



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 351

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9977

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 69

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barn og diabetes

Children and diabetes

Kandidatnummer: 351

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract:

Aim: To examine how a nurse through guidance and education can contribute to the child's coping with type 1 diabetes.

Methods: Systematic searches were made between 07.11.2019-10.12.2019. Articles were retrieved in Cinahl, Embase, Cochrane Library, PubMed, Medline and ERIC. They were critically assessed by using the Norwegian Directorate of Health's critical evaluation forms for scientific articles.

Results: Four qualitative studies, and two systematic reviews were included. After analyzing and synthesizing the articles, there were five categories that reappeared in the articles; The importance of communication, use of different teaching methods, the parent's role, the support from peers and teachers, and finally the child's motivation and ability to cope. It's important that the nurse take these factors into consideration when helping children to cope with their type 1 diabetes.

Conclusion: To give children with type 1 diabetes the tools and skillset needed to manage their illness, good training and follow-up is important. By developing a human-to-human relationship with the patient, the nurse achieves trust and confidence, where communication is essential. The nurse has to identify the children's needs, resources and goals and take this into account in the teaching process. Considering maturity level and involving parents is also important. One has to take a wholistic approach to the situation and look at what promotes and inhibits learning. Continuous evaluation of the learning-environment with the child throughout the process, will inform adjustments that might be needed along the way to obtain the best result for the patient.

Key words: Nurse, patient education, guidance, coping, children, type 1 diabetes mellitus, parents, communication, trust, confidence

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling	4
1.2 Presisering av oppgaven	6
2.0 Teori	8
2.1 Diabetes mellitus	8
2.1.1 Hva er diabetes mellitus type 1?	8
2.1.2 Symptomer	9
2.1.3 Senkomplikasjoner	9
2.1.4 Barn og diabetes: behandling	9
2.1.5 Forløp	10
2.2 Barns utvikling	10
2.2.1 Kognitiv utvikling	10
2.2.2 Personlighetsutvikling	11
2.3 Trygghet og tillit i forhold til barn og foreldre	11
2.4 Kommunikasjon	12
2.4.1 Kommunikasjon og barn	12
2.4.2 Aktiv lytting og empati	13
2.4.3 Dialog	13
2.4.4 Pasientsikkerhet og kvalitet	13
2.5 Sykepleierens pedagogiske rolle	13
2.5.1 Veiledning og undervisning	14
2.5.2 Den didaktiske relasjonsmodellen	15
2.6 Motivasjon	16
2.7 Mestring knyttet til barn og foreldre	16
2.8 Sykepleieteoretisk perspektiv - Joyce Travelbee	17
2.8.1 Etableringen av menneske-til-menneske-forhold	17
2.8.2 Å finne mening i egen sykdom	18
2.8.3 Kommunikasjon	18
3.0 Metode	19
3.1 Hva er metode?	19
3.2 Litteraturstudie som metode	19
3.3 Søkeprosess	20
3.3.1 Databaser	20
3.3.2 PICO	21
3.3.3 Søkehistorikk	21
3.3.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier	22
3.4 Kilde- og metodekritikk	22
3.5 Etske overveielser	25
4.0 Resultat	26
4.1 Kommunikasjon	26
4.2 Bruk av ulike undervisningsmetoder	26

4.3 Foreldrenes rolle	26
4.4 Motivasjon og mestring.....	27
4.5 Støtte fra venner og lærere.....	27
5.0 Drøfting	29
5.1 Betydningen av kommunikasjon i undervisning og veiledning	29
5.1.1 Trygghet og tillit til barn og foreldre gjennom aktiv lytting og empati	29
5.1.2 Dialog	30
5.1.3 Kommunikasjon på barnets nivå	31
5.1.4. Hjelpemidler i samtaler med barn	31
5.2 Forutsetninger for læring og mestring.....	32
5.2.1 Barnets utviklingsnivå og forståelse.....	32
5.2.2 Situasjonsforståelse	32
5.2.3 Tidspunkt og sted for undervisning og veiledning	33
5.3 Hvordan lærer barnet best?.....	34
5.3.1 Individuell tilrettelegging	34
5.3.2 Hjelpemidler som fremmer mestring i undervisning og veiledning	34
5.3.3 Viktigheten av barnets deltagelse i behandlingen	35
5.3.4 Motivasjon til læring	35
5.3.5 Innhold og mål i undervisning og veiledning.....	36
5.4 Relasjoners innvirkning på barnets mestring.....	37
5.4.1 Betydningen av å informere venner og lærere om diabetes	37
5.4.2 Betydningen av samarbeidet mellom foreldre, barnet og sykepleieren.....	38
5.4.3 Mestring i samvær med andre i samme situasjon	39
5.5 Evaluering	39
6.0 Konklusjon.....	40
Referanser.....	41
Vedlegg	45
Vedlegg 1 - Flytskjema.....	45
Vedlegg 2 - Søkehistorikk.....	47
Vedlegg 3 - Litteraturliste	48

