med ytterligere forskning.

Samarbeidet mellom forfatterne har hele veien båret preg av åpen dialog og gjensidig respekt for den andres meninger. Dette har medført at vi har hatt konstruktive diskusjoner rundt hvordan vi skulle løse ting i oppgaven. Vi har samarbeidet om alle deler av oppgaven, bortsett fra teorikapitlet hvor vi fordelte en del imellom oss. Ellers har vi lest artiklene sammen, diskutert og konkludert i fellesskap. Vi ser det som en styrke ved studien at vi har samarbeidet om blant annet kvalitetsvurdering av artiklene.

8 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil vi diskutere våre funn opp mot problemstilling, teori og relevant forskning. Temaene vi her diskuterer er valgt ut fra funn vi har gjort i forskningsstudiene. Gruppeveiledning er en aktuell veiledningsmetode overfor foreldre til barn med ulike diagnoser, og er derfor valgt med her. Vi har også sett nærmere på informasjonsbehov. Forskningen viste at informasjonen foreldrene fikk, var ofte mangelfull og at behovet for informasjon om barnets sykdom var stort for å føle trygghet og mestring. Vi fant også at sykepleiers evne til å veilede og kommunisere var av stor betydning for hvordan pasient og pårørende taklet hverdagen med en kronisk sykdom. Kosthold og aktivitet er vesentlig for å unngå komplikasjoner i forbindelse med diabetes 2, og studiene viste at dette var en av de største utfordringene til disse pasientene. Overvekt hos barn og unge er den viktigste årsaken til økende forekomst av diabetes 2 i denne aldersgruppen. Vi har sett på ulike studier som viser denne sammenhengen mellom barns overvekt og diabetes 2. Vi har også funnet at dette er et stadig økende problem. I møte med overvektige barn og deres pårørende møter vi en del etiske problemstillinger, dette synes vi var viktig å skrive litt om, da vi ser at dette kan virke inn på sykepleiers evne til å yte god sykepleie.

8.1 Gruppeveiledning og sykepleiers evne til å kommunisere

I Studien til Egeland og Tandberg (2011) ble det arrangert gruppeveiledning for foreldre med barn på sykehus. Fokuset på disse treffene skulle være mestringsstrategier. Ifølge Tveiten (2008a) innebærer gruppeveiledning at en gruppe har veiledning sammen med en deltaker som har veilederansvar. I denne studien ble veiledningen gjennomført med en erfaren

sykepleier og en samarbeidende leder. Tveiten (2008a) skriver også at gruppeveiledning er aktuelt for pasienter med samme diagnose. I studien til Egeland og Tandberg (2011) var det derimot foreldre av barn med forskjellige typer diagnoser, men erfaringer rundt dette var positivt blant de som deltok. Sykepleieren som ledet gruppeveiledningen hadde erfart at menneskers erfaringer, opplevelser og mestringsstrategier kan være sammenfallende - uavhengig av barnets diagnose. Studien til Egeland og Tandberg (2011) påpeker også at det viste seg ofte at det var nyttig at lederen av treffene hadde lang erfaring som sykepleier til barn, både i forhold til prosedyrer, men også med tanke på kunnskaper om gruppeprosesser og det å ha god kjennskap til helsevesenet. Ifølge Konsmo (1995) påpeker Benner og Wrubel i sin teori at man går gjennom fem nivåer av praktisk kompetanse, fra nybegynner til ekspert. Utifra dette kan det tenkes at man bør ha noen års erfaring som sykepleier før man kan gjennomføre en slik gruppeveiledning.

