



Bacheloroppgåve

SY 300215 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Diabetes mellitus type 1

Type 1 Diabetes mellitus

Kandidatnummer:

10027

10050

Ord: 8781

Sidetal inkludert forsida: 51

Hovudrettleiar: Sven Inge Molnes

Innlevert Ålesund, 22.05.18



Obligatorisk eigenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er sjølv ansvarleg for å setje seg inn i kva som er lovlege hjelpemiddel, retningsliner for bruk av desse, og reglar om kjeldebruk. Erklæringa skal gjere studentane medvitne om deira ansvar og kva slags konsekvensar fusk kan medføre. **Manglande erklæring fritenk ikkje studentane frå sitt ansvar.**

Du/de fyller ut erklæringa ved å klikke i ruta til høgre for den enkelte del 1-6:		
1.	Eg/vi erklærer hermed at oppgåva vi har levert inn er mitt/vårt eige arbeid, og at eg/vi ikkje har brukt andre kjelder eller har motteke anna hjelp enn det som er nemnd i den innleverte oppgåva.	X
2.	Eg/vi erklærer vidare at oppgåva vi har levert inn: <ul style="list-style-type: none">• ikkje har vore brukt til annan eksamen ved anna avdeling/universitet/høgskule innanlands eller utanlands.• ikkje refererer til andre sitt arbeid utan at det er oppgitt.• ikkje refererer til eige tidlegare arbeid utan at det er oppgitt.• har alle referansane oppgitte i litteraturlista.• ikkje er ein kopi, duplikat eller avskrift av andre sitt arbeid eller andre sine svar på oppgåva.	X
3.	Eg/vi er kjende med at brot på ovannemnde er å sjå på <u>som fusk</u> og kan føre til annullering av eksamen og utestenging frå universitet og høgskular i Noreg, jfr. Universitets- og høgskolelova §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	X
4.	Eg/vi er kjende med at alle innleverte oppgåver kan bli plagiatkontrollerte.	X
5.	Eg/vi er kjende med at NTNU vil handsame alle saker der det ligg føre mistanke om fusk etter NTNU si studieforskrift.	X
6.	Eg/vi har sett oss inn i reglar og retningsliner i bruk av kjelder og referansar på biblioteket sine nettside.	X

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgåva

Forfattar(ane) har opphavsrett til oppgåva. Det tyder mellom anna einerett til å gjere verket allment tilgjengeleg ([Åndsverklova §2](#)).

Alle oppgåver som fyller kriteria vil verte registrerte og publiserte i Brage med forfattar(ane) si godkjenning.

Oppgåver som er unnateke offentlegheit eller bandlagde vil ikkje verte publiserte.

Eg/vi gir hermed NTNU i Ålesund ein vederlagsfri rett til å gjere oppgåva tilgjengeleg for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgåva bandlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Bandleggingsavtale må fyllast ut)

- Om ja:

Kan oppgåva publiserast når bandleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgåva unnateke offentlegheit?

ja nei

(inneheld informasjon som er pålagt teieplikt?). [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 22.05.2018

Forord

La meg være barn

*La meg sitte på et fang mens jeg er liten
Så jeg kan stå oppreist når jeg er stor*

*La meg gråte ved et kinn mens jeg er barn
Så jeg kan tørke tårer når jeg blir voksen*

*La meg holde en hånd mens jeg er svak
Så jeg kan holde hender når jeg blir sterkere*

*La meg ha en barndom
Jeg trenger trygg niste for å vokse*

Ragnhild B. Waaler

Samandrag

Bakgrunn: Omlag 28 000 personar har diabetes mellitus type 1 i Noreg, og diagnosen opptrer oftast hos barn og unge. Den årlege forekomsten av nye tilfeller blant barn under 15 år ligg på rundt 300 tilfeller.

Hensikt: Hensikta med studien var å undersøke korleis sjukepleiar ved barneavdeling kan bidra til at barn i alderen 6-12 år med nyoppdaga diabetes type 1, meistrar den nye kvardagen.

Metode: Det blei gjennomført systematisk søk etter relevant forskingslitteratur. Det blei så inkludert åtte artiklar som belyser problemstillinga, og har fokus på kvalitativ forskingsmetode ettersom slik metode best belyser sjukepleiarar sine haldningar, handlingar, metoder og tilnærming til barn med nydiagnostisert diabetes mellitus type 1.

Resultat: Sjukepleiarane erfarte at det var viktig å involvere barnet i eiga behandling, og både barnet og foreldra blei oppfordra til å delta aktivt i den. Det var nødvendig med opplæring av familiemedlem. Pedagogiske strategiar bør verdsettast og implementerast, og bruk av leik og aktivitet er meiningsfullt både som læring og avledning. Ein god relasjon mellom helsepersonell og barn/familie er viktig.

Konklusjon: Det at sjukepleiar lærer opp både barn og familie, tek beslutningar saman med familien, fordeler ansvar og respekterar deira meiningar og erfaringar viste seg å vere essensielt. Det å involvere barnet og gjere det ansvarleg for eiga helse og behandling, blei sett på som viktig. Det var sentralt å implementere pedagogiske strategiar, sjukepleiar følte i den forbindelse ansvar for å bidra med aktivitetar.

Nøkkelord: Diabetes type 1, pediatri, barn, meistring, sjukepleiar, pedagogikk.

Abstract

Background: About 28 000 persons have diabetes mellitus type 1 in Norway, and the diagnosis usually occurs in children and adolescents. The annual incidence of new cases among children under the age of 15 is around 300 cases.

Purpose: The purpose of this study was to investigate how nurses at pediatric units can contribute to helping children between the ages of 6-12 with newly diagnosed diabetes type 1, master the new daily life.

Method: Systematic searches were conducted for relevant research literature. It was then included eight articles that shed light on the topic question, and focus on qualitative research methods as such method best illustrates nurse's attitudes, actions, methods and approach to children with newly diagnosed type 1 diabetes mellitus.

Result: The nurses experienced that involving the child in its own treatment was important, and that both the child and the parents was encouraged to actively participate in it. Important to educate family members. Pedagogy strategies should be appreciated and implemented, and the use of game and activities is important both as learning and diversion. A good relation between healthcare professionals and the child/family is important.

Conclusion: It was essential that the nurse educated both the child and family, they should make decisions together, distribute the responsibility and respect their opinions and experiences. To involve the child and make it responsible for its own health and treatment was important. It was important to implement educational strategies, and the nurse felt responsible towards contribute with activities.

Key words: Type 1 diabetes, pediatric, children, master, nurse, pedagogy.

Innhald

Samandrag	
Abstract	
1.0 Innleiing	1
1.1 Begrunning for val av tema og problemstilling	1
1.2 Begrepsavklaring.....	1
1.3 Hensikta med studien	2
1.4 Avgrensing.....	2
1.5 Oppgåvas disposisjon.....	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Diabetes mellitus type 1	3
2.2 Meistring	4
2.3 Rettleiing	4
2.4 Kommunikasjon	5
2.5 Foreldre og søsken	6
2.6 Eriksons utviklingsteori	7
3.0 Metode	8
3.1 Datainnsamling og søkehistorikk.....	8
3.1.1 Inklusjonskriterier	9
3.1.2 Kvalitetsvurdering.....	9
3.1.3 Etske hensyn	10
3.2 Analyse.....	10
4.0 Resultat	12
4.1 Sjukehusopphaldet	12
4.2 Pedagogisk tilnærming.....	13
4.3 Familie	14
5.0 Diskusjon	16
5.1 Metodediskusjon	16
5.2 Resultatdiskusjon	17
5.2.1 Sjukehusopphaldet - utfordringar.....	17
5.2.2 Betydninga av pedagogisk tilnærming.....	19
5.2.3 Familien - ein viktig ressurs	22
6.0 Konklusjon	26

6.1 Forslag til vidare forskning	26
Litteraturliste.....	27

Vedlegg:

1: Oversikt over søkeprosessen i dei ulike databasane.....	
2: Analyse. Oversikt over nøkkelfunn.....	
3: Litteraturmatriser	
4: Sjekkliste for kvalitative artiklar	

1.0 Innleiing

Dette kapittelet vil gjere greie for val av tema, presentere problemstilling og avklare begrep knytt til den. Hensikta med studien vil deretter bli forklart, etterfulgt av avgrensing av problemstillinga og oppgåvas vidare oppbygging.

1.1 Begrunning for val av tema og problemstilling

Diabetes mellitus type 1 oppstår i alle aldersgrupper, men oftast hos barn og unge. Omlag 28.000 personar har diagnosen diabetes type 1 i Noreg, der den årlege forekomsten av nye tilfeller blant barn under 15 år ligg på rundt 300 tilfeller (Gulseth og Strøm, 2014). Denne studien vil fokusere på barn som pasientgruppe i alderen 6-12 år. Barn i denne alderen har utvikla meir logisk og abstrakt tenking, forståelse av samanhengar og evne til å tileigne seg kunnskap (Grønseth og Markestad, 2011, s. 31). Sjukdom og sjukehusinnlegging kan gje traumatiske eller vanskelege opplevingar for barn i denne alderen. Målet er å tilrettelegge for at denne opplevinga skal bli best mogleg. Det kan likevel vere vanskeleg å unngå at barnet opplever angst og frykt, og det å oppnå barnet sin tillit kan vere særskilt krevjande (Tveiten, 2012, s. 35). Nydiagnostisert diabetes krev tett oppfølging og kontroll under og etter sjukehusinnlegging. Den viktigaste premissen for suksess er at barnet sjølv lærer å ta ansvar for sin eigen sjukdom (Grønseth og Markestad, 2011, s. 352-354).

Fylgjande problemstilling har blitt valgt:

«Korleis kan sjukepleiar bidra til at barn i alderen 6-12 år med nyoppdaga diabetes type 1, meistrar den nye kvardagen?»

1.2 Begrepsavklaring

Diabetes mellitus type 1 er ein kronisk, autoimmun sjukdom, der betacellene i pancreas vert øydelagt. Dette fører til at insulinutskillinga frå desse cellene opphører (Jenssen og Berg, 2014, s. 253).

Meistring blir av Lazarus og Folkman (1984) i Tveiten (2012, s. 59) beteikna som stadig skiftande kognitive og handlingsretta forsøk på å handtere spesifikke ytre og/eller indre

utfordringar som blir oppfatta som byrdefulle, eller som går utover dei ressursane ein rår over.

Kronisk sjukdom kan definerast som ein langvarig tilstand med innslag av karakteristiske sjukdomstrekk, som kan eller ikkje kan betrast (Tveiten, 2012, s. 12).

Øvrige begrep blir gjort rede for undervegs i oppgåva.

1.3 Hensikta med studien

Hensikta med denne litteraturstudien er å innhente kunnskap om korleis sjukepleiar på barneavdeling kan bidra til at barn opplever meistring i den nye kvardagen med nydiagnostisert diabetes type 1. Studien belyser det spesielle med barn som pasientgruppe, og den ser på behovet for informasjon, undervisning, rettleiing og støtte i tidlig fase og korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe barn til å oppnå tryggleik og meistring av eigen livssituasjon.

1.4 Avgrensing

Studien vil fokusere på det tidlege forløpet av behandlinga, herunder den første sjukehusinnlegginga. Oppfølging av diabetespasientar er viktig, men grunna studiens omfang vil det vere perioden frå pasienten er innlagd og fram til utskrivning frå sjukehus som blir omtalt.

1.5 Oppgåvas disposisjon

Først presenteres teoridelen, som omfattar relevant teori som er viktig for å belyse problemstillinga. Vidare blir metodekapittelet presentert, der det blir forklart kva rammer som er sett for artiklane, samt gjennomføringa av søkeprosessen. Dette kapittelet vert så runda av med ein presentasjon av gjennomført analyse av forskingsmateriale, før resultat og hovudfunn blir framstilt i fylgjande kapittel. Vidare kjem metodediskusjon og resultatdiskusjon, som fører fram til ein kort konklusjon og forslag til vidare forskning. Til slutt kjem litteraturliste og vedlegg med ulike tabellar/matriser med tilknytning til oppgåva.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet blir det presentert teori om diabetes mellitus type 1, meistring, rettleiing, kommunikasjon, foreldre og Eriksons utviklingsteori, herunder fasen som omhandlar alderstrinnet relevant for studien. Teorien som blir presentert, er valgt for å belyse problemstillinga saman med hovudfunn frå forskingsartiklane.

