

BACHELOROPPGAVE:

**HVORDAN KAN SYKEPLEIERE  
BIDRA TIL  
MESTRINGSFØLELSE HOS  
BARN OG UNGE MED  
DIABETES MELLITUS TYPE 1?**

FORFATTERE: CATHRINE LARSEN  
TORD THORSRUD

Sted, dato: NTNU i Gjøvik, 19.mai 2017

## **Forord**

Denne bacheloroppgaven er den avsluttende oppgaven på studiet Bachelor i sykepleie våren 2017. Oppgaven er skrevet i samarbeid mellom to sykepleiestudenter. Vi håper at både sykepleiere, sykepleierstudenter og andre kan ha nytte av å lese oppgaven vår.

Valget falt på temaet sykepleie til barn og unge fordi vi ser på dette som en spennende og samtidig utfordrende pasientgruppe. Diabetes ble valgt fordi det er relevant å knytte opp til barn og unge, siden det er en stadig økende forekomst av barnediabetes i Norge og Europa.

Vi har gjennom denne litteraturstudien fått god innsikt i hvordan sykepleiere kan bidra til mestringsfølelse hos barn og unge med diabetes mellitus type 1.

Vi ønsker å takke vår veileder Bente Hamnes, for god veiledning i løpet av denne perioden.

*“With good self-management and  
**health professional**  
**support**, people with diabetes can  
live a long, **healthy life”***

(International Diabetes Federation, 2015, s. 24).

## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringsfølelse hos barn og unge med diabetes mellitus type 1?	Dato : 19.05.17
Deltakere	Cathrine Larsen Tord Thorsrud	
Veileder:	Bente Hamnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Sykepleiers rolle, barn og unge, diabetes mellitus type 1, mestring	
Antall sider/ord: 48 / 10920	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p><b>Introduksjon/Bakgrunn:</b> Norge er et av landene i verden med størst hyppighet av diabetes blant barn, i 2015 ble det fra norske sykehus rapportert om 386 nye tilfeller av diabetes type 1 hos de under 18 år. For barn kan det være utfordrende å få en diabetesdiagnose som de er nødt til å leve med resten av livet, denne utfordringen kan by på problemer med tanke på mestringsfølelsen.</p>		
<p><b>Hensikt:</b> Hensikten med denne bacheloroppgaven er å finne artikler som er med å belyser vår problemstilling: <i>Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringsfølelse hos barn og unge med diabetes mellitus type 1?</i></p>		
<p><b>Metode:</b> Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, det er gjennom strukturerte- og ustrukturerte søk etter nyere forskningslitteratur funnet 6 artikler som er inkludert.</p>		
<p><b>Resultater:</b> Viktige elementer for hvordan sykepleierne kan bidra til mestringsfølelse hos barn og unge med diabetes type 1 kom frem. Studien har 3 hovedtemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes.</li><li>2. Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen.</li><li>3. Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge.</li></ol>		
<p><b>Konklusjon:</b> Sykepleierne kan bidra til mestringsfølelse hos barna gjennom å inkludere de i undervisningen, se barnet som et enkeltindivid og ikke som "pasient", oppmuntre de til å søke informasjon, og gi tilstrekkelig med støtte og veiledning.</p>		

## ABSTRACT

Title:	How can nurses contribute to the feeling of self management in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus?	Date : 19.05.17
Participants	Cathrine Larsen Tord Thorsrud	
Supervisor	Bente Hamnes	
Employer:		
Keywords (3-5)	Nursing role, child, diabetes mellitus type 1, self management	
Number of pages/words: 48 / 10920	Number of appendix: 1	Availability: open
Short description of the bachelor thesis:		
<p><b>Introduction/Background:</b> Norway is one of the countries in the world with the highest incidence of diabetes among children, in 2015 norwegian hospitals reported 386 new cases of type 1 diabetes in children under the age of 18. Children might experience difficulties with getting a diabetes diagnose they have to live with the rest of their life, this challenge can cause problems regarding the feeling of self management.</p> <p><b>Purpose/Aim:</b> The purpose of this bachelor thesis is to find articles that highlights our aim: <i>How can nurses contribute to the feeling of self management in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus?</i></p> <p><b>Method:</b> This bachelor thesis is a literature study. Structured and unstructured searches were used to find recent research literature. A total of 6 articles are included.</p> <p><b>Results:</b> Important elements to how nurses can contribute to the feeling of self management in children and adolescents with type 1 diabetes was found. The study has 3 main categories:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Education of children and adolescents is meaningful in the treatment of diabetes.</li> <li>2. Knowledge and information are important factors for children and adolescents in diabetes care.</li> <li>3. Communication and interaction are important in the collaboration of diabetes care for children and adolescents.</li> </ol> <p><b>Conclusion:</b> Nurses can contribute to the feeling of self management in children by including them in the education, seeing the child as an individual human being and not just a “patient”, encouraging them to seek information, and provide adequate guidance and support.</p>		

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>8</b>
1.1. Sykepleiefaglig relevans, betydning for klinisk sykepleiepraksis og relasjon til seksjonens forskningsområde .....	8
1.2. Begrunnelse for valg av tema .....	9
1.3. Avgrensninger .....	10
1.4. Oppgavens innhold .....	10
<b>2. Bakgrunn</b> .....	<b>11</b>
2.1. Diabetes mellitus .....	11
2.1.1. Diabetes mellitus type 1 .....	11
2.2. Barns utvikling .....	12
2.3. Mestring og mestringsstrategier hos barn og unge .....	13
2.4. Sykepleie til barn og unge .....	14
2.5. Teoretisk referanseramme .....	15
2.5.1. Aaron Antonovsky .....	15
2.5.2. Menneske-til-menneske-forholdet .....	16
2.6. Litteraturstudiens hensikt og problemstilling .....	16
<b>3. Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1. Litteraturstudie som metode .....	17
3.2. Søkeprosessen.....	17
3.2.1. Tabell 1, strukturerte søk .....	20
3.2.2. Tabell 2, ustrukturerte søk .....	22
3.3. Kildekritikk og analyse .....	22

<b>4. Resultat .....</b>	<b>24</b>
4.1. Artikkelmatriser .....	24
4.2. Sammenstilling av resultat .....	30
4.2.1. Tabell 3, resultatets temaer og kategorisering .....	30
4.2.2. Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes .....	30
4.2.3. Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen .....	31
4.2.4. Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge .....	33
4.3. Avgrensninger i drøfting .....	34
<b>5. Drøfting .....</b>	<b>35</b>
5.1. Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes .....	35
5.2. Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen ....	37
5.3. Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge .....	40
5.4. Metodisk overveielse og forskningsetikk .....	43
<b>6. Konklusjon .....</b>	<b>45</b>
<b>7. Litteraturliste .....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 1 – Begrepsavklaring .....</b>	<b>49</b>

**Antall ord:** 10 920

# 1. Innledning

Barnediabetesregisterets årsrapport fra 2015 viser at Norge er et av landene i verden med størst hyppighet av diabetes før 15 års alderen (Skrivarhaug, Kummernes og Drivvoll, 2016). Når det oppdages at et barn har diabetes, er det veldig ofte diabetes type 1. I 2015 ble det fra sykehusene i Norge innrapportert 386 nye tilfeller av diabetes hos barn og unge under 18 år, i disse tilfellene var 98% diabetes type 1 (Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, 2016).

Det kan være utfordrende å få en diabetesdiagnose som man må leve med resten av livet (Grønseth og Markestad, 2011). Sykdommen bidrar til møte med noe nytt og ukjent, og dette kan være skremmende. Uvissheten kan gjøre at folk ikke helt vet hvordan de skal forholde seg til situasjonen (Grønseth og Markestad, 2011). Usikkerheten må møtes med mål om at trygghet og kunnskap om diagnosen skal føre til en følelse av å oppnå mestring (Cooke og Plotnick, 2008).

Diabetes type 1 er en sykdom som er avhengig av at man selv følger opp med målinger av blodsukker og setter insulin ved behov (Jenssen, 2011). Ved at barn og unge på et tidlig stadie får ansvar for sin egen sykdom og behandling, viser Olinder, Nyhlin og Smide (2011) at dette vil fremme en positiv opplevelse og en viten om at dette er en sykdom de kan leve med.

## 1.1. Sykepleiefaglig relevans, betydning for klinisk sykepleiepraksis og relasjon til seksjonens forskningsområde

Sykepleiere har en viktig rolle i arbeidet med pasienter som får diabetes type 1 (Fox, 2010). Det er sykepleieren som oftest veileder og lærer pasienten hvordan man skal forholde seg til og behandle sykdommen. Sykepleiere bruker både kunnskapsbasert og erfaringsbasert kunnskap for å gi god opplæring og veiledning til pasienter med diabetes (Fox, 2010; Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap og kompetanse, slik at de skal kunne gi god behandling og veiledning til pasienter med diabetes.



I en studie av Fox (2010) kom det frem at flertallet av helsepersonell mener at behandlingsregimene ved diabetes må tilpasses hver enkelt pasients behov. Studien kom frem til at pasienter kan ha behov for forskjellig oppfølging. Dag til dag behandling kan styrke pasientens opplevelse av støtte og oppfølging (Fox, 2010).

De yrkesetiske retningslinjene forteller at utøvelsen av sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert- og brukerkunnskap. Hver sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Det er viktig at sykepleiere som er i jobb holder seg faglig oppdatert med tanke på den nyeste kunnskapen som er tilgjengelig. Barn og unge er en utsatt gruppe med behov for at helsepersonell har kompetansen til å behandle og veilede, slik at barna kan mestre den nye hverdagen med sykdommen (Grønseth og Markestad, 2011).

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik, seksjon for sykepleie gjennomfører forskning som omhandler hvordan sykepleierens funksjon- og ansvarsområde bidrar til å skape kvalitet i sykepleien (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2017a). Litteraturstudien tar opp kvalitet i sykepleien ved å gå nærmere inn på hvordan sykepleiere kan bidra til at barn og unge opplever mestring i sin hverdag med sykdommen diabetes mellitus type 1.

## **1.2. Begrunnelse for valg av tema**

Alle barn og unge som blir alvorlig syke har behov for hjelp fra voksne omsorgspersoner til å dekke sine grunnleggende behov (Grønseth og Markestad, 2011). De er i en sårbar situasjon, der de utvikler seg fort og er umodne. En sykehusinnleggelse kan ha negativ innvirkning på utviklingen, hvis det ikke tilrettelegges for at fysiske, sosiale og miljømessige forhold opprettholdes etter barnet sine vante normer (Grønseth og Markestad, 2011; Steen, 2012). Ved innleggelse i sykehus og ved sykdom forteller Grønseth og Markestad (2011) at mange barn har behov for å bearbeide informasjon og opplevelser før de kan gå videre i livet. Det kan både være følelser og erfaringer med det å plutselig måtte leve med en sykdom resten av livet som trengs å bearbeides (Grønseth og Markestad, 2011).

