



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling- Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.16 kl. 14.00

Kandidatnr.: 1076

Antall ord: 8969

Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Haugesund
Kull 2013
Antall ord: 8969



Illustrasjonsbilde hentet fra: <https://ektenyheter.no/index.php/2015/03/d-vitamin-og-diabetes-type-1/>

Sammendrag

Bakgrunn: Barn med ny diagnostisert diabetes type 1 blir lagt inn sykehus i barneavdeling i 2 uker for opplæring av sin sykdom. For at barn skal kunne mestre er det viktig at sykepleier tilrettelegger undervisning og veiledning tilpasset alder og utvikling. For å kunne behandle sykdommen er mestring av blodsuktermåling og insulininjeksjoner essensielt. Med denne oppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan sykepleier kan fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1, med tanke på blodsuktermåling og insulininjeksjoner.

Problemstilling: "Hvordan fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1?"

Hensikt: Målet med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier på best mulig måte kan fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1 innlagt på sykehus i barneavdeling for opplæring av sin sykdom.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Data er samlet inn fra fem forskningsartikler. Teori er hentet fra relevant pensumlitteratur og annen relevant litteratur.

Funn: For at barn skal kunne mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner er det grunnleggende at de forstår hvorfor dette er nødvendig. Sykepleieren har en viktig oppgave med å legge til rette undervisning og veiledning som er tilpasset barnets alder. Å ta utgangspunkt i pasientens situasjon er viktig når sykepleier skal legge til rette for mestring, og ta i bruk ulike mestringsstrategier.

Summary

Background: Children with newly diagnosed type 1 diabetes who is hospitalized in two weeks, training for disease. To get children to coping, it is important that a nurse facilitate the education and counseling adapted to their age and development. To treat this chronic illness it is important to coping bloodglucose monitoring and insulin injections. In this task I want to survey how nurse can promote coping to children with newly diagnosed with diabetes type 1, with focus on bloodglucose monitoring and insulin injections.

Question: "How to promote coping to children with newly diagnosed type 1 diabetes?"

Purpose: The aim of the study is to determine how nurse can promote coping in children with newly diagnosed type 1 diabetes, who is admitted to the children's section of their training.

Method: This thesis is a literature study. Data is retrieved from five research articles. The theory is taken from relevant curriculum and other relevant literature. To treat the disease, coping and learning of bloodglucose and insulin injections are important, especially for children who are sceptical to the use of needle. With this task I want to generate knowledge about how nurse can promote coping in children with newly diagnosed type 1 diabetes, based on bloodglucose monitoring and insulin injections.

Findings: To get children able to cope with bloodglucose monitoring and insulin injections are the basics that they understand why this is necessary. Nurses have an important role to facilitate the teaching and guidance, appropriate to the child's age. Patient's situation is important when the nurse is going to facilitate coping, and adopt different coping strategies.

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling	6
2.0 Teori	7
2.1 Benner og Wrubels sykepleieteori.....	7
2.1.2 Benner og Wrubels menneskesyn	7
2.1.3 Benner og Wrubels syn på mestring og stress	8
2.2 Diabetes type 1	9
2.2.1 Symptom	9
2.2.2 Behandling	9
2.3.3 Komplikasjoner	10
2.4 Mestring	11
2.5 Helse begrepet	12
2.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon	13
2.7 Barnets utvikling	14
3.0 Metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode.....	15
3.3 Litteratursøk.....	16
3.2 Metode og kildekritikk.....	16
3.3 Forskningsetikk	17
4.0 Resultat	18
4.1 Presentasjon av artiklene.....	18
Artikkel. 1	18
Artikkel. 2	20
Artikkel. 3	22
Artikkel 4.....	24
Artikkel 5	26
5.0 Drøfting	27
5.1 Mestring av blodsuktermåling, injeksjoner og sykepleierens rolle	27
5.2 Sykehusmiljøets innvirkning på læring og mestringsevnen hos barn	30
5.3 Sykepleiers veiledende og undervisende rolle	31
5.4 Foreldrenes rolle for barnet	34
6.0 Konklusjon	35
7.0 Referanseliste	36

Vedlegg I: Oversikt over litteratursøk

Vedlegg II: Sjekkliste for kvalitativ forskning

Vedlegg III: Sjekkliste for kvantitativ forskning

1.0 Innledning

I starten av kapitlet blir bakgrunn og begrunnelse for valg av tema presentert. Videre presenteres problemstilling og oppgavens avgrensninger.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge barnediabetesregisteret ble det innrapportert 367 pasienter, yngre enn 18 år med nyoppdaget diabetes i 2014. (Barnediabetesregisteret, 2015) Ved mitt lokalsykehus ble det registrert 17 barn med nyoppdaget diabetes type 1 i 2015. Forskning viser at det er utfordrende for barn å leve med diabetes type 1 og disse utfordringene må møtes for å bistå barn i å lære å håndtere sin sykdom (Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Mandleco, B. 2013) Yrkesetiske retningslinjer 2.2 for sykepleiere sier at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. (Norsk sykepleier forbund, 2011)

Temaet i denne oppgaven er diabetes og mestring hos barn. Jeg valgte dette temaet på bakgrunn av interesse for fagområdet og tidligere praksiserfaring. Som sykepleierstudent har jeg erfaring fra min medisinske praksis på barneavdelingen, hvor jeg møtte barn som fikk diagnosen diabetes mellitus type 1. Det er viktig at barnet blir kjent med sin egen sykdom, derfor vil opplæringen i sykehus være av all betydning for barnet og foreldre. Lov om spesialisthelsetjenesten (2001) §3-8 pkt. 4 sier at sykehus skal særlig ivareta oppgave om innebærer opplæring av pasient og pårørende. Jeg synes det er viktig at sykepleiere har kunnskaper og kompetanse rundt barn og diabetes, slik at barnet skal kunne oppleve god helse til tross for sin sykdom. Mestring av sin sykdom vil bidra til at barnet kan leve videre med god helse. I følge World Health Organization er god helse en tilstand av fullstendig fysisk, sosial og mental velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet (WHO).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling

Sykepleie omfatter områder eller funksjoner som til sammen utgjør sykepleiens funksjons og ansvarsområder. Følgende funksjonsområder omfatter sykepleie:

- helsefremming og forebygging
- behandling
- lindring
- rehabilitering og habilitering
- undervisning og veiledning
- organisering, administrasjon og ledelse
- fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, 2015 s. 17).

Sykepleieren har mange oppgaver og områder i sitt yrke. I denne studien vil jeg ta for meg undervisning og veiledning som er en av sykepleierens oppgaver.

Hvordan sykepleier kan fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes ved bruk av veiledning og undervisning. Det er mye praktisk og teoretisk kunnskap som skal læres. Samtidig er barnet i et ukjent og nytt miljø på sykehuset, som også kan være en påkjenning. Noe av det som følger med sykdommen og som jeg ser på som en utfordring hos barna er blodsuktermåling, insulinbehandling og at barn forstår hvorfor blodsuktermåling og insulinbehandling er viktig for sykdommen.

Hovedfokuset i studien vil være barn i alderen 6- 12 år. Å få en kronisk sykdom vil bety jevnlig kontakt med helsepersonell livet ut. Med hensyn til oppgavens ordbegrensning vil jeg derfor ta for meg den første tiden barnet blir lagt inn på sykehus i barneavdeling for opplæring av sin sykdom og sykepleiers rolle her. Foreldre har også et behov for å bli ivaretatt når barnet deres får en kronisk sykdom, men jeg vil kun ta for meg foreldrenes rolle og betydning ovenfor barnet med hensyn til oppgavens ordramme. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) § 6 sier nemlig at barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsoppholdet.

2.0 Teori

2.1 Benner og Wrubels sykepleieteori

Jeg har valgt Patricia Benner og Judith Wrubels sykepleieteori, de representerer forståelse av mestring og stress som er relevant for min problemstilling. De har ulike synspunkt på hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten i situasjoner som skal mestres. Benner og Wrubels omsorgsteori er oppbygd til dels komplisert. Den består ikke bare av en presentasjon av deres teori om opplevelse av mestring og stress knyttet til helse og sykdom. Teorien inneholder også menneskesyn og kritikk av et verdenssyn (Kirkevold 2008, s. 211).

2.1.2 Benner og Wrubels menneskesyn

Benner og Wrubel bygger teorien sin detaljert på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse (Heidegger, 1981, 1962) i sin definisjon av mennesket. Kjennetegnet av mennesket er at de lever i verden, og forholder seg til verden på en meningsfull måte. Benner og Wrubel har utarbeidet fire sentrale begreper i beskrivelsen av dette samspillet:

- omsorg
- kroppslige kunnskaper
- bakgrunnsforståelse
- spesielle anliggender (Sitert i Kristoffersen, 2015 s. 259).

Omsorg blir ikke bare definert som et forhold mellom personer, men et differensiert, verdiladet forhold mellom en person og det som er meningsfylt og betydningsfullt. Benner og Wrubel hevder også at omsorg er fundamental i den forstand at det å bry seg om skaper mulighet for å motta hjelp å yte hjelp. Et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold skaper muligheter for å ha tillit til andre og for å bry seg om den andre (Sitert i Kirkevold 2008, s. 200).