2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er ein kronisk autoimmun sjukdom som omtrent alltid vil krevje behandling med insulininjeksjon for å unngå truande høg blodglukose. Sjukdomen rammar oftast barn og unge, og har ein stor grad av arvelegheit. At sjukdomen er autoimmun, tyder at kroppen sitt eige immunforsvar forårsakar sjukdomen ved å angripe sine eigne insulinproduserande betaceller i pancreas (Jenssen, 2014, s. 381-382).

Eit fyrste symptom ved diabetes er gjerne at glukose i urinen gjev auka urinlating og tørste. Blir insulinmangelen meir uttalt vil det kunne resultere i avmagring og vekttnap, som fylgje av mindre opptak av karbohydrat og energi i muskel- og fettceller og som fylgje av vekttnap gjennom væsketap. Trøytteleik og slappheit vil også fylgje med (Jenssen, 2014, s. 382). Diagnosen blir ofte stilt gjennom å påvise glukose i urinen og dermed påvise at det kjem av for høg blodglukose (Grønseth og Markestad, 2011, s. 352). Behandling ved diabetes mellitus type 1 er først og fremst insulin og det å tileigne seg kunnskap om sjukdomen. Tilpassing i dagleglivet er også viktig, ved gjennomgang av kosthaldsmønster og råd for fysisk aktivitet (Jenssen, 2014, s. 381-384).

Hypoglykemi er eit begrep som vert brukt når blodglukosen er for låg, og kan forekomme ved overbehandling med insulin. Symptoma pasienten kan oppleve blir omtalt som ”føling”. Pasienten opplever då sultfølelse, uro, sveitte og eventuelt hjartebank (Jenssen, 2014, s. 382-383). Insulinmangelen ved diabetes medfører at glukosetransporten frå blodbana inn i cellene reduserast. Dermed aukar glukosekonsentrasjonen i blodet, noko ein beteiknar som hyperglykemi (Mosand og Stubberud, 2016, s. 53). Blodglukosen kan bli faretruande høg, noko som kan gje ketoacidose; ein alvorleg, livstruande medisinsk tilstand (Jenssen, 2014, s. 382).

2.2 Meistring

Eit fokus på meistring, meistringsmoglegheiter og meistringshjelp kan betraktast som ressursorientert strategi. Når hensikta med sjukepleiars pedagogiske funksjon er at individet utviklar seg, lærer og aukar livskvaliteten, vil det vere viktig å fokusere på meistring. Dersom barna tileignar seg kunnskap om og forståing av korleis helsa deira kan bli best mogleg ivaretatt, kan dei vidareutvikle evna til eigenomsorg. Sjukepleiarens meistringshjelp kan innebere å hjelpe barnet til å oppdage og ha tru på egne moglegheiter, noko som vil kunne ha betydning for ivaretakinga av eiga helse (Tveiten, 2008, s. 31-33). Foreldre treng også hjelp til å meistre det å ha omsorga for eit barn ramma av sjukdom. Samarbeid og god relasjon mellom sjukepleiar og barn/familie er viktig for at foreldre skal kunne medvirke i avgjerdsler, bli anerkjent som ekspertar på seg sjølv, samt hjelpast til å ta kontroll over faktorar som påvirkar eige liv og helse. Det er dette som ligg i uttrykket ”empowerment” (Tveiten, 2012, s. 72).

Lazarus og Folkman (1984) i Tveiten (2008, s. 34) definerar meistring som det å kunne vurdere den situasjonen ein er i kognitivt og så vurdere kva moglegheit den gjev. Kristoffersen (2015, s. 143-144) viser til Lazarus og Folkman (1984) som omtalar meistring som kontinuerleg skiftande kognitive og atferdsmessige forsøk på å handtere spesifikke indre eller ytre krav, som ifylgje personen si oppfatning overskrider egne ressursar. Dei bruker altså meistring om ulike typar atferd og psykiske prosessar som personen nyttar seg av for å overvinne, redusere, fjerne eller tolerere krav som oppstår i situasjonar der personen sine ressursar blir stilt på prøve (ibid). Teorien til Lazarus og Folkman (1984) er i hovudsak utvikla med tanke på vaksne. Dersom teorien skal relaterast til barn blir det nødvendig å sjå barn og familie som ein heilskap, samt på deira samla meistringskapasitet (Tveiten, 2012, s. 60-61).

2.3 Rettleiing

Rettleiing er definert som å lede på rett veg, hjelpe med råd og opplysningar, anwise, forklare og orientere. Grunnleggande for rettleiing er at rettleiaren møter den framande der han/ho er, og oppnår tillit (Tveiten, 2008, s. 71-72). Rettleiinga har eit formål, og for å nå det går ein gjennom ulike fasar eller strukturar, ifylgje Tveiten (2008, s. 87).

Første fasen er planleggingsfasen som er tida før rettleiing, der det blir gjort vurderingar og val. Andre fasen er bli kjent-/bli trygg-fasen, som startar når rettleiaren og fokuspersonen møtast. Tredje fasen blir kalla arbeidsfasen og foregår når sjølve rettleiinga pågår. Her blir det jobba med det som er innhaldet, og det er dette som legg grunnlaget for at fokuspersonen kan oppdage, lære og erkjenne. Nest siste fase er avslutningsfasen der det blir trekt konklusjonar, og ein oppsummerar læringsresultatet og læringsprosessen. Siste fasen er bearbeiding og vidare refleksjon (Tveiten, 2008, s. 87-91).

Når eit barn får påvist diabetes mellitus type 1, skal barnet innleggast på barneavdeling fordi alvorleg ketoacidose kan inntre raskt. Under innlegginga foregår opplæring og undervisning for barnet og familien. Opplæringa skal bidra til at barn og pårørande oppnår forståing av sjukdomen, symptom og tiltak ved både hypo- og hyperglykemi. Behandlinga innebærer også opplæring i insulinadministrasjon og ustyret som medfølgjer, å justere insulindose i høve aktivitet, matinntak, sjukdom og målte verdiar. Ein blir også lært å måle blodglukose og undersøke urinen for glukose og ketoner, og ein får kostrettleiing, og informasjon om diabetesforeningar, trygderettar og andre aktuelle tilbod (Grønseth og Markestad, 2011, s. 351-353). Barn skal også aktiviserast og stimulerast så langt helsetilstanden deira tillet det. Det skal avsettast eigna areal og tilstrekkeleg utstyr til undervisning, aktivisering og stimulering på ulike alderstrinn. Pedagogisk verksemd skal fortrinnsvis skje under leiing av ein førskulelærer, og barn i skulealder har rett til undervisning under opphaldet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §12-14).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjonsformer, rettleiingsmetoder og dialog legg til rette for oppdaging og læring, og hovudforma for rettleiing er dialogen mellom rettleiar og fokuspersonen (Tveiten, 2008, s. 71). Kommunikasjonen mellom sjukepleiar og barn/ungdom har som oftast eit formål, til dømes å formidle informasjon, høyre kva barnet opplever eller fortelje kva som skal skje. I samtalar med barn er det viktig å ha nok tid, lytte aktivt og vere nærverande slik at ein kan oppfatte kva barnet prøvar å uttrykke (Tveiten, 2012, s. 164). Ikkje minst er kroppsspråket betydningsfullt. Viser barnet teikn til uvilje mot å snakke om ting, kan leik vere eit alternativ sidan barn kommuniserar gjennom leik. Barn brukar mykje tid på leik, og det er ein spontan, frivillig og lystbetont aktivitet som dei er engasjert i.

Ikkje minst er leiken viktig for identitetsutvikling, og den hjelper barnet til å vere seg sjølv. Dette gjer leik til ein viktig komponent, fordi den framhevar barnet sin friske side og har betydning for livskvaliteten, når mykje av sjukehusopphaldet er sentrert rundt sjukdom. Leik kan brukast terapeutisk fordi den reflekterer barn sin måte å sjå verden på, og sjukepleiar kan gjennom leiken møte barnet på barnet sitt nivå (Grønseth og Markestad, 2011, s. 89). Det kan opplevast mykje makt i relasjonen mellom eit barn og ein vaksen. I settinga på sjukehus møter barnet sjukepleiarar kledd i sjukehusklede, og barnet kan ha følt at sjukepleiar har påført det ubehag eller smerte i forbindelse med behandling. Her kan maktfordeling vere eit viktig aspekt ved å eksempelvis la barnet bestemme i kva hand han/ho vil ein injeksjon skal setjast (Tveiten, 2012, s. 166-167).

Barn vil kunne ha behov for bekræftelse av å vere kompetent, noko som vil kunne gje ei positiv sjølvkjensle og betre barnet sin samarbeidsevne under innlegginga. Sjukepleiar kan bidra til dette gjennom å innstille seg på barnets nivå, tilrettelegge språket, gje oppgåver det kan meistre, stille krav til barnet og setje grenser. Det er også viktig at sjukepleiar er raus med ros, informerer om sjukdom og alt som skjer på sjukehuset, forteljer det barnet treng å vite etter utskrivinga frå sjukehus og kva barnet kan seie til venar (Grønseth og Markestad, 2011, s. 61).

2.5 Foreldre og søsken

Foreldra og søskena har ein naturleg plass i barneavdelinga, og er som oftast med barnet under sjukehusopphaldet. Det er av stor betydning at foreldra er til stades og deltek i omsorgen for barnet sitt, men det vil også kunne medføre ei kjensle av stor belastning for foreldra (Tveiten, 2012, s. 21-24). Heile familien blir påverka når eit familiemedlem blir innlagt på sjukehus. Foreldrena kan oppleve auka stressnivå i forbindelse med å måtte bu på ein framand plass, og samtidig forhalde seg til mange nye individ og mykje venting. Det er då ekstra viktig at sjukepleiar eller anna helsepersonell klarer å dele informasjonen på ein god måte. Informasjonen som blir gitt til foreldra, må vere tilstrekkeleg, realistisk, relevant og ikkje minst forståeleg (Tveiten, 2012, s. 71).

Barn har fleire rettigheter i forbindelse med sjukehusopphald. Dei har rett til å ha minst ein forelder hos seg under institusjonsopphaldet i den grad det fylgjer av pasient-og brukerrettighetslova §6-2. I den forbindelse skal foreldre få avlasting etter behov, og

personalet er pliktig å avklare med foreldra kva oppgåver dei kan/ønskjer å sjølv utføre under innlegginga. Foreldre og barn skal få fortløpande informasjon, og foreldre skal ha moglegheit til å vere til stades under behandlinga dersom barnet ønskjer det og det ikkje er til hinder for aktuell behandling (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6).

2.6 Eriksons utviklingsteori

Eriksons teori viser til at personlegdomen utviklar seg i åtte fasar knytt til alderstrinn, noko han omtalte som menneskets åtte aldre. Omgivnadane stiller nye krav i kvar fase, og dei ulike fasane medfører derfor utfordringar som kan bli løyst på ein gunstig eller ugunstig måte. Individet tek så med seg hendingar frå ein fase vidare til seinare fasar. Utviklinga i alderen 6-12 år kallar Erikson “arbeidsevne eller mindreverdighet”. Barnet er her oppteke av å lære seg fysiske og intellektuelle aktivitetar, det å samanlikne seg med andre blir meir framtrekande, og barnet bruker desse samanlikningane som målestokk for eiga utvikling (Håkonsen, 2014, s. 57). I denne fasen blir arbeidsevne utvikla, og barnet lærer å arbeide med oppgåver saman med andre. Barnet blir flinkare til å sjå ting frå fleire sider, og forståinga for å ha ulike meiningar blir større. Det blir viktig å fylgje lover, regler og normer, og barnet blir meir sosialt. Dette kan medføre ei god kjensle knytt til det å meistre, men innebærer også ein fare for at barnet i dette stadiet vil kunne føle seg utilstrekkeleg og mindreverdige (Erikson, 1981, s. 227-229).

