

BACHELOROPPGAVE:

TITTEL

**EGENOMSORG HOS BARN MED NYOPPDAGET
TYPE 1 DIABETES MELLITUS**

FORFATTERE:

**KINE HOLM LIEN
MARTINE MYHRE
CATHRINE THOMLEVOLD**

Dato: 19.05.2016

Sammendrag

Tittel:	<u>Egenomsorg hos barn med nyoppdaget type 1 diabetes Mellitus</u>	Dato : 19.05.16
Deltaker(e)/	<u>Kine Holm Lien</u> <u>Martine Myhre</u> <u>Cathrine Thomlevold</u>	
Veileder(e):	<u>Inger Balke</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	<u>Self-care, child, diabetes mellitus</u>	
Antall ord: 12805	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
Innledning Type 1 diabetes mellitus er hyppigst utbredt blant barn (Sagen 2011), og i Norge er det over 300 barn som får diagnosen hvert år (Barn og diabetes 2015). For at barnet skal opprettholde egenomsorg ved nyoppdaget T1DM er det viktig at barnets nye behov blir dekket (Grønseth og Markestad 2013)		
Hensikt Hensikten til studien er å finne ut hvilke tiltak sykepleier kan utøve for å fremme egenomsorg hos barn med nyoppdaget type 1 diabetes mellitus.		
Metode Litteraturstudie som metode er anvendt og systematisk litteratursøk er foretatt for å finne relevante studier i databasene Cinahl Complete og PubMed. Totalt syv studier er valgt.		
Resultat I studiene ble det trukket frem flere viktige elementer som var av betydning for å fremme egenomsorg hos barnet. Barna trengte god diabetesopplæring, kunnskap om sykdommen og informasjon om forløpet og behandlingen. Måten sykepleier kommuniserte og samarbeidet med barnet og hvordan barnet ble inkludert i behandlingen var av stor betydning for barnets forståelse av sykdommen. Støtten fra foreldrene under sykehusoppholdet var viktig or at barnet skulle mestre sin nye situasjon.		
Konklusjon: Sykepleiers kunnskap og kompetanse, undervisning, veiledning og opplæring om type 1 diabetes mellitus, kommunikasjon og inkludering av barnet i behandlingen og støtte fra foreldrene er de viktigste elementene for å fremme egenomsorg hos barnet. For at barnet skal oppnå egenomsorg ved nyoppdaget diabetes er det viktig at sykepleier lærer barnet til å mestre den nye situasjon og bli selvstendig.		

Abstract

Title:	Self-care in children with newfound type 1 diabetes mellitus	Date : 19.05.16
Participants/	Kine Holm Lien	
	Martine Myhre	
	Cathrine Thomlevold	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Employer:		
Keywords (3-5)	Self-care, child, diabetes mellitus	
Number of words: 12805	Number of appendix:	Availability (open/confidential):
<p>Introduction</p> <p>Type 1 diabetes mellitus is commonly prevalent among children (Sagen 2011), and in Norway more than 300 children gets diagnosed every year (Barn og diabetes 2015). For a child to maintain self-care by newfound type 1 diabetes mellitus it is important that the child's needs are covered (Grønseth og Markestad 2013).</p> <p>Purpose</p> <p>The purpose of this study is to find out which measures a nurse can execute to promote self-care in children with newfound type 1 diabetes mellitus.</p> <p>Method</p> <p>Literature study method is used and systematic literature search has been used to find relevant studies in the databases Cinahl Complete and PubMed. A total of seven studies have been chosen.</p> <p>Results</p> <p>These studies have highlighted several important elements, which was of importance in promoting self-care in children. The children needed diabetes education, knowledge about the disease and information about the progress and the treatment. The way the nurse communicated and cooperated with the child and how the child was included in the treatment was of great importance for the child's understanding of the disease. The support from the parents under the hospitalization was important for the child in order to cope with their new situation.</p> <p>Conclusion</p> <p>The nurse's knowledge and competence, education, guidance and training for type 1 diabetes mellitus, communication and inclusion of the child in the treatment and the support from the parents are the most important elements in promoting self-care in the child. For the child to achieve self-care with newfound diabetes it is important that the nurse teaches the child to cope with the new situation and to become independent</p>		

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	5
1.1 TEMAETS SYKEPLEIEFAGLIGE RELEVANS OG SEKSJONENS FORSKNINGSOMRÅDET	5
2.0 BAKGRUNN	7
2.1 TYPE 1 DIABETES MELLITUS	7
2.2 BARN I SYKEHUS	7
2.3 BARNETS UTVIKLING	10
2.4 KOMMUNIKASJON OG SAMSPILL	11
2.5 EGENOMSORG OG MESTRING	11
2.5 TEMA OG HENSIKT	12
3.0 METODE	13
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	13
3.2 SØKESTRATEGI	13
3.3 SØKEDOKUMENTASJON	14
3.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	16
3.5 KVANTITATIV OG KVALITATIV STUDIE	16
3.6 ANALYSE	17
4.0 RESULTATER	19
4.1 BARN TRENGER KUNNSKAP OG INFORMASJON	26
4.2 OPPLÆRING VAR AV BETYDNING	26
4.3 VIKTIGHETEN AV KOMMUNIKASJON OG SAMSPILL	27
4.4 BETYDNINGEN AV FORELDRENES TILSTEDEVÆRELSE	28
5.0 DISKUSJON	29
5.1 FORELDRENES BETYDNING FOR BARNET I SYKEHUS	29
5.2 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLING	31
5.3 INKLUDERE BARNET I BEHANDLINGEN	33
5.4 VIKTIGHETEN AV Å IKKE FØLE SEG ANNERLEDES	34
5.5 KUNNSKAP, UNDERVISNING OG VEILEDNING	35
5.6 METODISKE OVERVEIELSER	38
5.7 FORSKNINGSETIKK	39
6.0 KONKLUSJON	40
7.0 LITTERATURLISTE	41

Antall ord: 12805

1.0 Innledning

I Norge får over 300 barn diagnosen type 1 diabetes mellitus (T1DM) hvert år (Barn og diabetes 2015). Forekomsten av nyoppdaget T1DM er hyppigst blant barn i alderen 9-11 år (Sagen 2011). I 2014 ble det rapportert om 326 barn under 15 år med en nyoppdaget diabetes, hvor 98% av disse hadde T1DM (Skrivarhaug, Kummernes og Drivvoll 2014). Det er sjeldent at T1DM debuterer så tidlig som det første leveåret (Grønseth og Markestad 2013).

I diabetesbehandlingen er det fire hjørnesteiner som må tas hensyn til. Disse er insulin, kosthold, fysisk aktivitet og kunnskap (Hanås 2011). Ved en nyoppdaget T1DM er det viktig at barnet klarer å mestre sin nye livssituasjon og det er derfor viktig at sykepleier informerer og veileder barnet og familien om sykdommen, kostholdet, opplæring i å måle blodglukosen og administrere insulininjeksjoner (Mosand og Stubberud 2013). For å gi sykepleie og å møte barnets behov må sykepleier ha ulike, tilstrekkelige og relevante kunnskaper, kompetanse, holdninger og ferdigheter. Når et barn blir innlagt på sykehus påvirker det familiens funksjon, og fokus på familiesentrert sykepleie er derfor viktig (Tveiten 2012c).

Dårlig regulert T1DM over tid vil øke risikoen for komplikasjoner senere i livet (Grønseth og Markestad 2013). For å redusere senkomplikasjoner er det avgjørende at barnet føler generell velvære og helse (Hanås 2011). Sykdom og behandling medfører at barnet får nye behov som må dekkes for at barnets egenomsorg skal opprettholdes (Grønseth og Markestad 2013). På bakgrunn av dette er bacheloroppgavens tema relatert til egenomsorg hos barn med nyoppdaget T1DM. Temaet er valgt på grunnlag av interesse og tidligere erfaring med barn i sykehus. Samtidig knytter vi ofte T1DM opp mot eldre pasienter, men vi har valgt en yngre aldersgruppe fordi av praksisrelatert erfaring har vi sett at det er annen måte å utøve sykepleie på til barn, og at det er et tettere samarbeid med pårørende. I dette litteraturstudiet er det valgt å ha fokus på barn med nyoppdaget T1DM i sykehus i aldersgruppen 6-12 år.

1.1 Temaets sykepleiefaglige relevans og seksjonens forskningsområdet

T1DM fører til at nye tiltak må iverksettes for å ta vare på seg selv, noe som kan medføre egenomsorgsvikt (Cavanagh 2008). Dorothea Orem beskriver at barnets evne til å ivareta de

terapeutiske egenomsorgsbehov må være lik eller større enn det som kreves for at barnet skal kunne føle velvære og ta vare på sin egen helse. Når kravet overstiger denne evnen kan dette medføre egenomsorgsvikt, og barnets behov for sykepleie vil oppstå. Barnets egne ressurser og behov vil være avgjørende for i hvilken grad sykepleier skal veilede og støtte barnet (Grønseth og Markestad 2013).

Seksjonens forskningsområde er delt i to interrelaterte områder, disse er «profesjonskompetanse» og «kvalitet i sykepleie» (Høgskolen i Gjøvik 2015). I denne bacheloroppgaven er kvalitet i sykepleie valgt som forskningsområde fordi vi ønsker å se om samarbeidet mellom sykepleier, barnet og familien har noe å si for å oppnå en god egenomsorg.

2.0 Bakgrunn

2.1 Type 1 diabetes mellitus

Type 1 diabetes mellitus (T1DM) er en autoimmun sykdom. Dette vil si at immunsystemet i kroppen forårsaker sykdommen ved å angripe de insulinproduserende betacellene i pancreas (bukspyttkjertelen) (Jenssen 2012). Siden insulinproduksjonen ved T1DM er helt fraværende vil blodets glukoseinnhold i kroppen øke og pasienten må ha insulinbehandling for å overleve (Mosand og Stubberud 2013). Ved T1DM foreligger det trolig både miljøfaktorer og en arvelig disposisjon, hvor det er flere gener som disponerer for sykdommen. De første symptomene ved T1DM vil være økt urinlating på grunn av sukker i urinen og tørste (Jenssen 2012). Man kan sette diagnosen T1DM ved å påvise glukose i urinen grunnet høy blodglukose (Grønseth og Markestad 2013). Andre symptomer ved T1DM kan være dehydrering, vekttap, urinveisinfeksjon eller sopp, tretthet, slapphet og tåkesyn grunnet uttørket linse i øyet (Bilous 2007).

Ved nyoppdaget T1DM vil insulinbehandlingen foregå med hyppige små subcutane doser inntil insulinbehovet er avklart. Insulindosene må justeres etter blodglukoseverdiene. Når insulinbehovet er avklart gis det en blanding av hurtigvirkende og langtidsvirkende insulin, gjerne før frokost og kveldsmåltidet, og hurtigvirkende insulin før middagsmåltidet (Grønseth og Markestad 2013).

Akutte komplikasjoner av T1DM er hypoglykemi (føling) eller følgende av diabetisk ketoacidose (oppbygning av syrer i organismen) (Sand mfl. 2009; Grønseth og Markestad 2013). Ved hypoglykemi er blodglukosen under ett visst nivå og symptomer ved føling kan oppstå. Ved føling kan barnet få en følelse av sult, bli blek, svette, få hodepine, bli slapp og irritabel. Hvis følingen blir alvorlig kan barnet også bli fjern, bevisstløs og få kramper (Grønseth og Markestad 2013).