Der det ikke krever bevisst oppmerksomhet eller refleksjon i den konkrete situasjon er kroppslige kunnskaper på det ubevisst plan. Når våre kroppslige kunnskaper ikke

strekker til fordi situasjonene er ukjent og ny, blir vi oppmerksom på vår kroppslige "intelligens" (Sitert i Kristoffersen, 2015 s. 260).

Bakgrunnsforståelse er de "meninger" som alle innenfor en kultur deler, og som kulturen gir et menneske fra fødselen av. Disse kulturelle meningene er ikke konkrete utsag, men er likevel bestemmende for hva som oppfattes som virkelig.

Bakgrunnsforståelse bestemmer den enkeltes virkelighetsforståelse (Sitert i Kristoffersen, 2015 s. 260).

Konkrete forhold eller personer som den enkeltes omsorg er knyttet til dreier seg om spesielle anliggender. Endringer i en persons spesielle anliggender må gjøres til gjenstand for bevisst refleksjon og gjennomtenkning. Personer vil oppleve varierende grader av stress, ved sykdom og helsesvikt, avhengig av hvilken grad deres spesielle anliggender er truet (Sitert i Kristoffersen, 2015 s. 261).

2.1.3 Benner og Wrubels syn på mestring og stress

I Benner og Wrubels forståelse av mestring og stress, mener det at mulighetene til å mestre en belastende situasjoner vesentlig begrenset. En rekke mestringsstrategier vil være lite aktuelle ut ifra meningen som tilegnes situasjonen og mennesket står ikke fritt til å velge blant alle mulige mestringsstrategier. Mestringsstrategier vil være utenkelig for den som er involvert i enhver situasjon. En lang rekke mestringsstrategier vil være irrelevante eller uaktuelle i en konkret situasjon (Sitert i Kristoffersen, 2015 s. 264).

Benner og Wrubel hevder at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon når hun skal hjelpe pasienten med sykdomsrelaterte, stressfylte situasjoner som skal mestres. Sykepleieren er ikke en ekspert i den forstand at hun "vet best" hvordan de ulike situasjonene kan mestres. Det finnes ikke en "riktig" måte å mestre situasjoner. I hvert enkelt tilfelle må det bestemmes hva som er best, i samarbeid med pasienten. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjoner med sykdom, lidelse, tap, lidelse og helsesvikt må sykepleieren få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon, og være aktiv tilstede. Videre ser Benner og Wrubel på sykepleierens oppgave å skape mening og å støtte pasienten i sin situasjon. De beskriver at dette kan gjøres ved å være med på å tolke hva de ukjente og uforståelige symptomer

betyr, hva behandlingen innebærer, ulike undersøkelser eller hvordan sykdommens utvikling vil bli (Sitert i Kirkevold 2008, s. 208).

2.2 Diabetes type 1

Type 1 diabetes rammer oftest barn og ungdom. Det er behov for kontinuerlig behandling med insulininjeksjoner slik at pasienten ikke skal få så høy blodglukose at livet kommer i fare. Voksne kan også utvikle type 1 diabetes, men det er sjeldnere. Utviklingen av sykdommen kan til en viss grad skyldes arv. Type 1 diabetes er betegnet som en auto immun sykdom, noe som vil si at kroppens eget immunsystem forårsaker sykdommen gjennom å angripe pasientens egne insulinproduserende betaceller i pancreas. Betacellene blir ødelagt av inflammasjonen over måneder og år, og når mer enn 80-90% av betacellene er ødelagt, utvikler pasienten diabetes (Jenssen 2011, s. 381).

2.2.1 Symptom

Sukker i urinen vil gi økt urinlating og tørste. Det er disse symptomene som gjerne er de første ved ny oppstått diabetes type 1. Hvis insulinmangelen blir enda mer uttalt blir det mindre opptak av karbohydrater og energi i muskel og fettcellene. Resultatet er avmagring og vekttap, som kommer i tillegg til vekttapet på grunn av væsketap. Personen blir trett og slapp (Jenssen 2011, s. 382).

2.2.2 Behandling

Blodglukosen er et viktig mål for effekten av behandlingen. Målsettingen for behandlingen er at fastende blodglukose om morgenen bør ligge mellom 4 og 7 mmol/l, og lavere enn 10 mmol/l ca. 2 timer etter måltidene. (Jenssen 2011, 385) Fra første dag begynner insulinbehandlingen. Hos en person med nyoppdaget type 1 diabetes må en regne med at kroppens egen insulinproduksjon er nærmest fraværende. Å erstatte kroppens basale insulinproduksjon under faste og insulintoppene som følger etter måltid er viktig (Mosand & Stubberud, 2013 s. 516). Behandlingen av diabetes omfatter også fysisk aktivitet, kostbehandling i kombinasjon med blodglukosesenkende legemiddelbehandling som insulin, avhengig av kroppens produksjon av insulin

(Mosand & Stubberud, 2013 s. 516). En positiv faktor for en pasient med diabetes vil være fysisk aktivitet. Ved aktivitet forbrukes glukose og blodglukosenivået senkes både under og etter aktiviteten. Kroppen får et lavere insulinbehov, og insulinfølsomheten blir også større. For at den fysiske aktiviteten skal bli den positive behandlingen som ønsket, må pasienter med diabetes få kunnskap om hvordan aktivitet virker inn på kroppen, både i form av egne erfaringer og ved teori (Mosand & Stubberud, 2013 s. 523). Også innholdet og sammensetningen av matvarer i måltidet har betydning for blodglukose økningen. Kunnskap om de enkelte matvarenes virkning på blodglukoseverdien er viktig kunnskap som pasienten trenger, slik at han kan tilpasse matinntaket og insulindosen til hverandre (Helsedirektoratet, 2009) (Sitert i Mosand & Stubberud, 2013 s. 521).

2.3.3 Komplikasjoner

Hypoglykemi betyr for lavt blodglukosenivå, og kan være en alvorlig komplikasjon ved diabetes. Hos pasienter som blir behandlet med insulin er denne tilstanden vanligst. Hvis pasienten hopper over eller utsetter et måltid og samtidig bruker "ordinær" insulinmengde, kan han få lavt blodglukosenivå. Ved aktivitet forbrennes det mer glukose, og insulintilførselen kan bli for stor hvis ikke dosene reduseres. Ved økt aktivitet må dosene justeres, ved hjelp av blodglukosemåling (Mosand & Stubberud, 2013 s. 516).

Ketoacidose er en annen alvorlig medisinsk tilstand, som kun oppstår ved diabetes type 1. Det oppstår av manglende eller svært nedsatt insulinbehandling i forhold til behovet. Innholdet av glukosen i blodet blir svært høyt på grunn av at fettsyrene omdannes til ketoner og ketonsyrer. Syrene gjør at blodet blir surt, og pasienten får en acidose. Hyperglykemien og acidosen kan bli så alvorlig at bevisstheten reduseres. (Jenssen 2011, s. 382).

2.4 Mestring

Mestring er det en gjør med det sammenbruddet av mening en opplever, og med de forandringene som skjer. En stressituasjon er preget av at personen ikke finner fram til egen mestring (Reitan 2010, s. 78).

Den enkelte må gjøre noe for å komme ut av stress eller krise, og det som må gjøres, kaller de mestring. Lazarus og Folkmann definerer psykisk stress som et forhold mellom omgivelsene og den enkelte som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider vedkommende sine ressurser og setter hans eller hennes velvære i fare. Mellom den enkelte og situasjonen er samspillet avgjørende for opplevelse av og reaksjonen på ulike stressituasjoner, det vil si den enkeltes egen tolkning av situasjonen og den kognitive vurderingen av den. Derfor er det høyst individuelt hva som oppleves som stress (Sittert i Reitan 2010, s. 77).

Lazarus og Folkmann beskriver to hovedtyper mestringsstrategier. Emosjonsorientert og problemfokuset mestring. Emosjonsorientert mestring dreier seg om kognitive prosesser som settes i gang for å takle emosjonelt stress, og inkluderer strategier som tilbaketrekking, distansering, positive sammenligninger, selektiv oppmerksomhet og å se noe positivt i noe som er negativt. Noen mennesker trenger å føle seg verre før de kan føle seg bedre. For å oppfatte at de trenger hjelp er det noen som må oppleve ubehag først, for å kunne engasjere seg i selvbekreftelse. Emosjonsorientert mestring dreier seg om å endre måten en møter situasjonen uten å endre selve situasjonen. Mennesker bruker emosjonsorientert mestringsstrategi for å opprettholde optimisme og håp i en stressfylt situasjon. Samtidig må en ta forbehold om at det kan forekomme negative konsekvenser ved at en narrer seg selv (Lazarus & Folkmann, 1984 s. 150-151).

Problemfokuset mestringsstrategier, dreier seg om ulike strategier for å løse et problem. Ved den problemfokuset mestring metoden retter mennesket seg direkte mot problemet eller situasjonen det gjelder. Vedkommende tilegner seg informasjon om hva som må gjøres, handler, og endrer dermed den problematiske situasjonen mellom miljø og person (Lazarus & Folkmann, 1984 s. 152-153).