3.0 Metode

I dette kapittelet vert det gjort rede for metoden som er brukt for å besvare problemstillinga, samt brukte databaser, søkeprosess, etiske hensyn og kjeldekritikk.

3.1 Datainnsamling og søkehistorikk

Denne oppgåva er ein systematisk litteraturstudie basert på relevant litteratur og forskning kring temaet. Ein litteraturstudie med systematiske søk går ut på å tydelig formulere eit spørsmål som skal besvarast gjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström, 2016, s. 27). Forskingsmaterialet som er anvendt er i hovudsak kvalitativ, noko som er bevisst valgt i henhold til å kunne besvare problemstillinga. Kvalitativ forskning kjenneteiknast av eit fokus på å tolke og skape meining og forståing for menneskers subjektive opplevingar. Kvalitativ forskning tek altså sikte på å innhente meiningar og opplevingar som ikkje let seg talfeste eller måle (Forsberg og Wengström, 2016, s. 44-45).

Ulike databasar blei brukt for å finne fram til relevant forskingslitteratur. Artikkelsøket har blitt utført gjennom databasane Cinahl og PubMed. For å finne relevant forskning til oppgåvas problemstilling blei blant anna fylgjande søkeord benytta: “type 1 diabetes”, “diabetes mellitus type 1”, “diabetes”, “nurse”, “nursing role”, “pediatric units”, “child”, “hospitalized”, “pediatric”, “self care” og “therapeutic”. Søkeorda blei brukt i ulike kombinasjonar ved bruk av “OR” og “AND”, og gav ofte mange treff. Søka blei vidare avgrensa med hensyn til inklusjonskriterier som blir gjort rede for i neste kapittel.

Gjennom søkeprosessen var det utfordrande å finne gode forskingsstudiar sett ut ifrå sjukepleiarperspektiv, då mange av artiklane omhandla pasient- og pårørandeperspektiv, samt sjukepleie i tjenestar utanfor sjukehus. Etter søkeprosessen vart åtte artiklar tatt med vidare til kvalitetsvurderinga. Søkeord og treff, samt leste abstrakt og inkluderte forskingsstudiar, er presentert i tabell for søkehistorikk (vedlegg 1). Vidare er det også blitt anvendt relevante og truverdige nettsider som Diabetesforbundet og Lovdata, der det er blitt funne informasjon, statistikk og relevant lovgiving.

3.1.1 Inklusjonskriterier

Det var eit krav i retningslinjene at denne litteraturstudien skulle innehalde minimum åtte forskingsartiklar. Det var då viktig å setje rammer for kva som var ønskjeleg å inkludere for å finne artiklar som var relevante for problemstillinga. Denne studien fokuserar på sjukepleiarperspektivet, då det var ønskeleg å utforske sjukepleiarane si erfaring. Artiklane som er valgt har ei overvekt av kvalitativ forskning, fordi erfaringar belyst best gjennom eit kvalitativt forskingsdesign (Forsberg og Wengström, 2016, s. 44-45).

Forskingsmaterialet blei innhenta frå dei siste 10 åra, då litteraturstudien skal vere basert på nyare forskning. Artiklane måtte ha skandinaviske språk eller engelsk. Eit siste inklusjonskriterium var at forskinga måtte omhandle sjukepleie til barn mellom 6 og 12 år på sjukehus.

3.1.2 Kvalitetsvurdering

Alle relevante og inkluderte artiklar blei kvalitetsvurdert via nettsidene <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> eller <http://ntnu.no/ub>. Det blei undersøkt om forskingsmaterialet var fagfellevurdert i henhold til nivå 1 eller nivå 2 av vitskapeleg kvalitet. Dei fleste av artiklane/tidsskriftene var uproblematisk å finne registrert som fagfellevurdert, medan to av artiklane var meir utfordrande å finne fagfellevurdering på. Tidsskriftet for forskingsstudien til Ferreira mfl. (2014) gav ingen treff i registeret over vitskapelege publiseringskanalar. Etske hensyn blei difor dobbeltsjekka, herunder at personvern og anonymitet var ivaretatt. Forskingsstudien bekreftar at forskinga er verdsett og godkjent av forskningsetisk komité ved det regionale universitetet i Cariri (URCA) i henhold til innhaldet i resolusjonen til National Health Council (CNS). Tidsskriftet for forskingsstudien til Cruz mfl. (2012) blei funne i registeret over vitskapelege publiseringskanalar, men er ikkje vurdert siste året.

Det er inkludert sju kvalitative forskingsartiklar, samt ein oversiktsstudie. Dei kvalitative studiane er kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for kvalitative studier, utarbeida av Forsberg og Wengström (2016, s. 203-207). Tabell over kvalitetsvurdering for ein av artiklane er vedlagt oppgåva (vedlegg 4).

3.1.3 Etiske hensyn

Ei undersøking inneber å bryte inn i privatsfæren til menneske, og etiske aspekt skal derfor legge til rette for å unngå krenkingar eller skade på dei som blir undersøkt/intervjua (Forsberg og Wengström, 2016, s. 59). I vitenskapleg forskning skal ein alltid veie kravet om å skåne individ som deltek i undersøkinga, opp mot interessa for å innhente ny kunnskap (Forsberg og Wengström, 2016, s. 132). Denne studien inkluderar åtte forskingsartiklar, der sju av artiklane er etisk godkjent eller oppfyller krava om etiske vurderingar. Der er også brukt ein oversiktsstudie av Zamberlan mfl. (2014) der etiske omsyn ikkje blir omtalt.

Når det gjeld informert samtykke, fekk respondentane i dei sju kvalitative studiane informasjon på førehand angående undersøkinga, og kunne velge å delta eller ikkje. Jamfør krav om å bli korrekt gjengitt, har fleire av studiane inkludert direkte beskriving av svara til respondentane. Sitat frå respondentane er i fleire av studiane publisert, i tillegg til samandrag av intervjuet.

3.2 Analyse

I eit vitenskapleg analysearbeid skal ein dele opp det undersøkte fenomenet i mindre bitar og undersøke dei kvar for seg. Vidare startar arbeidet med syntesen, som inneber å setje saman delar til ein heilskap. Analysearbeidet inneber altså å først dele opp det undersøkte, for så å setje det saman på ein ny måte (Forsberg og Wengström, 2016, s. 152). Det er fire fasar for dataanalyse ifylgje Evans (2002), og desse fasane blei brukt som metode i analysering av forskingsmaterialet i denne studien.

Den første fasen i analysearbeidet er datainnsamling ifylgje Evans (2002). Det blei tatt utgangspunkt i problemstillinga og søkt etter artiklar med omsyn til overnemnte inklusjonskriterier i ulike databasar. Åtte artiklar som var relevante, blei inkludert. Prosessen for datainnsamling er beskriven under kapittelet “datainnsamling og søkehistorikk” ovanfor, og i tabell over søkehistorikk (vedlegg 1).

Den andre fasen er å identifisere viktige funn i kvar artikkel (Evans, 2002). Inkluderte artiklar blei nummerert og fordelt, deretter blei innhaldet oversatt og litteraturmatriser utforma (vedlegg 3). Artiklane blei lest nøye og det blei skrive samandrag for resultat/funn i kvar artikkel. Deretter valgte vi nøkkelfunn ut i frå resultata i artiklane, og førte desse inn

i eigen tabell (vedlegg 2). Nøkkelfunna forklarar faktorar som kan ha betydning for at sjukepleiar skal kunne bidra til at barn i alderen 6-12 år med nyoppdaga diabetes type 1 meistrar den nye kvardagen.

Den tredje fasen inneber å gjere funn på tvers av studiane (Evans, 2002). I denne delen av analysen brukte vi tabellen som blei utarbeida i forrige fase. Nøkkelfunna gjekk igjen i fleire av forskingsartiklane, og til å kategorisere nøkkelfunna diskuterte vi forslag til hovudtema som kunne vere akutelle. Vi kom fram til at den pedagogiske tilnærminga til barnet, betydninga av familiesentrert sjukepleie og utfordringar knytt til sjukehusinnlegging skilte seg mest ut, og vi ansåg dette som våre hovudfunn. Deretter brukte vi fargekodar for å samanfatte likskapar/ulikskapar for å på denne måten få ei større oversikt over funna våre.

Den fjerde fasen er ifylgje Evans (2002) å samle funn og utvikle ein resultatpresentasjon. I resultatkapittelet blir hovudfunna presentert på ein strukturert og oversiktleg måte. Sitat frå forskingsstudiane er også inkludert som supplement til resultata, men for å ikkje miste essensen i formidlinga, er sitata beholdt på engelsk. Følgjande hovudtema blei formulert; “sjukehusopphaldet”, “pedagogisk tilnærming” og “familie”.

4.0 Resultat

Ifylgje Forsberg og Wengström (2015), skal data i dette kapittelet bearbeidast, analyserast og samanfatta. Resultata skal presenterast så presist og logisk som mogleg, og lesaren skal kunne avgjere om resultata som blir presentert, svarar på problemstillinga på ein detaljert og komplett måte (ibid).

4.1 Sjukehusopphaldet

Studiane til Zamberlan mfl. (2014) og Ferreira mfl. (2014) viser at sjukehusinnlegginga inneber tap av privatliv og daglegliv, noko som kan gjere det vanskeleg for barnet å utøve autonomi. Det å involvere barnet i eiga behandling blir dermed sett som viktig. Ferreira mfl. (2014) sin studie viser at å bruke leik i omsorgen for barnet, vil kunne bidra til å redusere dei negative konsekvensane av sjukehusinnlegginga. Å bli innlagt på sjukehus medfører også gjerne at familien føler på sårbarheit, angst, skuld kjensle og uro, i tilknytning til den nye og ukjente situasjonen som stiller krav og krev omstilling (Cruz mfl., 2012; Jonsson mfl., 2010; Zamberlan mfl., 2014). Ved sjukehusinnlegginga blir begge foreldra oppfordra til å bli på sjukehuset. Søsken blir også anbefalt å besøke familien på sjukehuset, slik at samhaldet i familien blir oppretthaldt, og slik at søsken får innsikt i sjukdomen (Jönsson mfl., 2010).

I studien til både Pennafort mfl. (2014) og Zamberlan mfl. (2014) kjem det fram at ein god relasjon mellom helsepersonell og barn/familie er viktig, og at sjukepleiar vil strebe etter å vere involvert frå første stund gjennom å skaffe seg innsikt i historikken og utveksle erfaringar med barnet/familien. Ein god relasjon til sjukepleiar gjer det lettare for barnet å utveksle idear, uttrykke seg om eventuell uro/angst, samt få forståing for prosedyrar og behandlingssopplegg som blir gjennomført (ibid).

Respondentane i fleire av studiane gav uttrykk for at eit fokus under sjukehusopphaldet er å oppfordre foreldra og det sjuke barnet til å aktivt ta del i behandlinga (Jönsson mfl., 2010; Panicker mfl., 2013; Pennafort mfl., 2014; Ramchandi mfl., 2016). Studien til Jönsson mfl. (2010) viser at fokuset til diabetesteamet er å lære familiemedlemmar å administrere insulin, måle blodglukose, regulere diett og gje familien føresetnadar for å bruke kunnskapen på ein god og relevant måte. Ein deltakar i studien uttrykte at:

“It is important that the family convey to the nursing staff that they accept to gradually take on the responsibility for the diabetes care” (Jönsson mfl., 2010, s. 5).

4.2 Pedagogisk tilnærming

Eit hovudfunn i denne litteraturstudien er nødvendigeita av å verdsette og implementere pedagogiske strategiar, med tanke på påverknaden diabetes mellitus type 1 har på barn og familieliv. Sjukepleiarane føler dei har stort ansvar for å bidra med aktivitetar som gjev læring, og aktivitetane kan fungere som viktige strategiar for avledning av barnet (Pennaft mfl., 2014; Zamberlan mfl., 2014). Pennaft mfl. (2014) sin studie trekker også fram betydninga av å gjere barnet ansvarleg for eiga helse og behandling, til dømes gjennom å oppmuntre barnet til å setje insulin sjølv. Respondentane i studien til Jönsson mfl. (2010), erfarte at barns sjølvtilitt auka når dei blei gitt ansvaret for blodglukosemåling og administrasjon av insulin. Ein av respondentane uttrykte fylgjande:

«Every time we apply insulin, we provide full orientation, we don't like to do it, we want the child to do it so that they can learn and be more autonomous» (Pennaft mfl., 2014, s. 134).