Studien til Espezel og Canam (2003) viser at samarbeidet med foreldre som pårørende avhenger av sykepleiers evne til å kommunisere. Foreldre med barn innlagt på sykehus opplever å møte stadig nye sykepleiere. Foreldrene i studien rapporterte at det var vanskeligere å kommunisere med en ukjent sykepleier, og helst ønsket å møte de samme sykepleierne. De følte at samarbeidet gikk lettere når sykepleier viste interesse både for barnet og for hvordan foreldrene hadde det. De ønsket også at sykepleier tok seg god tid og kunne informere om diagnose og behandling. Studien til Hayes et al. (2008) viser at veiledningen til diabetespasienter ikke er god nok. I følge studien ligger den største utfordringen i å motivere diabetes pasienter til livsstilsendringer. Den peker på at det ikke bare er pasientens holdninger som må endres, men også veileders evne til å motivere pasienten. Studien konkluderer med at disse tilnærmingene er viktig for å møte denne utfordringen: lære hvordan kommunikasjon kan motivere til endring og forstå hvordan veiledning vil påvirke prosessen som fører til endring.

Kommunikasjonsferdigheter innebærer ifølge Tveiten (2008a) at veileder har oppmerksomheten rettet mot pasienten. Kommunikasjonsferdigheter innebærer også at man legger til rette for tillit, trygghet og viser pasienten oppmerksomhet. Hun peker også på at for å kommunisere på best mulig måte må man være en god lytter. Eide og Eide (2008) skriver at kommunikasjonsferdighet best trenes opp gjennom praksis. Ifølge Konsmo (1995) har også Benner og Wrubel i sin teori beskrevet hvordan en sykepleier utvikler seg fra nybegynner til

ekspert gjennom fem stadier. Vi kan ut i fra dette forstå at man må jobbe som sykepleier noen år før man er kompetent til å veilede på best mulig måte.

Vi har gjennom praksis og jobb erfart at det er av stor betydning hvordan vi møter pasient og pårørende. Som sykepleiere møter vi mennesker i en sårbar situasjon. Førsteintrykket vi gir er av betydning for opplevelse av trygghet og for å skape en god relasjon. Det er viktig å tenke på at vi ikke bare kommunisere verbalt, men også non-verbalt. Som Tveiten (2007) skriver kommuniserer vi også via blikk, stemme, kroppsbevegelser, ansiktsuttrykk og berøring. Dette er viktig å tenke på da våre holdninger vil kunne gjenspeiles i vårt kroppsspråk. Det sykepleieren formidler nonverbalt må sammenfalle med det hun sier med ord. Dette kalles kongruent kommunikasjon, og er avgjørende for at det man sier skal fremstå som ekte, pålitelig og tillitsvekkende (Eide og Eide 2008).

8.2 Foreldre og barns informasjonsbehov

I Hummelinck & Pollocks (2006) studie kommer det frem at det er store forskjeller blant foreldre om *hvor mye* informasjon de ønsker om sitt kronisk syke barn. Åtte av 20 familier ønsket å vite alt om barnets sykdom og behandling. I denne studien er det imidlertid barn med forskjellige diagnoser som diabetes, astma, epilepsi m.fl. Foreldrene til barna med de mest alvorlige diagnosene som leukemi og cystisk fibrose rapporterte at de fikk altfor mye informasjon rett etter at diagnosen ble stilt. Til sammenligning fikk foreldrene til barna med mindre alvorlige sykdommer som astma og epilepsi utilstrekkelig informasjon. Foreldre kunne fortelle at grunnen til at de ville ha informasjon om barnets sykdom, var at det hjalp dem å mestre sykdommen og gjenopprette en følelse av å ha kontroll. En annen årsak var å kunne svare på spørsmål om sykdommen fra barna på en trygg måte. I Konsmo (1995) beskrives Benner og Wrubels tenkning om sykepleiers sentrale rolle i forhold til undervisning og veiledning. Blant annet kommer det frem at pasienten trenger å få informasjon underveis i sykdomsforløpet, men at dette må tilpasses i forhold til mengde og tidspunkt. Hvis man ikke gjør det, kan man skremme pasienten og ta fra ham håpet.