2.5 Helse begrepet

Helse kan defineres på hvert fall tre måter; som fravær av sykdom, som velbefinnende og som ressurs i følge Mæland (2010) (Sitert i Larsen 2012, s. 46) Jeg vil ta for meg begrepet; helse som ressurs.

Helse som ressurs. I følge Johnsen (2000) kan helse defineres som *en følelse av livsmot og livsglede og evnen til å mestre livets ulike situasjoner. Helse er en følelse av sammenheng, dvs. en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Denne definisjonen bygger på Antonovskys teori om salutogenese og legger et positivt helsebegrep til grunn. Mestring av hverdagslivet er hovedfokuset her. Han retter dermed fokuset mot individets motstandsressurser og sterke sider som kan fremme mestring, isteden for å se på det som skaper sykdom og begrensninger. Med Nortvedts (1998) syn som peker på at et av sykepleiernes mål er å hjelpe mennesker som ikke kan bli friske, med å lære å leve med sin sykdom.

Antonovsky (1987) hevder at sterk opplevelse av sammenheng i livet har positiv betydning for en persons helse, og at helse kan defineres som opplevelse av sammenheng. Opplevelse av sammenheng vil dermed ha betydning for vedkommende sin mestringsopplevelse fordi den virker inn på hvordan personen forholder seg til situasjonen. Slikt sett vil en som har god helse, i stor grad finne livet begripelig, meningsfullt, håndterbart og derfor ha gode evner til å mestre livet. I dette perspektivet forstås helse som handlings eller mestringsevne og innebærer for eksempel at sykepleieren må kartlegge i dialog med pasienten om vedkommende sine muligheter og evne til å handtere situasjonen. (Sitert i Larsen 2012, s. 48-49)

2.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Veiledning kan forstås som en prosess, i veiledningsprosessen kan det inngå informasjon, råd, eller undervisning dersom det er det den andre trenger. Informasjon, råd og undervisning er ikke det samme som veiledning, men kan inngå i prosessen. Veiledning handler om å møte den andre der hun eller han er. Noen ganger trenger vedkommende et råd eller litt undervisning på vei mot Empowerment og mestring. Veiledning tar utgangspunkt i barnets og foreldrenes behov. Det har kanskje et mål, noe de vil oppnå. Målet kan være knyttet til her og nå situasjon, men kan også ha et lengre tidsperspektiv. Veiledningen kan dreie seg om å snakke om måloppnåelse og målet som er satt. Det kan også innebære at en finner frem til handlinger for å nå målet, og at målet må defineres (Tveiten 2012, s. 179).

Ved undervisning av barn og foreldre må sykepleieren legge til rette for styrking av mestrings kompetanse, forebygge sykdom, fremme helse og styrke muligheten for medvirkning. Dreier undervisningen seg om diagnoser eller behandling kan det foregå i grupper eller individuelt (Tveiten, 2012 s. 173). Undervisningens innhold kan eventuelt planlegges sammen med foreldre eller barn. Å delta i planleggingen kan oppleves som motiverende og er en form for medvirkning (Tveiten, 2012 s. 175).

Undervisning og veiledning må bygge på en forståelse av hvilke konsekvenser sykdommen har for barnet eller foreldrene, hvilke tilpasningsproblemer eller utfordringer familien møter (Grønseth og Markestad 2011 s. 205).

2.7 Barnets utvikling

Ferdighetsfasen fra 5-6 år til puberteten.

Grunnholdningen som nedlegges i denne fasen, er enten en følelse av å være kompetent eller en følelse av mindreverd. Det sosiale nettverket vil utvideres når barnet begynner på skolen. Lærere og nye venner har stor betydning for den videre psykososiale utviklingen til barnet. Opplevelse av mestring, faglig og sosialt er viktig for barnet. Hvis barnet opplever at de ikke strekker til i verken skolen eller blant venner, kan dette føre til mindreverdsfølelse hos barnet (Renolen, 2015 s. 107).

Initiativfasen fra 3-4 år til 5-6 år.

Barnet utvikler grunnholdningen til initiativ eller skyldfølelse i denne fasen. Initiativ er kjennetegnet ved en positiv respons på utfordringer, å ta ansvar, å lære nye ferdigheter og en opplevelse av mening. Omsorgspersonene må vise at de aksepterer nysgjerrighet og oppfinnsomhet hos barnet og gjerne oppmuntre det til å prøve ut sine ideer. Det er naturlig at barnet får skyldfølelse dersom de skjønner at de gjør noe galt. Skyldfølelse er uunngåelig, men for mye skyldfølelse er ikke bra for barnet (Renolen, 2015 s. 107).

3.0 Metode

Dalland skriver at metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden er til hjelp når vi samler inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Vi skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder, de bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, institusjoner og grupper handler og samhandler. De kvalitative metodene sikter på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2012, s. 112). Forskeren ser fenomenet innenfra og blir utført i form av intervju preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer (Dalland 2012 s. 113). De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter. Tallene kan gi oss en muligheter til å foreta regneoperasjoner i form av gjennomsnitt og prosenter (Dalland 2012, s. 112). Selve undersøkelsen blir utført i form av spørreskjemaer med faste svaralternativer, samt systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland 2012, s. 113).

3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg skal bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven på bakgrunn av retningslinjene som skal følges. I følge Christina Forsberg og Yvonne Wengstrøm innebærer denne metoden å utføre systematiske søk, kritisk granskning og deretter sammenligne litteraturen innen valgt problemområdet eller emne. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og tar sikte på å finne støtte for klinisk virksomhet. Det finnes ingen regler for antall studier som skal inngå i en litteraturstudie. Det beste er å inkludere å finne relevant forskning innen et området. (Forsberg & Wengstrøm 2013, s. 30).

3.3 Litteratursøk

Jeg valgte å søke etter forskningsartikler ved ulike databaser innenfor medisin og sykepleieforskning. Disse har jeg brukt mye tidligere og har god erfaring med. Databasene som gav best resultat for mine søkeord var CINAHL og PUBMED. Jeg avgrenset søket til årstall: 2010-2015, da jeg var interessert i å ha med nyere forskning. Jeg har brukt både kvalitativ og kvantitativ forskning. Studiene som ble valgt ut til min oppgave, presenteres i resultatkapittelet. Forskningsartiklene er gjennomgått av sjekklister fra Nasjonalt Kunnskapssenter. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014) De et eksempel av kvalitativ og kvantitativ (vedlegg II og vedlegg III) Tabellen i (vedlegg I) viser en oversikt over søkeord og resultat av mitt litteratursøk i databasene. For å finne fram til de rette ordene tok jeg utgangspunkt i problemstillingen min og avgrensningen. I søkeprosessen gav noen av søkene mange treff, jeg begynte øverst å lese tittelen på artiklene, fant jeg noe som virket interessant for min problemstilling så undersøkte jeg artiklene grundigere. I vurderingen av artikkel valget så jeg etter om artikkelen var forskning med tanke på IMRAD strukturen. Jeg så om studien hadde tydelig problemstilling, metode og resultat og diskusjon som var relevant for min oppgave.

3.2 Metode og kildekritikk

Jeg har brukt den grunnleggende litteraturen som har vært pensum for mitt studie, som er kjent for meg, men jeg har også funnet relevant litteratur på skolens bibliotek. Siden jeg benyttet meg av pensum fra sykepleiestudiet ble det brukt sekundærkilder, men også primærkilder. Konsekvensen ved å benytte sekundærkilder av både fagstoff og pensum er at teksten har blitt bearbeidet og presentert av noen andre enn den opprinnelige forfatteren. Teksten kan være både fortolket og oversatt (Dalland, 2012 s.73). Alle fagbøker jeg har benyttet som kilder har nordiske forfattere, unntatt boken om Lazarus & Folkmanns teori om mestringsstrategier, den benyttet jeg fordi jeg ønsket primærkilde. Jeg har brukt to Nordiske forskningsartikler og tre forskningsartikler fra USA. Dette kan ses på som en svakhet, men jeg anser og tolker artiklene fra USA som relevant. Det er som tidligere nevnt brukt kunnskapssenterets sjekklister, både kvalitative og kvantitative for å være kritisk til utvalg av artikler. Det var krevende å

finne forskning som omhandlet mestring hos barn med nyopptaget diabetes relatert til blodsukker måling og insulininjeksjoner, men har funnet fem artikler som belyser problemstillingen min fra ulike sider.

3.3 Forskningsetikk

I denne studien har jeg brukt forskning om barn. I vurderingen på kvaliteten på forskningsartiklene har jeg også vektlagt etikk, med tanke på hvordan forskerne har ivaretatt barna under de forskjellige undersøkelsene, samt anonymisering og frivillig deltakelse og foreldrenes samtykke. Artikkelen: "Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives". Av: Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Mandleco, B. (2013) ble det blant annet brukt fokusgrupper for å samle inn data til studiet. I fokusgrupper er det flere deltakere samtidig, det blir stilt åpne spørsmål som deltakerne kan diskutere sammen. Fokusgrupper er særlig aktuelt for barn, fordi et barn alene på intervju med en ukjent voksen kan virke skremmende.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene

Artikkel. 1

Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives

Forfattere: Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Mandleco, B. (2013)

Hensikten med studien er å identifisere de erfaringene og utfordringene barn og unge opplever ved å leve med diabetes type 1. Dette er en kvalitativ studie. Det ble brukt fokusgrupper, hvor kun to til fem deltakere er tilstede, de har felles problem, og det er enklere å snakke om sine utfordringer. Det var til sammen 16 barn og unge med type 1 diabetes som deltok. I studien kommer det frem tre temaer som barn og unge synes er en utfordring i forhold til sin sykdom, og det er: lavt blodsukker, ivaretagelse av egenomsorg, og det å føle seg annerledes eller alene.