I fleire studiar kom det fram at terapeutisk bruk av leik var ein sentral komponent i den pedagogiske tilnærminga til barnet. Studiane til Cruz mfl. (2012) og Ferreira mfl. (2014) vurderer bruken av leik som betydningsfull for å redusere barnets frykt, samt for å oppnå større forståing av sjukdom og behandling hos barnet. Bruk av leik viser seg også som nyttig i å forberede barnet på prosedyrer. Ein av sjukepleiarane som deltok i studien uttrykte:

«The play area takes some of that fear, the games... The movie distracts more, they... Gives a larger approach with us because they see us as someone who also plays and not only hurts...» (Ferreira mfl., 2014, s. 354).

I studien til Cruz mfl. (2012) blei det brukt terapeutisk leiketøy, ei dokke som blei kalla Guigi, i opplæring av insulinadministrasjon. Barnet fikk tilbod om å utføre prosedyra på dokka etter at sjukepleiar hadde demonstrert prosedyra i forkant. Dette gjorde det mogleg

for barnet å uttrykke kjensler erfart gjennom prosedyra. Ei slik tilnærming gjer barnet i stand til å konfrontere sin eigen realitet, og gjev rom for å stille spørsmål om tilstanden sin og det medisinske utstyret som blir brukt (ibid).

4.3 Familie

Fleire studiar bekreftar at foreldre utgjer ein ressurs og støtte for barn i denne alderen. Studiar viser at det er viktig å involvere familien i behandlinga og motivere for aktiv deltaking (Cruz mfl., 2012; Jönsson mfl., 2010; Panicker mfl., 2013; Pennafort mfl., 2014; Ramchandi mfl., 2016; Zamberlan mfl., 2014). Det at sjukepleiar kan ta beslutningar saman med barn/familie vil kunne lede til empowerment hos foreldra. Aktiv deltaking fremjar autonomi og ansvarsfordeling mellom helsepersonell og familie, og vil kunne bidra til at foreldre opplever større forståing av og kontroll over sjukdom og behandling (Panicker mfl., 2013; Pennafort mfl., 2014). Respondentane i studien til Pennafort mfl. (2014) framheva at det var viktig med opplæring av familiemedlem slik at dei kan hjelpe barnet til å gjennomføre behandlinga, samt unngå sjukehusinnlegging og oppnå ein god livsstil.

Studiane til Ramchandi mfl. (2016) og Nordqvist mfl. (2009) tek for seg forskjellige, men nye former for undervisning. Sjukepleiarar i begge studiane uttrykte ei rekke positive haldningar knytt til dei nye undervisningsmetodane. Studien til Ramchandi mfl. (2016) utforska bruken av ei ny form for undervisning av foreldre til barn med nyoppdaga diabetes. Det blei då brukt simuleringsdokke som hjelpemiddel for at foreldra skulle få lære og prøve å utføre prosedyrar. Sjukepleiarane i studien følte det positivt at foreldra viste større fokus og engasjement ved denne undervisningsmetoden, samt at den gav betre relasjon/dialog mellom sjukepleiar og forelder. Sjukepleiarane beskreib at sekvensane hjalp foreldra til å prosessere situasjonar frå det verkelege liv, noko som gjorde undervisninga meir forståeleg og satte den i kontekst. Læringsmetoden fekk foreldra til å delta aktivt og reflektere over ting dei kanskje ellers ikkje hadde tenkt på. Nordqvist mfl. (2009) sin studie viste at helsepersonell rapporterte positive haldningar til bruken av ein lokal Web 2.0-portal for unge diabetespasientar. Fleire av deltakarane uttrykte at webportalen ville kunne oppmuntre nokre pasientar til å ta aktiv del i å lære meir om sjukdomen sin gjennom å søke informasjon og nyheiter gjennom internett. Vidare uttrykte

fleire deltakarar også at Web 2.0-portalen hadde ein viktig funksjon fordi den tilrettela for nærare samhandling mellom diabetesteam og familiar.

Respondentar i studien til Panicker mfl. (2013) uttrykte at kvar forelder er ulik og unik med ulike strategiar for å takle ting. Sjukepleiar burde derfor kunne identifisere desse strategiane og behandle dei deretter. I studien til Zamberlan mfl. (2014) er det også funne viktig at helsepersonell kartlegg behova til barn/foreldre gjennom å styrke relasjonen og dele informasjon med barn/foreldre, samt respektere deira meiningar og erfaringar. Ein respondent i studien til Jönsson mfl. (2010, s. 5) uttrykte fylgjande:

«The patient and their family should not become afraid in the beginning. It is very, very important to convey a feeling of hope and give them courage. The teaching and learning must be handled at their own pace and we [the staff] must recognise their pace of doing things»

På den andre sida viser imidlertid oversiktsstudien til Zamberlan mfl. (2014) at fleire foreldre ofte føler at meiningane og erfaringane deira ikkje blir imøtekomne av helsepersonellet, og at familien endar opp med å føle seg uforberedt grunna manglande kunnskap, rettleiing og informasjon.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Hensikta med kjeldekritikk er å forhalde seg kritisk til det kjeldematerialet ein brukar i oppgåva, og kva kriterier ein har benytta under utvelginga. Kjeldekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benytta. Det handlar om kritisk refleksjon for å kunne forsvare at oppgåva er forankra i forskning og i fagleg anerkjent litteratur (Dalland, 2015, s. 72-73).

Denne systematiske litteraturstudien baserer seg på retningslinjene gjeldande ved NTNU Ålesund, samt bruk av litteratur som Evans (2002) og Forsberg og Wengström (2016). Rettleiingar og seminar samt forelesningsmateriale knytt til bacheloroppgåva har også vore nyttig. Arbeidet med studien starta hausten 2017, då det blei utforma ein prosjektplan med foreløpig problemstilling, litteratur og forskning. Det å samarbeide tett og utføre det meste av litteraturstudien saman har vore eit bevisst valg. Dette har medført diskusjon og refleksjon undervegs, noko som kan ha bidrege til å styrke oppgåvas struktur og innhald. Vi har også kontrollert og lært mykje av kvarandre og hatt nytte av å sjå ting frå fleire sider.

Pensumlitteratur og annan relevant litteratur brukt i studien er stort sett av nyare dato. Boka "Barndommen og samfunnet" av Erikson (1981), er den eldste boka som er brukt, men er benytta fordi teorien framleis er akutell i dag. Det blei i løpet av studien erfart at dei fleste forskingsstudiane på området var basert på pasient- og pårørandeperspektiv, noko som gjorde det utfordrande å finne god og relevant forskning frå eit sjukepleiarperspektiv. Sjukepleiarperspektivet er likevel beholdt som utgangspunkt for søkeprosessen, då dette er eit relevant perspektiv i forhold til problemstillinga. Databasane Cinahl og PubMed er benytta i søkeprosessen, ettersom dette er dei databasane vi har fått opplæring i og kjenner oss tryggast på å bruke. Dette kan utgjere ein svakheit ved studien, då bruk av fleire databasar kanskje ville gitt meir forskning sett ut i frå sjukepleiarperspektiv. Kvalitative studiar blei bevisst valgt i henhold til problemstillingas formulering. I artikkelsøket blei det først tatt utgangspunkt i at artiklane skulle vere godkjent av etisk komité. Det blei oppdaga at ikkje alle studiane hadde oppgitt dette, men at dei likevel innfridde etiske krav ut frå beskrivelsen til Dalland (2015, s. 109).

Eit inklusjonskriterium i søkeprosessen var å finne forskning frå dei 10 siste åra, så lenge innhaldet i forskinga har overføringsverdi til i dag. Den eldste brukte artikkelen er studien til Nordqvist mfl. (2009), som blei ansett som relevant fordi innhaldet vil kunne vere overførbart til dagens praksis. Forsking utanfor Europa kan vere ein svakheit, ettersom ulike lovverk, yrkesetiske retningslinjer og arbeidskulturar regulerer tjenesten. Studiane til Ferreira mfl. (2014), Cruz mfl. (2012) og Pennafort mfl. (2014) er forskning henta frå Brasil. Dette kan utgjere ei svakheit i studien, men er valgt ettersom forskinga tek opp bruken av pedagogikk og leik i omsorg for barn, noko vi meiner er relativt universelt og overførbart til norske forhold. Studien til Ramchandi mfl. (2016) er frå USA, men er benytta fordi den kan gje innspel til norsk praksis, sidan den utforska bruken av ein ny undervisningsmetode. Då analysen skulle utarbeidast, var det utfordrande å skilje resultatata i studiane frå kvarandre og danne kategoriar. Dette medførte at trinn to og tre i analysemodellen til Evans (2002) måtte utførast to gongar. Når ein legg fram synteser i kvalitative studiar kan detaljar gå tapt, ettersom desse ikkje er ein presentasjon av numeriske data som kan overførast med tabell. Fortolkingar av forskarar kan dermed påvirke validiteten (Evans, 2002). Analysen er utarbeida grundig, noko som styrkar oppgåva.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sjukehusopphaldet - utfordringar

Når eit barn blir ramma av sjukdom og innleggast på sjukehus vil det kunne medføre usikkerhet, ubehag og stress. Diverse undersøkingar kan virke skremmande, ubehagelege og smertefulle. Barn opplever gjerne stress i forbindelse med å bli skilt frå foreldra, eller det å føle trussel om å bli skilt frå dei (Grønseth og Markestad, 2011, s. 51-52). Det går imidlertid fram i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000 §6), at barn har rett til å ha foreldre hos seg under sjukehusopphald. Barnet opplever også å vere i eit framandt og ukjent miljø. Det at rutiner og daglegdagse gjeremål forsvinn, kan gjere at kvardagen ikkje lenger føles så stabil og forutsigbar. Dette kan vere med på å true utviklinga av sjølvtilitt, innsikt og kontroll over seg sjølv og omgjevnadane (Grønseth og Markestad, 2011, s. 51-52). Funn viser at bruken av leik i omsorgen for barn vil kunne bidra til å redusere negative konsekvensar av sjukehusinnlegginga (Ferreira mfl., 2014). Det kan sjåast i samanheng med Tveiten (2012, s. 39), som hevdar at dette krev at sjukepleiaren må ha

gode kommunikasjonsferdigheiter, samt evna til å bruke fantasi, vere leikande, tolmodig og ikkje ta seg sjølv så høgtidleg.

Barn er ut frå alder og utviklingsnivå avhengig av vaksne, og når eit barn blir innlagt på sjukehus, er foreldra ofte med under heile eller delar av opphaldet (Tveiten, 2012, s. 21). Det er dermed ikkje barnet åleine som kjenner på kjensler knytt til sjukehusinnlegginga. Familien vil også kunne oppleve kjensler som angst, uro og skuldkjensle grunna den nye situasjonen som inneber krav og omstilling for familien (Cruz mfl., 2012; Jonsson mfl., 2010; Zamberlan mfl., 2014). Funn viser at for å oppretthalde samhaldet i familien, blir begge foreldra oppfordra til å bli på sjukehuset, og søsken blir anbefalt å kome på besøk (Jönsson mfl., 2010). Dette kan sjåast parallelt med “Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon” (2000, §6), som bekreftar barn sin rett til å ha minst ein forelder hos seg under institusjonsopphald. I den forbindelse skal foreldre vel å merke få avlastning etter behov, og personalet er pliktige å avklare med foreldra kva oppgåver dei sjølv ønskjer å utføre under sjukehusopphaldet (ibid.).