I studien til Mulvaney et. al. (2006) påpeker foreldrene i studien at for at barna skal kunne ta imot informasjon og veiledning, må de få repetert dette flere ganger. Grunnen til dette er at de må ta innover seg så mye ved diagnostidspunktet, at det kan bli for mye informasjon på én gang. Dette sammenfaller med Benner og Wrubels oppfatning som er beskrevet i Konsmo

(1995). De mener at det er viktig å gi pasienten informasjon om sykdommen, men at den må gis til riktig tidspunkt og i riktige mengder. Om man ikke tar hensyn til dette, kan man skremme pasientene og ta fra dem håpet. Rustøen (2001) understreker at barn som er syke må få beholde tillit og håp gjennom sykdommen. For at barnet skal mestre dette, må det få informasjon som er tilpasset deres alder og utvikling. Konsmo (1995) beskriver i sin bok at Benner og Wrubel hevder at håpet *skapes* i personen og den situasjonen man er i. I tillegg har vi som sykepleiere en plikt i forhold til informasjon til pårørende. Pasientrettighetslovens § 3-4 sier at foreldre og foresatte har rett på informasjon til barn under 16 år (Molven 2009).

8.3 Kosthold og aktivitet

I studien til Mulvaney et. al. (2006) forteller foreldre til ungdom med diabetes type 2 om hva de mener er utfordringer i forhold til sine barns selvledelse. De påpeker blant annet at det som krever mest av de som foreldre, er relatert til valg av mat og blodsukkerkontroll. Foreldrene påpeker også at hvis ikke hele familien spiste den samme maten, ville dette vanskelig for den med diabetes og mer stressende for foreldrene. 56% av foreldrene i studien har selv diabetes og disse oppgir å føle press i forhold til å være en god rollemodell for barna sine. I studien til Rothman et. al. (2008) forteller ungdommer om mestring i forhold til blant annet blodsukkerkontroll. 37% av ungdommene oppga at riktig kosthold og aktivitet var det mest utfordrende med det å ha diabetes type 2. Vanlige problemer i forhold til å spise sunt var blant annet når ungdommen var utenfor hjemmet. Konsmo (1995) skriver at ifølge Benner og Wrubel er dette en del av sykepleierens fokus - å vite hvilke konsekvenser sykdommen har for pasienten på alle måter - mentalt, kroppslig og sosialt. Når man er ungdom, søker man ofte etter sin identitet, og det er spesielt den sosiale identiteten som utvikles i ungdomsårene (Håkonsen 2008). For en ungdom på 15 vil det antakelig føles vanskelig og ikke kunne spise det samme som kameratgjengen, og dermed påvirke han sosialt.

I studien til Rothman et al. (2008) oppgir 48 % av ungdommene at de trener 1-3 ganger i uka, mens 18 % sier de ikke trener i det hele tatt. De som ikke trener oppgir flere grunner til hva som er årsaken, men oppgir blant annet stress og manglende støtte fra familie og venner. Det kan tyde på at for å motivere ungdommene til aktivitet, må man også motivere resten av familien.

8.4 Barn og overvekt

Studien til Soltesz (2006) viser at økende forekomst av overvekt og fedme, hos barn og ungdom, bidrar til økning av diabetes type 2 i denne aldersgruppen. Overvekt og fedme er en av de viktigste årsakene til diabetes type 2. Studien sier også at type 2 diabetes ser ut til å utvikle seg raskere hos barn enn hos voksne. Studien til Soltesz (2006) er gjort på barn og ungdom i Ungarn, Italia og i USA. Vi ser også i studien til Urrutja- Rojas og Menchaca (2006) at det i Storbritannia har vært økning i antall barn med overvekt og fedme de siste 20 årene. Denne studien viser en klar sammenheng mellom liten fysisk aktivitet og risikoen for overvekt og type 2 diabetes. Mindre enn to timer fysisk aktivitet og mer enn to timer tv/tv-spill daglig øker risikoen for å utvikle overvekt og fedme, og dermed økes risikoen for å få type 2 diabetes. Studien til Rothman et. al. (2008) viser at 39 % av de 103 spurte ser mellom 2 og 3 timer tv hver dag, og hele 29 % ser 4 timer eller mer på tv hver dag. Øen (2012) skriver at det i Norge de siste 30 årene har vært en tre- til firedobling av barn med fedme. Dette tyder på at vi også i Norge vil kunne se en økning i diabetes type 2 hos barn, selv om statistikk viser at dette ikke har vært så vanlig til nå. Når vi vet hvilke konsekvenser overvekt og fedme kan få for vår helse, vil vi som fremtidige sykepleiere møte mange av disse som pasienter i årene fremover.