Når barn med diabetes blir innlagt på sykehus er det viktig at barnet og deres foreldre/familie blir informert og undervist (Pennafort, Silva og Queiroz, 2014). Studien mener at undervisningen og informasjonen i hovedsak gis av en sykepleier under hele oppholdet, fra innleggelse og helt til barnet blir utskrevet. Oppfølgingen skal bidra til at barnet og familien får en bedre opplevelse, kontroll og mestring over barnets blodglukose etter utskrivelse (Pennafort, Silva og Queiroz, 2014).

### **1.3. Avgrensninger**

Denne litteraturstudien kommer kun til å ta for seg diabetes mellitus type 1 og omhandle barn og unge mellom 5-16 år. Fokuset er rettet mot barnet, selv om foreldrene er en viktig støttespiller for barnet og sykepleierne. Barn og unge vil heretter omtales som barn, barna, barnet eller barn og unge.

### **1.4. Oppgavens innhold**

Kapittel 2 tar for seg fag- og forskningsbasert kunnskap knyttet til diabetes mellitus, barns utvikling, mestring og mestringsstrategier hos barn og unge og sykepleie til barn og unge. Kapittel 3 går inn på hva en litteraturstudie er, søkeprosessen fremstiller hvordan artiklene som ble inkludert i studien ble funnet og analyseprosessen av artiklene blir beskrevet. Kapittel 4 inneholder aktuelle resultater fra artiklene og sammenstillingen av resultatet. Kapittel 5 tar for seg drøftingsdelen av litteraturstudien. Her blir aktuelle temaer diskutert, samt metoden og forskningsetikk brukt i de ulike studiene. Kapittel 6 tar for seg litteraturstudiens svar på hensikten og problemstillingen. I kapittel 7 blir all litteratur som er benyttet gjennom hele litteraturstudien presentert.

## **2. Bakgrunn**

### **2.1. Diabetes mellitus**

Det finnes ulike typer diabetes mellitus, hovedtypene er type 1 og type 2 (Jenssen, 2011). Diabetes er en sykdom som hindrer opptaket av glukose (sukker) til cellene i kroppen. Hindringen av glukoseopptaket skjer på bakgrunn av at kroppen ikke får tilstrekkelig av hormonet insulin som produseres i betacellene i pancreas (bukspyttkjertelen) (Jenssen, 2011). Insulin fungerer som en “nøkkel” til cellene slik at glukosen kan utnyttes som energi. Når insulin ikke får gjort “jobben” sin bidrar dette til at cellene går “sultne”, og personen får høyt blodsukker. Ved type 1 har produksjonen av insulin opphørt helt, mens ved type 2 er det en redusert effekt eller produksjon av insulin (Jenssen, 2011). Diabetes diagnostiseres enten ved at pasienten har fastende blodsukker med verdi  $> 7,0$  mmol/L, 2 timers plasmaglukose med verdi  $> 11,1$  mmol/L etter glukosebelastningstest eller HbA1c (blodprøve, langtidsblodsukker) med verdi  $> 6,5$  % (World Health Organization, 2016). Diabetes mellitus type 1 kommer heretter til å bli omtalt som diabetes type 1 eller diabetes.

#### **2.1.1. Diabetes mellitus type 1**

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom. Ved diabetes type 1 angriper kroppens eget immunforsvar de insulinproduserende betacellene i pancreas. Dette skaper en inflammasjon (betennelse) som over tid vil ødelegge cellene som produserer insulin (Jenssen, 2011). Ved diabetes type 1 mangler kroppen evnen til å produsere insulin. Når noen får diagnosen diabetes type 1 starter en livslang behandling med insulin for å sikre opptaket av glukose til cellene (Jenssen, 2011). Den vanligste måten å administrere insulin blant barn og unge er ved bruk av insulinpumpe. Statistikk fra årsrapporten til diabetesregisteret viser at 73,1 % av insulinadministrasjonen blant de mellom 10-14 år foregår ved bruk av insulinpumpe (Skrivarhaug, Kummernes og Drivvoll, 2016).

Jevnlige målinger av blodsukkeret er viktig for å sikre normale glukoseverdier i blodet. Målingene bør gjennomføres rutinemessig, men avtales individuelt med hver enkelt pasient. De fleste kontrollerer blodsukkeret før måltider, 1 ½ - 2 timer etter måltidet og ved leggetid (Mosand og Stubberud, 2010). Målingene av blodsukkeret utgjør utgangspunktet for dosen

insulin som settes (Jenssen, 2011).

Målet med behandling av diabetes type 1 er å oppnå god blodglukosekontroll, normal vekst og utvikling hos barnet (Grønseth og Markestad 2011). Det er ønskelig å unngå akutte tilstander som hypoglykemi (lavt blodsukker, føling), hyperglykemi (høyt blodsukker) og diabetes koma (bevisstløshet forårsaket av høyt eller lavt blodsukker), disse kan være dødelige hvis de går ubehandlet over lengre tid (Cooke og Plotnick, 2008). Diabetes kan gi senkomplikasjoner som for eksempel nevropati (sykdom i nervene) og retinopati (sykdom i netthinnen på øye) (Cooke og Plotnick, 2008; Jenssen, 2011).

Den viktigste faktoren for en velregulert diabetes hos barn er at barnet selv lærer å ta ansvar for sin egen sykdom (Grønseth og Markestad, 2011). Barn og unge som får diabetes er avhengig av god og nøye opplæring fra helsepersonell på sykehuset. Opplæringen må legges til rette, slik at både barnet og foreldrene har mulighet til å lære mer om alle aspektene ved den nye og fremmede sykdommen (Grønseth og Markestad, 2011; Tveiten, 2012).

Undervisningen må tilpasses barnets alder og forståelsesnivå, og gjentas ettersom barnet får mer erfaring og utvikler seg (Cooke og Plotnick, 2008). Diabetes er en kronisk sykdom man må lære seg å leve med og forstå. Det kan være livsviktig å bli kjent med symptomer og tegn på endringer som kan tyde på hypoglykemi eller hyperglykemi (Grønseth og Markestad, 2011). Gjennom god opplæring fra helsepersonell skal barnet selv bli mest mulig selvstendig med tanke på sykdommen. Dette vil bidra til at barnet skal kunne leve et tilnærmet normalt liv (Grønseth og Markestad, 2011).

## **2.2. Barns utvikling**

Barnets utvikling kan ses som et resultat av samspillet mellom arv og miljø (Grønseth og Markestad, 2011). Arvelige faktorer bestemmer barnets potensiale for utvikling. Miljø er påvirkningsfaktorer som virker inn på hvordan det biologiske potensiale kommer til uttrykk (Grønseth og Markestad, 2011; Steen, 2012).

Barn og unge vokser og utvikler seg kognitivt, motorisk og emosjonelt, dette påvirker hvor mye forståelse og innsikt de har i behandling av diabetes. Forståelsen og de motoriske evnene

utvikler seg ettersom barnet utvikler seg (Silverstein, *et al.*, 2005). Dette virker også inn på opplevelsen av å takle og mestre situasjonene.

Barn kan være svært forskjellige og opptre ulikt i ulike situasjoner, ved å inneha kunnskap om hvordan barnets utvikling foregår kan en lettere forstå hva som fører til uttrykt atferd (Steen, 2012). Utviklingsprosesser er komplekse, barns utvikling skjer derfor på ulike måter (Steen, 2012). Barn i alderen 7-12 år kan tenke logisk om konkrete hendelser, men abstrakt tenkning (evnen til å sammenfatte enkeltting eller fenomener under et overordnet begrep) er utfordrende. Barn fra 12 års alderen har utviklet en logisk forståelse og evne til abstrakt tenkning (Steen, 2012).

### **2.3. Mestring og mestringsstrategier hos barn og unge**

Mestring blir i dagligtalen brukt som et synonym til det "*å klare seg, å greie seg og å få til noe*" (Reitan, 2011, s. 74). Med mestring menes hvordan folk møter problemer, stress og utfordringer (Svartdal og Malt, 2016). Mestring er den subjektive opplevelsen av hvordan en klarer å håndtere utfordringer og stress på en hensiktsmessig måte (Reitan, 2011). Kroniske sykdommer kan være en av faktorene som fører til en ekstra belastning i hverdagen (Reitan, 2011).

Mestringsstrategier tas i bruk for å takle krav eller utfordringer. I en mestringsstrategi bruker barn og unge mennesker ulike sider av seg selv for å oppnå kontroll og oversikt over utfordringer i livet (Reitan, 2011). Reinfjell, Diseth og Vikan (2007) har beskrevet viktige faktorer som virker inn på barnets forståelse og tilpasning til det å bli alvorlig syk. Barn og unge kan mestre situasjonen ved å søke informasjon fra ulike kilder. Ved at barn og unge mottar konkret informasjon er det lettere å tilpasse seg situasjonen og redusere usikkerhet (Reinfjell, Diseth og Vikan, 2007). En annen mestringsstrategi kan være å søke støtte og trøst hos foreldre, familie, helsepersonell og venner. Å lete etter årsak til sykdom kan av noen barn bli brukt som en mestringsstrategi. Barn som aktivt deltar i egen behandling kan få en følelse av å oppnå mestring (Reinfjell, Diseth og Vikan, 2007).

Silverstein, *et al.* (2005) viser til hvordan utviklingen hos barn og unge kan påvirke mestringsen ved diabetes. Barn har behov for et diabetesregime som tillater aktiviteter i løpet av en skoledag, samt å legge til rette for aktiviteter når barnet selv ønsker det (Silverstein, *et al.*, 2005). Viktigheten av at barnet skal oppleve fordelene ved å ha et velregulert blodsukker, samt begynne å ta mer ansvar ved blodsukkermålinger og insulinsetting ble fremhevet. Barn og unge er avhengige av at foreldre er tilstede og bidrar til å mestre sin situasjon, ettersom det i starten er vanskelig for barnet å være selvstendig (Silverstein, *et al.*, 2005).