Modell- og tabelloversikt

Modell 1 - Den didaktiske relasjonsmodell	15
Tabell 1 - PICO- skjema.....	21

Antall ord: 9977¹

¹Ord uten forside, abstract, innholdsfortegnelse, tabell og modell, fortløpende referanser i tekst, referanseliste, vedlegg

1.0 Innledning

Innledningsvis blir oppgavens problemstilling presentert. Videre vil oppgavens fokus og avgrensinger presiseres.

1.1 Hensikt med oppgaven og problemstilling

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understrekes det blant annet at sykepleieren skal fremme mestring, gi egnet informasjon og sikre at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette er også forankret i lovverket:

«Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. [...]» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019, § 3-5).

Diabetes type 1 rammer flest barn og ungdom (Jenssen, 2017, s.389), og rundt 400 norske barn blir diagnostisert hvert år (Diabetesforbundet, 2019). Det å ha diabetes byr på ulike utfordringer og tilpasninger i hverdagen både for barnet og foreldrene (Kelo, Martikainen & Eriksson, 2011, s.2097). Som sykepleier står en overfor ulike utfordringer da denne pasientgruppen trenger kompleks behandling og oppfølging. Det innebærer at sykepleieren må ha bred innsikt, erfaring og kunnskap (Grønseth & Markestad, 2017, s.180).

Travelbee (2007, s.135) mener at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe pasienten og familien til å forebygge og mestre sykdom. Dersom sykepleieren skal lykkes med dette må en etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon kommer frem som det viktigste redskapet en kan bruke for at dette skal oppnås (Travelbee, 2007, s.135).

Undervisning og veiledning angis å være en grunnleggende funksjon i sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008), og forskning viser at det er nøkkelintervensjonen for å fremme mestring hos barn med kronisk sykdom (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013, s.894). Et godt hjelpemiddel for å synliggjøre de forskjellige elementene i en undervisnings- og veiledningssituasjon, slik at en får en helhetlig forståelse, er den didaktiske relasjonsmodellen (Bjørndal & Lieberg, 1978, s.136; Christiansen, 2013, s.43). For helsepersonell kan det være en utfordring å finne ut hvilken oppfølging og veiledning som

egner seg best til personer som lever med diabetes, selv om mange er rammet av sykdommen (Allgot, 2011, s. 209). Det er derfor viktig at sykepleieren har et helhetlig syn på mennesket slik at undervisningen og veiledningen kan individualiseres og tilpasses etter den enkeltes behov, ressurser og forutsetninger slik at mestring kan oppnås (Allgot, 2011, s.210; Tveiten, 2008, s.138, 161).

På bakgrunn av dette er følgende problemstilling valgt:

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning bidra til mestring hos barn med diabetes type 1?

1.2 Presisering av oppgaven

Fokuset vil ligge på barn i alderen 6-12 år med diabetes mellitus type 1. Særtrekk ved barn i denne alderen er at en klarer å se ting fra andres perspektiv, skjønner hva som er viktige/uviktige opplysninger og har evnen til reversibel- og abstrakt tenkning (Grønseth & Markestad, 2017, s.69). Pårørende til barn spiller en stor rolle i pediatrik sykepleie (Grønseth & Markestad, 2017, s.185), og Kelo et al. (2011, s.2097) understreker at hele familien må undervises i hvordan diabetes håndteres. På bakgrunn av dette vil oppgaven også sette fokus på barnets foreldre.

Mange barn får sin diabetes debut i 6-12 års alderen, og i denne perioden står motivasjon for læring og mestring sentralt (Haugstvedt, 2011, s.283). Det bør en dermed dra nytte av i opplæringen av sykdommen, noe som underbygger valget av å avgrense og fokusere på barn mellom 6 og 12 år.

Hovedfokus er satt på de generelle undervisnings- og veiledningsprinsippene en sykepleier kan utøve for å bidra til mestring hos barn med diabetes type 1. I teksten vises det til ulike situasjoner der undervisningen og veiledningen finner sted som fra sykehus der sykdommen er nyoppdaget, fra skolesetting og fra oppfølgingstimer.