8.5 Ethiske utfordringer i møte med foreldre til overvektige barn

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere forteller oss at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkeltes liv og verdighet. Øen (2012) beskriver Goffmans definisjon på stigma som en egenskap som er dypt nedverdiggende, som reduserer individet fra en hel og vanlig person til en som er befengt og har nedsatt verdi. Stigmatisering av mennesker med overvekt og fedme er svært utbredt. Studien til Søderlund et al. (2008) sier noe om stigmatisering og diskriminering som et problem overfor barn med overvekt og fedme. Dette fører til lav selvfølelse og et dårlig selvbilde. Med et lavt selvbilde kan vi tenke oss at det blir vanskelig å finne motivasjon for livsstilsendringer. Studien peker også på at foreldre til overvektige barn også svært ofte er overvektige. Sykepleierne i studien synes det ble vanskelig å utføre et motiverende intervju med disse foreldrene, da de hadde vansker med å se at foreldrene kunne gjøre noe for å hjelpe barnet med sitt overvektsproblem.

Øen (2012) skriver at Rollnick m.fl. mener at måten vi snakker med pasienten påvirker deres motivasjon. Hensikten med motiverende intervju er å få frem pasientens ønske om forandring.

I studien til Söderlund et al. (2008) konkluderer de med at sykepleiers holdning påvirker samarbeidet med foreldrene, og at dette gjorde det vanskelig å utføre et motiverende intervju på en god måte. Vi kan tenke oss at dette ikke bare gjelder motiverende intervju, men det å utføre sykepleie generelt. Våre holdninger overfor pasienten vil kunne påvirke vår måte å yte sykepleie på.

Ingen av studiene viser funn i forhold til at barn med diabetes type 2 føler seg stigmatisert eller mobbet av andre. En forklaring på dette kan være at de holder sykdommen skjult for andre, samt at det å være overvektig ikke lenger er unormalt. Studien til Mulvaney et al. (2008) avdekker at barna ikke ville at vennene skulle vite om sykdommen. Dette begrunner de med at de er redde for å få spørsmål og at vennene skulle ha en forutinntatt holdning til sykdommen.

9 Konklusjon

I denne litteraturstudien ville vi finne ut hvordan sykepleier kan veilede foreldre til å mestre omsorgen for sitt barn med diabetes type 2. Vi har kommet fram til at sykepleiers erfaring kan ha betydning for hvor nyttig veiledningen oppfattes av foreldrene. Støttegrupper hvor en erfaren sykepleier er leder kan hjelpe foreldrene til å dele erfaringer i forhold til det å mestre omsorgsrollen når barnet er sykt. For å mestre omsorgen for barnet synes kommunikasjon mellom pårørende og sykepleier å være viktig. Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter blir da sentralt. Ved innleggelsen viser også funn at foreldrene ønsker å møte de samme sykepleierne, slik at de får en følelse av kontinuitet under oppholdet.