Lavt blodsukker: Noen av barna opplevde frykt i forhold til å ha noen tilgjengelig til å hjelpe seg når blodsukkeret var lavt, hvilke aktiviteter som bidrar til at blodsukkeret synker og vite hva en skal gjøre når blodsukkeret blir alt for lavt. De fleste deltakerne var i stand til å gjenkjenne sine symptomer på lavt blodsukker, samt hvilke aktiviteter som kan føre til lavt blodsukker. En åtte år gammel gutt fortalte at han ikke visste hva han skulle gjøre da blodsukkeret ble lavt i friminuttet på skolen, så kan gikk til lærerens kontor for å få hjelp. I forhold til egenomsorg som innebærer å måle blodsukker og administrere insulin opplevde barna som utfordring på grunn av smerter, barna er enige om at insulinpumpe er bedre enn insulininjeksjoner.

Til slutt uttrykker barna at de føler seg annerledes eller alene i forhold til andre jevnaldrende, at de opplever overvåking og blir tilsnakket av både lærer og foreldre, om blodsukker når de er sammen men andre venner. En jente fortalte at hun var redd for å miste vennene sine, fordi hun måtte avbryte leker og spill for å måle blodsukker, hun følte seg uhøflig når hun avbryter lek, men hun visste at hun måtte fordi hun kjenner når blodsukkeret er lavt. Dataene indikerte at type 1 diabetes er utfordrende for denne aldersgruppen. Disse utfordringene må møtes for å bistå barn i å lære å håndtere sin sykdom. Det er viktig at sykepleiere diskuterer utfordringer, forstår, og lytte til barn og

unges bekymringer, arbeide med dem for å utvikle strategier som fremmer helse, og reduserer faren for komplikasjoner.

Artikkel. 2

Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers.

Forfattere: Carol. J. Howe, Sarah J. Ratcliffe, Aland Truttle, Shayne Dougherty, & Terri H. Lipman (2011)

Formålet med studiet var å se utbredelsen av frykt, angst, smerten og graden av samarbeid med insulin injeksjoner og blodsuktermåling hos barn med nylig diagnostisert diabetes og deres mødre, og sammenligne forskjellen for frykt og angst 6-9 måneder etter. Dette er en kvantitativ studie med systematiske og strukturerte svaralternativer. 12 gutter og 11 jenter inkludert deres mødre deltok. Undersøkelsen ble gjennomført ved første sykehus innleggelse på barneavdeling, deretter tre polikliniske besøk etter utskrivelse.

Flere barn rapporterte frykt enn smerte ved insulininjeksjoner. Barn under alderen 9 år ved nylig diagnostisering: 75,0% frykt og 37,5% smerte ved injeksjoner.

Blodsuktermåling viste 50% smerte.

Både frykt og smerte ble redusert etter 6-9 måneder. Barna under 9 år: 28,6% hadde frykt og smerte ved injeksjoner. Blodsuktermåling: 28,6% frykt og 14,3% smerte.

Mødre ved diagnosetidspunktet: 43,5% opplevde barnets frykt og 21,7% opplevde frykt og stress ved administrasjon av både blodsuktermåling og insulininjeksjoner.

Etter 6-9 måneder, rapporterte 13,4% av mødre frykt ved injeksjoner og kun 1 mor rapporterte sin egen frykt og stress ved blodsuktermåling. Ved diagnosetidspunkt rapporterte 21,7% av mødre at barnet ikke ville samarbeide ved insulininjeksjoner, og at 26,1% protesterte og viste fysisk protest under insulininjeksjoner. Etter 6-9 måneder rapporterte 18,2% av mødre at samarbeidet med barnet og injeksjoner fortsatt var vanskelig. Dataene ble analysert for å se om det var assosiasjoner mellom mødrenes rapport om stress og frykt, og deres oppfatning av barns smerte i forhold til det dårlige samarbeidet med barnet og insulininjeksjoner. Det viser seg at mødres oppfatning om at barnet har moderat til alvorlig smerte ved blodsuktermåling var assosiert med dårlig samarbeid ved diagnose. Men etter 6-9 måneder var det ingen sammenheng mellom dårlig samarbeid.

Sykepleier kan lette barnas frykt ved å tilby lek med sprøyter og blodsuktermåling, slik at barnet kan tilvenne seg nåler. Avslapping og distraksjon teknikker er også en effektiv

måte å takle nålestikk. Selv om distraksjon ikke kan gjøre prosedyren smertefri, kan det hjelpe hjernen å fokusere på andre ting. Sykepleiere bør også lære foreldre om distraksjons teknikker som passer barnets alder. Ved å hjelpe foreldre med sin angst kan sykepleiere undervise foreldre om nåler, vise avslappingsteknikker og distraksjonsteknikker. Foreldre med frykt for nål er svært motivert for å overvinne sin frykt, for å kunne ta vare på sine egne barn.

Artikkel. 3

Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness. A phenomenological study of children's life world in the hospital.

Forfattere: Ekra, E., & Gjengedal, E. (2012)

Dette er et kvalitativt studie, som har tatt utgangspunkt i barn som er innlagt i barneavdelingen, på to forskjellige norske sykehus. Barna var mellom 6 og 12 år. Målet med denne studien var å undersøke hvordan barn opplever å bli innlagt i sykehus på barneavdeling med nylig diagnostisert diabetes type 1, og for å få økt forståelse for de miljømessige påvirkningene barn blir utsatt for. Barna uttrykte at det å se og høre andre syke barn gjorde sterkt inntrykk på de. Likevel virket det som alle barna følte at barneavdelingen var barnevennlig. De likte interiøret og verdtsettet pynten og maleriene på veggene. "Rommet mitt" var et begrep barna brukte for pasientrom. De hadde en følelse av eierskap til rommet sitt, hvor de kunne være sammen med sine foreldre, få besøk. Å ha en egen plass hvor de ikke trenger å bli vurdert eller blir forstyrret av andre pasienter syntes å være veldig viktig. En annen utfordring for barna var foreldrene, de mente foreldrene oppførte seg annerledes enn før, men de forstod at foreldrene var triste fordi de var rammet av sykdom. Å være innlagt på sykehus medfører savn av familie og venner. Barna synes det var viktig å få besøk og holde kontakten med sine venner. Å bli innlagt på sykehus kan være en utfordring, men barnas største bekymring var knyttet til den nye kroniske sykdommen. Det var vanskelig for de å forstå at de måtte leve med sykdommen livet ut. De kjente sine egne symptomer på følelse, og beskrev de som å føle seg svimmel, sulten, svett og gretten. De var engstelig for at de skulle utvikle hypoglykemi om natten, når de kom på skolen, under aktiviteter eller når de var alene. Selv om behandlingen var skremmende og krevende, opplevde barna det medisinske utstyret som spennende, og var fascinert av det fine designet utstyret hadde. Jentene var stolt av utstyret sitt. Helt fra begynnelsen av sykehusoppholdet, fikk de praktisk opplæring i injeksjonsteknikk og blodsuktermåling. Sykepleieren demonstrerte prosedyrer på seg selv først. Noen av barna prøvde å finne noe annet å gjøre i stede for å følge pasient opplæring programmet, for de synes det kunne bli kjedelig. Under sykehus oppholdet fikk barna også lage powerpoint presentasjoner om diabetes som de skulle vise og undervise lærere og

klassekamerater når de kom tilbake på skolen. Barn som er innlagt på sykehus synes å bli rammet av en hjemlengsel fordi, sykehusmiljøet er nytt og fremmed. Et godt tilpasset og barnevennlig miljø, tilstedeværelse av foreldre og aktiv engasjement i sykdom og behandling er viktig for barn i sykehus.

Artikkel 4.