2.2 Barn i sykehus

Når et barn får konstatert en nyoppdaget T1DM blir barnet og familien innlagt i to uker ved barneavdeling i sykehus. Dette er den første behandlingen barnet får knyttet til sin T1DM. I

denne tiden blir det benyttet et opplæringsprogram, hvor barnet og familien vil bli undervist om sykdommen som skaper en grunnleggende forståelse, kjennskap til symptomer og tiltak. Foreldre og barn over 7 år får opplæring i å sette insulin, og de får øvelse i å justere insulindosen etter fysisk aktivitet, matinntak, sykdom og måling av glukoseverdier. Opplæringsprogrammet omfatter også opplæring i å måle blodglukosen og undersøke urinen for glukose og ketoner, de får kostveiledning som ofte er i samråd med en ernæringsfysiolog og informasjon om diabetesforeninger, trygderettigheter og andre tilbud (Grønseth og Markestad 2013).

Når et barn får en kronisk sykdom vil situasjonen bli vanskelig for hele familien (Hanås 2011). I studien til Ekra, Korsvold og Gjengedal (2015) opplevde barna det som vanskelig å få en kronisk sykdom. Tilknyttet sin nye diagnose T1DM opplevde de angst og bekymringer. Følelsen av fremmedgjøring og passivitet medførte ofte sårbarhet som utsatte kroppen for risiko og skade. Familien vil trenge tid til å innstille seg på et nytt liv da de vil møte på nye utfordringer. Barnet og familien kan stå ovenfor en krise (Hanås 2011). «Krise betegner en emosjonell tilstand som er en *normal reaksjon* på en hendelse eller situasjon individet står ovenfor» (Håkonsen 2011, s. 276). Den type krise som barnet opplever utløst av å få en kronisk sykdom kalles en traumatisk krise (Håkonsen 2011). En krise har forskjellige faser og disse er sjokkfasen, reaksjonsfasen, reparasjonsfasen og reorienteringsfasen (Hanås 2011).

I sammenheng med langvarig eller kronisk sykdom er hovedmålet med helsefremming å oppnå best mulig livskvalitet ved å hjelpe barnet og familien til å leve et helt og meningsfylt liv. Videre mål for barn og unge i en slik situasjon er å ivareta deres behov for kunnskap om egen helse og sykdom (Tveiten 2012a). Familiesentrert sykepleie er relevant når barnet blir innlagt på sykehus. Foreldrene har en naturlig plass i barneavdelingen, siden de er tilstede under hele eller deler av oppholdet (Tveiten 2012c). I studien til Ekra, Korsvold og Gjengedal (2015) utrykte barna en trygghet ved å ha foreldrene eller andre slektninger i nærheten under sykehusoppholdet. Det varierer ut fra barnets alder og utvikling i hvor stor del de er avhengig av foreldrene for at de grunnleggende behovene skal bli ivaretatt (Tveiten 2012c).

Barnet og foreldrene kan føle usikkerhet, ubehag og stress ved sykdom og sykehusinnleggelse. Barnets stressnivå kan øke, og de største kildene til denne økningen er hvis barnet blir adskilt fra foreldrene eller opplever trussel om atskillelse, ubehag, engstelse og smerte knyttet til

prøver, undersøkelser og det ukjente og fremmede miljøet (Grønseth og Markestad 2013). Barna oppfattet sykehusmiljøet som nytt og fremmed og de følte engstelse og usikkerhet (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Alder og utviklingstrinn har en innvirkning på barnets årsak til og mestring av stress (Grønseth og Markestad 2013). Stress kan øke blodglukosen ved at binyrene utskiller hormonet adrenalin som øker utskillelsen av sukker fra leveren når kroppen utsettes for stress (Hanås 2011).

«Undervisning og veiledning må bygge på en forståelse av hvilke konsekvenser sykdommen har for barnet eller ungdommen og foreldrene, og hvilke utfordringer og tilpasningsproblemer familien møter» (Grønseth og Markestad 2013, s. 205). Brukermedvirkning er sentralt her, noe som innebærer at familien, spesielt barnet har innflytelse i planleggingen, utformingen og gjennomføringen av undervisningen (Grønseth og Markestad 2013). For at barnet og familien skal medvirke i mestring av sykdom, symptomer og behandling er det av stor betydning at den tilstrekkelige kunnskapen er tilstede. Undervisning kan tolkes som formidling av kunnskap, og i den sammenheng innebærer det at barn og foreldre får kunnskap formidlet av sykepleier. Hensikten med dette er å fremme helse, forebygge sykdom, styrke muligheten for medvirkning og legge til rette for at mestringskompetanse styrkes (Tveiten 2012b).

«Begrepet profesjonell forbinder vi med yrke og fagkunnskap. Sykepleieryrket retter seg mot en bestemt funksjon i samfunnet, og sykepleieren utfører bestemte oppgaver. Disse oppgavene kan bare utføres av en offentlig godkjent sykepleier» (Sneltvedt 2010a, s. 157). Sykepleierens kompetanse er avhengig av fagkunnskap. Dette innebærer kunnskap innenfor medisin, psykologi, kommunikasjons- og samfunnsvitenskap, pasientkunnskap og kunnskap om behandling for å iverksette tiltak. Med kunnskap er sykepleier i stand til å ta vare på den syke på en omsorgsfull og kyndig måte. Erfaring og forskning er også betydningsfull kunnskap (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Det stilles store krav til sykepleierens kompetanse som går på ulike teoretiske, praktiske og etiske kunnskaper, holdninger og ferdigheter vedrørende sykepleie til barn (Tveiten 2012c). «Kvaliteten på sykepleien er betinget av sykepleierens kompetanse, av måten kompetansen formidles på, av sykepleierens holdninger og av hvordan ferdigheter utføres» (Tveiten 2012c, s. 38).

Empowerment blir definert som en prosess der barnet og familien oppnår en større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Maktfordeling fra fagpersoner til barnet

og familien, medvirkning og det å være «ekspert på seg selv» er viktige prinsipper i empowerment (Tveiten 2012a).

«Yrkesetiske retningslinjer er en form for prinsippbasert etikk og minner om pliktetik» (Sneltvedt 2010b, s. 99). Yrkesetiske retningslinjer omhandler sykepleierens forhold til pasient, pårørende, profesjonen, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. En sykepleier har i følge internasjonale yrkesetiske retningslinjer ansvar for å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Lovverk uttrykker også plikter og rettigheter for sykepleier, pasienter og pårørende (Sneltvedt 2010b). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) inneholder paragrafer som omhandler ulike rettigheter som barnet har når det er innlagt på sykehus, innunder kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon, kapittel 4: samtykke til helsehjelp og kapittel 6: Barns særlige rettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999).

2.3 Barnets utvikling

Det er viktig å forstå og møte barnet på det utviklingsnivået de befinner seg i, ved å tilpasse kommunikasjonen og forventningene. Biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser som virker inn på hverandre er viktig å ta hensyn til for å forstå barnets utvikling. Et menneske har ulike utviklingsområder som er avgjørende for hverandre, og disse er sosial-, emosjonell- og kognitiv utvikling. Kjennskap om normalutvikling er viktig for sykepleier i møte med syke barn, det er da enklere å fange opp om barnet følger aldersadekvat funksjonsnivå (Steen 2012).

Barn i en alder av seks år vet godt hva de vil og en seksåring er ofte mer villig til å tilpasse seg det foreldrene ønsker (Hanås 2011). Barn i 6-12 års alderen utvikler evnen til å se ting fra andres perspektiver, større evne til abstrakt tenkning og evne til reversibel tenkning. De klarer også å skille mellom viktige og uviktige opplysninger. Toleransen for stress er nedsatt når foreldrene ikke er tilstede. Sammenlignet med yngre barn kan seks-sju åringer fortsatt se på sykdom som straff, og allikevel føle skyldfølelse, men de har en bedre forståelse av hva sykdom er. Barn i 10-11 års alderen har en forståelse for komplekse fenomener som smerte og sammenheng mellom sykdom og behandling (Grønseth og Markestad 2013). Barn i 10-12 års alderen er mottakelige for alle typer undervisning, som for eksempel undervisning om sykdommen sin. Venner blir gradvis mer viktig i denne alderen (Hanås 2011).

2.4 Kommunikasjon og samspill

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre (Kristoffersen 2011, s. 221)

Kommunikasjonen kan foregå med både ord (verbalt) og kroppsspråk (non-verbalt) (Kristoffersen 2011) og det er en toveisprosess, der budskapet sendes frem og tilbake mellom en sender og en mottaker. (Grønseth og Markestad 2013). For å bearbeide barnets og foreldrenes opplevelser med tanke på sykdom og sykehusoppholdet, er det en forutsetning å informere, forberede og hjelpe dem. Å bruke et naturlig og dagligdags språk er sentralt i kommunikasjon med barn, og voksne bør respektere at barn kan være tilbakeholdne ved kommunikasjon (Grønseth og Markestad 2013). Under kommunikasjon skal det også komme frem hva barnet selv opplever, tenker eller mener om det som har med sykdommen, behandlingen eller situasjonen å gjøre (Tveiten 2012b).

Samspill dreier seg om sendte og mottatte signaler mellom barn og voksne, en gjensidighet. Nøkkelen til god kommunikasjon er å skape et tillitsforhold til barn. Utvikling av tillitsforhold til barn kan være tidkrevende og spesielt utfordrende, dette er fordi barn i utgangspunktet er skeptisk til fremmede mennesker. Kommunikasjonen bør foregå på barnas premisser, det vil si at barna skal være hovedpersonen i samtale med sykepleier. Forståelse, akseptering, toleranse, bekreftelse og lytting bør inngå i kommunikasjonen, og det er vesentlig at man tar utgangspunkt i barnets virkelighetsforståelse (Grønseth og Markestad 2013).

2.5 Egenomsorg og mestring

I dette litteraturstudiet er det valgt å bruke egenomsorg som et teoretisk perspektiv på grunnlag av temaets relevans. «Egenomsorg kan enklest defineres som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» (Cavanagh 2008, s. 17). Dorothea Orem beskriver ordet «egen» som hele individet, både de fysiske, psykiske og åndelige behov. Hun beskriver «omsorg» som alt det et menneske gjør for å utvikle seg normalt og opprettholde livet (Cavanagh 2008). Orem forklarer at egenomsorgstenkingen

samsvarer med forventningene i det nåværende samfunn ved at hvert menneske skal ha ansvar og være selvstendig for sitt eget liv. Evnen til å lære, tilegne seg kunnskaper og psykomotoriske ferdigheter er grunnleggende for egenomsorg. Orem beskriver tre typer egenomsorgsbehov, de universelle, de utviklingsrelaterte og de helsesvikrelaterte (Kristoffersen 2011).

Målet med egenomsorg er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling og helse. Det terapeutiske egenomsorgskravet innebærer at personen selv eller andre må utføre handlinger for å fremme normal funksjon, helse og velvære. For at sykepleier kan hjelpe pasienten er det viktig å kartlegge hva slags behov pasienten selv ikke klarer å dekke, og hvordan behovene skal ivaretas (Kristoffersen 2011). I studien til Kirk mfl. (2012) fant de fire dimensjoner som beskrev effekten av egenomsorg. Disse gav en følelse av felleskap, fremmet selvstendighet og selvtillit, utviklet kunnskaper og ferdigheter og engasjering av barn og unge (Kirk mfl. 2012).

Når et barn får T1DM er sykepleiers rolle sentral for å fremme barnets egenomsorgskapasitet, slik at barnet kan mestre den nye hverdagen. Boekarts (1996) definerer mestring som individets forsøk på å håndtere utfordrende eller stressende situasjoner. Mestringevne beskrives som en makt den enkelte har til å styrke sin situasjon. Mestring handler om de individuelle ressursene, kunnskapene, holdningene og evnen mennesket har til å bruke disse ressursene (Tveiten 2012a). For at barnet skal mestre er det vesentlig at det har sentral forståelse for situasjonen, troen på at det finnes muligheter og forsøke å finne løsninger. (Tveiten 2012a).