Autonomien til barn er begrensa, og foreldra vil fram til barnet er myndig fungere som barnet sine myndigheitspersonar. Det vil då kunne oppstå situasjonar der foreldre tek avgjerder på vegner av barnet, noko som kan representere ei utfordring for sjukepleiar i høve barnet sin autonomi og empowerment (Tveiten, 2012, s. 35). Våre funn viser at det er viktig at sjukepleiar strebar etter å involvere barnet i eiga behandling, då sjukehusinnlegging inneber tap av privat- og daglegliv, som igjen kan føre til at barnet har vanskeleg for å utøve autonomi (Zamberlan mfl., 2014; Ferreira mfl., 2014). Det kan sjåast i samanheng med andre funn som viste at ein god relasjon mellom sjukepleiar og barn vil kunne gjere det enklare for barnet å utveksle idear, uttrykke seg om eventuell uro/angst, samt få forståing av behandling og prosedyrar. Vidare viser funna betydninga av at sjukepleiar involverar seg frå fyrste stund, gjennom å skaffe seg innsikt og utveksle erfaringar med barnet og familien (Pennafort mfl., 2014; Zamberlan mfl., 2014). Tveiten (2012, s. 38) underbygger dette ved å hevde at det å setje barnet og familien i sentrum, sjå barnet og familien som ein heilskap, respektere og tilrettelegge for autonomi, medverking og empowerment, er viktige aspekt ved sjukepleiaren sin kompetanse. Sjukepleiar må då ha kunnskapar i juss og etikk for å kunne ivareta barnet sin og foreldra sin autonomi og deira moglegheiter for medverking på best mogleg måte. Det krevjast også at sjukepleiar har kompetanse i å kunne samarbeide med barnet og foreldra i denne

empowermentprosessen. Dette kan vere utfordrande, men handlar om å tilrettelegge for medverking, maktomfordeling og å anerkjenne barnet sin og foreldra sin kompetanse. Det er altså viktig at sjukepleiar fungerer som ein anerkjennande samarbeidspartner (Tveiten, 2012, s. 38-39).

Det å fokusere på barnet si meistring vil vere hensiktsmessig. Sjukepleiar bør då hjelpe barnet til å oppdage og ha tru på eigne moglegheiter, noko som vil kunne ha betydning for ivaretakinga av eiga helse (Tveiten, 2008, s. 31-33). Kjensler, tankar og opplevingar av meistring er sterkt knytta til kropp og kroppsbehersking i barneåra. Skader, immobilitet og inngrep i kroppen kan derfor opplevast truande. Det blir då viktig å ivareta barnet sin integritet og hjelpe barnet med å behalde kontrollen i stressituasjonar, for å unngå at barnet føler seg utilstrekkeleg og hjelpesløst (Grønseth og Markestad, 2011, s. 55). Som sjukepleiar er det viktig å setje grenser for barnet, då dette vil kunne gje ei oppleving av tryggleik, fordi barnet gjenkjenner situasjonen og merker at noko er gjenkjennbart (Tveiten, 2012, s. 37). Dersom barnet opplever eit stressnivå som overskrider kva han/ho kan handtere, kan barnet ubevisst gå tilbake til tidlegare utviklingstrinn. Dette er ein forsvarsmekanisme og blir beteikna som regresjon. Barn som har godt utvikla språk, kan begynne å prate babyspråk, og barn som har vore tørre før, kan begynne å væte seg igjen (Grønseth og Markestad, 2011, s. 55). Gjennom regresjon opplever barnet ubevisst mindre krav og lågare forventningar til meistring, og regresjon utgjør dermed ein forsvarsmekanisme (Tveiten, 2012, s. 56).

5.2.2 Betydninga av pedagogisk tilnærming

Den pedagogiske funksjonen til sjukepleiar har som hensikt at individet utviklar seg, lærer og aukar livskvaliteten. Med dette i fokus er det stor meining i å fokusere på meistring (Tveiten, 2008, s. 32). Det kan vere utfordrande å utføre prosedyrar dersom barnet ikkje vil samarbeide. Nødvendigheita av å utføre behandlinga må då vegast opp i mot lidinga barnet blir utsett for (Tveiten, 2012, s. 68). På den eine sida er det uhensiktsmessig av sjukepleiar å spørje barnet om han/ho vil ha injeksjon. På den andre sida kan sjukepleiar la barnet få velje å sitje på fanget til mor eller far, bestemme kva side ein injeksjon skal setjast i, og for eksempel klokkeslettet for når prosedyra skal utførast (Tveiten, 2012, s. 61). Tveiten (2008, s. 34) viser til Lazarus og Folkman som beskriv at det å ha tru på kontroll i situasjonen antas å vere av betydning for meistring. Knytter ein dette til ein sjukepleiar-

pasient-situasjon vil meistringshjelpa kunne innebere å tilrettelegge for at pasienten skal erkjenne kontroll i den gitte situasjonen. Dersom eit barn skal lære å leve med diabetes mellitus type 1, vil det å meistre sprøytesetting kunne gje barnet oppleving av kontroll, og dermed gje oppleving av meistring. Meistringshjelpa kan vere å bekrefte at han/ho utførte prosedyra riktig, og gje vedkomande ros (ibid.). Våre funn viser at barn sin sjølvtilitt økte når dei fekk ansvar for å administrere insulin og måle blodglukose sjølv (Jönsson mfl., 2010). Det å setje insulin sjølv er også eit eksempel på korleis ein kan gjere barnet ansvarleg for eiga helse og behandling, noko som blir sett som viktig (Pennafort, mfl. 2014). Dette kan sjåast i samanheng med Tveiten (2008, s. 32) som hevdar at å tileigne seg kunnskap og forståing av korleis helsa best kan ivaretakast, kan gi moglegheit for utvikling av eigenomsorg.

Barn kjenner seg lett utrygge i skremmande og framande omgivnader. Den normale kvardagen til barnet er derfor viktig å oppretthalde under eit sjukehusopphald, så langt det er mogleg (Grønseth og Markestad, 2011, s. 9). Funnt viser at sjukepleiarar føler stort ansvar for å bidra med aktivitetar som gjev læring (Pennafort mfl., 2014), og Grønseth og Markestad (2011, s. 89) trekk inn leik som eksempel på ein aktivitet som står sentralt i den pedagogiske tilnærminga. Leiken kan for barnet samanliknast med samtalen for vaksne, og utgjør eit velegna hjelpemiddel å kommunisere gjennom (ibid). Erikson (1981) i Håkonsen (2014, s. 57) understrekar også at barn i aldersgruppa 6-12 år er i ein fase av utviklinga der dei er særst opptekne av å lære fysiske og intellektuelle aktivitetar. Leiken er ein tilfluktsstad der barnet kan gjenvinne kontroll og oppleve meistring. Som eit verkemiddel i sjukebehandling er leiken ein måte å forklare, strukturere eller tydeleggjere ei eventuell prosedyre til barnet på. Fleire studiar hevdar at leik var viktig for å redusere frykt, men også for å få større innsikt i sjukdomen og behandlinga, og forberede barnet på prosedyrar (Cruz mfl., 2014; Ferreira mfl., 2014). Grønseth og Markestad (2011, s. 89) underbygger at leik kan brukast terapeutisk, då det reflekterer barn sin måte å sjå verden på, og sjukepleiar møter barnet på barnet sitt nivå gjennom leiken.

Aktivitet kan vere ein god måte å lære på, men det kan også utgjere ein teknikk i avleiing (Pennafort mfl., 2014; Zamberlan mfl., 2014). Dette underbygger Grønseth og Markestad (2011, s. 67) som hevdar at det å utnytte barnet sin nysgjerrigheit og interesse for oppgåver det likar, kan hjelpe barnet til å konsentrere seg om noko anna enn det som forårsakar smerte, ubehag og engstelse. Funnt viste at det å la barn utføre prosedyrer på ei dokke, var

ein måte som gjorde det mogleg for barnet å uttrykke kjensler på, konfrontere eigen realitet og stille spørsmål (Cruz mfl., 2012). Leik og teikning er altså noko sjukepleiar kan ta i bruk for å hjelpe barnet å bearbeide. Har barnet opplevd noko ubehageleg, kan det gjennom leik uttrykke kjensler og oppfatningar knytt til hendinga, og sjukepleiar får moglegheit til å korrigere. Rolleleik kan fungere som ein arena der barnet får bearbeide tankar og kjensler. Barnet kan eksempelvis setje seg inn i rolla som “sjukepleiar” for å vise kva det sjølv har erfart. Ein vil slik få eit inntrykk av kva barnet har oppfatta, noko som gjev rom for eventuell korrigering, trøyst og avdramatisering (Tveiten, 2012, s. 67-68).

Opplæringsprogrammet som foregår på sjukehuset, er avhengig av sjukepleiars evne til å veilede (Grønseth og Markestad, 2011, s. 353). Det er viktig at sjukepleiar møter barnet der han/ho er og oppnår tillit (Tveiten, 2008, s. 72). På den eine sida kan sjukepleiarar av og til føle at dei har mangelfull kompetanse i å rettleie, noko som kan medføre utryggleik i rolla som rettleiar. Det blir då hensiktsmessig å reflektere over eigen motivasjon for, og grunnlaget for å rettleie (Tveiten, 2008, s. 88). For at sjukepleiar skal oppnå hensikta med rettleiinga, kan det vere nyttig å bevisstgjere seg på dei ulike fasane i rettleiing som Tveiten (2008, s. 87) viser til, som er; planleggingsfasen, bli kjent-/bli trygg-fase, arbeidsfasen, avslutningsfasen og bearbeidingsfasen. Når barnet uttrykker seg, bør sjukepleiar lytte aktivt og vere nærverande, for å kunne forstå kva barnet formidlar (Tveiten, 2012, s. 164). Det er i tillegg viktig ifylgje Grønseth og Markestad (2011, s. 61-63) at sjukepleiar hjelper barnet til å meistre ubehagelige situasjonar, og får det til å føle seg kompetent. For eksempel kan ros, trøyst og berøring etter ein prosedyre, vere positiv merksemd som kan vege opp for moglege negative opplevingar.

Sjukdom og sjukehusinnlegging kan føre til at barn reagerar med skuldkjensle. Barnet tenker konkret, forståinga er unyansert, og evna til å forstå samanhengar er også umoden. Dersom barnet skulle oppleve skuldkjensle, er det viktig at sjukepleiar og foreldre hjelper barnet til å forstå og akseptere at det ikkje har skuld i sjukdomen (Tveiten, 2012, s. 56). Barn i alderen 6-12 år samanliknar seg meir med andre og brukar desse som målestokk for eiga utvikling (Håkonsen, 2014, s. 57). Barn utviklar arbeidsevne, noko som på den eine sida kan føre til ei kjensle av å ikkje meistre, og føre til at barnet kjenner seg mindre verdt og underlegent. På den andre sida blir barn i denne aldersgruppa flinkare til å arbeide med oppgåver saman med andre, dei blir flinkare til å sjå fleire sider av ei sak, og dei skjønar betre at det å ha ulike meiningar er mogleg (Erikson, 1981, s. 227-229).

Grønseth og Markestad (2011, s. 10) hevdar at det stillast store krav til sjukepleiarar moralske standard og refleksjon over eigen praksis i sjukepleia av barn. Dette fordi autonomi, evna til å seie ifrå og moglegheita til å bli høyrte i dei vaksne si verd, er begrensa hos barn. Sjukepleiarar gjev uttrykk for verdiane sine gjennom kommunikasjon og måten gjeremål blir utført på, og viser haldningane sine gjennom engasjement og interesser. Sjukepleiarar formidlar også mykje gjennom nærleiken eller avstanden dei har til pasienten, og bruk av blikk og hender (ibid.).