Perceptions of patient education during hospital visit – described by school age children with a chronic illness and their parents

Forfattere: Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. (2013)

Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke hvilke elementer som er av betydning når et barn er innlagt på sykehus i barneavdeling for å få opplæring av sykepleier om sin kroniske sykdom. 12 barn i alderen 5-12 år med kronisk sykdom og 19 foreldre deltok i studien. Barn og foreldre ble intervjuet hver for seg. Da foreldre fikk beskjed om barnets diagnose, led foreldrene av sjokk. Sjokket uttrykte seg på to måter: foreldrenes følelsesmessige reaksjoner og deres begrensede evne til å fungere. Noen foreldre var i stand til å huske informasjonen eller spørre spørsmål, men hadde behov for å få informasjon både skriftlig og muntlig. Sjokk og emosjonell byrd ble lettet ved å tilby passende emosjonell støtte og oppmuntre pasient og foreldre til å bearbeide sine følelser. Undervisning av barn og foreldre gikk for seg på flere måter. Verbal undervisning ble kombinert med audiovisuelt materiale, samt demonstrasjon og lek. Forberedelse til pasientopplæringen inkluderer vurdering av opplæringsbehov, planlegging, gjennomføring og evaluering av læringsutbytte til barnet. Først skaffet sykepleieren seg kunnskap om barnets utvikling, for å håndtere barnet i sin alder på en forsvarlig måte, for å kunne gi passende instruksjoner til de, for å justere kommunikasjonen til barnets nivå og for å gi barnet ansvar for sin egen selvledelse, avhengig av alder. For det andre var det fokus på barnets følelse av trygghet, foreldre deltok blant annet ved spørsmål til barnet. Denne planleggingen ble utført med hensyn til at sykepleieren skal være godt forberedt til undervisningsøktene. Godt forberedt undervisning viste seg å gi økt måloppnåelse. Ved hjemreise beskrev en forelder: "Vi fikk ingen informasjon om hva som ville skje da vi kom hjem og hvordan livet ville endre seg." Andre beskrev at det var godt å få informasjon både muntlig og skriftlig, og ting ble gjentatt flere ganger. Pasientens velvære ble satt i fokus, dermed lindret frykt og smerte gjennom medisinske og ikke-farmakologiske metoder og arrangerte hyggelige aktiviteter for barna. En foreldre sa at sykepleieren hadde god tid til barna. De hadde

ikke bare fokus på sykdom og sprøyter, men tok seg tid til å spille spill. En pasient fortalte at hun følte ikke sykepleieren var interessert i å snakke med de, og opplevde. Funnene viser at sykepleier med ansvar for pasientopplæring av familier som har barn med kronisk sykdom må være dyktige og bør ha erfaring og god kompetanse. Studiens funn gir også mange praktiske eksempler på god kompetanse for pasientopplæring. Denne kunnskapen kan brukes til pediatriske avdelinger i sykehus for å utvikle kompetansen. Evaluering av læring sammen med familien på slutten av sykehusoppholdet vil være viktig for å kontrollere familiens evne til å håndtere sykdommen.

Artikkel 5

Parent report and direct observation of injection-related coping behaviors in youth with type 1 diabetes.

Forfatter: Antal, H., Wycoki, T., Canas, J.A., Taylor, A., & Edney, W.A. (2011)

Denne kvantitative studien evaluerte insulininjeksjon mestring hos barn ved hjelp av foreldres rapport og video observasjoner hos barn i alderen 3-11 år. Foreldrene til 61 barn med diabetes type 1 var med i studien. Foreldre som deltok i studien svarte på spørreskjemaer og tok video opptak av sine barn i 3-5 dager ved insulininjeksjoner.

Studien brukte tiltak for å fremme mestring og forebygge stress.

Mestring fremmende tiltak som foreldrene brukte før injeksjon, var:

- Forsøke å distrahere barnet ved å bruke leker, puslespill eller tegne.
- Snakke om dyr, venner, klær, alder, interesser eller skole.
- Klem og kos med barnet for å berolige.

Stress forebyggende tiltak som foreldrene brukte før injeksjonen, var:

- Prøve å snakke til barnet uten å være sint.
- Avbryte eller utsette injeksjonen fordi barnet er sint.
- Fortelle barnet at de ikke får se tv eller må ha "time out" viss de ikke tar injeksjonen.

Hypotese 1 bekreftet delvis at det var mulig for barn å håndtere mestrings fremmende tiltak. Hypotese 2 ble det bekreftet at barn som var under 8,5 år ble det brukt betydelig mer stress forebygging. Hos eldre barn over 8,5 år ble det brukt mer mestrings fremmende tiltak enn stress forebygging som foreldrene tok i bruk. Video observasjoner viste også at det ble brukt mer stress forebygging av foreldre til yngre barn. Hypotese 3 ble det bekreftet at injeksjonsfrykt var mye høyere den første måneden etter at barnet var diagnostisert med diabetes. Hypotese 4 bekreftet at foreldre med tidligere injeksjonsrelatert frykt engasjerte seg mer i barnets mestring.

5.0 Drøfting

5.1 Mestring av blodsuktermåling, injeksjoner og sykepleierens rolle

Noe av det første barnet må lære seg ved sykehusinnleggelsen er blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Det er dette som er hovedelementene i behandlingen og det er derfor essensielt at barn lærer seg å mestre insulininjeksjoner og blodsuktermåling.

Benner og Wrubel (Sitert i Kirkevold 2008, s. 208) sier at sykepleieren ikke er en ekspert i den forstand at hun "vet best" hvordan de ulike situasjonene kan mestres. Det finnes ikke en "riktig" måte å mestre situasjoner. Det må bestemmes hva som er best, i samarbeid med pasienten. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjoner med sykdom må sykepleieren få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon, og være aktivt tilstede. På den andre siden representerer Lazarus og Folkmann (1984, s. 150-151) to mestringsstrategier. Ved den problemfokuserede mestringsstrategien retter mennesket seg direkte mot problemet eller situasjonen det gjelder. Vedkommende tilegner seg informasjon om hva som må gjøres, handler, og endrer dermed den problematiske situasjonen mellom miljø og person. Ut i fra dette tror jeg det er hensiktsmessig at sykepleieren tar for seg den problemfokuserede mestringsstrategien. I oppgavens tilfelle ligger det til grunn at barn skal mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Sykepleier må hjelpe barnet å stille seg direkte mot problemet. Eksempel på dette kan være at barnet blir kjent med blodsukker apparatet og insulinpennen. Tilby barnet å lage klart utstyret før prosedyren skal utføres. Snakke sammen med barnet om hvor lang nålen er, hvor tykk den er. Altså jevnlig eksponering. Når barnet føler seg klar, kan det få utføre blodsuktermåling og insulininjeksjonene selv. Samtidig som barnet prøver å tilvenne seg prosedyren, er det viktig at sykepleier får en forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon og være aktiv tilstede som Benner og Wrubel sier (Sitert i kirkevold 2008, s. 208).

I følge studien til Howe et.al (2011) viser det seg at barn har mer frykt enn smerter ved insulininjeksjoner de første månedene etter diagnostisering. (Hanås 2011 s. 327) påpeker at det ikke er nødvendig å fortelle barnet lang tid i forveien om injeksjoner, blodsuktermåling, for de kan lett innbille seg at ting er verre enn de er. For så vidt ser jeg at dette kan bli en utfordring da barnet er nødt til å ta blodsuktermåling og insulininjeksjoner hver dag, flere ganger om dagen. Barnet er også nødt til å bli klar over dette. Det kan derfor være nyttig å se ulike muligheter. Hanås (2011 s. 52) sier at det er mulig å måle blodsukker i tærne, øreflippen og fingertuppen. Med grunnlag i dette så kan man gi barnet mulighet til å prøve de ulike stedene å stikke, for å se hvilken metode barnet mestrer og har minst frykt for. I min praksis har jeg kun observert blodsuktermåling fra fingertuppen. Tveiten (2012 s. 172) påpeker at det er viktig å ha fokus på muligheter som kan bidra til opplevelse av mestring, og denne opplevelsen kan styrkes ved at en snakker med barnet om det de mestrer. Med grunnlag i dette er målet at barnet skal lære å mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Samtidig er det ikke sikkert at målet kan nås før barnet skrives ut av sykehuset. En stressituasjon er preget av at personen ikke finner frem til egen mestring. Jeg ser det som viktig å hjelpe barnet å finne frem til egen mestring (Reitan 2010, s 78) . For hjelpe barnet på veien mot egen mestring kan en også benytte seg av ulike hjelpemidler. For eksempel hevder Hanås (2011, s. 335) at lokalbedøvelse krem, EMLA virker effektivt og kan brukes for å gjøre blodsuktermålingene mindre smertefulle. Det kan brukes til insulininjeksjoner, men i praksis vil det være umulig å bruke det til alle insulininjeksjonene. Kremen virker ikke på fingertuppen da huden er for tykk. Jeg ser på dette som et godt hjelpemiddel spesielt for de barna som har stor frykt for at det skal gjøre vondt. På en annen side hevder Hanås (2011 s. 336) at man skal være ærlig angående smerten. Selv mener jeg dette også er viktig, men på veien mot barnets mestring må man se og prøve ulike hjelpemidler for å se om de har noen effekt på hvordan barnet opplever og mestrer blodsuktermåling eller insulininjeksjoner.

På den ene siden viser det seg i studien til Howe, et.al (2011) at mødre som oppfatter smerte hos barnet ved insulininjeksjoner samarbeider dårligere med barna under prosedyren. På den andre siden sier Antal, et.al (2011) i sin studie at foreldre med tidligere sprøyteskrek er mer fokusert på mestringssevnen hos barnet. I denne studien har de eksempler på ulike mestringsfremmende tiltak som foreldre utfører når barna skal ta insulininjeksjoner. Dette kan relateres til Lazarus og Folkmanns (1984, s. 150-151) emosjonsorienterte mestringsstrategi som dreier seg om å endre måten en møter situasjonen uten å endre selve situasjonen. Sett i et slikt lys kan det omhandle å forsøke å distrahere barnet ved å bruke leker, pusle spill eller tegne. Eventuelt snakke om dyr, venner, klær, interesser eller skole, klem og kos kan også være en viktig faktor ifølge Antal, et.al (2011). Men på en annen side er det foreldrene som tar i bruk disse mestringsstrategiene for å hjelpe barnet. Hanås (2011 s. 328) sier det er viktig at foreldrene involverer seg i diabetesen. Men på en annen side ser jeg det som nødvendig at man stiller et visst krav til barnet i løpet av sykehusinnleggelsen.