2.5 Tema og hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet er å belyse hvilke tiltak sykepleier kan praktisere for å styrke barnets egenomsorg, og hvilke kvalifikasjoner sykepleier må ha som er av betydning for sykepleieutøvelsen. Det er også ønskelig å finne ut i hvilken grad egenomsorg er nødvendig for barnet i behandling av nyoppdaget T1DM i sykehus. Oppgavens problemstilling lyder derfor slik:

«Hvordan kan sykepleier fremme egenomsorg hos barn med nyoppdaget type 1 diabetes mellitus?»

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Et litteraturstudie er et omfattende studie og en tolkning av flere studier av et bestemt emne. Når en foretar et litteraturstudie blir det laget en problemstilling som blir besvart ved å søke etter- og analysere relevant litteratur ved bruk av systematisk tilnærming (Aveyard 2014). Dette gir et nytt innblikk i det bestemte tema, som kun er mulig hvis studiene har en sammenheng til hverandre. Resultatene blir deretter oppsummert og drøftet i en skriftlig presentasjon (Polit og Beck 2014). Sykepleiere har en plikt til å være oppdatert på den nyeste utviklingen og forskningen som er relevant for deres praksis, hvis ikke risikerer det å bli utført pleie som ikke er tilstrekkelig (Aveyard 2014). I yrkesetiske retningslinjer punkt 3.5 blir det beskrevet at «sykepleieren bidrar til verdibevissthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis» (Sneltvedt 2010b, s. 114).

3.2 Søkestrategi

I et litteraturstudie er det viktig og tidlig utarbeide strategier for å kunne finne relevante studier (Polit og Beck 2014). For å finne studier og litteratur i forhold til problemstillingen, er det viktig å utvikle en systematisk søkestrategi. Søkeordene som blir brukt under søket blir tatt ut i fra problemstillingens relevans (Aveyard 2014), og hvilke databaser søket skal utføres i blir valgt (Forsberg og Wengström 2013).

Databasene som ble brukt for å finne relevante studier til dette litteraturstudiet var «Cinahl complete» og «PubMed». Disse databasene er oversiktlige og enkle å bruke. Andre databaser ble også anvendt, som for eksempel «Ovid Nursing database» og «SveMed+», men de mest relevante studiene for dette litteraturstudiet var å finne i de to overnevnte databasene. I databasen blir det anvendt ett og ett søkeord om gangen og deretter kombineres disse med «AND» for å begrense søket til det som ønskes (Forsberg og Wengström 2013). De mest brukte søkeordene under søkeprosessen var «child», «diabetes», «self care», «nurse», «hospital», «experience» og «chronic disease». Disse søkeordene ble valgt på bakgrunn av problemstillingen og temaets relevans. Søkeordene ble basert på et fokus knyttet til barnets egenomsorg, barnets erfaring av å være innlagt på sykehus, hvordan barnet opplever å ha T1DM, familiesentrert sykepleie og sykepleiers kunnskap og rolle.

Det ble begrenset antall treff ved å bruke ulike søkeord i de forskjellige databasene. En begrensning på under 60 treff gjorde det enklere å få en oversikt av interessante overskrifter, og ved interesse ble abstraktet lest. Ved videre relevans ble det sett etter om studien fulgte IMRAD-struktur og var fagfelleverdert. De fleste studier følger en IMRAD-struktur. Dette vil si at studien har en innledning, metode, resultat og diskusjon (Polit og Beck 2014).

Fagfellevurdering vil si at studien er kritisk vurdert og kvalitetsikret av to eller flere forskere, for å bli publisert. Studien blir enten akseptert eller avvist, eller det blir foreslått eventuelle endringer (Polit og Beck 2014). Tilsammen ble 23 studier lest og vurdert, og ut fra disse ble sju av de valgt og analysert.

3.3 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Referanse
1 Child 2 Diabetes mellitus 3 Experience 4 Psychosocial 3 Chronic disease	Cinahl Complete	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4 5 1 and 2 and 3 and 4 and 5	480672 106321 9243 187725 397 336186 149 82120 31	Sparapani, V. d. C., Jacob, E. og Nascimento, L. C. (2015) 'What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?', <i>Pediatric Nursing</i> , 41(1), s. 17-22.
1 Self care 2 Child 3 Diabetes 4 Nurse 5 Coping	PubMed	1 2 1 AND 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4 5 1 and 2 and 3 and 4 and 5	139525 1891166 16480 545596 1604 317378 134 132922 17	Kelo, M., Martikainen, M. og Eriksson, E. (2011) 'Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review', <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67(10), s. 2096-2108.
1 Child 2 Self care 3 Diabetes mellitus type 1 4 Challenges	PubMed	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4	1891166 139525 16480 67260 1148 168527 37	Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. og Mandleco, B. (2013) 'Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(13/14), s. 1890-1898

1 Child 2 Communication 3 Hospital 4 Participation 5 Experience	Cinahl Complete	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4 5 1 and 2 and 3 and 4 and 5	480672 119709 16040 280856 1173 57341 96 187725 42	Coyne, I. og Gallagher, P. (2011) 'Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(15/16), s. 2334-2343.
1 Child 2 Diabetes 3 Hospital 4 Education 5 Experience	Cinahl Complete	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4 5 1 and 2 and 3 and 4 and 5	480672 131783 10777 280856 680 478979 122 187725 15	Kelo, M., Eriksson, E. og Eriksson, I. (2013) 'Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27(4), s. 894-904.
1 Child 2 Chronic disease 3 Nurse 4 Family 5 Coping	Cinahl Complete	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4 5 1 and 2 and 3 and 4 and 5	480672 82120 8708 376829 556 201220 273 36025 45	Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E. og Åstedt-Kurki, P. (2005) 'Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 14(2), s. 212-222.
1 Child 2 Type 1 diabetes 3 Quality of life 4 Hospital 5 Environment	PubMed	1 2 1 and 2 3 1 and 2 and 3 4 1 and 2 and 3 and 4 5 1 and 2 and 3 and 4 and 5	1891166 73117 17161 269914 552 3482307 169 1379816 7	Ekra, E. M. R. og Gjengedal, E. (2012) 'Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness— A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital', <i>International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being</i> , 7 s. 1-9.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons og eksklusjonskriterier er til hjelp for å begrense søket til studiets relevans og problemstilling. Kriteriene vil fokusere på problemstillingens utforming, slik at man får et fokus på forskningen som er relevant for studiet (Aveyard 2014). Disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt under søkeprosessen for å begrense funnene som relevante:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Fagfellevurdert til nivå 1 eller 2 ved norsk senter for forskningsdata.- Følge IMRAD- struktur.- Barn- Overførbart til norsk klinisk praksis- Ikke eldre enn 12 år- Omhandle diabetes/kronisk sykdom- Kan relateres til egenomsorg hos barn	<ul style="list-style-type: none">- Eldre enn 12 år- Spedbarn og ungdom- Ikke overførbart til norsk klinisk praksis- Ikke relevant til problemstilling

3.5 Kvantitativ og kvalitativ studie

Studier kan ha både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. I et kvantitativt studie er forskeren objektiv og holder avstand til deltakerne for å unngå at andre meninger påvirker resultatet (Forsberg og Wengström 2013). Det er ofte mange deltakere med i studien (Aveyard 2014). Forskeren har en hypotese og ønsker å teste denne for å se om resultatet blir det samme ved å formulere spørsmål ut fra hypotesen. Datainnsamlingen kan foregå igjennom ulike målemetoder som journalgranskning, prøver, intervjuer, tester, skalaer og observasjoner, og deretter blir en statistisk bearbeiding utført. For at resultatet skal kunne bli utgitt er det viktig at målemetoden har god reliabilitet og validitet. Reliabilitet er stabiliteten mellom målinger og metoden som blir brukt. Målingen blir sikrere ved høy reliabilitet. Validitet er effekten av de ulike målemetodene som blir brukt (Forsberg og Wengström 2013).

I et kvalitativ studie blir det forsket på helheten av deltakernes opplevelse og erfaringer (Polit og Beck 2014). For å få en forståelse og innsikt i pasientens opplevelser samler forskeren inn data hovedsakelig gjennom intervjuer, men fokus grupper og observasjoner kan også bli brukt.

Resultatene i en kvalitativ studie blir ikke fremstilt i en statistikk, men blir beskrevet og fortolket, gjerne med deltakerens ord og beskrivelser. Deltakerne i et kvalitativ studie blir ofte valgt på grunnlag om deltakerens erfaring og eksponering er relevant for studien (Aveyard 2014)

3.6 Analyse

Analyse er definert som å dele opp i mindre deler og når en vitenskaplig studie blir analysert bør det som er undersøkt deles opp og settes sammen på nytt. Når studien er gjennomgått systematisk blir det satt opp hovedkategorier etter relevans for litteraturstudiet. Det er viktig å analysere resultatene fra hver studie, og vurdere om studien er relevant eller ikke (Forsberg og Wengström 2013).

En kan analysere innholdet i et litteraturstudiet på ulike måter, en av måtene dette kan utføres på blir beskrevet av Forsberg og Wengström (2013). Først leses teksten igjennom for å bli kjent med innholdet, og deretter settes det opp stikkord om hva teksten omhandler. Videre blir det satt opp kategorier utifra stikkordene og de kan deretter sammenfattes til ett eller flere temaer, som samtidig burde følge et mønster. Til slutt tolkes og diskuteres resultatet (Forsberg og Wengström 2013)

Analysen i dette litteraturstudiet ble utført på en tilnærmet lik måte som beskrevet ovenfor. Resultatene fra de valgte studiene ble lest opptil flere ganger, og de relevante resultatene skulle være av betydning- og bidra til å øke barnets egenomsorg i sykehus. Disse resultatene skulle omhandle sykepleiers rolle og kvalifikasjoner, barnets erfaring av å få en T1DM/kronisk sykdom, barnets behov og egenomsorgskapasitet i behandling og betydningen av familiesentrert sykepleie. De ulike funnene fra studiene ble kategorisert i ulike kategorier under analyseringen. Det ble brukt et resultatskjema til hvert enkelt studie, hvor studiens hensikt, metode, resultat, diskusjon og konklusjon ble sammenfattet. Funn fra studiene ble sammenfattet til et felles hovedresultat, med undertemaer. Kategoriene ble sammenfattet til fire ulike temaer som er relevant utfra litteraturstudiets problemstilling. De ulike temaene er «barn trenger kunnskap og informasjon», «opplæring var av betydning», «viktigheten av kommunikasjon og samspill» og «betydningen av foreldrenes tilstedeværelse». Resultatene ble

tolket og diskutert. Studienes resultater ble vurdert i henhold til om det var overførbart til norsk klinisk praksis.