5.2.3 Familien - ein viktig ressurs

Det å få eit kronisk sjukt barn berører heile familien. Kvardagen kan bli fylt med nye utfordringar og meirbelastning, som vil endre livssituasjonen for alltid. Gjennom å ha meistring som styrande omgrep, vil helsepersonell kunne rette fokus på familien sine sterke sider og støtte deira valg og meistringsstrategiar (Grønseth og Markestad, 2011, s. 204). Det er imidlertid viktig å ta i betraktning at stress i forbindelse med at barnet er ramma av sjukdom, kan medføre at meistringskapasiteten til foreldra blir redusert (Tveiten, 2012, s. 61). Foreldre burde oppmuntrast til å ivareta tryggleiken i foreldrerolla til tross for sjukehusinnlegging. Sjukepleiarar kan oppmuntre til dette gjennom å la foreldra delta i beslutningar som angår barnet, og bemerke at foreldra er ekspertar på sitt eige barn (Grønseth og Markestad, 2011, s. 204). Dette understøtter funn som viser at det vil kunne lede til empowerment hos foreldra, dersom sjukepleiarar tek beslutningar saman med barn/familie. Aktiv deltaking fremjar autonomi og ansvarsfordeling mellom helsepersonell og familie, som vil kunne bidra til at foreldre opplever større forståing og kontroll over sjukdom og behandling (Panicker mfl., 2013; Pennafort mfl., 2014). Her kan ein trekke inn Grønseth og Markestad (2011, s. 204), som uttrykker at det er sentralt å diskutere rollefordeling mellom foreldra og helsepersonellet, samt rettleie dei i nye måtar å utføre foreldrerolla på ved behov. Eit godt samarbeid og ein god relasjon mellom sjukepleiarar og barn/familie er nødvendig for at foreldre og barn skal kunne ta del i beslutningar, anerkjennast som ekspertar på seg sjølv samt hjelpast til å sjølv ta kontroll over faktorar som påverkar eige liv og helse. Det er dette som ligg i uttrykket empowerment (Tveiten, 2012, s. 72).

Barn og unge har eit sterkare avhengighetsforhald til omsorgspersonane enn det vaksne har, noko som gjer familie til ein viktig ressurs (Grønseth og Markestad, 2011, s. 9).

Sentrale aspekt ved sjukepleiarens kompetanse er å setje barnet og familien i sentrum og sjå dei som ein heilskap, respektere og tilrettelegge for autonomi, medverking og empowerment (Tveiten, 2012, s. 38). Dette understøtter funna våre som viser at det er viktig å involvere familien i behandlinga og motivere for aktiv deltaking (Cruz mfl., 2012; Jönsson mfl., 2010; Panicker mfl., 2013; Pennafort mfl., 2014; Ramchandi mfl., 2016; Zamberlan mfl., 2014). Det samsvarar også med Grønseth og Markestad (2011, s. 9) som hevdar at det er av stor betydning at sjukepleia er familiesentrert, og rettar seg mot heile familien samt mot barnet. Det at foreldra er til stades, kjente rutiner, glede, humor og leik kan bidra til at barnet føler tryggleik og velvære. At foreldra er til stades kan vere utfordrande, då det kan bli trangt om plassen og moglegheit for uro i arbeidssituasjonen. På den andre sida er foreldre ein støttespelar og ressurs, fordi det er foreldra som kjenner barnet sitt best og forstår barnet sine opplevingar og kva barnet prøvar å uttrykke (Tveiten, 2012, s. 36).

Som sjukepleiar i ei barneavdeling er ein ikkje berre sjukepleiar for barnet, men også for familiemedlemmar. Foreldra forstår ikkje alltid målet og hensikta med sjukepleia og behandlinga, og vil dermed kunne oppleve at barnet påførast unødvendig smerte og lidning (Tveiten, 2012, s. 35). Her blir det viktig med informasjon, og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §6) pålegger helsepersonell å gi foreldre og barn fortløpande informasjon under sjukehusopphald. Foreldre har behov for informasjon, og det er viktig at den er realistisk, relevant og forståeleg (Tveiten, 2012, s. 71). Opplæring av familiemedlemmar står sentralt for at foreldra skal kunne hjelpe barnet til å gjennomføre den gitte behandlinga, unngå sjukehusinnlegging og oppnå ein god livsstil (Pennafort mfl., 2014). Tveiten (2008, s. 194-195) viser til at utgangspunktet for opplæring av foreldre inneber å møte foreldra der dei er, vere lydhør for kva som opptek dei, kva dei tenker, føler og har behov for.

Funn i to av studiane viste positive haldningar knytte til bruken av nye undervisningsmetodar (Ramchandi mfl., 2016; Nordqvist mfl., 2009). Funna viste det positivt at foreldre gjennom aktiv deltaking viste større engasjement, samt det gav betre dialog/relasjon mellom helsepersonell og familiemedlem (ibid.). Mykje informasjon er i dag tilgjengeleg for pasient/pårørande gjennom internett, men det er viktig å vere seg bevisst at kunnskap innhenta frå internett ikkje alltid er korrekt og ikkje alltid blir rett forstått. Somme sjukehus har ein interaktiv nettside der barn og familiemedlemmar på eiga

hand kan innhente informasjon. Ein risiko er då at sjukepleiaren kanskje ikkje er klar over kva dei har forstått av informasjonen, samt kva påverknad informasjonen har på dei. Det vil kunne oppstå usikkerheit hos barn og familie dersom ein innhentar kunnskap på eiga hand og ikkje får bekrefte eller delt forståinga med fagpersonar, eller får svar på spørsmål (Tveiten, 2012, s. 25). Funna våre viste at det å bruke ein lokal web 2.0-portal for unge diabetespasientar og familien deira, kunne oppmuntre nokre pasientar/pårørande til å ta aktiv del i behandlinga gjennom å tilegne seg meir kunnskap om sjukdomen sin, samt innhente informasjon som barnet/familien ikkje har hatt anledning til å spørre helsepersonell om (Nordqvist mfl., 2009). Ein antatt risiko ved denne forma for opplæring var derimot at pasientane kunne oppleve å vere så velinformert gjennom portalen at dei ikkje overholdt avtalane sine med diabetesteamet, eller at dei ville prøve ut eiga behandling og feile (ibid.).

Kvar forelder er unik og ulik, med ulike strategiar for å takle ting. Det er dermed viktig at sjukepleiar identifiserar desse individuelle strategiane og behandlar foreldra ut frå individuelle behov (Panicker mfl., 2013; Zamberlan mfl., 2014). Ulike familiar utgjør unike, dynamiske system for oppseding av, omsorg og støtte for barn. Familien sin funksjon blir påverka når eit barn blir innlagt i sjukehus. Sjukepleiar må dermed vere bevisst på dette og ha som målsetting at familien skal oppleve sjukehusopphaldet som positivt (Tveiten, 2012, s.23). Funn viser at å kartlegge individuelle behov gjennom å styrke relasjonen og dele informasjon med barn/foreldre, samt respektere deira meiningar og erfaringar, er betydningsfullt (Zamberlan mfl., 2014). Dette blir støtta av Tveiten (2008, s. 194-195) som hevdar at sjukepleiar bør avklare kva forventningar foreldrene har til helsepersonellet ved sjukehusopphaldet, samt samtale om korleis ein kan samarbeide og tilrettelegge for at foreldra skal få auka kompetanse og bli tryggare i foreldrerolla.

Det blir stilt krav til både barnet som er sjukt, søsken, foreldre og personale når barn blir innlagt på sjukehus. At foreldra er til stades er av stor betydning, men kan imidlertid medføre at foreldra opplever å bli overlatt til seg sjølv og få oppgåver som dei i utgangspunktet føler er fagutøverane sine (Tveiten, 2012, s. 24-25). Det framgår av funna våre at fleire foreldre følte at meiningane og erfaringane deira ikkje blei imøtekomne av helsepersonell (Zamberlan mfl.,2014). Dei følte seg også uforberedt grunna mangel på kunnskap, rettleiing og informasjon. Andre funn påpeikar at ein god relasjon mellom helsepersonell og barn/familie er viktig, samt at sjukepleiar involverer seg gjennom å dele

erfaringar og opplevingar (Pennafort mfl., 2014; Zamberlan mfl., 2014). Tveiten (2012, s. 37) viser til at god sjukepleie forutset at sjukepleiaren har forståing for den andres situasjon. Slik empati krev kompetanse og evne til å formidle kompetansen på ein måte som gjer at opplevinga blir god. Sjukepleiar bør også ta omsyn til den samanhengen barnet befinner seg i, herunder uvante omgivnadar, og ta utgangspunkt i barnets og familiens opplevingar (ibid).

6.0 Konklusjon

For at barn i alderen 6-12 år med diabetes type 1 skal oppleve meistring i den nye kvardagen, må sjukepleiar evne å sjå familien sine behov som ein heilskap. Sjukepleiar må også vere bevisst i den pedagogiske tilnærminga og møte barnet der det er. Ettersom det tross alt er barnet og familien som skal leve vidare med sjukdomen, framgår aktiv deltaking og empowerment som sentralt. Derfor bør sjukepleiar i møte med barn og familie erindre at det er dei som er ekspertar på seg sjølv, og motivere dei til å ta ansvar for eiga helse og delta i behandlinga.

Det kom fram at sjukehusinnlegging inneber tap av privat- og dagligliv, noko som får konsekvensar for både barnet og familien. Det kan bli vanskelegare for barnet å utøve autonomi, medan familien gjerne kan føle på sårbarheit, angst og uro. Sjukepleiar bør vere bevisst på at familien framstår som ein viktig ressurs. Opplæring av familiemedlemmar, det å ta beslutningar saman med familien, fordele ansvar og respektere meiningane og erfaringane deira viser seg å vere essensielt for å fremje aktiv deltaking. Det kom også fram kor viktig det er at barnet blir involvert og gjort ansvarleg for eiga helse og behandling. Det er i den forbindelse sentralt å verdsette og implementere pedagogiske strategiar, og sjukepleiar føler stort ansvar for å bidra med aktivitetar. Leik er ein form for aktivitet som viser seg å kunne redusere barnets frykt, oppnå forståing av sjukdom og behandling, samt forberede barnet på prosedyrar.

6.1 Forslag til vidare forskning

I løpet av litteraturstudien erfarte vi at det fantes mykje forskning knytt til pasient- og pårørandeperspektivet. Det hadde dermed vore interessant om det vart forska meir på sjukepleiarperspektivet, og om forskinga vart retta mot det behandlingsforløpet som foregår ved første sjukehusinnlegging. Det hadde vore interessant med meir forskning kring korleis sjukepleiarar på sjukehus erfarar å møte denne pasientgruppa, utfordringane det medfører og korleis dei meiner ein kan løyse desse utfordringane på ein god måte. Det hadde også vore gunstig dersom meir forskning på dette feltet blei utført i Europa, då vi opplevde å finne mykje forskingsmateriale utført i andre delar av verden.

Litteraturliste

Cruz, DSM da., Collet, N. og Marques, DKA. (2012) «Importance of using therapeutic toys in care of children with diabetes type 1». *Journal og Nursing UFPE*. [Internett]. s. 858-862. DOI: 10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201222

Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Erikson, E.H. (1981) *Barndommen og samfunnet*. 5.utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Evans, D. (2002) «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian Journal of Advanced nursing*. [Internett]. Vol.nr 20, utgåve 2. s. 22-26. <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Ferreira, M.L., Monteiro, M.F.V. og Silva, K.V.L. (2014) «Use of play in child care hospitalized: Contributions to pediatric nursing». *Ciência, Cuidado e Saúde*. [Internett]. Vol.nr 13. Utgåve 2. s. 350-356. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v13i2.20596

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utg. Stockholm: Natur & kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. *Forskrift 1. desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon*.

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Gulseth, H. L., og Strøm, H. (2014) Diabetes [Internett]. Oppdatert 02.06.17. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes-i-norge---folkehelseappor/>> [Lest: 18. april 2018].

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jenssen, T. (2014) Diabetes mellitus. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. red. *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 379-391.

Jenssen, T. og Berg, J.P. (2014) Legemidler ved diabetes mellitus og sykdommer i endokrine organer. I: Nordeng, H. og Spigset, O. red. *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 251-267.

Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (2010) «A multidisciplinary 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*. [Internett]. s. 1-10. DOI: 10.1186/1471-2431-10-36

Kristoffersen, N. J. (2015) Stress og mestring. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie, Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 134-196..

Mosand, R.D. og Stubberud, D-G. (2015) Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 51-82.