I følge Johnssen (2000) kan helse ses på som en ressurs. Med Nordtvedts (1998) syn som peker på at et av sykepleierens mål er å hjelpe mennesker som ikke kan bli friske, lære å leve med sin sykdom. (Sitert i Larsen 2012). Sykepleiers oppgave vil være å hjelpe barnet til å bli i stand til å mestre og lære sin sykdom som man ikke blir frisk av, men som man kan behandle og fremdeles ha god helse. Samtidig hevder Antonovsky (1987) (Sitert i Larsen 2012) at sterk opplevelse av sammenheng i livet har positiv betydning for en persons helse, og at helse kan defineres som opplevelse av sammenheng. Opplevelse av sammenheng vil dermed ha betydning for vedkommende mestringsopplevelse, fordi den virker inn på hvordan personen forholder seg til situasjonen. Ekra og Gjengedal (2012) hevder at barn føler det er vanskelig å forstå at de skal leve med sykdommen livet ut. Med grunnlag i dette ser jeg at det kan være vanskelig for barn å forstå at de skal leve med sykdommen livet ut. Men på en annen side er det viktig at sykepleier underviser barnet om sammenhengen mellom blodsuktermåling, insulininjeksjoner og for eksempel hvordan fysisk aktivitet som er en stor del av barnets hverdag, hvordan det virker inn på blodsukkeret. Slik sett, kan barnet få en forståelse av sammenheng med grunnlag i Antonovsy sin teori som sier dette kan ha betydning for barnets mestringsopplevelse. Selv ser jeg på det som grunnleggende at barnet forstår sammenhengen med sin sykdom for å kunne mestre

den og blant annet insulininjeksjoner og blodsuktermåling. Videre er det andre opplevelser barnet kan tilegne seg kunnskap om hvorfor insulininjeksjoner og blodsuktermåling er viktig å lære. I studien til Freeborn, et.al (2013) viser det seg at barn som har lært seg å leve med diabetes er kjent med sine symptom på føling. Med grunnlag i dette kan det være mulig at barn med nyoppdaget diabetes ikke er kjent med symptom på føling. Med grunnlag i dette betyr føling for lavt blodglukose nivå, og kan være en alvorlig komplikasjon ved diabetes. Hvis barnet hopper over eller utsetter et måltid og samtidig bruker "ordinær" insulinmengde, kan det oppstå lav blodglukose. også ved aktivitet, da det forbrennes mer glukose, og insulintilførselen kan bli for stor hvis ikke dosen reduseres ifølge Mosand og Stubberud (2013, s. 516)

I min sykepleiepraksis så jeg at en av oppgavene i ukeprogrammet var å provosere frem føling hos barnet. På den måten ser jeg at barnet kan bli kjent med sine egne føling symptom, samtidig som barnet får en ubehagelig opplevelse. På den ene siden kan en slik ubehagelig opplevelse skape frykt for å få føling, men på den andre siden kan barnet se hvorfor det er viktig med riktig insulinbehandling og blodsuktermåling. Eventuelt kan barnet oppleve situasjonen så ubehagelig at de får en viljestyrke til å mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Samtidig lærer barnet og foreldrene hvordan de skal handle i slike situasjoner.

5.2 Sykehusmiljøets innvirkning på læring og mestringsevnen hos barn

Barnet er innlagt på barneavdeling to uker for opplæring av sin diabetes, sammen med foreldre. I min praksis på barneavdelingen ble barn med nyoppdaget diabetes tatt hensyn til, de fikk dermed enerom. Hvordan barnet opplever miljøet på barneavdelingen, vil trolig ha en innvirkning på barnets mestring og læringsevne.

I studien til Freeborn, et.al (2013) kom det frem at en av de største utfordringene for barn og unge med diabetes frykt for lavt blodsukker. Foreldre som har frykt for at barnet har lavt blodsukker, kan påvirke barnet ved at deres frihet hemmes. (Hanås 2011, s. 327). Er det mulig at en av årsakene til dette kan skyldes dårlig pasientopplæring, undervisning, eller lite fokus på barnets mestringsevne? På den andre siden kan en stille spørsmål om barnets evne til mestring og læring blir påvirket av sykehusmiljøet? Å bli lagt inn i sykehus har stor innvirkning på dagliglivet og er i seg

selv en stressfaktor i følge Tveiten (2012, s. 52). Samtidig sier Tveiten (2012 s. 56) at en vanlig stressreaksjon hos små barn kan føre til at barnet går tilbake i utvikling. Denne tilbaketrekningen er en forsvarsmekanisme og brukes ofte når mestringskapasiteten ikke står i forhold til kravene barnet opplever fra omgivelsene. Tegn på forsvarsmekanisme kan være at barnet begynne å snakke babyspråk, tisser på seg eller det mestrer ikke ferdigheter de ellers har mestret. Med grunnlag i dette så sier Lazarus og Folkmann (Sitert i Reitan 2010, s. 77) at mellom den enkelte og situasjonen er samspillet avgjørende for opplevelse av reaksjonen på ulike stressituasjoner. Det er høyst individuelt hva som oppleves som stress. I følge Ekra og Gjengedal (2012) kan sykehusinnleggelse være en utfordring, men barnas største bekymring var knyttet til den kroniske sykdommen. Selv stiller jeg meg bak Lazarus og Folkmann, jeg tror det er høyst individuelt hva barnet føler om sykehusinnleggelsen, men det vil være viktig sykepleier oppgave å observere tegn på barnets forsvarsmekanismer, slik at man ikke overgår barnets mestringskapasitet, og slik at veiledningen kan tilrettelegges.

5.3 Sykepleiers veiledende og undervisende rolle

Som tidligere nevnt, har sykepleieren har mange oppgaver og områder i sitt yrke. Blant annet veiledning og undervisning. En sykepleier som skal undervise og veilede barn og foreldre om diabetes bør ha kunnskap om barnets utvikling, gjerne videreutdanning som diabetessykepleier.

I følge resultatene i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) er det nødvendig at sykepleier skaffer seg kunnskap om barnets utvikling slik at de kan håndtere barnet i sin alder på forsvarlig måte, og for å kunne gi passende undervisning til de. Dette støtter også Tveiten (2012 s. 173) som understreker at det er viktig at undervisningen tilpasses pasientens tilstand. Med grunnlag i dette, ser jeg det som en fordel at sykepleieren som skaffer seg kunnskap om barnets utvikling også bør være primærsykepleier. Man kan også se det fra en annen side, i den fasen sykepleier blir kjent med barnet og foreldrene skapes det også tillit mellom sykepleier og barnet. Derimot opplevde jeg i min praksis på barneavdelingen at flere forskjellige sykepleiere fikk ansvar for barn med nyoppdaget diabetes, ikke hadde de kjennskap til barnet eller familien. De hadde heller ikke kjennskap til ukeprogrammet som skal følges, og følte seg usikre på hvordan de skulle

gå frem. Sett i et slikt lys sier Grønseth & Markestad (2011 s. 53) mange barn og foreldre understreker at det er viktig med fast personale, men bare halvparten føler at dette fungerer i praksis.

I følge Braatas (2011 s. 43) er det tre grunnleggende sammenhenger i pasientundervisning som er viktig å være oppmerksom på, nemlig hvilket forhold sykepleieren har til lærestoffet, hva som er relevant i forholdet mellom lærestoffet og pasienten, og forholdet mellom pasienten og sykepleieren.

Dette er kunnskap en primær-sykepleier bør ha. I følge Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) sin studie, forberedte sykepleieren seg til pasientopplæringen, en av mange viktige oppgaver er å vurdere opplæringsbehov hos barnet og foreldre. De hevder også at pasientens velvære må settes i fokus, og ha god tid til barna som å spille spill. Ikke bare ha fokus på sykdom og sprøyter.