4.0 Resultater

Nr. 1 Referanse	Sparapani, V. d. C., Jacob, E. og Nascimento, L. C. (2015) 'What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?', <i>Pediatric Nursing</i> , 41(1), s. 17-22.
Hensikt	Øke forståelsen av hvordan det er å være barn med type 1 diabetes mellitus og hvordan barnet håndterer sykdommen.
Nøkkelord	Ingen nøkkelord oppgitt.
Metode	I studien var det 19 barn som deltok, 13 jenter og 6 gutter. Kvalitative intervjuer ble utført for å undersøke barnas tanker, følelser og hvordan de mestret å ha en type 1 diabetes mellitus. Under intervjuene brukte barna dukker for å representere seg selv og andre for å lettere kunne uttrykke sine tanker og følelser. Barna fikk være med å lage en situasjon som illustrerte utfordringene de møtte i hverdagen. Det ble utført to intervjuer, et i gruppe på tre til sju barn, og et individuelt. Barna ble oppfordret til å snakke om sin daglige rutine og hvordan de skulle håndtere sin type 1 diabetes mellitus. Inklusjonskriteriene var at barnet skulle være 7-12 år og hatt diagnosen type 1 diabetes mellitus i minst ett år
Resultat og diskusjon	Under intervjuene ble følelsene usikkerhet, motstridene ønsker, frykt og smerte fremhevet. Kontakt med nåler og stikk ved blodsuktermåling og insulinadministrering fremhevet disse følelsene og barnets evne til selvstendighet ble påvirket. Barna hadde manglende kunnskaper om hvordan sykdommen virket i kroppen og uttrykte redsel for ulike komplikasjoner. På grunn av faren for utvikling av hypoglykemi, uttrykte barna vanskeligheter med å utføre dagligdagse aktiviteter og kostholdsrestriksjoner. Frykten for fordommer og avvisning gjorde at barna unngikk å snakke med menneskene rundt seg og fikk problemer med å utvikle relasjoner med jevnaldrende barn. Barna følte de trengte hjelp til å få dekket sine psykososiale behov. Sykepleier måtte ikke bare fokusere på de fysiske aspektene, men også de psykiske som samspill med barnet, forstå barnets opplevelse av smerte, øke barnets forståelse av sykdommen og forbedre barnets livskvalitet. Støtte fra foreldrene og andre omsorgspersoner hjalp barna i å håndtere sykdommen og å opprettholde et stabilt blodsukker.
Egne kommentarer	En oppsummering av studien på bakgrunn at det ikke var oppgitt konklusjon. Forståelsen av å være et barn med type 1 diabetes mellitus kan hjelpe sykepleiere å vurdere og forstå barnets følelser og deres daglige opplevelser. God veiledning og opplæring var viktig for å håndtere negative følelser for å fremme psykiske, følelsesmessige og sosialt velvære. Barn trenger hjelp til å finne måter å overvinne fordommer og søke hjelp slik at jevnaldrende barn kan bidra til å styrke barnets evne til å håndtere sykdommen.
Relevans for oppgaven	Få et innblikk i hvordan barnet opplever og håndterer å få en type 1 diabetes mellitus, noe som gir en forståelse i hvilke behov de trenger hjelp av sykepleier til å dekke.

Nr. 2 Referanse	Kelo, M., Martikainen, M. og Eriksson, E. (2011) 'Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review', <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67(10), s. 2096-2108.
Hensikt	Få innsikt i hvordan man kan utvikle og styrke pasientopplæringen ved å se på studier som omhandler egenomsorg hos barn med type 1 diabetes mellitus.
Nøkkelord	children, literature review, nursing, parents, self-care, self-management, type 1 diabetes
Metode	Studien er et review og er basert på funn fra kvantitative og kvalitative studier. Litteratursøk i ulike databaser som Cinahl, Medline og Pubmed ble brukt for å finne relevante studier, med ulike søkeord. Inklusjonskriteriene var at artiklene beskrev egenomsorg hos barn i skolealder med type 1 diabetes, gjennomsnittsalderen på barna skulle være mellom 6-12 år og egenomsorgen skulle være sett fra barnets- eller foreldrenes perspektiv. Det ble hovedsakelig valgt ut 22 studier hvor ni var kvalitative, 12 var kvantitative og en var både kvantitativ og kvalitativ.
Resultat og diskusjon	Målene med egenomsorg var å føle seg normal, evnen til å mestre og å være uavhengig. Type 1 diabetes mellitus og behandlingen utløste flere negative følelser hos barnet, blant annet følelsen av å være annerledes. Barnets egenskaper, støtte og omsorg var viktig for at barnet skulle mestre sin type 1 diabetes mellitus. Barna var ikke i stand til å ta avgjørelser og håndtere sin diabetes selv, og støtte spilte en stor rolle i barnets læringsprosess, den mest avgjørende var fra foreldrene. Utviklingsnivå og modenhet økte når barna ble eldre, ferdighetene og kunnskapene ble bedre og de tok dermed mer ansvar for seg selv. Det var viktig at sykepleierne hadde kunnskap om barnets utviklingsstadier, modenhet og foreldrenes muligheter. Sykepleier måtte vurdere hva slags behov og evner barna hadde til å lære for å kunne gi tilpasset informasjon om type 1 diabetes mellitus. I overgangsfasen der barnet ble mer uavhengig var det viktig at foreldrene fikk opplæring i hvordan de fortsatt kunne vise omsorg og støtte.
Konklusjon	Utfordringen med egenomsorg er å finne en god balanse mellom omsorgsbehovene ved type 1 diabetes mellitus, barnets utviklingsstadium og modenhet. Det er derfor viktig at sykepleier tilrettelegger for barnets egenomsorg, ved å gjenkjenne og vurdere barnets vilje til å lære om egenomsorg.
Relevans for oppgaven	Resultatene i studien var av betydning for få innsikt i hvilke utfordringer barnet har i forhold til egenomsorg, og hva sykepleiere kan gjøre for å tilrettelegge for god pasientopplæring.

Nr. 3 Referanse	Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. og Mandleco, B. (2013) 'Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22(13/14), s. 1890-1898
Hensikt	Kartlegge utfordringene til barn og unge med type 1 diabetes mellitus
Nøkkelord	Children, chronic conditions, focus groups, qualitative strategies, type 1 diabetes, youth
Metode	I studien var det 16 barn som deltok og det ble holdt 6 intervjuer med varighet på 2 timer over en fire måneders periode. Under intervjuene ble det brukt fokusgrupper på to til fem personer, siden barnet følte seg mer komfortabel når det snakket med jevnaldrende barn. Det ble stilt syv åpne spørsmål som ble utformet for å stimulere til diskusjon om erfaringer av å ha en type 1 diabetes mellitus, utfordringer og bekymringer. Lydopptakene fra intervjuene ble transkribert og analysert i henhold til standard kvalitative metoder. Inklusjonskriteriene for å være med i studien var at barn og ungdom hadde type 1 diabetes mellitus, var mellom 6-18 år og i stand til å gi samtykke.
Resultat og diskusjon	Under intervjuene var det tre temaer som ble vist å være en utfordring for barn med type 1 diabetes mellitus. Disse temaene var lavt blodsukker, aktiviteter som fremmet egenomsorg og følelsen av å være annerledes. Barna kjente igjen symptomer på lavt blodsukker, men trengte å ha en voksen i nærheten hvis dette skulle utvikle seg. Flere av barna følte at det var vanskelig å balansere de fysiske og psykososiale behovene, spesielt blant venner. Grunnet smerter og følelsen av å være annerledes hadde barna utfordringer med å kontrollere og administrere insulin. For at barna skulle oppnå sunne resultater måtte sykepleier forstå utfordringene til barna og finne metoder som kunne hjelpe dem. Det var viktig for barnets selvstendighet og å ta deres bekymringer i betraktning for å hjelpe de med å balansere blodsukkeret og å gi opplæring i viktigheten av blodsukkerkontrollering.
Konklusjon	Både psykososiale og fysiske behov må bli tatt med i opplæringen om forebygging og behandlingen. Utfordringene ved type 1 diabetes mellitus vil endre seg over tid, men ulike tiltak kan hjelpe barna i å utvikle strategier ved utfordringer. For å utvikle tiltak som fremmer helse og minimerer komplikasjoner må sykepleier ha kunnskap om barn og unges utfordringer med type 1 diabetes mellitus
Relevans for oppgaven	Funnene er av betydning for hvordan sykepleier kan hjelpe barna ut fra deres utfordringer av å leve med type 1 diabetes mellitus.

Nr. 4 Referanse	Coyne, I. og Gallagher, P. (2011) 'Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(15/16), s. 2334-2343.
Hensikt	Identifisere barns opplevelse av å delta i kommunikasjon og beslutningsprosesser på sykehus.
Nøkkelord	Children, communication, decision-making, hospital, nurses, nursing
Metode	Det var 55 barn med studien hvor 27 av disse hadde en kronisk sykdom. Studien hadde en kvalitativ tilnærming og det ble brukt en kombinasjon av fokusgrupper og enkeltintervjuer. Til sammen var det tre fokusgrupper hvor barna ble delt inn i etter alder. Hensikten med intervjuet var å la barna dele sine individuelle erfaringer, fleksibilitet og reaksjonsevne. Spørsmålene under intervjuene omhandlet opplevelsen av å være innlagt på sykehus, kommunikasjon og samhandling med helsepersonell, barns deltakelse i kommunikasjon og beslutning, preferanse for beslutningstaking og hva som påvirket deltakelsen. Inklusjonskriteriene var at barnet hadde en akutt eller kronisk sykdom, var mellom 7-18 år, og det måtte være like mange barn fra hvert av de tre sykehusene.
Resultat og diskusjon	Barna som ikke ble involvert i kommunikasjon og beslutningsprosesser opplevde negative følelser som tristhet, redsel og ensomhet. Barna ønsket å få informasjon om hva de kunne forvente av sykdommen sin, som prosedyrer, mulige risikoer og utfall, medisiner og lengden på sykehusoppholdet. Beslutninger som var knyttet til daglig omsorg, kosthold og medisiner var noe som barna ønsket å ta del i, men ble opplevd som vanskelig på grunn av mangel på valg og lite tid for diskusjon. Halvparten av barna ønsket at de alvorlige avgjørelsene skulle bli tatt av foreldre og helsepersonell. Noen av barna følte de ble hindret i å medvirke i beslutningsprosessen når foreldrene representerte de overfor helsepersonellet. Det bekymret også barna at foreldrene tilbakeholdt informasjon fra dem. Helsepersonellens kommunikasjonsmåter og atferd hadde innvirkning på barnas medvirkning. Ved å utvikle relasjon med helsepersonell ble det bygget et tillitsforhold som bidro til at barna følte de kunne stille spørsmål og uttrykke sine bekymringer.
Konklusjon	God kommunikasjon med barnet i beslutninger viser respekt, fremmer og utvikler barnets beslutningsevne og bidrar til psykososial trivsel. For at barnets medvirkning skal forbedre kvaliteten på omsorgen som blir gitt, må den voksne tilpasse seg barnets behov.
Relevans for oppgaven	Studiens resultat er av betydning for hvordan sykepleier kan kommunisere med barn og hvordan de kan bli inkludert til å ta del i beslutninger angående sin helse.

Nr. 5 Referanse	Kelo, M., Eriksson, E. og Eriksson, I. (2013) 'Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents', <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27(4), s. 894-904.
Hensikt	Finne ut hvilke elementer som er av betydning for pasientopplæringen av barn med kronisk sykdom under et sykehusopphold.
Nøkkelord	Children, chronic illness, parent, patient education, qualitative study.
Metode	Studien hadde en kvalitativ tilnærming hvor det var 12 barn og 19 foreldre som deltok. Barna og foreldrene ble intervjuet individuelt i sitt eget hjem. Temaene under intervjuene var basert på pasientopplæring og spørsmålene fokuserte på konkrete fakta slik at barna kunne fortelle om sine erfaringer. Inklusjonskriteriene var at barnets alder var mellom 5-12 år, at barnet hadde en allergi, astma, epilepsi eller type 1 diabetes melitus, og at barnet var i stand til å uttrykke sine opplevelser verbalt.
Resultat og diskusjon	Viktige prinsipper ved pasientopplæringen var sykepleiekompetanse, undervisningskompetanse og mellommenneskelig kompetanse. Foreldrene opplevde negative følelser som frykt, sorg og usikkerhet når barnet fikk en kronisk sykdom. Sykepleierne måtte ha kunnskap og evne til å ta vare på både barnet og familien og ved manglende kunnskap fikk de ikke tilstrekkelig informasjon om sykdomsforløpet. Sykepleierens kunnskap om sykdommen var viktig, noe som innebar sykdomshåndtering, symptomer, undersøkelser og behandling. Det var viktig å ha kunnskap om barnets utvikling for å kunne tilpasse sykepleien til barnets alder. For å øke barnets trygghet var det viktig at foreldrene ble involvert i pasientopplæringen. Noen av foreldrene følte at de ikke fikk være med å bestemme eller påvirke beslutninger angående barnet. Kommunikasjonen og barnets deltakelse ble justert til barnets modenhet. Sykepleierne måtte vise vennlighet, ro, tålmodighet, være oppmuntrende og være aktive i samtalene med barnet, for ikke å virke skremmende.
Konklusjon	Ved pasientopplæring til barn med kronisk sykdom og deres familier, må sykepleierne være dyktige, kunne kommunisere med barn og foreldre og ha kompetanse til å undervise.
Relevans for oppgaven	Studien er relevant fordi funnene viser hvilke kvalifikasjoner en sykepleier bør ha for å gi god pasientopplæring