Denne studien indikerer også på at informasjonen som foreldrene får ofte oppleves som mangelfull. Tilstrekkelig informasjon synes å være viktig i forhold til mestring hos foreldrene, men det er viktig at den tilpasses den enkelte. I tillegg bør man involvere hele familien når et barn får diabetes type 2. Dette gjelder spesielt med tanke på endring av kosthold. Dette begrunnes i at foreldrene oppfatter det som stressende når ikke hele familien spiser det samme, og at det blir vanskelig for barnet som har sykdommen. Studien indikerer at barn og ungdom med diabetes type 2 anser kosthold og mosjon som det mest utfordrende med å ha sykdommen. For å kunne hjelpe pasienten til å endre livsstil, er sykepleiers holdninger av betydning for evnen til å motivere. Studien avdekker at foreldre som har barn med diabetes type 2 ofte er overvektige og har sykdommen selv. Dette kan være en etisk utfordring for sykepleieren som kanskje ser at det er en hel familie, og ikke kun barnet, som trenger veiledning.

Studien bekrefter at overvekt og fedme hos barn gir høyere risiko for å utvikle diabetes type 2. Det ser derimot ut til det foreligger begrenset forskning rundt temaet barn og diabetes type 2 og sykepleiers møte med denne pasientgruppen. Vi anbefaler derfor videre forskning om dette temaet.

10 Etterord

Læringsutbyttet ved å jobbe med denne oppgaven har vært stort. Vi har beveget oss inn på et område vi synes er veldig spennende og utfordrende. Vi har lært mye om både diabetes type 2, veiledning og kommunikasjon med pasienter og pårørende. Dette er noe vi vil dra stor nytte av i jobben som sykepleier uansett hvor vi kommer til å jobbe. Vi har også lært mye om oppgaveskriving, da det å skrive en så stor oppgave var nytt for oss. Vi har erfart at det er lett å "se seg blind" i arbeidet med en oppgave. Vi har derfor hatt nytte av at andre har lest igjennom vårt arbeidet og fått tilbakemelding på det vi har gjort. Det er mye mer vi føler vi kunne ha skrevet om i oppgaven, men som vi har utelatt på grunn av oppgavens omfang.

11 Litteraturliste

Aadland E. (2011) *Og eg ser på deg...*3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Benner, P. og J. Wrubel (1989) *The Primacy of caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Bjørk, I.T og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie* Oslo: Akribes AS.

Brinchmann, B.S red.(2002). *Bære hverandres byrder, pårørende i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brinchmann, B.S red.(2005) *Etikk i sykepleien* 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Diabetesforbundet (2010) *HbA1c* [online]. URL: http://www.diabetes.no/HbA1c.b7C_wlbO1-ips (27.04.2012).

Egeland, S. E. and B. S. Tandberg (2011). *Foreldres evaluering av "Foreldretreff" for foreldre til barn på sykehus* *Vård i Norden* 2011;31(1)16-20.

Eide, T. og H. Eide (2008) *Kommunikasjon i praksis*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Espezel, H. J. E. and C. J. Canam (2003) "Parent-nurse interactions: care of hospitalized children." *Journal of Advanced Nursing* 44(1): 34-41.

Folkehelseinstituttet (2005). *Diabetes hyppig blant innvandrere fra Sør-Asia*. [online]. URL: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,1212:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:52172:::1:5569:9:::0:0 (06.03.2012).

Hayes, E., C. McCahon, et al. (2008) *Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 20(3): 155-162.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2003) *Resept for et sunnere Norge*. St.meld.nr 16 (2002-2003). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20022003/016/PDFS/STM200220030016000DDDPD FS.pdf> (15.04.2012).

Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale kliniske retningslinjer Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*. [online] URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Diabetes/Forside/attachment/82311?ts=130da83d255> (13.04.2012).

Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale kliniske retningslinjer Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling (brukerversjon)*. [online] URL: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-faglige-retningslinjer---diabetes-brukerversjon/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje---diabetes-brukerversjon.pdf> (23.04.2012).

Hummelinck, A. and K. Pollock (2006) *Parents' information needs about the treatment of their chronically ill child: a qualitative study*. Patient Education & Counseling 62(2): 228-234.

HUNT forskningscenter (2011) *Folkehelse i endring - Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag* [online]. URL: <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf> (03.04.2012).