Ut i fra dette tenker jeg at sykepleieren stiller sterkere for å oppnå tillit hos barnet dersom hun bruker tid på lek. Tveiten (2012 s.170) hevder at aktiv lytting gjennom lek kan gi informasjon om barnets opplevelse. Samtidig sier Tveiten (2012 s. 166) at sykepleieren bør legge til rette for en god relasjon mellom dem. En god relasjon kan nemlig innebære at barnet viser tillit og velger å stole på sykepleieren. På en annen side kommer det også frem studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) at barn og foreldre følte at sykepleieren ikke var interessert i de. De kunne se det på oppførselen og svarene de fikk av sykepleieren. De følte det også ubehagelig at hun ofte var opptatt og ikke tilgjengelig. Med grunnlag i dette hevder Grønseth & Markestad (2011, s. 67) at usikre sykepleiere og negative holdninger til barns evne til å utrykke smerte og travelhet på avdelingen i sykehuset, hindrer eller avgrenser bruken av mestringsstrategier. Videre påpeker Benner og Wrubel (sitert i Kristoffersen, 2015 s. 264) viktigheten av at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens opplevelse av sin situasjon når hun skal hjelpe pasienten med sykdomsrelaterte situasjoner som skal mestres. Med grunnlag i dette vil det være viktig at både foreldre og barn får følelsen av å bli sett og tatt hensyn til under undervisning og veiledning, ikke minst uten om dette også. Jeg ser på dette som utrolig viktig, for at barnet skal se at sykepleieren vil dem godt og hjelpe de å mestre. Således kan det være aktuelt å spørre barnet hva det forventer av sykepleieren, og sykepleieren kan fortelle barnet hva de forventer. På en annen side ser jeg det også som

en utfordring å få tid til lek, for sykepleieren har også ansvar for andre pasienter og arbeidsoppgaver i løpet av sin arbeidsdag

I resultatene i studie til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) viste at undervisningen til barn kombinert med audiovisuelt materiale, samt demonstrasjon og lek. På en annen side viser funnene i Ekra og Gjengedal (2012) sin studie at barn prøvde å finne noe annet å gjøre isteden for å følge undervisningen, fordi de synes det kunne bli kjedelig. Jeg tenker det er rimelig å si at undervisningen bør inneholde variasjon, slik funnene til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) viser. Samtidig hevder Tveiten (2012, s.179) at undervisningens innhold kan planlegges sammen med foreldre eller barn. Hun hevder også at barnet kan oppleve det som motiverende og en form for medvirkning dersom de får delta i planleggingen. Ut i fra dette tenker jeg at barnet og foreldrene bør si noe om hvordan barnet deres lærer best, hva det liker å gjøre og hvordan de ser for seg at undervisningen blir tilrettelagt.

Samtidig påpeker Tveiten (2012, s.179) viktige punkter når man skal ta utgangspunkt veiledning til barnet og foreldrene. De har kanskje et mål, noe de vil oppnå. Veiledningen kan dreie seg om å snakke om måloppnåelse og finne frem til handlinger for å nå målet. I oppgavens tilfelle vil det dreie seg om å mestre blodsukker og insulininjeksjoner. Med grunnlag i dette kan det være nyttig å spørre barnet hva de ønsker å oppnå. Hvordan tenker barnet at det vil lære seg insulininjeksjoner og blodsuktermåling? Renolen (2015 s.107) understreker at opplevelse av mestring, faglig og sosialt viktig for barnet i alderen 5-6 år og frem til puberteten. Med utgangspunkt i dette tror jeg det er viktig at sykepleier har kunnskap om barnets alder, og samarbeider med barnet om måloppnåelse, slik at det tilpasses barnet og at målet er oppnåelig.

I funnene i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) viser det seg at evaluering av læring sammen med familien på slutten av sykehusoppholdet vil være viktig for å kontrollere foreldre og barns evne til å håndtere sykdommen. Samtidig kom det frem i studien at noen opplevde å ikke få informasjon om hva som ville skje da de kom hjem og hvordan livet ville endre seg. Med grunnlag i dette sier yrkesetiske retningslinjer for sykepleier 2.4 sykepleien fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleier forbund, 2011). Det er mulig at det virker skremmende å dra

hjem og kjenne på det store ansvaret. Jeg ser det som en positiv utfordring for barn og foreldre at de får dra hjem på perm noen ganger i løpet av sykehusoppholdet, slik at de får prøve seg på ansvaret alene, men samtidig så har de en trygghet med å vite at de kan komme tilbake til sykehuset. Det er også mulig at de kommer med nye spørsmål som de lurer på etter at de har vært hjemme, derfor vil jeg si det er gunstig med permisjon. Med grunnlag i dette så fikk foreldre og barn dra hjem på perm der hvor jeg hadde min praksis, jeg så stressende foreldre, men barna var ganske rolige og fornøyde med å få dra hjem. Da de kom tilbake fikk de snakke om tiden sin hjemme og hvordan de så for seg at de skulle klare seg selv.

5.4 Foreldrenes rolle for barnet

Foreldrenes rolle og tilstedeværelse for barnet vil også være viktig i forhold til at barnet skal kunne lære å mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner.

I studien til Ekra og Gjengedal (2012) fortalte barna at de synes foreldrene følte seg annerledes enn før, men de forstod at foreldrene var triste fordi de var rammet av sykdom. Samtidig kommer det frem i studien til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) at foreldrene opplevde sjokk da de fikk vite at barnet ble diagnostisert med kronisk sykdom. Med grunnlag i dette sier Tveiten (2012 s. 71) at høyt stress nivå hos foreldre kan redusere omsorgsevnen, samtidig kan foreldrene være fokuserte på seg selv og ser kanskje ikke barnet sitt behov og signaler like godt som de pleier. Grønseth & Markestad (2011 s. 65) sier det er en forutsetning for at foreldrene skal kunne gi barnet trygghet under prosedyrer er at de selv har fått tilstrekkelig informasjon på forhånd. En kan også hevde i følge Grønseth & Markestad (2011 s. 65) at foreldrene delta aktivt ved å støtte barnets mestringsstrategier mens prosedyrer pågår, for eksempel gjennom avledning, humor eller avslapningsøvelser. Ikke minst hjelpe barnet å bearbeide opplevelsene etterpå gjennom samtale, lek og andre aktiviteter. Med grunnlag i dette sier Antal, et.al (2011) at foreldre med tidligere sprøyteskrek er mer fokusert på mestringssevnen hos barnet. Samtidig sier Renolen (2015 s. 89) at er det viktig med opplevelse av mestring, faglig og sosialt for barn i alderen 5-6 år og frem til puberteten . Foreldre må også vise at de aksepterer nysgjerrighet og oppfinnsomhet hos barnet, oppfordre og oppmuntre til å prøve ut sine ideer.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleier kan fremme mestring til barn med nyoppdaget diabetes. Hovedfokuset var blodsuktermåling og insulininjeksjoner. Problemfokuseret og emosjonsfokuserete mestringsstrategier er gode utgangspunkt for å legge til rette for mestring hos barnet. Det kan også benyttes hjelpemiddel for å unngå smerte. Men viktigst av alt er å se barnet og la det delta i bestemmelsen om hvordan insulininjeksjoner og blodsuktermåling skal utføres.

For at barnet skal kunne mestre blodsuktermåling og insulininjeksjoner vil det være grunnleggende at de forstår hvorfor, ulike situasjoner og tilnærminger kan hjelpe dem til å forstå sammenhengen.

Primærsykepleier vil være av stor betydning for å skape god relasjon mellom sykepleier og barnet. Tillit kan skapes når barnet har en eller to kjente personer å forholde seg til og som det føler seg trygg på. Sykepleieren har i oppgave å forberede undervisningen slik at den er tilpasset barnets alder og utvikling. Sykepleier har også et ansvar om å forsikre seg om at barnet og foreldre har forstått den kunnskapen de har blitt tildelt. Samtidig ta hensyn til at barnet befinner seg i et nytt og ukjent miljø på sykehuset, noe som kan være en stressfaktor, som igjen kan føre til at barnet går tilbake i utvikling.

Trygge rammer og foreldrene sin tilstede vil være essensielt for at barnet skal oppnå mestring. Samtidig er det viktig at foreldre er aktivt tilstede og støtter barnas mestringsstrategier. Foreldre også har et behov for å bli ivaretatt og bearbeide sjokket, det er nevnt i oppgaven men det har ikke vært tema i oppgaven. Barnet skal også lære mye mer enn bare å mestre insulininjeksjoner og blodsuktermåling. Som for eksempel lære seg hvordan kostholdet og fysisk aktivitet virker inn på diabetes sykdommen. Men til hensyn av oppgavens ordramme ble blant annet ikke dette vektlagt.

7.0 Referanseliste

Antal, H., Wysocki, T., Canas, J., Taylor, A., & Edney-White, A. (2011). Parent report and direct observation of injection-related coping behaviors in youth with type 1 diabetes. *Journal Of Pediatric Psychology, 36*(3), 318-328 11p. doi:jpepsy/jsq082

Brataas, H. (Red.). (2011). *Sykepleie-pedagogisk praksis* (1.utg) Oslo: Gyldendal akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ekra, E. R., & Gjengedal, E. (2012). Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness— A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. *International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being, 7*1-9 9p. doi:10.3402/qhw.v7i0.18694

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013) *At gòra systematiske litteraturstudier* (3.utg) Stockholm: Natur & Kultur.