Nr. 6 Referanse	Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E. og Åstedt-Kurki, P. (2005) 'Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health', <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 14(2), s. 212-222.
Hensikt	Finne ut hvilke erfaringer og forventninger familiene har ved barnets sykehusinnleggelse og hva sykepleier kan gjøre for å fremme familiens helse og velvære.
Nøkkelord	Chronically ill child, family health, family nursing, family nursing interventions, grounded theory, hospitalized child
Metode	Studien har en kvalitativ tilnærming hvor 29 familier ble intervjuet, 43 av disse var foreldre og 39 var barn. Alle barna som deltok i studien var under 16 år. Intervjuene ble holdt hjemme hos familiene, hvor de skulle beskrive den innledende fasen av barnets sykdom, situasjonen fra de ble innlagt på sengepost og foreldrerollen. De fikk også emosjonelle spørsmål, som for eksempel familiens følelser rundt barnets sykehusinnleggelse. Barna som var med i studien hadde enten ulike kreftformer, diabetes eller andre alvorlige kroniske sykdommer. Inklusjonskriteriene var at barnet skulle ha en kronisk sykdom med minst seks måneders behandling, vært innlagt for behandling på en av barneavdelingene i løpet av de siste 2 årene, og at familiene ikke kunne være i en akutt krise ved tidspunktet for intervjuet.
Resultat og diskusjon	Hovedresultatet av hvordan helsepersonellet kunne fremme familiens helse og velvære ble beskrevet gjennom fem temaer. Disse temaene var styrket foreldrerolle, barnets velferd, emosjonell byrde, hjelp til daglig mestring og å skape en konfidensiell behandling. For å fremme barnets velferd var det viktig at sykepleierne snakket med foreldrene som følte seg usikre og hjelpeløse om hva foreldrene selv ønsket å gjøre, og hva de klarte å gjøre. Det var viktig at sykepleierne kunne se og vurdere hele familiens situasjon, og at de kunne ta ansvar for å etablere kontakt med familien. Familiene kunne mangle ressurser til å ivareta barnet eller å be om hjelp og sykepleier måtte derfor gjenkjenne disse situasjonene og overta ansvaret for barnets velferd. Det var viktig at sykepleierne styrket foreldrenes eksisterende og nye mestringsressurser. Informasjon om barnets sykdom og behandling er viktig for foreldrenes mestringsstrategi når barnet blir innlagt og informasjonens mengde og kvalitet måtte tilpasses etter familiens situasjon.
Egne kommentarer	Det var viktig at sykepleier inkluderte familien i barnets behandling og styrket foreldrerollen. Foreldrene var av stor betydning for barnet på sykehuset, men likevel kunne de være et hinder for barnets medvirkning i egen helse.
Relevans for oppgaven	Studien var relevant for å se om familiesentret sykepleie er av betydning for barnets egenomsorg, og hvilke tiltak sykepleier kan utøve for å hjelpe familien i den nye situasjonen.

Nr. 7 Referanse	Ekra, E. M. R. og Gjengedal, E. (2012) 'Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness— A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital', <i>International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being</i> , 7 s. 1-9.
Hensikt	Finne ut hvilke erfaringer barn har av å være innlagt på sykehus med nyoppdaget type 1 diabetes, og hvordan barna blir påvirket miljømessig.
Nøkkelord	Hospitalized children, lived experience, hospital environment, type 1 diabetes, bodily changes, hermeneutic phenomenological method
Metode	I studien deltok ni barn med en nyoppdaget diabetes, i alderen 6-12 år. Studien fokuserte på barn med nyoppdaget type 1 diabetes mellitus og barn med type 1 diabetes mellitus seks måneder etter diagnosen ble stilt. Studien var kvalitativ og for å samle inn data ble det utført observasjoner, dybde intervjuer og barna tok bilder av steder, ting og aktiviteter i sykehuset som de oppfattet som viktig. Barna ble intervjuet to ganger med en av foreldrene tilstede og bildene ble brukt som et grunnlag i det andre intervjuet. I intervjuene hadde de fokus på opplevelser og forståelse knyttet til behandlingen, fysiske og sosiale miljøer, og barnas tilknytning til sin familie, ansatte og andre barn på avdelingen.
Resultat og diskusjon	Ved sykehusinnleggelse følte barna engstelse, redsel og usikkerhet, og det nye miljøet gjorde barna usikre i den nye situasjonen. Barna ble spesielt engstelige hvis de aldri hadde vært innlagt på sykehus før, eller hvis de hadde negative erfaringer tilknyttet tidligere innleggelse. Barna syntes avdelingen var barnevennlig og hvis de hadde egne rom på sykehuset kunne de trekke seg tilbake og føle seg tilnærmet «hjemme». Barna savnet familie og venner under sykehusoppholdet og det var viktig at en av foreldrene alltid var tilstede for å opprettholde en daglig rutine. Barna fikk opplæring i å sette insulin og å måle blodsukkeret, og de lærte å forstå sin type 1 diabetes mellitus og mestre praktiske ferdigheter. Barna lærte best ved at sykepleierne underviste ved bruk av film, brosjyrer, illustrasjoner og figurer, og at dette ble gjort på en barnevennlig måte. Inkludering av barna i behandlingen fra begynnelsen var viktig, for å lære å håndtere sin sykdom på en korrekt måte, ved å gjøre, se og oppleve. Dette gjorde at de ble mer selvstendige og fikk en forståelse som gjorde at selvtilliten økte.
Konklusjon	Det var viktig å ta kroppen i betraktning for å forstå hvordan miljøet påvirket barnets opplevelser. Den nye situasjonen for barnet i sykehus var fremmed og skremmende, og det var derfor viktig at barna kunne delta i sin behandling av type 1 diabetes mellitus, ha et godt tilrettelagt og barnevennlig miljø og at foreldrene var tilstede.
Relevans for oppgaven	Studien var relevant for å få et innblikk i hvordan sykepleier kan møte barnet og gjøre sykehusoppholdet til en positiv opplevelse, og øke barnets selvstendighet og deltakelse i behandlingen.

4.1 Barn trenger kunnskap og informasjon

Barna ønsket informasjon for å vite hva de kunne forvente av sykdommen sin og sykehusoppholdet (Coyne og Gallagher 2011). Kunnskap om sykdom, behandling og komplikasjoner forbundet med T1DM styrket barnets egenomsorg, samt viktigheten av å kunne mestre og håndtere det tekniske utstyret (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Evnen til å ta mer ansvar for sin egen omsorg økte når barnet ble eldre, på grunn av tilstrekkelig fysisk koordinasjon, modenhet og at de tok mer ansvar og ble selvstendige. Sykepleier måtte ha kunnskap om sykdommen, symptomer, undersøkelser og behandling (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011), og ha kunnskap om barnets utvikling for å kunne tilpasse sykepleien til barnets alder (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Utfordringen med egenomsorg var å finne en god balanse mellom omsorgsbehovene ved T1DM, barnets utviklingsstadium og modenhet (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011) For å kunne gi tilpasset informasjon om T1DM var det viktig at sykepleier kunne vurdere hvilke behov og evner barna hadde (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Sykepleier underviste ved bruk av film, brosjyrer, illustrasjoner og figurer, og undervisningen ble gjort på en barnevennlig måte (Ekra og Gjengedal 2012).

4.2 Opplæring var av betydning

God veiledning og opplæring om T1DM til barn hjalp de til å håndtere negative følelser for å kunne fremme deres psykiske, følelsesmessige og sosial velvære (Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). For at barna skulle oppnå en velregulert T1DM måtte sykepleier forstå deres utfordringer og finne riktige metoder som kunne hjelpe dem (Freeborn mfl. 2013). Sykepleier måtte forstå bekymringene til barna for å hjelpe de til å balansere blodsukkeret og gi opplæring til å bli selvstendige i blodsuktermålingen. For å utvikle egenomsorg var barnas egen motivasjon viktig (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Selvstendigheten til barna ble påvirket av negative følelser som frykt og smerte ved kontakt med nåler og stikk (Ekra og Gjengedal 2012; Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Barna fikk opplæring i å måle blodsukker og å sette insulin, samt å forstå sin T1DM og mestre praktiske ferdigheter (Ekra og Gjengedal 2012). Ønske av å være uavhengig motiverte barna til lære å administrere insulin på egenhånd (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Barnas trygghet ble økt ved at foreldrene ble involvert i pasientopplæringen, men det var viktig at det var barna skulle være i fokus (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013).

Psykososiale og fysiske behov måtte bli tatt i betraktning i opplæringen om forebygging og behandling av T1DM (Hopia mfl. 2005). Matrestriksjoner var noe av det vanskeligste med sykdommen, spesielt sukker, med tanke på følelsen av å være annerledes og frykt for høyt eller lavt blodsukker (Coyne og Gallagher 2011; Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Følelsen av å være normal, evnen til å mestre og uavhengighet var viktig for å fremme barnas egenomsorg (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Barna var redde for fordommer og avvisning fra menneskene rundt seg på grunn av sin T1DM, noe som førte til usikkerhet og problemer med å utvikle relasjoner (Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Følelsen av å være annerledes blant jevnaldrende gjorde at barna kunne ha vanskeligheter med å balansere de fysiske og psykososiale behovene (Freeborn mfl. 2013).

4.3 Viktigheten av kommunikasjon og samspill

Barna ble mer selvstendige hvis de ble inkludert i behandlingen fra begynnelsen av slik at de lærte å håndtere sin T1DM ved å se, gjøre og oppleve, og gradvis klare å stikke seg selv. (Ekra og Gjengedal 2012). Å forstå hvordan det er å være et barn med T1DM, kunne hjelpe sykepleier til å vurdere og forstå barnets følelser og deres dagligdagse opplevelser (Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Det var viktig at sykepleier ikke bare fokuserte på barnas fysiske aspekter, men også de psykiske som innebar samspill med barna, kunne forstå opplevelsen av smerte, øke forståelse av deres sykdom og fremme livskvaliteten (Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Sykepleiers kommunikasjonsmåter og atferd hadde innvirkning på barnas medvirkning (Freeborn mfl. 2013). Når barna ikke ble inkludert i kommunikasjon og beslutningsprosesser førte dette til at de følte seg avvist og ignorert (Coyne og Gallagher 2011). Det å lytte til barnet var viktig for å få verdifull informasjon om familiens situasjon (Hopia mfl. 2005). Barna verdsatte sykepleiers positive holdninger under kommunikasjon (Coyne og Gallagher 2011; Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). I noen tilfeller representerte foreldrene barnet, som kunne oppleves som et hinder for barnas medvirkning og informasjon ble tilbakeholdt. Flere av barna ønsket at foreldrene skulle representere dem og ta de alvorligste beslutningene, men at de selv kunne få være med å ta del i de små (Coyne og Gallagher 2011).