## **2.4. Sykepleie til barn og unge**

Når et barn får diagnosen diabetes i Norge, blir barnet værende på sykehus i 1-2 uker (Njølstad, Bangstad og Hodnekvam, 2010). Folketrygdloven (1997) § 9-11 og § 9-13 viser til at foreldre eller andre omsorgspersoner har rett på pleiepenger eller opplæringspenger for å kunne være sammen med barnet sitt på sykehuset i denne perioden.

Barn påvirkes av umodenhet, rask vekst og utvikling (Grønseth og Markestad, 2011). Ved sykepleie til barn er det viktig å involvere både barnet og foreldrene i behandlingen, foreldrene er en viktig støttespiller for barnet (Silverstein, *et al.*, 2005; Tveiten, 2012). Innleggelse på sykehus er en ny og ukjent situasjon med ukjente personer, miljøer og opplevelser som kan være skremmende for barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Barnet er avhengig av trygge og stabile omgivelser, sykepleier kan bidra til trygghet ved å vise selvstendighet, trygghet, omtanke og kunnskap (Grønseth og Markestad, 2011).

Sykepleier må tilpasse kommunikasjon, fremtoning og ordbruk i forhold til mottaker (Tveiten, 2012). Barn og unge oppfatter gjerne informasjon på en annen måte sammenlignet med voksne, da de er mindre utviklet og har en annen ordforståelse (Grønseth og Markestad, 2011). Gjennom å skaffe seg tillit fra barnet kan sykepleier bli en ønsket og akseptert del av behandlingsteamet (Grønseth og Markestad, 2011).

## 2.5. Teoretisk referanseramme

### 2.5.1. Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky var en atferdsforsker som kom frem til et syn på helse og sykdom. Han fremmet i 1987 sin teori om salutogenese (Antonovsky, 2012). De viktigste følgene av det salutogene perspektivet beskrives som: *“En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring”* (Antonovsky, 2012, s. 36). Gjennom en salutogen tankegang vises det til at fokuset skal være på å fremme mestring og helse (Antonovsky, 2012). Opplevelse av sammenheng (OAS) også kjent som sense of coherence (SOC) er en av de viktigste teoriene til Antonovsky. Gjennom denne teorien fremheves det hvordan opplevelsen av å ha sammenheng virker inn på det å føle mestring for noe (Antonovsky, 2012).

OAS består av tre komponenter som sammen utgjør teorien i sin helhet, disse er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012). Begripelighet omhandler i hvilke grad en opplever at stimuli som kommer fra ytre eller indre miljøer er forståelig og sammenhengende. Håndterbarhet omhandler hvordan en opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å kunne takle de stimuliene en blir utsatt for. Meningsfullhet omfatter hvordan en opplever mening i den situasjonen en er i og føler at en får bidra i tilstrekkelig grad (Antonovsky, 2012). Alle disse komponentene virker i fellesskap inn på hvordan noen opplever sammenheng og føler mestring i de situasjonene de møter (Antonovsky, 2012).

Dersom situasjonen oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull bidrar dette til en økt følelse av mestring (Antonovsky, 2012). Hvis en i samme situasjonen ikke hadde hatt tilstrekkelig med ressurser til rådighet for å takle påvirkninger og manglende følelse av mening, ville dette muligens føre til en opplevelse av u håndterbare og vanskelige situasjoner med manglende følelse av mestring (Antonovsky, 2012).

## 2.5.2. Menneske-til-menneske-forholdet

Menneske-til-menneske-forholdet krever at sykepleieren og den syke legger fra seg stereotype oppfatningen (oppfattelsen av at folk er like og plassert i “grupper”) som “sykepleier” og “pasient” (Travelbee, 2001). Forholdet bygger på at begge parter ser på hverandre som individuelle individer som kan skape en relasjon til hverandre gjennom menneske-til-menneske-forholdet. Det er først når de ser hverandre som mennesker at relasjonen kan oppstå (Travelbee, 2001).

*“Menneske-til-menneske-forholdet i sykepleiesituasjoner er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene.”* (Travelbee, 2001, s. 171).

Menneske-til-menneske-forholdet kommer ikke av seg selv, man må jobbe med det (Travelbee, 2001). For noen kan forholdet oppstå fort og for andre kan det ta tid å bygge opp, forholdet jobbes med når individene samhandler med hverandre. Det finnes mange former for samhandling, noen kan være nyttige og positive for den syke, mens andre ikke er det. Sykepleier-pasient-samhandlingen kan bidra til måter å ivareta noen av de syke sine behov på, dette kan skje gjennom non-verbal og/eller verbal kommunikasjon (Travelbee, 2001).

## 2.6. Litteraturstudiens hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien som gjennomføres er å få oversikt over hvordan sykepleiere kan fremme mestringsfølelse hos barn og unge som har fått diabetes mellitus type 1. Grønseth og Markestad (2011) ser på barn som en utfordrende pasientgruppe med andre behov enn voksne. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan de kan hjelpe barnet til å mestre den nye hverdagen med det å få en kronisk sykdom. Helsepersonell har sammen med foreldrene en viktig rolle i prosessen med å skape en følelse av mestring hos barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Gjennom denne bacheloroppgaven belyses sykepleierens rolle med mål om at barn og unge får en følelse av mestring forbundet med det å ha diabetes mellitus type 1. Oppgavens problemstilling lyder derfor slik: *Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringsfølelse hos barn og unge med diabetes mellitus type 1?*



## **3. Metode**

Denne oppgaven er en litteraturstudie, gjennom søk etter nyere forskningslitteratur ble det funnet 6 artikler som bidrar til å svare på vår problemstilling.

### **3.1. Litteraturstudie som metode**

Et litteraturstudie er en omfattende studie og tolkning av litteratur som er relevant til et bestemt tema (Aveyard, 2014). Hensikten er å samle relevant litteratur og analysere innholdet av det artiklene fremstiller og presentere dette på en oversiktlig måte (Thidemann, 2015). Litteraturen blir på denne måten oversiktlig og tilgjengelig for de som ønsker å fordype seg i et tema, men som ikke har mulighet til å lese alt som har blitt utgitt om temaet (Aveyard, 2014; Thidemann, 2015). Sykepleiere har et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert på utviklingen innen forskning og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011).

IMRaD-strukturen er en kjent oppbygging av artikler som følger forskningsprosessen, denne oppbyggingen av artikler blir brukt i de fleste vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag (Lerdal, 2012). IMRaD står for Introduction/Introduksjon, Methods/Metode, Results/Resultater and/og Discussion/Diskusjon (Lerdal, 2012). Denne strukturen gjør det lettere å finne frem i artiklene samt å gjenkjenne de som forskningsartikler.

### **3.2. Søkeprosessen**

I denne litteraturstudien er det brukt både strukturerte og ustrukturerte søk for å få god oversikt over tilgjengelige forskningsartikler og litteratur innenfor interesseområdet. Det har blitt lagt vekt på å finne gode søkeord som gir de ønskede resultatene, samtidig som resultatene begrenses hensiktsmessig (Thidemann, 2015). På bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene kommer utvalget av søkeord.

### **Inklusjonskriterier**

- Artikler skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk språk
- Artikler som er publisert i publiseringskanaler som er fagfelleurdert til nivå 1 eller 2
- Artiklene skal følge IMRaD-struktur
- Artikler fra år 2000 eller nyere
- Barn og unge
- Diabetes type 1
- Kronisk sykdom
- Kvalitativ metode
- Kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode
- Barneperspektivet
- Sykepleierperspektivet

### **Eksklusjonskriterier**

- Voksne over 18 år
- Diabetes type 2
- Artikler eldre enn år 2000
- Kvantitativ metode
- Foreldreperspektivet

Gjennom søk ble det funnet artikler som inneholdt både foreldre- og barneperspektivet. For å svare på problemstillingen er det inkludert artikler som inneholder både foreldre- og barneperspektivet, i disse kommer fokuset til å være på barneperspektivet. Dette på bakgrunn av problemer med å finne artikler som kun inneholder barneperspektivet.

For å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til mestringsfølelse er det behov for kvalitative studier som omhandler opplevelser, følelser og oppfatninger (Aveyard, 2014). En kombinasjon av kvalitative- og kvantitative studier er også inkludert på bakgrunn av at kombinasjonen gir en dybde, bredde og oversikt (Aveyard, 2014).

Søkene er gjort i databasene som er tilgjengelig gjennom biblioteket i NTNU (Gjøvik) sin hjemmeside. Søkene er blitt gjort hovedsakelig i databasene: Cinahl (ebSCO), PubMed, SweMed+, Medline (ovid), Global Health (ovid), ProQuest Health & Medicine og Academic Search Complete (ebSCO).

Strukturerte søk i databaser med kombinasjon nøkkelord og emneord ble brukt for å få bedre kontroll over søket ved bruk av flere ulike databaser (Aveyard, 2014). Søkordene ble brukt til å søke etter artikler som belyser og besvarer vår problemstilling. Søkordene som ble brukt var: *Child, Diabetes Mellitus Type 1, Self Care, Self management, Nurses, Patient Education, Living with diabetes, Learning styles, Learning methods, Nursing care, Nursing role.*

Søkeordene ble brukt individuelt, for å minske antall treff ble søkeordene kombinert ved bruk av “AND” eller “OR”. Ustrukturerte søk ble brukt til å finne relevant litteratur ved å gjennomgå litteraturlistene i de artiklene som allerede var inkludert (Aveyard, 2014).

Etter nøye gjennomgang av titler og abstrakter ble inkluderingen gjort på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Kritisk gjennomgang og nøye evaluering av hver enkelt artikkel er viktig for å finne de beste artiklene for å svare på valgt problemstilling (Aveyard, 2014; Thidemann, 2015).

### 3.2.1. Tabell 1, strukturerte søk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
1. MH "Nursing Care+" 2. MH "Diabetes Mellitus, Type 1+" 3. MH "Child+" 4. MH "Patient Education+" 5.	Cinahl	1 AND 2 AND 3 AND 4	262 169 17 171 489 308 64 343 67	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.  Llahana, S. V., Poulton, B. C. og Coates, V. E. (2001) The paediatric diabetes specialist nurse and diabetes education in childhood, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 33(3), s. 296-306.
1. Diabetes mellitus type 1 2. Child 3. Learning Methods 4. Learning Styles 5. 6. 7. Living with diabetes 8.	Pubmed	3 AND 4 1 AND 2 AND 5  6 AND 7	69 227 1 946 546 131 762 2176 132 939 106 48 259 26	Freeborn, D., <i>et al.</i> (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.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
1. Diabetes mellitus type 1 2. Child 3. Patient education 4. Self management OR Self care 5.	Academic search complete	1 AND 2 AND 3 AND 4	9041 1 351 606 26 410 37 201 30	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. MH "Diabetes Mellitus, Type 1+" 2. MH "Patient Education+" 3. NH"Child+" 4. NH"Nurses+" 5. MH"Self Care+" 6. MH"Nursing Role" 7.	Cinahl	1 AND 5 AND 6	17730 64371 490126 181921 36325 45554 30	Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (2010) A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes - a qualitative study, <i>BMC pediatrics</i> , 10(1), s. 36.