Nordqvist, C., Hanberger, L., Timpka, T. og Nordfeldt, S. (2009) «Health professionals` attitudes towards using a web 2.0 portal for child and adolescent diabetes care: qualitative study». *Journal of medical internet research*. [Internett], Vol 11, No 25. DOI: [10.2196/jmir.1152](https://doi.org/10.2196/jmir.1152)

Panicker, L. (2013) «Nurses´ perceptions of parent empowerment in chronic illness». *Contemporary Nurse*. [Internett]. Vol nr 45. Utgåve 2. s. 210-219. DOI: <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.2.210>

Pennafort, V.P.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 Gaúcha de Enfermagem*. [Internett]. Vol.nr 35. Utgåve 3. s. 130-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.43313>

Ramchandi, N., Johnson, K., Cullen, K., Hamm, T., Bisordi, J. og Bolyai, S.S. (2016) «CDE Perspectives of providing new onset type 1 diabetes education using formal vignettes and simulation». *The diabetes educator*. [Internett] Vol nr 43. Utgåve 1. s. 97-104. DOI: 10.1177/0145721716676893

Tveiten, S (2012) Barns helse og livskvalitet. I: Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. red. *Sykepleie til barn*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 42-78.

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*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 157-202.

Tveiten, S. (2012) Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie?. I: Tveiten, S., Wennick, A. og Steen, H. F. red. *Sykepleie til barn*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 11-40.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Zamberlan, K.C., Neves, E.T., Severo, V.R.G. og dos Santos, R.P. (2014) «The care of the child with chronic or disabling disease in the hospital context». *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internett]. s. 1288-1302. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1288

Vedlegg 1: Oversikt over søkeprosessen i dei ulike databasane.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Type 1 diabetes AND nurse	26.10.17	CINAHL	26	5	3	0
Nursing role AND diabetes mellitus type 1	26.10.17	CINAHL	14	5	2	0
Diabetes mellitus type 1 AND child, Hospitalized, AND pediatric nursing	26.10.17	CINAHL	1	1	1	0
Diabetes mellitus, type 1 AND pediatric Units	26.10.17	CINAHL	14	6	2	0
Nursing role, AND child hospitalized OR	01.11.17	CINAHL	1	1	0	0

hospitals, pediatric AND diabetes mellitus type 1						
Nursing AND diabetes Mellitus type 1	01.11.17	Cinahl	59	6	3	0
Nursing AND diabetes mellitus type 1 AND child hospitalized	01.11.17	Cinahl	2	2	1	0
Self care AND pediatric AND nurse AND diabetes	01.11.17	Cinahl	14	2	2	Artikkel nr. 1: «Health professionals` attitudes towards using a web 2.0 portal for child and adolescent diabetes care; qualitative study»
Therapeutic AND children AND diabetes type 1	01.11.17	Cinahl	2	1	1	Artikkel nr. 2: «Importance of using therapeutic toys in care of children with diabetes type 1»

Child AND hospital context	01.11.17	Cinahl	5	1	1	Artikkel nr. 3: «The care of the child with chronic or disabling disease in the hospital context»
Diabetes mellitus type 1, child, nurse	02.11.17	CINAHL	28	3	1	0
Pediatric nursing AND diabetes mellitus type 1	08.11.17	CINAHL	30	4	2	Artikkel nr. 4: «The perception of nurses regarding educational practices for children with diabetes in hospital care».
Pediatric nursing AND diabetes mellitus	08.11.17	Cinahl	37	3	1	0
Diabetes mellitus type 1, AND nursing role AND child	09.11.17	CINAHL	17	5	2	0
Nursing role, AND child, AND	09.11.17	CINAHL	87	7	4	Artikkel nr. 5: «Use of play in child care hospitalized:

hospital						Contributions to pediatric nursing»
Nursing role, AND parents AND communication	23.08.17	CINAHL	31	6	2	Artikkel nr. 6: «Nurses´ perceptions of parent empowerment in chronic illness»
Diabetes mellitus type 1 AND nursing role AND children	10.04.18	PUBMED	46	5	2	Artikkel nr. 7: «A multidisiplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes- a qualitative study»
Diabetes mellitus type 1 AND teaching methods OR coping	11.04.18	CINAHL	69	15	5	Artikkel nr. 8: «CDE Perspectives of providing new onset type 1 diabetes education using formal vignettes and simulation»

Vedlegg 2: Analyse. Oversikt over nøkkelfunn.

Nøkkelord	Artiklar
Tverrfagleg team	4, 6, 7, 8
Ansvarsfordeling	4, 6
Aktiv deltaking av barn	1, 3, 4, 7, 6
Aktiv deltaking av foreldre/familie	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
Relasjon/tillit	1, 3, 6
Opplæring og informasjon	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
Familie viktig ressurs	2, 3, 4, 5, 6, 7
Pedagogiske strategiar	2, 3, 4, 5
Insulinadministrasjon av barn/familie	2, 4, 7, 8
Ny undervisningsmetode	1, 8
Autonomi	3, 4,

Vedlegg 3: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1: Health Professionals`Attitudes towards using a Web 2.0 portal for child and adolescent diabetes care: qualitative study.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Nordqvist, C., mfl. 2009. «Health Professionals`Attitudes towards using a Web 2.0 portal for child and adolescent diabetes care: qualitative study».</p> <p>Journal of medical internet research. Vol.nr. 11. Utgåve nr. 2.</p>	<p>Hensikta med studien var å undersøke helsepersonells haldningar ifht bruk av ein lokal webportal hos unge med diabetes type 1 og deira foreldre. Det blei også undersøkt moglegheiter og barrierer knytt til innføring av slike system i klinisk praksis.</p>	<p>Web 2.0, childhood chronic disease, health professionals, attitudes, type 1 diabetes.</p>	<p>Kvalitativ studie. Studien blei gjort i Sverige der 20 klinikarar (7 legar, 9 sjukepleiarar, 2 ernæringsfysiologar og 2 sosionomar) frå to pediatrike diabetesteam blei intervjuar. Majoriteten var kvinner. Det blei utført lydinnspilte kvalitative telefonintervju. Intervjua var semistruktert der dei som blei intervjuar kunne uttrykke egne problemstillingar, samt som dei fikk tid til å formulere svar til spørsmåla som blei stilt. Oppfølgingsspørsmål blei spurt i forsøk på meir djuptgåande svar.</p>	<p>Det blei ansett positivt at pasient/pårørande kan finne lett tilgjengeleg informasjon gjennom portalen. Blir også trekt fram som positivt at ulike barn/familiar kan utveksle erfaringar gjennom portalen, men at det kunne bli utfordrande å få pasientane til å bruke denne funksjonen. Nokon meinte det var vanskelig å imøtekomme individuelle behov ved bruk av portalen. Nokon antok også at det hovudsakelig var dei som allerede var velinformert som ville bruke portalen. Antatt mest brukt blant ungdom ettersom dei er meir kjende med sosiale medier. Negativt pga pasient/pårørande kan tru dei er så velinformert gjennom portalen at dei ikkje møter opp og oppfylgjer opplegget til diabetesteamet.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen for å belyse eit eksempel på korleis informasjonsteknologi og velferdsteknologi i kan fungere som hjelpemiddel i kommunikasjon, informasjon og opplæring av denne pasientgruppa som gjerne har mange spørsmål kring sjukdom og behandling.</p>

Litteratormatrise 2: Importance of using therapeutic toys in care of children with diabetes type 1.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Cruz, DSM da., mfl. 2012. «Importance of using therapeutic toys in care of children with diabetes type 1».</p> <p>Journal of Nursing UFPE. S. 858-862.</p>	<p>Hensikta med studien var å rapportere effekta av terapeutiske leiketøy som verktøy i omsorgen for barn med diabetes mellitus type 1.</p>	<p>Child, diabetes mellitus, assistance, games and toys.</p>	<p>Kvalitativ studie. Ein beskrivande studie med kvalitativ tilnærming utvikla av medlemmar av prosjektet «Therapeutic toy: a new look by pediatric nursing» ved universitetssjukehuset Lauro Wanderley, i Brasil. Terapeutisk leik blei brukt i ein sjukepleiarkonsultasjon etter at ein 6år gammal gut hadde blitt utreda og fått diagnosen diabetes type 1. Pasienten kom til konsultasjon saman med sin mor og tante. For registrering av data og reaksjoner frå barn og familie, blei det brukt ei bestemt bok (The book of nursing consultation registration), samt dagbok.</p>	<p>Bruken av terapeutiske leiketøy kan vere eit godt hjelpemiddel for å forberede barnet på kommande prosedyrer, samt bli komfortabel med prosedyrer og hyppigheita av prosedyrer. Bruken av terapeutisk leiketøy gav betre samhandling mellom sjukepleiar og barn/familien. Bra at barnet fikk lære, prøve og akseptere å utføre ein prosedyre på ein dukke, før ein prøvde på seg sjølv. Verktøyet virka å forberede barnet/familien på dei rutinemessige prosedyrene (blodsuktermåling, insulin) som blir ein del av kvardagen med Diabetes.</p>	<p>Vi vil bruke artikkelen for å belyse bruken av terapeutiske leiketøy som metode for å tilnærme seg barn i undervisning og opplæring ifht. nydiagnostisert diabetes type 1.</p>

Litteraturmatrikse 3: The care of the child with chronic or disabling disease in the hospital context.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Zamberlan, K-C., mfl. 2014. «The care of the child with chronic or disabling disease in the hospital context».</p> <p>Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online. S. 1288- 1302.</p>	<p>Hensikta med studien var å belyse kva betydning sjukehusinnlegging har for ivaretakingen av barn med kronisk eller invalidiserande sjukdom.</p>	<p>Pediatric nursing, child nursing, child care chronic disease, nursing team, family.</p>	<p>Denne studien er ein oversiktsstudie. Det er ein integrerende gjennomgang av fleire artiklar, der ein kjem fram til eit samla resultat. Søket etter artiklar vart gjort i databasene LILACS og MEDLINE. Det er brukt 4 artiklar frå LILACS og 15 artiklar frå MEDLINE. Etter grundig gjennomgang av artiklane blei 13 av artiklane utvalgt og analysert.</p>	<p>Studien viser det viktig å involvere barn og familie i behandlingssopplegg og motivere for aktiv deltaking. Dette er med på å fremje autonomi og kontroll i ein ny og ukjent situasjon som gjerne er forbunde med sårbarheit, skyldfølelse og urolighet for barnet/familie. Studier viser også at foreldre føler liten grad av bekræftelse frå helsepersonell i forhold til sine meiningar/erfaringar. Det er funnet viktig at helsepersonell kartlegg behova til barn/foreldre gjennom å styrke relasjonen, dele informasjon, og respektere deira meiningar/erfaringar. Ulike avledningsteknikkar i tilnærminga til barn blir også omtalt som viktig i behandlinga.</p>	<p>Studien har sin relevans for vår oppgåve fordi den trekker fram familie og forklarar kvifor familie er ein så viktig del for barnet på sjukehus. Dette blir igjen viktig for oss som sjukepleiarar å lære om å huske på slik at hjelpa vi gir til barnet inkluderar familien.</p>

Litteraturmatrikse 4: The perception of nurses regarding educational practices for children with diabetes in hospital care.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Pennafort, V.P.S., mfl. 2014. «The perception of nurses regarding educational practices for children with diabetes in hospital care».</p> <p>Revista Gaúcha de Enfermagem. Vol.nr. 35. Utgåve nr. 3. S. 130-136.</p>	<p>Hensikta med studien var å beskrive sjukepleiarar si oppfatning av pedagogisk praksis i møte med barn med diabetes i sjukehusavdeling.</p>	<p>Child, hospitalized, diabetes mellitus type 1, health education, nursing care, pediatric nursing</p>	<p>Kvalitativ studie. Studien er gjennomført i ei pediatrik avdeling lokalisert i Fortaleza, Brasil. 6 kvinnelege sjukepleiarar deltok i studien. Inklusjonskriteria var at: sjukepleiarane hadde erfaring ifht barn med diabetes, samt at dei måtte ha minst seks års erfaring. Sjukepleiarar som berre jobba nattevakter blei ekskludert. Metoden som blei brukt var semistrukturerte intervju. Det blei tatt lydopptak av intervju. Deretter blei intervju analysert ved hjelp av innholdsanalyse.</p>	<p>Studien understreka betydninga av sjukepleiarens rolle i undervisning/opplæring heilt frå barnet blir innlagt i avdelinga. Studien indikerer også behovet for tverrprofesjonelle team for å kunne tilby tilstrekkeleg behandling til pasientane. Sjukepleiarane føler dei har stort ansvar for å bidra med aktivitetar som gir læring og strebar for å vere involvert frå første stund, få innsikt i historikken og utveksle erfaringar med barnet og familien. Det framgår som viktig å oppmuntre til aktiv deltaking frå barn og forelder for å fremme deira autonomi, forståelse og kontroll over sjukdomen.</p>	<p>Studien er relevant i forhold til vår oppgåve, då den tek opp den pedagogiske tilnærminga til barn (og foreldre) innlagt ved barneavdeling grunna nyoppstått diabetes type 1. Studien viser betydninga av tverrprofesjonelle team, samt at det er viktig å involvere pasient/forelder til å ta ein aktiv del av behandlinga for å kunne oppnå god sjølvomsorg i den kommande kvardagen.</p>