4.4 Betydningen av foreldrenes tilstedeværelse

Det mest avgjørende for å fremme egenomsorg hos barna var støtten fra foreldrene. Å mestre sykdommen og å være uavhengig var to av målene med egenomsorg, og for at barnet skulle mestre sin T1DM var støtte og omsorg avgjørende (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Familiens nærvær skapte tillit og var en god støtte for barna (Hopia mfl. 2005). Støtte fra foreldrene og andre omsorgspersoner hjalp barna til å håndtere sykdommen og å opprettholde et stabilt blodsukker (Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Foreldrenes tilstedeværelse var av stor betydning for barn i sykehus da den nye situasjonen opplevdes som utfordrende, skremmende og fremmed. Deres tilstedeværelse var viktig for at barnas daglige rutine skulle bli opprettholdt (Ekra og Gjengedal 2012). En styrket foreldrerolle var et viktig tema for å fremme familiens helse og velvære. Foreldrene trengte opplæring i hvordan de fortsatt kunne støtte og vise omsorg for barna i overgangsfasen hvor de ble mer uavhengig (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). For å fremme barnas velferd var det viktig at sykepleier så og vurderte familiesituasjonen og snakket med foreldre som følte usikkerhet i sin rolle på sykehus (Hopia mfl. 2005).

5.0 Diskusjon

5.1 Foreldrenes betydning for barnet i sykehus.

Foreldrene i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) opplevde flere negative følelser som frykt, sorg, usikkerhet og fornektelse når barnet fikk en kronisk sykdom. Disse følelsesmessige reksjonene var knyttet til sjokket de opplevde i begynnelsen av sykdommen, noe som kunne gå ut over opplæringen (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Foreldrene, og spesielt barnet er i en krise når de finner ut at barnet har fått påvist en kronisk sykdom. Når sykdommen er nyoppdaget kommer barnet og foreldrene i en sjokkfase, som gjør det vanskelig å tenke klart fordi alt føles uvirkelig. Sjokket gjør det vanskelig å ta i mot informasjon (Hanås 2011). Foreldrene i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) beskrev at sykepleier tok kontroll over situasjonen og var sammen med dem noe som virket beroligende. Flere av barna i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) merket at foreldrene oppførte seg annerledes med tanke den nye situasjonen. Et av barna hadde merket dette ved at han hadde sett moren sin gråte, noe han syntes at hun kunne få gjøre. Familien blir påvirket når barnet blir sykt og innlagt på sykehus. Sykepleier bør derfor vite hvordan familien påvirkes når barnet blir innlagt på sykehus, og hjelpe dem slik at de får en positiv erfaring, at familiefunksjonen blir opprettholdt og behovene møtes under sykehusoppholdet (Tveiten 2012c).

I studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) ble det beskrevet at støtten fra familien, samt foreldrenes kunnskap og evne til å håndtere T1DM var viktig for at barnet skulle oppnå en god kontroll over sin T1DM. Støtten fra foreldrene i studien til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) var av betydning for barnets sykdomshåndtering. Foreldrene skapte en trygghet i barnas stressituasjon, og burde være tilstede under barnets sykehusopphold. Familien og det sosiale nettverket er for de fleste gode støttespillere i vanskelige situasjoner. De kan gi både følelsesmessig støtte, trøst, oppmuntring og praktisk hjelp når det behøves. De deltar også ofte i diskusjoner, kommer med råd og veildning i viktige valg og beslutninger. For barnets trygghet og utvikling er også den nærmeste familien av avgjørende betydning (Grønseth og Markestad 2013). I pasient og brukerrettighetsloven §6-2 er det beskrevet at barn har rett til ha minst en av foreldrene under hele sykehusoppholdet, hvis ikke det er utilrådelig av hensyn til barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §6-2). Barnet i studien

til Ekra og Gjengedal (2012) fikk en god følelse av foreldrenes tilstedeværelse, og de var av betydning for at barnet skulle føle seg tilnærmet hjemme.

Et av resultatene i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) viste mangel på myndiggjøring av barn og foreldre. Familien følte at deres autonomi ikke ble støttet ved at foreldrene ikke fikk bestemme eller påvirke beslutninger (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Barna i studien til Coyne og Gallagher (2011) følte at sykepleier tok avgjørelser på deres vegne. Sykepleier har en makt i kraft av sin kompetanse og sin beslutningsmyndighet, og denne makten kan bli brukt både negativt og positivt ovenfor barnet og foreldrene. I den forutsetning at det er faglig forsvarlig skal brukermedvirkning praktiseres i barnets behandling, og det innebærer at barnet og foreldrene får delta i omsorg, behandling og pleie, og at barnet får ta avgjørelser eller å uttale seg (Tveiten 2012a). I følge pasient og brukerretthets loven §4-4 har foreldrene til barn under 16 år rett til å samtykke til barnets helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §4-4). Samtidig blir det beskrevet i loven om pasient- og brukerrettigheter §3-1 at barn under 18 år skal bli inkludert i brukermedvirkning hvis barnets utvikling og modenhet tilsier det (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §3-1).

Barnet og foreldrene er ekspert på seg selv, mens sykepleier er ekspert på det faglige området. Relasjonen mellom sykepleier, barnet og familien er av stor betydning i samhandlingen, og det er viktig at barnet og foreldrene kan betraktes som eksperter på seg selv (Tveiten 2012a). Manglende involvering av foreldrene i pasientopplæringen i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) resulterte i at foreldrene fikk begrenset opplæring, noe som førte til at de måtte søke informasjon andre steder. Likevel beskrev Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) empowerment som at foreldrene skulle få tilstrekkelig informasjon, evne til å håndtere sykdommen og være fornøyd med opplæringen de fikk, og at barna hadde positive erfaringer og lærte å håndtere sykdommen. I studien til Hopia mfl. (2005) forventet foreldrene at sykepleier skulle etablere kontakt med familien, fordi noen følte usikkerhet rundt deres rettigheter til å få hjelp. Tveiten (2012a) hevder at sykepleier skal hjelpe og anerkjenne barnets og foreldrenes kompetanse på seg selv, og beskriver videre at empowerment handler om at barnet og foreldrene skal få hjelp til å ha mest mulig kontroll over faktorer som påvirker deres egen helse. Det kan være mer hensiktsmessig å veilede enn og løse familiens problemer (Tveiten 2012a).

5.2 Kommunikasjon og samhandling

Barna i studien til Coyne og Gallagher (2011) følte de kunne stille spørsmål og bli inkludert i beslutninger når de hadde blitt kjent med sykepleier. De følte også at det var lettere å kommunisere med sykepleierne som var imøtekommende, vennlige og ville snakke med dem (Coyne og Gallagher 2011). Det er sykepleiers oppgave å forberede, informere og hjelpe barnet og foreldrene under sykehusoppholdet, det er derfor av betydning å bli kjent med barnet og skape tillit gjennom god kommunikasjon. Barn setter pris på når sykepleiere snakker vennlig, er snille, rolige og avslappet (Grønseth og Markestad 2013). Dette kom også frem i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) hvor barna beskrev sykepleieren som hyggelig, vennlig, glad og ikke skremmende. Sykepleierens holdninger er viktig for å skape gode relasjoner til barnet og familien (Tveiten 2012c). Samtidig beskrev Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) at det var nyttig at sykepleier var vennlig, rolig, tålmodig, oppmuntrende og humoristisk, for å skape en god pasient-sykepleier relasjon. Sykepleier kan være tillitsvekkende og snill, men samtidig kan hun utføre ubehagelige og skremmende prosedyrer som fort svekker tilliten til henne. Det kan derfor være hensiktsmessig at sykepleier anstrenger seg for å oppnå tillit hos barn og foreldre når barnet legges inn på sykehus (Grønseth og Markestad 2013).

Noen av barna i studien til Coyne og Gallagher (2011) utrykte en redsel for å stille spørsmål til helsepersonellet i frykt for at de skulle bli irriterte, fordi de hadde mye å gjøre. For at barnet skal få tillit til sykepleier, er det viktig at sykepleier både er fysisk og psykisk tilstede (Grønseth og Markestad 2013). Barn setter pris på at sykepleier lytter og setter av tid til å være sammen med dem slik at de kan ha øyekontakt med sykepleier (Grønseth og Markestad 2013). Barna i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) syntes det var viktig at sykepleier tok seg tid til dem og lyttet, ikke bare i behandling men også i andre aktiviteter. Orem beskrev at en viktig del av sykepleierrollen var å lytte, for å være psykisk støttende for barnet (Cavanagh 2008).

I studien til Coyne og Gallagher (2011) kom det frem at barna opplevde flere negative følelser som skuffelse, redsel, tristhet og avvising ved manglende inkludering i kommunikasjonen. Barna i studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) opplevde det som vanskelig å kommunisere med legene, men derimot følte de at det var enklere å skape gode relasjoner med

sykepleierne. I studien til Coyne og Gallagher (2011) ble det beskrevet at barna hadde opplevd situasjoner hvor legene tok med foreldrene og forlot barnet for å snakke om barnets tilstand. Dette gjorde at barna ble bekymret og redde for at informasjonen som ble gitt var alvorlig (Coyne og Gallagher 2011). I samtaler med helsepersonell som angår barnet, bør barnet være hovedpersonen (Grønseth og Markestad 2013). Noen av barna i studien til Coyne og Gallagher (2011) utrykte sin bekymring da foreldrene tilbakeholdt informasjon som angikk barna. I barnas behandling i studien til Coyne og Gallagher (2011) forklarte de at sykepleierne utførte prosedyrer hvor forklaring om hva som skulle hende ble helt eller delvis utelatt. På bakgrunn av dette verdsatte barna foreldrenes tilstedeværelse i kommunikasjonsprosessen (Coyne og Gallagher 2011). Ved undersøkelser og prosedyrer bør sykepleier informere barnet i forkant hva dette innebærer for å redusere barnet og foreldrenes stressnivå (Grønseth og Markestad 2013). Barna i studien til Coyne og Gallagher (2011) rapporterte at det var vanskelig å stille spørsmål under samhandling med helsepersonellet på grunn av barnets stressfølelse.

Coyne og Gallagher (2011) beskriver viktigheten av å kommunisere med barn i beslutningsprosesser, for å formidle respekt, forbedre og utvikle barnets beslutninger og bidra til psykososial trivsel. Sykepleierne og foreldrene burde ha en barnesentrert tilnærming for å i større grad inkludere barnet i beslutningsprosesser, noe som bidro til at kvaliteten på omsorgen ble forbedret (Coyne og Gallagher 2011). Noen av barna i Ekra og Gjengedal (2012) mente at hvis undervisningen ble gjort på en barnevennlig måte, ble det enklere å forstå. I likhet med dette kom det også frem i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) at det var viktig at sykepleier ikke brukte vanskelige ord under kommunikasjonen med barnet. I kommunikasjon med barn bør det brukes et naturlig og dagligdags språk. Ved bruk av langsom og barnslig tale kan barnet lett ut av samtalen (Grønseth og Markestad 2013). Det ble også beskrevet i studien til Ekra og Gjengedal (2012) at barna forsto enklere ved at sykepleier kommuniserte på en barnevennlig måte. Samtidig uttrykte barna at «voksensnakk» var kjedelig og vanskelig å forstå (Ekra og Gjengedal 2012).