Hurum, J. (2011) *Prosjekt forebygging av varig overvekt hos barn og unge*. Presentert ved Tverrfaglig fagdag for helsestasjon- og skolehelsetjeneste 28.09.11. [online]. URL: <http://www.fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=2178&amid=3535121> (30.04.2012).

Høgskolen i Gjøvik (2010) *Retningslinjer for mastergradsoppgaver og større studentoppgaver på bachelornivå ved Høgskolen i Gjøvik* [online]. URL:

<http://www.hig.no/student/oppgaveskriving> (03.05.2012).

Håkonsen, K.M (2008) *Innføring i psykologi*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, J., S.E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, T. Buanes, O. Røise. (2009) *Sykdomslære - indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Konsmo, T. (1995) *en hatt med slør...om omsorgens forhold til sykepleie -en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: Tano AS.

Kristoffersen, N.J., J. Nortvedt & E. A. Skaug (red.) (2008) *Grunnleggende sykepleie, Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A., (red.) (2008) *Grunnleggende sykepleie, Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Marcus, C. (2008) Typ 2-diabetes hos barn och ungdomar. I: Sjöblad, S. (red.). *Barn- och Ungdomsdiabetes*. Lund: Studentlitteratur, s. 215-224.

Molven, O. (2009) *Helse og Jus* 6. utgave. Oslo:Gyldendal Akademiske.

Mulvaney SA, Mudasiru E, Schlundt DG, Baughman CL, Fleming M, VanderWoude A, Russell WE, Elasy TA, Rothman R. (2008) 1. "Self-management in type 2 diabetes: the adolescent perspective". *Diabetes Educ.* 2008 Jul-Aug;34(4):674-82.

Mulvaney SA, Schlundt DG, Mudasiru E, et al (2006) *Parent perceptions of caring for adolescents with type 2 diabetes*. *Diabetes Care.* 2006;29:993-997.

Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2008) *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*.URL:

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklister+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms> (16.03.2012)

Nordeng, H. og O. Spigset, red. (2007) *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleier forbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online]. URL: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> (11.03.2012).

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map002> (15.03.2012).

Polit, D.F. & C.T Beck (2011) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Rothman, R. L., S. Mulvaney, et al. (2008). *Self-management behaviors, racial disparities, and glycemic control among adolescents with type 2 diabetes*. *Pediatrics* 121(4): e912-919.

Rustøen, T. (2001) *Håp og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skafjeld, A. og M. Graue, red. (2011) *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.

Soltész, G. (2006) *Type 2 diabetes in children: an emerging clinical problem*. *Diabetes Research & Clinical Practice* 74: S9-11.

Store Norske Leksikon (2011) *Altruisme*. URL: <http://snl.no/altruisme> (25.03.2012)

Söderlund, L. L., J. Malmsten, et al. (2008) *Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare*. *Health Education Journal* 69(4): 390-400.

Tveiten, S. (1998) *Barnesykepleie*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S (2007) *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen.* Bergen: Fagbokforlaget AS.

Tveiten, S.(2008a) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Tveiten, S. (2008b) *Veiledning - mer enn ord...* 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget AS.

Urrutia-Rojas, X. and J. Menchaca (2006) *Prevalence of risk for type 2 diabetes in school children.* Journal of School Health 76(5): 189-194.

Øen, G. red.(2012) *Overvekt hos barn og unge.* Bergen: Fagbokforlaget AS.

12 Vedlegg

12.1 Vedlegg 1 – PICO-skjema

Et godt spørsmål beskriver:

1. Hvilke mennesker det handler om (hvilken populasjon/pasientgruppe/problem)?
2. Hvilken intervensjon/ hvilke tiltak er vi interessert i?
3. Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?
4. Hvilke effekter er av særlig interesse?

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	↑ OR ↓
Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
Diabetes type 2 Adolescents Children Parents Hospitalized children Overweight	Information Nurse	Self-management Coaching	Cope Coping Manage	
← AND →				

Hentet fra http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/nyttige_dok