**Tabell 1** viser en oversikt over strukturerte søk, samt hvilke artikler som ble funnet og inkludert.

### 3.2.2. Tabell 2, ustrukturerte søk

Primærkilde	Inkludert artikkel
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.	Coyne, I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 15(1), s. 61-71.

**Tabell 2** viser artikler funnet og inkludert gjennom ustrukturerte søk.

### 3.3. Kildekritikk og analyse

For å kvalitetssikre artiklene ble sjekklister for kvalitative- og kvantitative studier fra Kunnskapssenteret (2017) tatt i bruk for å kritisk granske artiklene og vurdere om disse er relevante. Noen artikler ble gjennom denne prosessen utelukket mens andre ble inkludert som mulige resultatartikler. Videre valg ble gjort gjennom nøye analysering av hver artikkel.

Analysering og systematisering av resultatartiklene ble gjort ved hjelp av “*Thematic analysis: a simplified approach*” (Aveyard, 2014, s. 143). Analyseprosessen til Aveyard (2014) har ikke blitt fulgt til punkt og prikke, noen trinn ble sammenslått eller utelatt. Første trinn var å lage en systematisk og oversiktlig fremstilling av artiklenes hensikt, metode og resultat ved bruk av artikkelmatriser. Hensikten var å fremstille resultatene i en artikkelmatrise for å få oversikt over hovedinnholdet i de ulike artiklene og metodene som ble benyttet (Aveyard, 2014). Kategoriene og oppsettet av matrisene er laget etter inspirasjon fra Aveyard (2014) og Thidemann (2015). Artikkelmatrisene fremstiller ikke hele resultatet fra de ulike artiklene, men kun resultatene som er relevante for å kunne svare på problemstillingen.

Andre trinn i prosessen var å identifisere temaer fra resultatene i hver enkelt artikkel. Resultatene ble gjennomgått flere ganger for å finne aktuelle temaer som var relevante for vår problemstilling (Aveyard, 2014). Temaene som var relevante ble satt opp som stikkord på en liste, for å få oversikt over temaene i alle artiklene. Temaene dannet grunnlaget for kategoriene som ble brukt i vårt resultatet (Aveyard, 2014).

Tredje trinn i prosessen var å danne våre temaer ut i fra kategoriene som oppstod i forrige trinn. Temaene og kategoriene fremstilles i vår resultatdel i en tabell for lettere å få oversikt, før vi gikk dypere inn på hvert tema og sammenstilte resultatene (Aveyard, 2014). For å få oversikt over hvilke artikler som tok for seg de ulike temaene ble en skjematisk fremstilling tatt i bruk (Aveyard, 2014). Denne fremstillingen ble kun brukt som et hjelpemiddel for oss i analyseprosessen, og er derfor ikke med i den ferdige bacheloroppgaven.

Fjerde trinn i prosessen var å se nærmere på de ulike temaene og sjekke at temaoverskriftene dekket alle kategoriene. Her ble temaoverskriftene vurdert byttet ut, eller det ble flyttet på noen kategorier slik at de passet inn under et annet temaet (Aveyard, 2014). Vi endte opp med 3 hovedtemaer bestående av:

- Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes
- Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen
- Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge

## 4. Resultat

I resultatdelen blir de aktuelle resultatene fra 6 artikler presentert i artikkelmatriser. De aktuelle resultatene ble sammenfattet til et resultat som utgjør vårt resultat for litteraturstudien.

### 4.1. Artikkelmatriser

**Artikkel 1:** Llahana, S. V., Poulton, B. C. og Coates, V. E. (2001) The paediatric diabetes specialist nurse and diabetes education in childhood, *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), s. 296-306.

<b>Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Resultat/Diskusjon:</b>	<b>Egne kommentarer/ Kildekritikk:</b>
Hensikten med studien er å kartlegge arbeidstittel, arbeidsområde, kvalifikasjoner og opplæring av sykepleiere spesialisert på barnediabetes. Studien ønsker også å belyse hvem som er involvert i diabetesundervisning og hvilke metoder, tilnærminger og hjelpemidler som blir brukt i pasientundervisningen. Studien ser derfor nærmere på den tverrfaglige sammensetningen i de ulike diabetesteamene.	Dette er en kvalitativ og kvantitativ studie med 66 deltakere. Datamaterialet ble samlet inn ved bruk av spørreundersøkelse som inneholdt både kvalitative og kvantitative spørsmål. Deltakerne krysset av eller skrev utfyllende ettersom hvordan det passet til spørsmålet. Deltakerne ble rekruttert gjennom det britiske diabetesforbundet, og inkludert i studien hvis de enten jobbet fulltid med barn med diabetes eller arbeidet med noen barn med diabetes i jobbhverdagen sin.	Gjennom studien kommer det frem at flertallet (83,3%) har ekstra opplæring. Kvalifikasjonene viser til at flertallet (62,1%) var sykepleiere spesialisert på barnediabetes, resterende var sykepleiere med interesse for barn med diabetes.  Barnet og foreldrene ble oftest inkludert i undervisningen, noen ganger ble også skolen eller frivillige organisasjoner inkludert.  Undervisningen i diabetesbehandling ble oftest gitt muntlig med demonstrasjoner til hvert enkelt barn ved hjelp av bøker, hefter og videoer. Mange av respondentene fortalte at de hadde designet sitt eget undervisningsmaterieell, tilpasset barnas behov.	Kombinasjonen av kvalitativ og kvantitativ metode er med å styrke denne studien på grunnlag av at den viser bredde. Studien ble gjennomført i Storbritannia.  Selv om noen av deltakerne var spesialiserte innenfor barn, diabetes eller barnediabetes, ser vi det som relevant å inkludere denne artikkelen i studien vår. Artikkelen er fra 2001 og er kanskje litt gammel, men vi har valgt å inkludere den i studien vår på bakgrunn av at den fremstiller et sykepleieperspektiv som vi fortsatt ser er overførbart til dagens sykepleiepraksis.



**Artikkel 2:** 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.

<b>Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Resultat/Diskusjon:</b>	<b>Egne kommentarer/ Kildekritikk:</b>
<p>Hensikten med denne studien var å undersøke forskjellige elementer ved pasientopplæringen under et sykehusopphold. Elementene ble beskrevet av barn i skolealder med en kronisk lidelse og deres foreldre.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, datainnsamlingen ble gjort gjennom individuelle intervjuer med barna og foreldrene. 12 barn i alderen 5-12 år og 19 foreldre var deltakere i studien. For å delta i studien måtte barna ha en kronisk lidelse, enten allergi, astma, epilepsi eller diabetes type 1. De måtte også gjøre rede for sine opplevelser knyttet til pasientundervisningen de hadde mottatt på sykehuset. Pasientene ble rekruttert fra ulike forbund knyttet til lidelsen deres, rekrutteringen fant sted i Helsinki, Finland området.</p>	<p>I sykepleiekompetanse fremhever barna viktigheten av at sykepleier har kompetanse om sykdom, behandling og møter de der vedkommende er.</p> <p>I sykepleieres kunnskap i å undervise barn fremhever barna viktigheten at undervisningen er rettet mot barnet, er tilpasset barnets utvikling og evne til å oppfatte. Barna og foreldrene ønsker å bli aktivt inkludert i undervisningen og få lov til å prøve seg.</p> <p>Mellommenneskelig kompetanse viser til barnas opplevelse av sykepleiers evne til kommunikasjon som et viktig element. Egenskaper som åpenhet, inkluderende, respektfull, vennlig og tålmodighet oppleves som viktig for barna.</p> <p>Disse kategoriene fremhever emner som barna har positive eller negative opplevelser med.</p>	<p>Kun 12 barn deltok i studien, er dette utvalget representativt for alle barns opplevelser?</p> <p>Studien er utført i Finland, derfor kan det trekkes linjer til det norske helsevesenet og hvordan sykepleiere jobber med pasientundervisning i Norge.</p> <p>Vi har valgt å ikke inkludere foreldreperspektivet i resultatene vi har presentert på bakgrunn av våre inklusjons- og eksklusjonskriteriene.</p>

**Artikkel 3:** Freeborn, D., et al. (2013) Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), s. 1890-1898.

<b>Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Resultat/Diskusjon:</b>	<b>Egne kommentarer/ Kildekritikk:</b>
<p>Hensikten med studien var å identifisere utfordringer barn og unge med diabetes mellitus type 1 kunne støte på, sett fra deres perspektiv.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, datainnsamlingen ble gjort gjennom dybdeintervjuer i fokusgrupper. Det var 16 deltakere i studien, de var barn og unge mellom 7 og 16 år. Intervjuene varte i minimum 2 timer og hadde 2 til 4 deltakere per fokusgruppe. Fokusgruppene hadde utgangspunktet for samtalene gjennom 7 åpne spørsmål. Deltakerne ble rekruttert fra to diabetesforbund i de vestlige statene i USA.</p>	<p>Deltakerne fortalte om viktigheten av å gjenkjenne symptomer på hypoglykemi og opplevelser rundt dette, slik at de visste når de skulle gripe inn. <i>“I mean when you’re low you feel like you have the flu, when you have the flu you feel like crap.”</i> (Freeborn, 2013, s. 1893). De fortalte også om viktigheten av å ha noen i nærheten med kunnskap som kunne bistå hvis de fikk hypoglykemi.</p> <p>Utfordringer ved å sjekke blodsukkeret og sette insulin ble fremhevet. Det var en ekstra belastning i dagliglivet da det var mye å huske og passe på. Samt for noen var det ubehagelig og smertefult.</p> <p>Flere ga uttrykk for at det å ha diabetes gjorde at de følte seg annerledes eller alene. De hadde en frykt for at venner skulle bli borte på grunn av diabetesen, de ønsket å være som alle andre.</p>	<p>Kun 16 barn og unge deltok i studien, er dette utvalget representativt for alle barn og unge sine opplevelser?</p> <p>Studien er gjennomført i USA, følelser og opplevelser ser vi på som universelt og mener dette er overførbart til Norge.</p>