5.3 Inkludere barnet i behandlingen

I studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) ønsket barna å være uavhengig av personene rundt seg ved valg og beslutninger om diabetesbehandlingen. Det blir samtidig beskrevet at de trengte foreldrene i avgjørelsene om behandlingen på grunn av at de ikke var modne nok og hadde lite kunnskap om håndteringen av T1DM (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Det kom frem i studien til Coyne og Gallagher (2011) at barna mente at alder ikke var av betydning for å ta avgjørelser, men at hvert enkelt barn burde bli individualisert i beslutningsprosessen. Likevel beskrev Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) at barnas utviklingsnivå og modenhet øker med alderen som gradvis gjør de mer selvstendige. I følge pasient- og brukerrettighetsloven §4-4 skal foreldre etter hvert som barnet utvikles, høre hva barnet mener før de samtykker på barnets vegne. Men barnet har rett til å si hva det mener om alt som angår egen helse etter fylte 12 år (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §4-4). I alderen 6-12 har barnet større evne til å tenke abstrakt, bli mer selvstendig og har på bakgrunn av dette større behov for å føle seg verdsatt (Grønseth og Markestad 2013)

I Coyne og Gallagher (2011) ønsket barna å bli involvert i beslutninger som angikk deres omsorg, og et av barna fortalte at hvis beslutningene omhandlet han, burde han få ta del i det. Viktigheten av å inkludere barna i behandlingen fra begynnelsen av ble påpekt i studien til Ekra og Gjengedal (2012), for å kunne håndtere sin T1DM. Sammenlignet med studien til Coyne og Gallagher (2011) snakket flere av barna om mangel på valg eller mulighet til å bestemme, og at det var sykepleier som i størst grad bestemte. Det å bli ekskludert fra beslutningsprosessen hadde noe å si for hvordan barna kunne motta omsorg (Coyne og Gallagher 2011). Det kom også frem i studien Coyne og Gallagher (2011) at barnet burde få mulighet til å gi informasjon om seg selv, siden foreldrene ikke alltid gav riktig informasjon om barnet til sykepleier. Noen av foreldrene hindret barnets deltakelse ved at de svarte på spørsmål på barnets vegne (Coyne og Gallagher 2011). Det kan oppstå utfordringer for sykepleieren med tanke på barnets empowerment og autonomi når foreldrene tar avgjørelser på barnets vegne (Tveiten 2012c). Likevel ble foreldrene i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) oppfordret til å delta i den praktiske opplæringen. Ekra og Gjengedal (2012) beskrev at tilstedeværelse av foreldre og aktiv deltakelse i sykdomsbehandlingen var viktig for barna. De hevdet også at barna gradvis klarte å håndtere sin nye hverdag ved å aktivt få delta i sin behandling og barna taklet det bra å få et stort ansvar (Ekra og Gjengedal 2012). Noen av

barna i studien til Coyne og Gallagher (2011) hadde positive erfaringer med å bli inkludert i beslutningsprosesser, noe som medførte at de følte seg mer verdsatte, glade og mindre engstelige. Igjennom dette fikk de også vite hva de kunne forvente av sykdommen, redusere bekymringene og å bli oppmuntret (Coyne og Gallagher 2011). Orem belyser vanskeligheten med å ta avgjørelser for sin egen helse. På grunn av fysisk psykisk eller emosjonell svikt kan det være problematisk å delta i planleggingen og utøvelsen av egenomsorg (Cavanagh 2008). Det kom frem individuelle forskjeller på hvor stor del barnet ønsket å delta i studien til Coyne og Gallagher (2011). Noen av barna mente at å ta beslutninger var en felles prosess mellom barnet, foreldrene og sykepleier. Andre barn overlot dette ansvaret til foreldrene på bakgrunn av at de hadde mer kunnskap. Likevel kategoriserte barna beslutningene i «små» og «alvorlige», og at de «små» beslutningene var noe barna ønsket å ta del i og overlate de «alvorlige» beslutningene til foreldrene og sykepleier (Coyne og Gallagher 2011).

I studiene til Hopia mfl. (2005) og Ekra og Gjengedal (2012) ble det skapt en trygghet for barna at rommene deres og avdelingen var barnevennlig. Tilrettelagte omgivelser kan være av betydning for barnets eksisterende egenomsorgsferdigheter og utviklingen av nye (Cavanagh 2008). Orem fremhevet at barnets helse blir fremmet ved at sykepleier tilrettelegger omgivelsene etter barnets behov siden omgivelsene er av stor betydning i omsorgen for barnet (Cavanagh 2008). Å ha et eget rom var viktig for å ha et sted å kunne trekke seg tilbake hvor de ikke ble vurdert av sykepleier og eller bli forstyrret av andre pasienter (Ekra og Gjengedal 2012).

5.4 Viktigheten av å ikke føle seg annerledes

I studien til Freeborn mfl. (2013) var det viktig å ivareta de psykososiale og fysiske behov i forebygging og behandling av T1DM hos barn. Et av målene med egenomsorg var å føle seg «normal» (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). I studiene til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015), Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) og Freeborn mfl. (2013) var det et fremtredende resultat at barna følte seg annerledes tilknyttet sin T1DM, og ønske var sterkt til å føle seg «normal», spesielt blant jevnaldrende. Med dette tatt i betraktning kan det være hensiktssmessig at sykepleier oppmuntrer barnet til fortelle om sin T1DM til vennene sine, tidlig i forløpet, for at barnet lettere skal akseptere sykdommen sin (Hanås 2011). Orem beskriver at en viktig del av å bli syk kan være et endret selvbilde, og at en må tilpasse seg de

endringer som følger med sykdommen (Cavanagh 2008). Hos barn med kronisk sykdom kan selvfølelsen påvirkes negativt av å være annerledes. Sykepleier og foreldre kan påvirke barnets selvbilde i en positiv retning, ved å ha tiltro til barnets evner, bygge på barnets sterke sider, verdsetter barnet som den personen det er og stimulere til uavhengighet (Grønseth og Markestad 2013). I studiene til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) og Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) ble følelsen av å være annerledes fremkalt ved matrestriksjoner og bli tatt ut av aktiviteter, på grunn av faren for lavt blodsukker. Denne følelsen ble også trigget ved at jevnaldrende behandlet barnet som annerledes på grunn av T1DM, og at de til tider kunne være overbeskyttende (Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Selvbilde kan bli negativt påvirket hvis man er overbeskyttende overfor barnet (Grønseth og Markestad 2013).

Følelsen av å være annerledes med T1DM ble belyst som en stressfaktor hos barn i studien til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015), på grunn av blodsukkerkontroll, matrestriksjoner, begrensning i aktiviteter, og mangel på kunnskap. Det viser seg at et høyt stressnivå kan føre til at barn reagerer med aggresjon, tilbaketrekking, sepsjonsangst og spise- og søvnproblemer. Et barn forsvarer seg ubevisst ved å gå tilbake til tidligere utviklingstrinn hvis stress overskrider det barnet kan håndtere. Denne regresjonen reduserer den kognitive kapasiteten, som medfører et dårligere tidsbegrep og det blir vanskeligere å huske og forstå informasjon (Grønseth og Markestad 2013).

5.5 Kunnskap, undervisning og veiledning

I studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) var et av hovedelementene i sykepleiekompetansen å ha kunnskap om sykdommen, symptomer, undersøkelser og behandling. Manglende sykepleierkunnskap om sykdommen førte til at barnet og foreldrene ikke fikk tilstrekkelig informasjon (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). For å kunne møte barnets behov bør sykepleier ha tilstrekkelig og relevant kunnskap om for eksempel pediatri og barnets utvikling (Tveiten 2012c). Det er av betydning at sykepleier kan samarbeide med barnet, har kunnskap om behandling, kan beherske det tekniske utstyret og at barnets sikkerhet på en best mulig måte blir ivaretatt (Tveiten 2012c). Sykepleier måtte ha kunnskap om å undervise barn og foreldre i følge studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013). Samtidig måtte de ha kunnskap om barnets utvikling for å kunne hjelpe barnet i henhold til deres alder, å kommunisere ut ifra barnets nivå og gi barnet mer ansvar for sin egenomsorg (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Dette kommer også frem i studien til Kelo, Martikainen,

Eriksson (2011) hvor det blir beskrevet at sykepleier må ha kunnskap om barnets utvikling og deres modenhet for å kunne tilpasse undervisningen individuelt. Orem hevder at sykepleierne skal være lærere, noe som krever kunnskaper, ferdigheter og å ha formidlingsevne (Cavanagh 2008).

I studien til Coyne og Gallagher (2011) kom det frem at barna trengte informasjon for å vite hva de kunne forvente seg av sin T1DM og sykehusoppholdet. De fleste barna i studien til Ekra og Gjengedal (2012) hadde hørt om T1DM, men forståelsen av sykdommen var begrenset. Å gi barnet relevant informasjon eller råd er en viktig sykepleierrolle for å veilede barnet slik at det kan møte sine egenomsorgsbehov (Cavanagh 2008). I yrkesetiske retningslinjer punkt 1.2 blir det beskrevet at hvis sykepleier gir pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon og er sikker på at pasienten har forstått informasjonen, kan dette fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Sneltvedt 2010b). Studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) beskriver viktigheten av individuell opplæring og at sykepleier må ha kunnskap om barnets utviklingsstadiet og modenhet og hvilke muligheter foreldrene har. Barnets utviklingsnivå og modenhet øker når barnet blir eldre, ferdigheten og kunnskapene blir bedre, noe som resulterer i at barna kan ta mer ansvar for sin egen omsorg (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). Sammenlignet med studien til Ekra og Gjengedal (2012) mente barna at de lærte mer ved at opplæringen var tilpasset dem. Det er av stor betydning av hvilke måte kunnskapen formidles på, og barnets og foreldrenes evne til å oppfatte, forstå og nyttiggjøre seg av kunnskapen (Tveiten 2012b). Barnets og familiens kunnskap om sykdom og behandling kan økes ved undervisning, men den må tilpasses etter deres ønsker, prioriteringer og dagligliv for å oppnå varige livsendringer (Grønseth og Markestad 2013).

Det kom frem i studien til Ekra og Gjengedal (2012) at barna syntes det var enklere å forstå det sykepleieren formidlet, ved at sykepleierne underviste og veiledet på en barnevennlig måte ved å bruke film, brosjyrer, illustrasjoner og figurer. Det ble også hevdet at barna lærte å håndtere sin sykdom, ved å gjøre, se og oppleve, de utviklet da en gradvis selvstendighet og forståelse som gav barna selvtillit (Ekra og Gjengedal 2012). Det viser seg at undervisning og opplæring ved nyoppdaget T1DM kan fremme egenomsorg (Musaeus 2001). I studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) ble det beskrevet at de fleste barna hadde gode relasjoner med sykepleier og de anså det som viktig å få positive tilbakemeldinger fra sykepleier.

Kunnskap og ferdigheter fremmet egenomsorg og en kombinasjon av disse økte selvstendigheten (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011). I Musaeus (2001) blir det beskrevet at egenomsorg blir fremmet ved at pasienten selv har kunnskaper og ferdigheter tilknyttet T1DM. Det ble hevdet i studien til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) at sykepleier som underviste samt barn ikke bare burde ta de fysiske behovene i betraktning men også kunne samarbeide med barnet, forstå opplevelsen av smerte, øke forståelsen av sykdommen og forbedre barnets livskvalitet, spesielt med tanke på de emosjonelle og psykososiale aspektene.

I studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) inkluderte pasientopplæringen en vurdering av opplæringsbehov, planlegging, gjennomføring og evaluering. Opplæringsbehovet gikk på barnets og foreldrens tidligere erfaringer og kunnskap, og opplæringen ble basert på deres premisser. Planleggingen ble forberedt ved å finne riktig informasjon, materialer og utstyr. I gjennomføringen ble det brukt undervisningsmetoder og viktig informasjonen ble gjentatt. I studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) kom det frem at gjensidig tillit med sykepleier gjorde det enklere for barnet å snakke, stille spørsmål og uttrykke meninger. Dette fremmet barnets deltakelse. Barnets og foreldrenes tillit til sykepleier kan ha stor betydning for samarbeidet, og for barnets opplevelse i sykehus. Det belyser viktigheten av at sykepleier anstrenger seg for å oppnå tillit. Det kan være hensiktsmessig at informasjonen gis både muntlig og skriftlig (Grønseth og Markestad 2013) dette beskrev også barna i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) som nyttig, samt gjentakelse av informasjon. Barnets og familiens trygghet kan økes og kvaliteten i undervisningen kan sikres ved at det er den samme sykepleieren som formidler kunnskap (Tveiten 2012b).

I studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) var to av målene å kunne mestre og å være uavhengig. Et fremtredende resultat i flere artikler var følelsen av frykt, usikkerhet og smerte ved kontakt med nåler og stikk under diabetesbehandlingen (Kelo, Martikainen og Eriksson 2011; Ekra og Gjengedal 2012; Sparapani, Jacob og Nascimento 2015). Hanås (2011) påpeker at injeksjoner er smertefullt for barna, men med tiden vil de vende seg til det.