Litteraturmatrikse 5: Use of play in child care hospitalized: Contributions to pediatric nursing.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Ferreira, M.L., mfl. 2014. «Use of play in child care hospitalized: Contributions to pediatric nursing».</p> <p>Ciência, Cuidado e Saúde. Vol.nr. 13. Utgåve nr. 2. S. 350-356.</p>	<p>Hensikta med denne studien var å undersøke sjukepleiarers handling i eit pediatrik sjukehus som tok i bruk lek i omsorgen for sjukehusinnlagte barn.</p>	<p>Play and playthings, child hospitalized, pediatric nursing.</p>	<p>Kvalitativ studie. Ein beskrivande studie, og utforskinga brukte kvalitativ tilnærming. Studien brukte semistrukturerte intervju. Det var eit offentleg sjukehus i Brasil som var involvert i studien, og dei som deltok i intervjuet var 9 sjukepleiarar. Spørsmåla var både subjektive og objektive, og var knytta til temaet lek som eit viktig verktøy for sjukepleiarar. Vidare blei intervjuet analysert; først forhandsanalyse, utnyttelse av materiale og til slutt behandling av resultat og tolkning.</p>	<p>Resultatet i studien viser at sjukepleiarar bør sjå på lek som ei styrkande handling når det kjem til barns tid på sjukehuset. Studien viser også at lek reduserer negative konsekvensar knytta til sjukehusinnlegginga for barn. Å vere innlagt på sjukehus innebærer også ein slags forstyrrelse i det daglige liv for barnet, og det å få erfare lek kan hjelpe på å dempe kjensla av store forandringar. Studien viser også at mor har ei viktig rolle, ho kan støtte og motvirke lidelse for barnet, og minimere dei negative verkningane knytt til barnets helse. Studien viste også varierte reaksjonar frå barn ifht lek og spøk, og dei viste seg positive og det blei difor sett på som eit effektivt hjelpemiddel. Konklusjonen er at lek er ein viktig del for barn på sjukehus, og derfor bør man muligens få noko meir eigna personalet til akkurat denne delen. Samtidig er ikkje lek tilstrekkeleg nok til å kunne oppnå resultatet, men det er ei god hjelp.</p>	<p>Studien har sin relevans for vår oppgåve fordi den trekker inn eit viktig hjelpemiddel knytt til sjukepleieutøvinga. Det er viktig å kunne ta i bruk fleire hjelpemiddel i arbeidet med barn fordi eit aleine ikkje alltid vil kunne vere tilstrekkeleg nok. Det å få meir informasjon om korleis lek kan vere eit hjelpemiddel i utøvinga av sjukepleie er dermed både spennande og nyttig informasjon.</p>

Litteratormatrise 6: Nurses' perceptions of parent empowerment in chronic illness.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Panicker, L. 2013. «Nurses' perceptions of parent empowerment in chronic illness».</p> <p>Contemporary Nurse. Vol nr. 45. Utgåve nr. 2. S. 210-219.</p>	<p>Hensikta med denne studien var å forske på sjukepleiaranes forståelse for foreldres empowerment, og identifisere noverande empowerment strategiar og praksis.</p>	<p>Parent empowerment, chronic illness, nurses' perceptions</p>	<p>Kvalitativ studie. Dei utvalgte var frivillige, registrerte sjukepleiarar som jobbar med barn som har ein kronisk sjukdom på barnesjukehus i Irland. Dei måtte ha minst 2 års arbeidserfaring for å delta. 14 sjukepleiarar (kvinner og menn) deltok, datasamling blei utført ved å bruke fokusgruppeintervju med 4-5 sjukepleiarar per gruppe, og intervjuar varte ca 45-75 minutt. Intervjuar blei tatt opp på bånd, transkribert ordrett og deretter analysert.</p>	<p>Resultatet i studien viste at å oppfordre foreldre og å støtte dei til å kunne klare å takle deira barns kroniske sjukdom ville styrke dei. Det å få foreldre til å akseptere sjukdomen til barnet, var også ein viktig nøkkel, slik at ein igjen kan akseptere omsorgen som den medbringer. Det er eit ekstra ansvar som ein må vere klar for å akseptere. Å oppnå tillitt og å gjere avgjeringar i lag. Noko som også kom fram i studien var at foreldre er dei som er eksperta når det gjeld sine barn. Open kommunikasjon var viktig for å bygge tillitt. Å setje opp realistiske og delte mål var også viktig. Alle individ er forskjellige og det er noko sjukepleiarane burde ta i betrakning. Studien konkluderte med at sjukepleiarar er klar over den psykiske, psykososiale og økonomiske begrensninga den kroniske sjukdomen kan føre med seg. Sjukepleiar har ei plikt i forhold til foreldres empowerment, og at ein forelder som har empowerment vil kunne ta vare på barnet sitt under trygge og strukturerte rammer.</p>	<p>Som sjukepleiar for eit barn, så må ein ta innover seg at ein også har ei rolle når det kjem til foreldra, dette fordi foreldrene spelar ei stor rolle for barnet. Difor hadde denne artikkelen sin relevans for vår oppgåve fordi den belyser korleis vi kan vere gode sjukepleiarar også ovanfor og i forhold til foreldrene.</p>

Litteraturmatrikse 7: 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.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Jönsson, L., mfl. 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».</p> <p>BMC Pediatrics. Vol nr. 10. Utgåve nr. 36. S. 1-10.</p>	<p>Diabetes type 1 er ein av dei mest framtrekande kroniske endokrine sjukdomane hos barn, og forekomsten er aukande. I Sverige er det normalt at barnet og foreldre blir innlagt på sjukehus i ca to veker ved nyoppstått diabetes type 1. Hensikta med denne studien var å få ein djupare forståelse for korleis eit diabetesteam underviser/lærer foreldre, og barnet som nylig har fått diagnosen diabetes type 1. Og dette er ein prosess som foregår frå barnet er innlagt på sjukehus og til barnet blir utskrive.</p>	<p>Team member, diabetes care, sick child, county hospital, diabetes education.</p>	<p>Kvalitativ studie. Det blei brukt fokusgrupper; dette for å få viktig informasjon direkte frå diabetesteam medlemmer. Her kunne dei dele erfaringar. Tre pediatrike sjukehus i den sørvestlige delen av Sverige blei kontakta. Fire fokusgruppeintervjuer med tre til seks deltakarar frå diabetes teamet, blei gjennomført. Til saman blei 16 diabetesteam medlemmer intervjuet på dei tre sjukehusa. Intervjuet varte mellom 60 og 80 minutt. Intervjuet blei så transkribert, og analysert.</p>	<p>Resultatet viser at den pedagogiske prosessen tar sikte på å forberede familien på å forlate sjukehuset allereie når barnet blir innlagt. Analysen skapte eit tema som var; Å oppnå evna til egenomsorg. For å oppnå dette var det viktig at sjukepleiar lærer familiemedlem å administrere insulin, blodglukose, regulere ernæring, og å kunne bruke denne kunnskapen på ein god måte. Det var også i fokus at foreldre og barnet sjølv skulle delta aktivt under oppholdet på sjukehus. Under opplæringa var der både undervisning, informasjon og demonstrasjon. Resultata viste også at ein metode som vart brukt var å prøve å inspirere barnet til å bli stolt, ved å for eksempel stolt kunne vise fram utstyret han/ho har fått heime til slektningar eller vennar.</p>	<p>Denne studien har sin relevans for vår oppgåve, fordi den belyser kva som er særskilt viktig som sjukepleier ved opplæring av pasientar som nyleg har fått diagnosen diabetes type 1. Det å kartlegge kva som er viktig å fokusere på under opplæringa til både foreldre og barnet, kan hjelpe oss til å bli meir bevisste i vår utøving av sjukepleie.</p>

Litteratormatrise 8: CDE Perspectives of providing newonset type 1 diabetes education using formal vignettes and simulation.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgåva
<p>Ramchandi, N., m.fl. 2016. «CDE Perspectives of providing newonset type 1 diabetes education using formal vignettes and simulation».</p> <p>The diabetes educator. Vol nr. 43. Utgåve nr. 1. S. 97-104.</p>	<p>Hensikta med denne studien var å beskrive sjukepleiar (serifiserte diabetespedagogar) sitt perspektiv på undervisning til foreldre til barn med nylig diagnostisert diabetes mellitus type 1. Studien tek for seg korleis foreldre tidleg kan lære om diabetesbehandling og ferdigheiter knytt til dette, ved bruk av formelle prestasjonssekvensar og ein menneskeleg pasientsimulator.</p>		<p>Kvalitativ og beskrivande studie. Fire sjukepleiarar frå to pediatrike sjukehus i den nordaustlige delen av USA deltok i studien. Sjukepleiarane var sertifiserte diabetespedagogar og blei intervjuet via telefon om deira erfaringar knytt til ein ny læringsmetode i opplæring av foreldre til barn med nydiagnostisert diabetes mellitus type 1. Nøyaktige notat blei tatt, og data blei analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Prestasjonssekvensane og bruk av simulatordukke standardiserte og sørge for struktur i det som dei sertifiserte diabetespedagogane lærte bort. Sjukepleiarane rapporterte at undervisninga dei gav blei meir omfattande ved bruk av denne type undervisning, samt som at foreldra viste større engasjement. Sjukepleiarane beskrev at sekvensane hjalp foreldre til å prosessere situasjonar frå det virkelige liv, noko som gjorde undervisninga meir forståelig og sette den i kontekst. Læringsmetoden fikk foreldre til å reflektere over ting dei kanskje ellers ikkje hadde tenkt på. Foreldrene fikk delta aktivt i staden for å berre lytte. Denne forma for undervisning forbetra samspelet mellom foreldra og læringsprosessen.</p>	<p>Studien er relevant i forholdt til oppgåve fordi den belyser effekten av ein ny type metode å bruke i undervisninga av foreldre til barn med nydiagnostisert diabetes. Studien viser sjukepleiaranes perspektiv/haldningar til denne undervisningsmetoden.</p>

Vedlegg 4: Sjekkliste for kvalitative artiklar

Studie	A) Hensikta med studien: Kva metode er beyntta? Er designet relevant for å besvare problemstillinga?	B) Utvalg: 1) Er kriteriane for utvalget tydeleg beskriven? 2) Kor gjennomførast undersøkinga? 3) Kva er utvalget? 4) Er utvalget feil?	C) Metode for datasamling: 1) Er feltarbeidet tydeleg beskriven? 2) Beskrivast metoden tydeleg? 3) Er data systematisk samla?	D) Dataanalyse: 1) Korleis er begrep, tematikk og kategoriar utvikla og tolka? 2) Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) Er resultatet truverdig og påliteleg? 4) Er det stabilitet og overenstemmelse? 5) Er resultatet diskutert med utvalget? 6) Fins det bevis på at resultat er basert på den innsamla data?	E) Evaluering: 1) Kan resultatet samanliknast med forskingsspørsmålet? 2) Støttar innsamla data forskerens resultat? 3) Har resultatet klinisk relevans?
Jönsson mfl. (2010)	Metode: Fokusgruppe-intervju. Design: Relevant.	1: JA 2: Sørvestlige delen av Sverige 3: Tre pediatrike sjukehus. 16 medlem i diabetesteamet blei intevjua. 4: NEI	1: JA 2: JA 3: JA	1: Intervjua blei transkribert og analysert. Kvalitativ innhaldsanalyse 2: JA 3: JA 4: JA 5: NEI 6: JA	1: JA 2: JA 3: JA