Forskrift om barns opphold i helseinsitusjon (2000) Hentet 5. Februar 2016 fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Mandleco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal Of Clinical Nursing, 22*(13/14), 1890-1898 9p. doi:10.1111/jocn.12046

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

Hanås, R. (2011) *Bli ekspert på din egen diabetes- type 1 diabetes hos barn ungdom og unge voksne*. Oslo: Cappelen Damm

- Howe, C., Ratcliffe, S., Tuttle, A., Dougherty, S., & Lipman, T. (2011). Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers. *MCN: The American Journal Of Maternal Child Nursing*, 36(1), 25-31 7p. doi:10.1097/NMC.0b013e3181fc6093
- Jenssen, T. (2011) Diabetes mellitus. I E. B. Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s. 379-390) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kelo, M., Eriksson, E., & 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), 894-904 11p. doi:10.1111/scs.12001
- Kirkevold, M. (2008) Sykepleieteorier – analyse og evaluering. (2.utg) Oslo: Gyldendal
- Kristoffersen, N. J. (2015) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Skaug, E. A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.* (2.utg., s. 207-270) Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, A. E. (2015) Om sykepleie. I Skaug, E. A. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.* (2.utg., s. 15-28) Oslo: Gyldendal akademisk
- Larsen, T. (2012). Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis. I Larsen, T (Red), *Helsebegrepet i helsefremmende arbeid* (3. Utg., s. 45-65). Bergen: Fagbokforlaget
- Lazarus, R. S., og Folkman, S. (1984). «Stress, appraisal and Coping» USA: Springer Publishing Company
- Mosand, M. D. & Stubberud D. G. (2013) – Klinisk sykepleie. I Grønseth, R. (Red), - *Sykepleie ved diabetes mellitus* (4.utg s. 507-535) Oslo: Gyldendal Akademisk

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014, 4. oktober). Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Hentet 20. januar 2016 fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Norsk Sykepleier Forbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Hentet 10. Februar 2016 fra <https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte.pdf>

Reitan, A. N. (2010) Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2. I Knudsen, U. (Red.) *Mestring* (3.utg s. 74-107) Oslo: Akribe

Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Skrivarhaug, T., Krummernes, J. S. & Drivvoll, K. A. (Oktober, 2015) *Barnediabetesforbundet – årsrapport 2014 med plan for forbedringstiltak*. Hentet fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_barnediabetesregisteret/_Documents/Barnediabetesregisteret%20Årsrapport%202014.pdf

Spesialisthelsetjenesteloven (2001) Lov om spesialisthelsetjenesten av 1. Januar 2001. Nr. 61 Hentet 20. Januar 2016 fra: <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-8>

Tveiten, S., Wennick A. & Steen, F. S. (2012) *Sykepleie til barn – familie sentrert sykepleie* (1.utg) Oslo: Gyldendal akademisk

World Health Organization (WHO). (u.å) *Health*. Hentet fra: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

Vedlegg I
Litteratursøk:

Database	Søkeord	Resultat	Utvalgt
CINAHL	Childhood AND challenges AND diabetes	144 treff	<i>Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspective.</i> (Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Mandleco, B. 2013)
PUBMED	Children coping AND needle AND diabetes	2 treff	<i>Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers.</i> (Carol. J. Howe, Sarah J. Ratcliffe, Aland Truttle, Shayne Dougherty, & Terri H. Lipman 2011)
PUBMED	Hospitalized AND children coping AND newly diagnosed	5 treff	<i>Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness. A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital.</i> (Ekra, E., & Gjengedal, E. 2012)
CINAHL	Patient education AND chronic illness AND children	222 treff	<i>Perceptions of patient education during hospital visit - described by school age children with a chronic illness and their parents.</i> (Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. 2013)

CINAHL	Coping AND injection AND youth diabetes type 1	4 treff	<i>Parent report and direct observation of injection- related coping behaviors in youth with type 1 diabetes.</i> (Antal, H., Wycoki, T., Canas, J.A., Taylor, A., & Edney, W.A. 2011)
--------	--	---------	--

Vedlegg I: Kvalitativ sjekkliste

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Beskrive barns opplevelse ved å være innlagt i sykehus</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Nøyte observasjon, dybdeintervju, bilder og være tilstede på sykehuset for å bli kjent med barna og observere hendelser.</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Sykepleiere valgte ut pasienter som var mellom 6-12 år, og nylig diagnostisert med kronisk sykdom. 5 gutter og 5 jenter. 1. jente fullførte ikke (ikke begrunnet)</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Bruk av hermeneutisk fenomenologisk tilnærming med fokus på barnas livsvorden →</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>De intervjuet barna to ganger med en av foreldrene tilstede. En erfaren sykepleier utførte intervjuene. De gav barna fotoapparat slik at de kunne ta bilder av sine opplevelser og det de var opptatt av. (dybdeintervjuer)</p>
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Tematisk analyse ble brukt. Hvert intervju ble lest flere ganger for å få en forståelse av teksten som helhet og for å forstå den grunnleggende betydningen av barns opplevelse. Betydningen av teksten ble deretter kondensert. Videre setninger ble reflektert og meningen ble tolket fra et sykepleierperspektiv.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Møtte barna i ulike sammenhenger i deres første sykehusopphold og i poliklinikk. Intervjueren er en erfaren sykepleier.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Resultatet er sammenlignet med funn i andre studier.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	- ja i diskusjon kapittel 2		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Vest-Norge godkjente studien.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Sykehus virker fremmed for barn.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vanskelig å forstå at den kroniske sykdommen varer livet ut. Barna synes det var barnevernli på avdelingen. 		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Resultatene forteller oss noe om hvordan barn har det på sykehus. Både positive og negative sider. Dette er verdifull informasjon som kan hjelpe å forbedre sykepleie til barn på sykehus.</p>		
--	---	--	--

Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness - A phenomenological study of children's lifeworld in hospital. (2012) E.M.R Ekra & E. Gengedal

Vedlegg III: Kvantitativ sjekkliste

Kritisk vurdering - RCT, Undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. *User's Guides to the medical literature. A manual for evidence based clinical practice, second edition.* JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2008.
- *Critical Appraisal Skills Programme.* www.casp-uk.net

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka "Slik oppsummerer vi forskning" og «Risk of bias tool» (kunnskapscenteret.no)

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Populasjonen som studeres • Tiltaket som gis • Sammenligningen som gjøres • Utfallene som vurderes 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet • Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc) • Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon (tabell for karakteristikkk ved baseline) 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Foreldre og barn deltok i informasjon per brev eller telefon. Og ble randomisert-til å fullføre video-observasjon eller kan svare på spørsmål.</p> <p>3-11 år gamle barn En kriterie var at foreldrene satte alle injeksjonene.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var det stort frafall, - og var frafallet likt fordelt i gruppene? • Er grunner for frafallet beskrevet? • Er frafallet tatt hensyn til i analysen? • Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)? 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>b3 deltok i studien bl fullføre studien se s. 322.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmål blindet mht. gruppetilhørighet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig. • Subjektive utfallsmål (for eksempel smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding. • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Uklart.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>5. Var gruppene like ved starten av studien?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Andre faktorer kan påvirke resultatene, f.eks. alder, kjønn og sosial klasse. 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Ø</td> <td>0</td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	0	Ø	0
Ja	Uklart	Nei					
0	Ø	0					
<p>6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll? 	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>Ø</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>- Like i gruppene som sammenlignes. - Uklart.</p>	Ja	Uklart	Nei	Ø	0	0
Ja	Uklart	Nei					
Ø	0	0					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hvilke utfall ble målt? Er det primære utfallet klart spesifisert? Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelverdi (median), prosent, Relativ Risiko, Numbers needed to treat (NNT) etc. Er det en viktig forskjell mellom gruppene? Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i én setning? 	<p>• Det er mulig at barn kan håndtere mestringstrømmende tiltak</p> <p>• Barn under 8,5 år bludet brukt risikomomentet for injeksjon</p> <p>• Injeksjonsstrykt er størst den første manden etter diagnostisering</p> <p>• Foreldre med tidligere injeksjonsstrykt er mer engasjert i barnets mestring</p>
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt konfidensintervaller eller p-verdier? Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt. 	<p>Resultatene er oppgitt i M (gjennomsnitt) og SD (standard avvik)</p>

Parent report and direct observation of injection-related coping behaviors in youth with type 1 diabetes. Anttal, H., Wysocinski, T., Canas J. A., Taylor. A. & Edrney W. A. (2011)

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

	Ja	Uklart	Nei
<p>9. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis? • Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart? • Er tiltaket akseptabelt for brukerne? 	<p>Ø</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker • Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder? 	<p>Ø</p> <p>Ja</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? • Stottes resultatene i en systematisk oversikt? 	<p>Ø</p>	<p>0</p>	<p>0</p>

Ja. mestringstrategier for barn med frykt for infeksjon. Tiltakene kan brukes i praksis.

Resultatene støttes i en systematisk oversikt

UTREGNING AV EFFEKTESTIMATER

se tabell s. 323

		Utfall JA (syk)	Utfall NEI (frisk)
Intervensjon	Y	a	b
Kontroll	X	c	d

Risiko for utfall:

$$Y = a/(a+b)$$

$$X = c/(c+d)$$

Relativ risiko/Risk Ratio (RR)

Relativ risiko (RR) er ratioen mellom de to risikoene:
(Risikoen i intervensjongruppen delt på risikoen i kontrollgruppen)

$$RR = Y/X$$

Odds Ratio (OR):

Odds Ratio (OR) er sjansen (oddsen) for et utfall i intervensjonsguppen dividert med sjansen for det samme utfallet i kontrollgruppen.

$$OR = (a/b)/(c/d)$$

Relative Risk Reduksjon (RRR)

Relativ risikoreduksjon er prosent reduksjon i risiko i intervensjonsguppen sammenlignet med kontrollgruppen

$$RRR : 1-RR = 1-Y/X \times 100 \%$$

Absolutt Risk Reduksjon (ARR)

Differansen mellom risikoen for et utfall i intervensjonsguppen minus risikoen for et utfall i kontrollgruppen

$$ARR = Y-X$$

Number needed to treat (NNT)

Antall som må behandles for å oppnå én hendelse

$$NNT = (100/ARR) \times 100 \%$$