Blodsuktermåling er i dag noe man ikke kan unngå, men sykepleier kan hjelpe barnet å mestre dette (Hanås 2011) Studien til Ekra og Gjengedal (2012) hevdet at praktisk opplæring om injeksjonsteknikk og blodsuktermåling var viktig fra begynnelsen, og at dette medførte at barna gradvis klarte å stikke seg selv ved at sykepleier viste de hvordan det medisinske utstyret skulle håndteres. Selv om barnet har mange bekymringer rundt nåler og stikk, hevder

Freeborn mfl. (2013) sin studie at sykepleier ikke er i stand til å fjerne disse helt, men at det er viktig å respektere og hjelpe dem til å håndtere sine bekymringer. Barn med gjennomsnittsalder på åtte år lærer raskt å sette injeksjoner (Hanås 2011). I studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) kommer det frem at barna lærte å teste blodsukkeret sitt i en gjennomsnittsalder på 7-8 år, og at de kunne måle og forstå blodsukkeret sitt på egenhånd i en alder på 11-12 år.

I studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) kom det frem at barnet skulle være fokus i opplæringen men at foreldre burde delta for å øke barnets trygghet. I studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) ble det belyst at barna trenger hjelp av foreldrene i diabetesbehandlingen og dele ansvaret med dem, fordi de selv ikke er modne nok til å ta avgjørelser angående sin T1DM og ikke har full kunnskap om håndteringen av T1DM. I studien til Hopia mfl. (2005) kom det frem at familien trengte tilgang til informasjon for å kunne mestre den nye situasjonen, og at regelmessig informasjon om barnets sykdom, prognose og behandling gjorde at familien fikk en følelse av kontroll og taklet sin usikkerhet. I studien til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) ble det hevdet at det var en forutsetning for barnets diabeteskontroll at foreldrene hadde kunnskap og evnene til å håndtere T1DM.

5.6 Metodiske overveielser

Under litteraturstudiet er undervisningsplanen til studieenhet 3, kull 13HBSPLH blitt brukt for å finne bacheloroppgavens elementer. I søkeprosessen ble det funnet flere interessante studier, men som ikke tilfredstilte alle kravene. Selv om det ble funnet flere studier hvor tema var av relevans, ble disse utelukket fordi resultatene ikke gav svar på oppgavens problemstilling. I litteraturstudiet er det valgt syv studier som er av relevans for oppgavens tema, likevel kan det ikke utelukkes at det finnes flere studier som kunne vært av betydning for oppgaven. Studiene er opprinnelig skrevet på engelsk og tross for oversettelser kan resultatene ha blitt feiltolket, selv om ordbøker er blitt brukt.

Det er i denne oppgaven valgt å ta med seks kvalitative studier, og et review som inneholdt både kvalitative og kvantitative studier. Det er valgt å ta med flest kvalitative studier siden det var få kvantitative studier å finne av temaets relevans. Selv om flere av studiene er utført utenfor norden ble likevel studiene tatt med siden resultatene kan relateres til norsk klinisk praksis.

T1DM er en kronisk sykdom og kan ha flere fellestrekk som er relatert til barnets opplevelse i sykehus og sykepleiers rolle. Det er derfor valgt en studie som omhandler kronisk sykdom, hvor ingen spesifikke sykdommer er nevnt. Studiet til Coyne og Gallagher (2011) er valgt fordi sykepleiers kommunikasjonsmåter og inkludering av barnet i beslutningsprosesser er sentralt for oppgaven. I oppgaven er det også valgt flere studier som ikke omhandler egenomsorg direkte, men kan relateres til oppgavens relevans fordi resultatene er av betydning for hvordan sykepleier kan hjelpe barnet til å fremme egenomsorg. I tre av studiene går barnas alder opp til 16 og 18 år. Dette er tatt med i betraktning når resultatene er analysert og de resultatene hvor det tydelig gjaldt barn over 12 år er blitt utelukket. Likevel er det ingen sikkerhet i at resultatene som er valgt ikke omhandler barn over 12 år.

5.7 Forskningsetikk

De sentrale forskningsetiske normene er: hensynet til forsøkspersonen, informert og frivillig samtykke, samt konfidensialitet ved forsknings og studentprosjekter. En sykepleier skal kjenne til de viktige forskningsetiske prinsippene for å vite hvordan veiledning av pasienter som deltar i forskningen skal foregå (etikk, s.208). Det viktigste prinsippet er hensyn til forsøkspersonen, dette innebærer at et informert og frivillig samtykke skal innhentes, samt at personen skal vite hvilke eventuelle risikoer forskningsprosjektet medfører. Hvis pasienter skal delta må det innhentes en tillatelse fra for eksempel en regional etikk komitè (REK) for medisinsk forskningsetikk. Personvern hensyn skal sikres ved at persondata skal behandles konfidensielt. Ved studentarbeid skal også de forskningsetiske normene følges for å ivareta respekten av enhver persons autonomi og rett til å være delaktig i beslutninger i sitt eget liv (etikk, s.219). Av studiene som er tatt med i dette litteraturstudiet er det bare to som ikke er belyst etisk godkjente, alle de andre er etisk godkjente. I studien til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) var det ikke nevnt etisk godkjenning, men det var innhentet et samtykke fra barna og foreldrene som deltok. Studien til Kelo, Martikainen, Eriksson (2011) er et review hvor resultatene er hentet fra flere empiriske studier og det er ikke oppsummert en samlet etisk godkjenning for disse i denne studien, men muligheten for at hver enkelt studie er etisk godkjent kan være tilstede.

6.0 Konklusjon

I dette litteraturstudie var det flere hovedelementer som var viktig for at sykepleier kan hjelpe barnet til å fremme egenomsorg. Disse elementene omhandler sykepleiers kunnskap og kompetanse, undervisning, veiledning og opplæring, kommunikasjon og inkludering av barnet i behandlingen og støtte fra foreldrene. Sykepleie til barn må tilpasses individuelt til barnets alder og utvikling. Det er sentralt at sykepleier lærer barnet til å mestre og bli selvstendige for at barnet skal oppnå egenomsorg ved nyoppdaget T1DM. Sykepleier har et ansvar for at barnet har kunnskap om dette.

Under undervisning og veiledning til barnet er det viktig at sykepleier tilpasser kommunikasjonen ved å bruke et lett og forståelig språk, og bruke hjelpemidler som gjør undervisning enklere, som for eksempel film, illustrasjoner eller figurer. Informasjonen som blir gitt til barnet og foreldrene bør være både skriftlig og muntlig, og gjentakelse kan være med å sikre at informasjonen er forstått. Sykepleiers holdninger er av stor betydning for å skape tillit og trygghet hos barnet, og tilrettelegging av miljøet vil fremme trygghet hos barnet. Det er sykepleiers oppgave å lære barnet i å håndtere det tekniske utstyret ved måling av blodglukose og administrering av insulin. Det er viktig at barnet er i fokus under behandlingen og opplæringen, og ved å involvere barnet og la det få ta mer ansvar i behandlingen hjelper barnet til å mestre og bli mer selvstendig. Frykten for nåler og stikk kan reduseres ved at barnet blir inkludert og får prøve selv. Det er viktig å inkludere foreldrene i behandlingen og opplæringen hos barn med diabetes da det er de som er barnets kilde til informasjon i hjemmet. Kvalifikasjonene til sykepleier er avgjørende for at barnet og foreldrene får god opplæring og relevant kunnskap tilknyttet T1DM. Foreldrene er barnets trygghet i sykehus, og det er sykepleier sin rolle å ta ansvar for at foreldrene ikke er et hinder i behandlingen, men er der til hensikt for barnet ved å støtte og gi trygghet.

7.0 Litteraturliste

- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Barn og diabetes. (2015). Tilgjengelig fra <http://diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-1/barn-og-diabetes/> (Hentet: 09.03.16).
- Bilous, R. W. (2007) *Forstå diabetes*. Oslo: Exlibriz.
- Cavanagh, S. J. (2008) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Coyne, I. og Gallagher, P. (2011) 'Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting', *Journal of Clinical Nursing*, 20(15/16), s. 2334-2343.
- Ekra, E. M. R. og Gjengedal, E. (2012) 'Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness— A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital', *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 7 s. 1-9.
- Ekra, E. M. R., Korsvold, T. og Gjengedal, E. (2015) 'Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present experiences', *BMC Nursing*, 14(1), s. 1-19.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* 3. utg. Stockholm: Natur & kultur.
- Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. og Mandlco, B. (2013) 'Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives', *Journal of Clinical Nursing*, 22(13/14), s. 1890-1898.
- Grønseth, R. og Markestad, T. (2013) *Pediatri og pediatrik sykepleie* 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanås, R. (2011) *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne : bli ekspert på din egen diabetes* 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E. og Åstedt-Kurki, P. (2005) 'Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health', *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), s. 212-222.
- Høgskolen i Gjøvik (2015) *Forskningsområde klinisk sykepleie*. Tilgjengelig fra <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (Hentet: 18.05.16).
- Håkonsen, K. M. (2011) *Innføring i psykologi* 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Jenssen, T. (2012) 'Diabetes mellitus', i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 379-391.
- Kelo, M., Martikainen, M. og Eriksson, E. (2011) 'Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review', *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), s. 2096-2108.
- Kelo, M., Eriksson, E. og Eriksson, I. (2013) 'Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), s. 894-904.
- Kirk, S., Beatty, S., Callery, P., Milnes, L. og Pryjmachuk, S. (2012) 'Perceptions of effective self-care support for children and young people with long-term conditions', *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), s. 1974-1987.
- Kristoffersen, N. J. (2011) 'Teoretiske perspektiver på sykepleie', i Skaug, E.-A., Nortvedt, F. og Kristoffersen, N. J. (red.) *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 207-280.
- Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2011) 'Relasjonen mellom sykepleier og pasient', i Skaug, E.-A., Nortvedt, F. og Kristoffersen, N. J. (red.) *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 83-133.
- Mosand, R. D. og Stubberud, D.-G. (2013) 'Sykepleie ved diabetes mellitus', i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie: 1*. 4 utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 507-536.
- Musaeus, L. (2001) 'Sygeplejerskens rolle i diabetesomsorgen', i Musaeus, L. og Borrild, L. K. (red.) *Sygepleje til mennesker med diabetes*. København: Munksgaard, s. 40-54.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 18.05.16).
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2014) *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* 8. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Sagen, J. V. (2011) 'Sykdomslære', i Skafjeld, A. og Graue, M. (red.) *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe, s. 19-73.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. og Bjålie, J. G. (2009) *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. og Drivvoll, A. K. (2014) *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes*. Tilgjengelig fra <http://www.oslo->

[universitetssykehus.no/omoss /avdelinger /barnediabetesregisteret /Documents/Barn
ediabetesregisteret%20%C3%85rsrapport%202014.pdf](http://universitetssykehus.no/omoss /avdelinger /barnediabetesregisteret /Documents/Barn%20ediabetesregisteret%20%C3%85rsrapport%202014.pdf) (Hentet: 01.03.16).

- Sneltvedt, T. (2010a) 'Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier?', i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 149-163.
- Sneltvedt, T. (2010b) 'Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere', i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 97-115.
- Sparapani, V. d. C., Jacob, E. og Nascimento, L. C. (2015) 'What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?', *Pediatric Nursing*, 41(1), s. 17-22.
- Steen, H. F. (2012) 'Utviklingspsykologi', i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (red.) *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 83-109.
- Tveiten, S. (2012a) 'Barns helse og livskvalitet', i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (red.) *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 42-82.
- Tveiten, S. (2012b) 'Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre', i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (red.) *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 157-204.
- Tveiten, S. (2012c) 'Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?', i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (red.) *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 11-41.