**Artikkel 4:** 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.

<b>Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Resultat/Diskusjon:</b>	<b>Egne kommentarer/ Kildekritikk:</b>
<p>Hensikten med denne studien er å øke forståelsen av hvordan barnet opplever det å leve med diabetes type 1 fra barnets perspektiv. Samt å finne ut hva som virker inn på sykdomshåndteringen.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, datainnsamlingen ble gjort ved bruk av intervjuer og dukker.</p> <p>Datainnsamlingen ble delt opp i tre steg: Barna deltok i produksjonen av scener, produksjonen av dukkene og deltagelse i individuelle intervjuer. Intervjuene varte fra 40 minutter til 1 time og 20 minutter.</p> <p>Det var 19 deltakere, de var barn i alderen 7-12 år. Deltakerne ble rekruttert gjennom det lokale sykehuset i São Paulo, Brazil.</p>	<p>Motstridende ønsker viser at barna vil delta i normale aktiviteter, men dette krever at de avbryter aktiviteten for å følge opp blodsukker og matinntak, mens barna ønsker bare å leke.</p> <p>Ved usikkerhet, frykt og smerte forteller barna at de hadde negative opplevelser knyttet til det å sette insulin og måle blodsukkeret. Dette påvirker barnets evne til selv å ha kontroll over blodsukkeret og sette insulin.</p> <p>Bekymringer ved å ikke ha kontroll over diabetesen fremmer en frykt for senkomplikasjoner hos barna. Barna viser liten innsikt i sykdomsbildet sitt ved at de ikke vet nok om sykdommen og hvordan denne fungerer i kroppen, de unnlater også å stille spørsmål når de lur på ting.</p> <p>Usikkerheten rundt å ha diabetes fører til at barna ikke oppretter nye kontakter utover deres eget sosiale nettverk, da de føler skam over diabetesen.</p>	<p>Vi ser det som relevant å bruke denne studien, selv om den er utført i Brazil. Dette fordi følelser og opplevelser av sykdom tenker vi er overførbart til barn i Norge.</p> <p>Er 19 barn representativt for alle barn som lever med diabetes type 1?</p> <p>Artikkelen konkluderer med at sykepleiere ikke bare må inkluderes i opplæringen av det fysiske ved diabetes, men at de også må ta tak i emosjonelle aspekter som barn opplever gjennom det å ha diabetes.</p>

**Artikkel 5:** Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (2010) A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes - a qualitative study, *BMC pediatrics*, 10(1), s. 36.

<b>Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Resultat/Diskusjon:</b>	<b>Egne kommentarer/ Kildekritikk:</b>
<p>Hensikten med studien er å tilegne seg en dypere forståelse om hvordan diabetes teamet underviser barn med nylig diagnostisert diabetes og deres foreldre, under hele sykehusoppholdet.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, datainnsamlingen ble gjort ved 4 fokusgrupper med 3 til 6 deltakere. Intervjuene varte i 60-80 minutter, og startet med åpne spørsmål. Totalt deltok 16 personer som arbeidet i diabetesteam fra 3 forskjellige sykehus i Sverige.</p>	<p>Diabetesteamet hadde fokus på å lære familien å sette insulin, måle blodsukker, regulere matinntak og nyttiggjøre seg av kunnskapen etter utskrivelse.</p> <p>Diabetesteamet følte at kunnskapen som ble tilegnet på sykehuset ikke ble tilstrekkelig fulgt opp i hjemmet. Målet var å oppnå en god relasjon til barnet og familien på et tidlig tidspunkt, for å fortsette å ha et godt samarbeid i årene fremover.</p> <p>Erfaringene til diabetesteamet var at pasientundervisningen er best tilpasset familien når barnet er under 10 år, og at barnet selv velger å involvere seg mer når de blir eldre.</p>	<p>Studien tar for seg diabetesteam og innenfor dette temaet er mange spesialisert innenfor barn, diabetes eller barnediabetes, vi ser det som relevant å inkludere artikkelen i studien vår da dette er overførbart til sykepleiere.</p> <p>Artikkelen har mye fokus rettet mot sykepleie til familie, barnet ser vi på som en del av familien. På bakgrunn av dette velger vi å inkludere det som er relevant for sykepleie til barnet og familien, men utelukke det som kun er rettet mot foreldrene.</p> <p>Er 16 medlemmer i diabetesteam representativt for andre diabetesteam sine erfaringer med hvordan pasientundervisning fungerer?</p>

**Artikkel 6:** Coyne, I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), s. 61-71.

<b>Hensikt/Problemstilling/ Forskningsspørsmål:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Resultat/Diskusjon:</b>	<b>Egne kommentarer/ Kildekritikk:</b>
<p>Hensikten med denne studien var å undersøke synspunktene til barn, foreldre og sykepleiere om deres deltagelse i omsorgen som blir gitt i helsevesenet.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, datainnsamlingen ble gjort via dybdeintervjuer og observasjoner. Totalt 33 deltakere fordelt på 11 barn, 10 foreldre og 12 sykepleiere. Studien ble gjennomført i 4 barneavdelinger på 2 forskjellige sykehus i England.</p>	<p>Barna viser i studien at de ønsker å bli inkludert og respektert i generelle avgjørelser rundt deres behandling og omsorg. Barnas ønske om informasjon om sykdom, behandling og videre løp ble fremhevet. Barna søker informasjon fra andre for å øke sin egen kunnskap, gjennom kunnskap og informasjon kunne de bedre takle å bli innlagt på sykehus. Barna satt igjen med forskjellige opplevelser av det å bli inkludert i behandlings avgjørelser.</p> <p>Noen sykepleiere mente at avgjørelsen om barnet kunne delta i valg angående deres behandling var avhengig av barnets alder, holdning, sykdomsvarigheten og kognitiv status. Andre sykepleiere mente at så lenge barnet hadde en god forståelse og innsikt var det greit at barnet deltok i behandlingen sin. Sykepleier hadde til tider en opplevelse av at foreldre var til hinder for barnets deltakelse i avgjørelser.</p>	<p>Foreldreperspektivet er ikke inkludert på bakgrunn av våre inklusjons- og eksklusjonskriterier.</p> <p>Er 11 barn og 12 sykepleiere representativt for opplevelsene til alle barn og sykepleiere?</p>

## 4.2. Sammenstilling av resultat

### 4.2.1. Tabell 3, resultatets temaer og kategorisering

Tema	Kategorier
Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes	<ul style="list-style-type: none"><li>● Involverte parter</li><li>● Undervisningsmetoder</li><li>● Alderstilpasset undervisning</li><li>● Inkluderende undervisning</li></ul>
Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen	<ul style="list-style-type: none"><li>● Manglende kunnskap</li><li>● Etterspørsel av informasjon</li><li>● Egenomsorg og mestring</li><li>● Motstridende ønsker</li><li>● Usikkerhet, frykt og smerte</li></ul>
Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sykepleier-pasient forholdet</li><li>● Sykepleierkompetanse</li><li>● Følelse av å være annerledes eller alene</li><li>● Samarbeid</li><li>● Relasjoner</li></ul>

**Tabell 3** viser våres 3 hovedtemaer som har blitt laget ut fra resultatene til artiklene etter Aveyard (2014) sin tankegang for analyseprosessen.

### 4.2.2. Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes

Fortrinnsvis er det sykepleiere som er spesialisert innenfor diabetes, barnediabetes, diabetesteam eller sykepleiere som jobber på barneavdeling som driver med opplæringen av barna, foreldrene, nær familie og skolen når det gjelder undervisning knyttet til diabetes (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Undervisningen blir oftest gitt til foreldrene eller barnet selv, i noen tilfeller ble frivillige organisasjoner inkludert som en del av undervisningsteamet (Llahana, Poulton og Coates, 2001). Oftest ble det gitt individuell opplæring som var tilpasset den enkelte mottakers behov, gjerne gjennom muntlig informasjon og demonstrasjon av praktiske ferdigheter (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001). For å gjøre opplæringen mer tilgjengelig og

forståelig for flere ble det også brukt bøker, hefter og videoer som tilleggsmateriell i undervisningen (Llahana, Poulton og Coates, 2001).

Barna fremmet et ønske om at undervisning skal være tilpasset deres forståelsesnivå og evne til oppfattelse av informasjonen som blir gitt (Coyne, 2006; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Barna ga uttrykk for at de ønsker inkluderende undervisning hvor de aktivt kan delta, slik at de tilegner seg de praktiske ferdighetene og får læringen i “fingrene” (Coyne, 2006; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Sykepleierne bekrefter at de prøver så godt det lar seg gjøre å inkludere barna i undervisningen og tilpasse den etter deres behov (Coyne, 2006; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Inkluderingen av barnet i undervisningen ble av sykepleiere vurdert ut fra barnets alder, evne til oppfattelse, forståelse og innsikt i sykdomsbilde (Coyne, 2006). Barna satt igjen med varierende opplevelser av det å bli inkludert i valg som omhandlet behandling og undervisning (Coyne, 2006). Noen barn ga uttrykk for at sykepleierne og legene ønsket deres oppfatning, men at foreldrene også fikk samme spørsmålene. Noe som ga barna en følelse av å ikke bli verdsatt, respektert eller tatt på alvor (Coyne, 2006).

Noen sykepleiere erfarte at barn under 10 år ikke hadde så mye nytte av undervisningen, og at den dermed ble gitt til familien. Det ble fremhevet at barn eldre enn 10 år selv valgte å delta mer aktivt i undervisningen og fikk dermed mer nytte av den ettersom de ble eldre (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010). Coyne (2006) viser i sin studie til at noen sykepleiere satt igjen med en oppfattelse av at foreldrene i noen tilfeller kunne være til hinder for barnas deltakelse i undervisningen.

### **4.2.3. Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen**

Barna forteller om usikkerhet, frykt og smerte knyttet til det å måle blodsukker og sette insulin, noe som skaper utfordringer i hverdagen knyttet til diabetesomsorgen (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Viktigheten av å ha kunnskap om sykdommen ble av Freeborn, *et al.* (2013) beskrevet som sentralt i det å leve med diabetes. Hvordan en skal handle hvis blodsukkeret er for lavt ble av barna beskrevet som en utfordring

(Freeborn, *et al.*, 2013). Kunnskap om hvilke tiltak som må settes igang er viktig for å vite hva som kan bidra til normalisering av blodsukkeret (Freeborn, *et al.*, 2013).

Sykepleiernes fokus var å lære barnet og familien hvordan de skulle måle blodsukker, sette insulin og regulere matinntaket. Sykepleierne hadde også fokus på hvordan barnet og familien skulle kunne nyttiggjøre seg av denne kunnskapen etter utskrivelse (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010). Barna ga selv uttrykk for at de hadde lite kunnskap om sykdommen og hvordan den påvirker hverdagen (Coyne, 2006; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Noen sykepleiere hadde også erfaringer som tilsa at barnet og familien sin kunnskap ikke ble godt nok fulgt opp i hjemmet etter utskrivelse fra sykehuset (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010).

Når barnet følte de hadde for lite kunnskap om sykdommen, behandlingen og videre forløp viste studien til Coyne (2006) at barna ønsket mer informasjon. Barna gikk til andre kilder for å skaffe seg tilstrekkelig med informasjon (Coyne, 2006). Studien til Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) viste at barna unnlot å stille spørsmål når de lurte på noe. Gjennom god informasjon og tilegnet kunnskap taklet barna bedre å være innlagt på sykehus (Coyne, 2006). Når barna følte de ikke hadde kontroll over diabetesen sin, fremmet dette frykten for senkomplikasjoner (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015).

Mange barn beskrev det å måtte sjekke blodsukker og sette insulin som en ulempe i hverdagen, noen var fristet til å unngå hele prosessen (Freeborn, *et al.*, 2013). Barna forteller at de vil være som alle andre barn som ikke har diabetes (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Barna ønsket å delta i aktiviteter uten å måtte avbryte fordi de må måle blodsukker, sette insulin eller spise/drikke noe (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015).



#### **4.2.4. Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge**

Barna fortalte at de ønsket å samarbeide med sykepleiere som hadde egenskaper som åpenhet, inkluderende, respektfull, vennlig og tålmodig (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Et ønske om å bli kjent med sykepleieren som menneske ble fremmet av barna, de hadde en opplevelse av at flertallet av sykepleiere var vennlige og hjelpsomme (Coyne, 2006). Barna formidlet at de ønsket sykepleierne skulle ha god kompetanse om diabetes og behandlingen av den (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Sykepleierens kompetanse og evne til kommunikasjon ble fremhevet som viktige faktorer for et godt samspill mellom sykepleier og barnet (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Sykepleiers manglende kunnskap om sykdommen og behandlingen kom til uttrykk i tilfeller hvor barnet og familien mottok utilstrekkelig med informasjon og opplæring (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Det kom frem et ønske fra barna om å ha noen i nærheten som hadde kompetanse og kunne bistå ved behov (Freeborn, *et al.*, 2013).

Sykepleierne i studien til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) fremhevet at de ønsket en god relasjon til barnet og familien, slik at de kan ha et godt samarbeid seg imellom. Barnet med diabetes er fortsatt ungt, og derfor er den gode relasjonen til sykepleieren viktig for å kunne opprettholde et godt samarbeid i årene som kommer (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010).

Barn med diabetes har en opplevelse av å være annerledes eller alene i hverdagen (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). De føler skam over sin diabetes når de var nødt til å vise den frem i offentlighet på for eksempel skolen i klasserommet når de måler blodsukkeret (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Dette førte til at flere av barna ikke utvidet sitt sosiale nettverk, og kun opprettholdt kontakt med sitt allerede eksisterende nettverk (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Barna formidlet også at de var redde for å miste sine venner på grunn av diabetesen og lot dermed være å snakke om sykdommen med sine venner (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). At barna føler seg annerledes og alene bidrar til et høyere ønske om å være “normal” og som alle andre barn som ikke lever med en kronisk sykdom (Freeborn, *et al.*, 2013).

Flertallet av sykepleierne som jobber med barn med diabetes er spesialisert innenfor barnesykepleie og/eller diabetessykepleie, 69,7% av sykepleierne i studien til Llahana, Poulton og Coates (2001) har videreutdanning.

### **4.3. Avgrensninger i drøfting**

På bakgrunn av oppgavens omfang kommer følgende ikke til å bli tatt opp til drøfting: involverte parter, foreldre er til hinder, sykepleiernes spesialisering og antall deltakere i studiene.

## 5. Drøfting

I drøftingsdelen har de sammenstilte resultatene blitt drøftet opp mot fag- og forskningsbasert kunnskap om temaet og to teoretisk referanserammer. Problemstillingen ligger som et bakteppe gjennom hele drøftingen: *Hvordan kan sykepleiere bidra til mestringsfølelse hos barn og unge med diabetes mellitus type 1?* Det ble gjennomført en kritisk vurdering av metodene som ble brukt i de ulike resultat artiklene og forskningsetiske overveielser knyttet til de inkluderte artiklene.

### 5.1. Opplæring av barn og unge er meningsfullt i behandlingen av diabetes

Barn og unge i to studier forteller at undervisning som gis må tilpasses deres forståelsesnivå og evne til å oppfatte informasjonen som er gitt. I tillegg til at undervisningen er inkluderende, ønsker barnet å aktivt delta i undervisningen for å tilegne seg praktiske ferdigheter (Coyne, 2006; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Flere studier viser at sykepleierne prøver å inkludere barna (Coyne, 2006; Llahana, Poulton og Coates, 2001). En annen studie viser at noen sykepleiere unnlater å inkludere barn i undervisningen fordi de opplever at barnets alder, evne til oppfattelse, forståelse og innsikt i sykdomsbildet ikke er tilstrekkelig for at de skal kunne forstå hele undervisningen (Coyne, 2006). Sykepleiere i en studie erfarte at barn under 10 år ikke hadde så mye nytte av undervisningen som ble gitt, og at barn over 10 år selv deltok mer i undervisningen (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010). Disse resultatene er forskjellige fra hverandre ved at noen sykepleiere unngår å inkludere barna, selv om flertallet prøver så godt det lar seg gjøre. Dette kan tolkes som at barnas ønske om inkludering ikke blir tatt hensyn til når sykepleieren avgjør hvorvidt barnet blir inkludert i undervisningen eller ikke.

Flere studier viser at barn som ikke blir inkludert i undervisningen føler at deres mening og kunnskap ikke blir tatt i betraktning og tatt på alvor (Coyne, 2006; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Dette resultatet samsvarer med faglitteraturen som sier at barn som ikke inkluderes i undervisning kan få en svekket opplevelse av mestring og en følelse av utrygghet (Grønseth og Markestad, 2011; Reitan,

2011; Steen, 2012). Sykepleierne har for mange pasienter en viktig rolle i opplæringen og veiledningen (Coyne, 2006; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Gjennom deltakelse og inkludering oppfattes det at barn kan få en opplevelse av mestring.

Sykepleier forsøker gjennom kommunikasjon og samhandling med barnet og opprette et menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 2001). Menneske-til-menneske forholdet er noe som må arbeides med av både barnet og sykepleierne, det kommer ikke av seg selv (Travelbee, 2001). Gjennom å opprette et menneske-til-menneske forhold kan en hevde at relasjonen mellom sykepleier og barn blir mer åpent og inkluderende, i stedet for å se på hverandre som roller med forutbestemte oppgaver (Travelbee, 2001). Hvis sykepleier ser på barnet som bare “pasient” og ikke som et individuelt individ kan dette føre til at barnet føler seg lite verdsatt, oversett og satt i bås. Dette vil kunne påvirke mestringsfølelsen til barnet på en negativ måte.

Flere studier forteller at ulike typer undervisning kan føre til forskjellige oppfatninger om hva som blir undervist (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Noen vil kunne ha nytte av undervisning som blir gitt muntlig, andre kan ha behov for å delta aktivt og gjøre øvelsene selv, mens noen føler de lærer best når de får hefter, bøker eller annet tilpasset undervisningsmaterieell (Llahana, Poulton og Coates, 2001). Resultatene forteller at det viktigste i undervisningen er at den er tilpasset hver enkelt mottakers behov, forståelsesnivå og evne til å oppfatte (Coyne, 2006; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Det kan være relevant å ta den teknologiske utviklingen i dagens samfunn i betraktning. De undervisningsmetodene som ble brukt i studiene kan kanskje ikke være til nytte for alle, da kan det tenkes at noen barn har bedre utbytte av undervisning gitt med teknologi som for eksempel nettbrett, spill og mobiltelefon.

Hvordan undervisning til barn er inkluderende og tilpasset påvirker hvordan sykepleiepraksisen i Norge kan bidra til mestringsfølelse hos barna. Sykepleierne skal jobbe aktivt for å inkludere barna i undervisningen gjennom å la de prøve seg, være mottakelige for spørsmål, veilede de i vanskelige situasjoner, gi ros og støtte (Coyne, 2006; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001). Grunnet ingen funn av norsk forskning, tolkes det ut fra resultatene at sykepleiere i Norge må inneha disse egenskapene samt evnen til å tilpasse undervisningen til hver enkelt mottaker slik at de kan oppnå mestring.

## **5.2. Kunnskap og informasjon er viktige faktorer for barn og unge i diabetesomsorgen**

I en studie fortalte barna om viktigheten av å inneha kunnskap om hvilke tiltak som må settes i gang ved unormalt blodsukker (Freeborn, *et al.*, 2013). I en annen studie fortalte barna at de opplevde at de hadde for lite kunnskap om sykdommen og hvordan den påvirker hverdagen (Coyne, 2006; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Sykepleierne fortalte at barnas kunnskap ikke ble godt nok fulgt opp etter utskrivelse (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010). En kan stille spørsmål ved informasjonen som blir gitt til barnet om den er tilpasset barnets evne til forståelse, oppfatning og kognitive utvikling.

Det hevdes at barn som mangler informasjon og kunnskap søker dette for å få det de trenger (Coyne, 2006; Reinfjell, Diseth og Vikan, 2007). Noen andre vil hevde at barn som er usikre og utrygge unnlater å spørre og lete etter informasjon (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Det å søke informasjon kan ses på som en mestringsstrategi hvor målet er å bli tryggere i sin situasjon (Reinfjell, Diseth og Vikan, 2007). Det er rimelig å si at barn bruker forskjellige mestringsstrategier, noen søker informasjon for å mestre mens andre kan begynne å lete etter årsak til sykdom og tenke hvorfor skjedde dette med meg (Reinfjell, Diseth og Vikan, 2007; Steen, 2012). Det er mulig at motsetningene ved at noen søker informasjon og andre unnlater å tilegne seg mer informasjon, kan være på bakgrunn av ulike måter å mestre

situasjonene på. Det kan tolkes slik at ved bruk av mestringsstrategier forsøker barnet å forstå, beherske og takle situasjonen i et ønske om å oppnå mestring.

Barn i to studier forteller om en følelse av usikkerhet, frykt og smerte knyttet til det å måle blodsukker og sette insulin. Studiene peker på at usikkerhet, frykten og smerten kan stamme fra manglende kunnskap (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Når barnet føler at den nye situasjon er håndterbar fremmer dette en opplevelse av mestring (Reitan, 2011). Det kan tolkes som at hvis diabetesbehandlingen blir en skremmende opplevelse preget av usikkerhet, frykt og smerte, vil dette hindre barnet fra å ta i bruk tilegnet kunnskap og få en opplevelse av mestring.

Sykepleierne har en viktig rolle hvor fokuset er å lære barnet de nødvendige kunnskapene det er behov for etter utskrivelse (Norsk sykepleierforbund, 2011; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Gjennom kunnskap kommer også trygghet (Reinfjell, Diseth og Vikan, 2007; Reitan, 2011; Steen, 2012). Noen barn ga uttrykk for at når de følte de ikke hadde kontroll over diabetesen økte dette frykten for senkomplikasjoner (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Det er mulig at denne frykten skyldes at barna har hørt noe om senkomplikasjoner, men ikke har tilstrekkelig kunnskap om det til å vite hvordan de skal handle for å unngå dette.

Noen vil hevde at barn i løpet av oppveksten utvikler en opplevelse av sammenheng med forventninger til hvordan ting skal være og å bli trygg på at deres sosiale og fysiske verden ikke kommer til å forandre seg helt plutselig (Antonovsky, 2012; Steen, 2012). Barn som blir innlagt på sykehus opplever store forandringer i hverdagen og deres opplevelse av den sosiale og fysiske verden (Antonovsky, 2012; Freeborn, *et al.*, 2013; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Reitan, 2011; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Barn har behov for at den nye situasjonen oppleves håndterbar, begripelig og meningsfull (Antonovsky, 2012). Det må være mulig for barnet å håndtere situasjonen på egenhånd eller ved hjelp av støttespillere, samt at det må være mulig å forstå, se sammenheng og føle at situasjonen er meningsfull (Antonovsky, 2012). Dette vil til sammen kunne gi en følelse av mestring og bedre evne til å

takle situasjonen. Det er mulig at sykepleierne ved hjelp av kommunikasjon, samhandling og opplæring kan hjelpe barnet til å rette fokus mot å bli bedre og kunne leve med sykdommen, i stedet for å tenke på å være syk.

Mange barn beskriver diabetesbehandling som en stor ulempe (Freeborn, *et al.*, 2013). Det er helt klart at barn med diabetes ønsker å være som alle andre barn, de ønsker å leke uten å måtte tenke på blodsukkeret, sette insulin eller spise/drikke noe (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Barn vokser raskt og de har behov for å delta i aktivitet og lek som en del av utviklingen (Grønseth og Markestad, 2011; Silverstein, *et al.*, 2005). Med grunnlag i at diabetes er en sykdom som krever nøye oppfølging er det rimelig å anta at barn opplever diabetes som en ekstra belastning i hverdagen, noen opplever dette som et hinder i det at de kan gjøre som de vil (Freeborn, *et al.*, 2013; Jenssen, 2011; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Det kan oppfattes slik at sykepleierne i denne sammenhengen kan legge til rette for at barna får tilstrekkelig med kunnskap og erfaring gjennom å støtte opp og veilede barna til å bli selvstendige med sin sykdom og oppnå mestring.

Hvor mye kunnskap og informasjon barnet har tilegnet seg om diabetes påvirker hvordan sykepleiepraksisen i Norge kan bidra til at barna får mestringsfølelse. Sykepleieren skal legge til rette for trygge omgivelser, muligheter for å lære og tilegne seg kunnskap, påse at barnet har tilstrekkelig med kunnskap til å klare seg på egenhånd og veilede (Coyne, 2006; Freeborn, *et al.*, 2013; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). I Norge har Diabetesforbundet (2016) utviklet hefter, plakater og informasjonsfilmer som er tilgjengelig for alle gjennom deres nettside. Disse informasjonskildene kan være med å hjelpe sykepleierne i Norge til å formidle informasjon og kunnskap til barna, deres familie og barnehage/skole (Diabetesforbundet, 2016).

### **5.3. Kommunikasjon og samspill er viktig i samarbeidet om diabetesomsorgen til barn og unge**

Barna i en av studiene uttrykker at de ønsker å samarbeide med sykepleiere som er åpne, inkluderende, respektfulle, vennlige og tålmodige (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Barna i en annen studie hadde ønske om å bli kjent med sykepleieren som person, ikke som sykepleier (Coyne, 2006). Sykepleieren fremmet et ønske om en god relasjon til barnet (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010). Ønsket om en god relasjon fra sykepleierne og barna stemmer overens med et ønske om trygghet for begge parter, slik at de kan åpne seg opp for hverandre og samarbeide.

En studie viser at barna fortsatt er unge og har behov for videre oppfølging i oppveksten, et godt samarbeid er en god start på dette (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010). Et godt samarbeid er avhengig av en god relasjon og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001; Tveiten, 2012). Relasjonen mellom to personer etableres gjennom kommunikasjon og samhandling og den har til hensikt å arbeide mot et felles mål. Det finnes mange former for samhandling. Det er viktig å finne en form for samhandling som styrker og ivaretar pasienten, samtidig som sykepleier får gitt god omsorg (Travelbee, 2001). Relasjoner danner grunnlaget for samarbeidet, det er derfor viktig at både sykepleierne og barna arbeider for å oppnå dette.

En studie viser til at sykepleiernes kompetanse om diabetes og behandling er viktig for barna i utviklingen av et godt samspill (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Det vises også til at barn er avhengig av trygge og stabile omgivelser (Grønseth og Markestad, 2011). I en studie fortelles det at sykepleierens kunnskap kommer til uttrykk under samhandling, undervisning og opplæring (Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). På bakgrunn av dette kan en hevde at sykepleierens kunnskap er avgjørende for at barnet får nødvendig opplæring, blir inkludert som en del av diabetesteamet og føler trygghet, tillit og selvstendighet i behandlingen av diabetesen. Når sykepleierne innehar kunnskapen, vil dette trygge barna slik at de kan få en opplevelse av mestring.



Barna i flere studier opplevde det som skummelt og skremmende å måtte klare seg mest mulig på egenhånd med sin nye diabetessykdom (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015; Freeborn, *et al.*, 2013). I en annen studie var det for flere av barna en trygghet å ha noen i nærheten som kunne hjelpe til om det skulle bli behov (Freeborn, *et al.*, 2013). Det er mulig at barnet føler seg tryggere hvis familie, venner og omgangskrets har fått god opplæring i hva de skal gjøre ved hypo- eller hyperglykemi (Freeborn, *et al.*, 2013; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Ved at barnet er trygg på å kunne klare seg selv i uforutsette situasjoner eller at det er noen i nærheten som kan bistå, kan dette bidra til at barnet får en følelse av mestring knyttet til sykdommen.

Barna med diabetes ga uttrykk for at de følte seg annerledes eller alene i hverdagen (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Barna ønsket å være som alle andre barn, de ønsket å være “normale” (Freeborn, *et al.*, 2013). Flere studier viser til at barnets ønske om å være normal kan være en konsekvens av at de barnet omgås med har manglende kunnskaper om hvordan det er å ha diabetes, og at barnet derfor føler seg alene (Freeborn, *et al.*, 2013; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Andre studier viser til at ønske om å være normal kan komme fra et ønske om å slippe blodsuktermålinger og sette insulin, da de heller ønsker å være sammen med sine venner og leke (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Det kan tolkes som at ønske om å være lik alle andre kommer fra det at barnet opplever diabetesen som et stort hinder i hverdagen, noe som gjør at barnet føler at mulighetene til å gjøre det de ønsker er begrenset.

En studie viser at barna følte skam når de måtte måle blodsukker i offentlighet (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Følelsen av skam var for mange barn et hinder i opprettelsen av kontakt med andre mennesker og derfor opprettholdt de kun kontakt med sitt eksisterende nettverk (Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Flere studier viser at barn er redde for å miste vennene sine, følelsen av skam knyttet til diabetesen skapte for mange et hinder og vanskeliggjorde det å snakke med vennene sine om sykdommen (Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Det å føle skam over sykdommen kan tolkes som en stor belastning og svekkelse av mestringsfølelsen hos barna som prøver å tilpasse seg det å

leve med en kronisk sykdom. Dette resultatet kan tyde på at sykepleieren ikke klarer å gi tilstrekkelig støtte og veiledning.

Det er mulig at bruken av OAS tankegang kan hjelpe sykepleierne til å bli bedre på kommunikasjon og samspill med barnet (Antonovsky, 2012). OAS har fokus på at situasjonen skal oppleves håndterbar, begripelig og meningsfull fra barnets side. For det første kan OAS hjelpe sykepleierne til å finne ut hvilke områder barnet har behov for veiledning. For det andre kan det bidra til at barnet får nødvendig støtte og oppfølging for å takle den nye situasjonen (Antonovsky, 2012). En kan også anta at en opplevelse av at situasjonen er overkommelig gir en mulighet for at fokuset rettes mot å bli frisk og ikke tenke på sykdom eller bekymre seg for å miste venner (Antonovsky, 2012; Freeborn, *et al.*, 2013; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015).

Hvordan barnet opplever kommunikasjonen mellom seg selv og sykepleieren påvirker hvordan sykepleiere i Norge kan bidra til at barna oppnår mestringsfølelse. Sykepleieren skal opprette en relasjon med barnet hvor det er trygt å spørre, lære, tilegne seg kunnskap og hvor barnets opplevelse blir tatt i betraktning når de sammen skal arbeide mot et felles mål (Coyne, 2006; Freeborn, *et al.*, 2013; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Siden få funn av norsk forskning, kan det tolkes som at sykepleierne kan hjelpe barnet til å føle mestring gjennom å gjøre det trygt, sikkert og muliggjøre kommunikasjon og samspill.

## 5.4. Metodisk overveielse og forskningsetikk

Artiklene som ble benyttet i denne litteraturstudien er skrevet på engelsk, og har blitt oversatt til norsk av oss for å kunne benyttes i litteraturstudien. Dette kan være en kilde til feiltolkning både i oversettelsen og tolkningen av artiklene under analysen. Det ble brukt 1 artikkel som både var kvalitativ og kvantitativ, de resterende 5 artiklene var kvalitative. Det ble benyttet fleste kvalitative studier, da disse er med å belyser vår problemstilling på en god måte. Alle resultatartiklene er primærstudier, dette reduserer sjansen for feiltolkning. Kombinasjonen av resultatartiklene som ble benyttet viser en bredde gjennom både å belyse sykepleierens- og barnets perspektiv.

For å kunne begynne med forskningsstudier må det innhentes etisk godkjenning fra den aktuelle etiske komiteen før studien blir påbegynt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2013). Forskningen skal være “[...] god og etisk forsvarlig [...]” (Helseforskningsloven, 2008, § 1). Deltakerne i studiene må gi sitt samtykke til å delta, “*Samtykke skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart.*” (Helseforskningsloven, 2008, § 13).

Flertallet av studiene sier noe om en etisk godkjenning (Coyne, 2006; Freeborn, *et al.*, 2013; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Derimot er det to av studiene som ikke sier noe om etiske godkjenning (Llahana, Poulton og Coates, 2001; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Studien til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) tok opp etisk godkjenning, men de lot være å innhente dette da forskningsteamet oppfattet at intervjuene av helsepersonellet var utenfor det svenske lovverket. Alle studiene innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne før intervjuene ble gjennomført, tilgangen til deltakernes navn og adresser ble innhentet fra forskjellige forbund, lister og offentlig tilgjengelig informasjon (Coyne, 2006; Freeborn, *et al.*, 2013; Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Gjennom å se nærmere på den etiske godkjenningen og innhenting av samtykke i hver av studiene, har artiklene blitt vurdert til å være av god kvalitet.

Flertallet av studiene er gjennomført utenfor norden (Coyne, 2006; Freeborn, *et al.*, 2013; Llahana, Poulton og Coates, 2001; Sparapani, Jacob og Nascimento, 2015). Resterende studier har blitt gjort i nordiske land (Jönsson, Hallström og Lundqvist, 2010; Kelo, Eriksson og Eriksson, 2013). Dette danner en bredde og dybde gjennom det å se på hvordan sykepleierne i ulike land hjelper barn til å mestre et liv med diabetes, sett fra et annet synspunkt kan dette innebære store variasjoner ut fra det vi er vant med i det norske helsevesenet. Etter grundig gjennomgang av artiklene ble det besluttet å inkludere de i litteraturstudien fordi vi ser på følelser som blir tatt opp i de ulike artiklene som overførbart til følelser som norske barn kan ha knyttet til mestring av diabetes.

## 6. Konklusjon

Ved at sykepleierne er inkluderende og lar barna delta i undervisningen bidrar dette til at barna opplever mestringsfølelse knyttet til sin diabetes. Sykepleierne skal se barna som enkeltindivider og ikke som “pasienter”, dette kan styrke barnas mestringsfølelse ved at de føler seg sett, verdsatt og som en del av teamet. Ved bruk av undervisningsopplegg tilpasset barnets behov og forståelsesnivå oppnår barna mer læring og dermed en styrket mestringsfølelse.

Barn bruker ulike mestringsstrategier for å forstå, beherske og takle ulike situasjoner. Sykepleieren kan bidra til mestringsfølelse hos barna ved å oppmuntre de til å søke etter informasjon og spørre de rundt seg. Barn kan oppleve det skremmende å få en diabetesdiagnose, hvis sykepleierne bidrar til sikkerhet, trygghet og en følelse av velvære kan dette styrke barnas mestringsfølelse. Ved at sykepleieren retter fokuset mot barnet og hjelper det til å bli selvstendige i hverdagslige situasjoner, styrker dette barnets evne til å se bedring i sykdoms tilværelsen og dermed mestre hverdagen bedre.

Sykepleierens kunnskap er avgjørende for at barnet får den nødvendige opplæringen og føler trygghet, tillit og selvstendighet i behandlingen av diabetesen. Gjennom at sykepleieren viser kunnskap kan barnet bli tryggere og oppnå mestringsfølelse. Skammen barna føler er en belastning, ved at sykepleieren klarer å gi tilstrekkelig med støtte og veiledning kan dette styrke barnas mestringsfølelse og minske følelsen av skam.

Mange studier har fokuset rettet mot foreldreperspektivet, og dermed forsvinner barnet litt. Derfor ses nødvendigheten av at det i Norge forskes mer på barneperspektivet knyttet til hvordan barna føler mestring og hvordan sykepleierne kan bidra. Det er også nødvendig at det utvikles flere gode opplæringsopplegg for barn og unge med diabetes, dette vil være av betydning for hvordan sykepleierne kan bidra til mestringsfølelse hos barna.

## 7. Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Overs. av Sjøbu, A. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Cooke, D. W. og Plotnick, L. (2008) Type 1 diabetes mellitus in pediatrics, *Pediatrics in Review*, 29(11), s. 374-385. doi: 10.1542/pir.29-11-374.
- Coyne, I. (2006) Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), s. 61-71. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01247.x.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2013) *Helsinki-erklæringen: Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 05.05.2017).
- Diabetesforbundet (2016) *Min skoledag med diabetes*. Tilgjengelig fra: <https://diabetes.no/minskoledag> (Hentet: 11.05.2017).
- Folketryktdloven (1997) *Lov om folketrygd*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19> (Hentet: 02.04.2017).
- Fox, A. (2010) Intensive diabetes management: negotiating evidence-based practice, *Canadian Journal of Dietetic Practice & Research*, 71(2), s. 62-68. doi: 10.3148/71.2.2010.62.
- Freeborn, D., et al. (2013) Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), s. 1890-1898. doi: 10.1111/jocn.12046.
- Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatric og pediatrik sykepleie*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (Hentet: 01.05.2017).
- International Diabetes Federation (2015) *IDF Diabetes Atlas – Seventh Edition*. Tilgjengelig fra: <http://www.diabetesatlas.org/component/attachments/?task=download&id=116> (Hentet: 03.04.2017).
- Jensen, T. (2011) Diabetes mellitus, i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 379-392.
- Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (2010) A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes - a qualitative study, *BMC pediatrics*, 10(1), s. 36. doi: 10.1186/1471-2431-10-36.
- 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. doi: 10.1111/scs.12001.
- Kunnskapssenteret (2017) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet: 20.04.2017).
- Lerdal, A. (2012) Forskningsartikkel eller fagartikkel?, *Sykepleien*, 100(2), s. 72-73. doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0018.

- Llahana, S. V., Poulton, B. C. og Coates, V. E. (2001) The paediatric diabetes specialist nurse and diabetes education in childhood, *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), s. 296-306. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01665.x.
- Mosand, D. R. og Stubberud, D.-G. (2010) 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.
- Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes (2016) *Resultater publisert i 2016*. Tilgjengelig fra: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/465/resultater> (Hentet: 28.03.2017).
- Njølstad, P. R., Bangstad, H.-J. og Hodnekvam, K. (2010) *Diabetes mellitus - Generell veileder i pediatri*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/endokrinologi/diabetes-mellitus> (Hentet: 02.04.2017).
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2017a) *Forskning*. Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/ihg/forskning-sykepleie> (Hentet: 27.03.2017).
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2017b) *Harvard-eksempler*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/web/tmp-30/harvard-eksempler> (Hentet: 03.03.2017).
- Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet: 04.05.2017).
- Nylenna, M. (2009) *Medisinsk ordbok*. 7. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Olinder, A. L., Nyhlin, K. T. og Smide, B. (2011) Clarifying responsibility for self-management of diabetes in adolescents using insulin pumps - a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), s. 1547-1557. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05588.x.
- Pennafort, V. P. d. S., Silva, A. N. S. og Queiroz, M. V. O. (2014) The perception of nurses regarding educational practices for children with diabetes in hospital care, *Revista gaucha de enfermagem*, 35(3), s. 130-136. doi: 10.1590/1983-1447.2014.03.43313.
- Reinfjell, T., Diseth, T. H. og Vikan, A. (2007) Barn og kreft ; barns tilpasning til og forståelse av alvorlig sykdom, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(6), s. 724-734.
- Reitan, A. M. (2011) Mestring, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 74-107.
- Silverstein, J., et al. (2005) Care of children and adolescents with type 1 diabetes, *Diabetes Care*, 28(1), s. 186-212. doi: 10.2337/diacare.28.1.186.
- Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. og Drivvoll, A. K. (2016) *Barnediabetesregisteret: Årsrapport 2015 med plan for forbedringstiltak*. Tilgjengelig fra: [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/20\\_arsrapport\\_2015\\_barnediabetes.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/20_arsrapport_2015_barnediabetes.pdf) (Hentet: 27.03.2017).
- 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. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/docview/1655479793?accountid=12870> (Hentet: 02.04.2017).
- Steen, H. F. (2012) Utviklingspsykologi, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (red.) *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 81-109.
- Svartdal, F. og Malt, U. (2016) *Mestring*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/mestring> (Hentet: 08.03.2017).

- Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Overs. av Thorbjørnsen, K. M. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012) Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre, i Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. (red.) *Sykepleie til barn: familiesentrert sykepleie*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 157-204.
- World Health Organization (2016) *Global report on diabetes*. Tilgjengelig fra: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1) (Hentet: 02.04.2017).



## Vedlegg 1 – Begrepsavklaring

Begrep:	Forklaring:
>	Over/mer enn
Abstrakt tenkning	Evnen til å sammenfatte enkelting eller fenomener under et overordnet begrep
Autoimmun sykdom	Kroppens immunsystem angriper sine egne friske celler
Diabetes koma	Bevisstløshet forårsaket av høyt eller lavt blodsukker
Glukose	Sukker (druesukker)
Grunnleggende behov	Ulike områder innenfor helse som kan si noe om behovet for hjelp
HbA1c	Blodprøve som måler langtidsblodsukker
Hyperglykemi	Høyt blodsukker
Hypoglykemi	Lavt blodsukker
Inflammasjon	Betennelse
Insulin	Et hormon som produseres i bukspyttkjertelen
Kognitivt	Mentale prosesser som omhandler fornuft, oppfatning og tenkning
Mestring	Hvordan folk møter problemer, stress og utfordringer
Nevropati	Sykdom i nervene
OAS	Opplevelse av sammenheng
Pancreas	Bukspyttkjertelen
Retinopati	Sykdom i netthinnen på øye
Senkomplikasjoner	Følgesykdom, sykdom som kommer etter en stund
Stereotype	Oppfattelsen av at folk er like og plassert i “grupper”

Begrepsavklaringer henter fra ordbok og faglitteratur (Antonovsky, 2012; Nylenna, 2009; Reitan, 2011; Travelbee, 2001).