Diabetes type 1 er en kronisk sykdom, og begrepet omtales i forskningsartiklene (Ekra & Gjengedal, 2012; Kelo et al.,2013), derfor vil begrepet «kronisk sykdom» defineres her og bli nevnt i oppgaven, men blir ikke vektlagt videre. Begrepet egenomsorg er også brukt i teksten i samsvar med innhold fra anvendt forskningsartikkel (Kelo et al., 2011), derfor vil også det defineres her, men ikke bli vektlagt videre i oppgaven grunnet problemstillingens hovedfokus. Nøkkelbegrep knyttet til problemstillingen vil bli redegjort for i teoridelen.

Curtin referert i Rokne (2011, s. 162) definerer kronisk sykdom slik:

«Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele menneske og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt».

Egenomsorg: Det å håndtere psykisk eller fysisk funksjonssvikt eller andre problemer relatert til sin egen helse. Innebærer individets innsats for å forebygge og fremme egen helse (Nylenna & Braut, 2020).

2.0 Teori

Her vil sentrale teoretiske perspektiver presenteres for å legge et grunnlag av elementer for å belyse problemstillingen.

2.1 Diabetes mellitus

2.1.1 Hva er diabetes mellitus type 1?

Bukspyttkjertelen (pancreas) og leveren har flere funksjoner i menneskekroppen, og spiller en viktig rolle i å holde kroppens blodsukker stabilt. I de langerhanske øyer i pancreas blir hormonet insulin produsert av betaceller og glukagon av alfaceller (Jenssen, 2017, s.388). Insulin kalles ofte for kroppens blodsukkersenkende hormon. De senker blant annet glukosenivået i blodet ved å øke opptaket av glukose i fett- og muskelvev, samt demper leverens produksjon av glukose (Jenssen, 2017, s.388). Glukose har motsatt effekt av insulin, og øker glukoseproduksjonen i leveren, slik at mer glukose blir avgitt til blodet. Insulin fungerer som en «nøkkel» som åpner cellene slik at kroppen kan benytte seg av energien som kommer fra maten vi spiser, eller fra glykogenlagrene i kroppen. Dersom insulinproduksjonen blir nedsatt eller svikter helt, vil blodglukosen stige grunnet manglende insulinfrigjøring (Jenssen, 2017, s.388).

En skiller mellom diabetes type 1 og 2. Dersom all insulinproduksjon er fraværende har man diabetes type 1 og ved diabetes type 2 er insulinproduksjonen bare delvis borte (Jenssen, 2017, s.388). Ifølge Helsedirektoratet (2019a) stilles diagnosen ved at HbA1c (langtidsblodsukkeret) er 6,5%, at fastende plasmaglukose er over 7,0 mmol/L, eller plasmaglukosen er over 11,1 mmol/L to timer etter en oral glukosetoleransetest.

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom der kroppens immunsystem ødelegger betacellene i pancreas slik at insulinproduksjonen hemmes. Ødeleggelsen av cellene kan gå over måneder og år, men når ca. 80-90% av cellene er ødelagt, vil en få diagnosen diabetes (Jenssen, 2017, s.389).

2.1.2 Symptomer

Ved insulinmangel kan pasienten utvikle hyperglykemi (for mye glukose i blodbanen). Når nyrenes evne til å overføre glukose fra urinen tilbake til blodbanen overtres, kan sukkeret lekke ut i urinen. Pasienten får da økt tørste og urinlating, som er de første symptomene på diabetes type 1 (Jenssen, 2017, s.390). Dersom insulinmangelen har pågått over lengre tid uten oppdagelse vil pasienten være slapp og trett, og en kan ha utviklet ketoacidose som er en akutt tilstand som må behandles på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017, s.323). Det kan også oppstå ett overskudd av insulin- hypoglykemi (for lite glukose i blodbanen), og gir da symptomer som svette, sultfølelse, hodepine, irritabilitet og slapphet. En kan også bli bevisstløs (Grønseth & Markestad, 2017, s.323). Hvis blodglukosen faller til mindre enn 2,5 mmol/l, vil hjernefunksjonen påvirkes i større grad, grunnet manglende glukose til hjernen (Jenssen, 2017, s.391).

2.1.3 Senkomplikasjoner

Diabetes kan føre til ulike komplikasjoner i kroppens organer. Den høye blodglukosen kan over tid lage forandringer hovedsakelig i blodkarene (Jenssen, 2017, s.397). Komplikasjonene kan deles inn i mikrovaskulære der spesielt øyne, nyrer og nerveledninger blir skadet, og makrovaskulære der det i hovedsak er komplikasjoner som skyldes aterosklerose i hjerne- eller hjertekar, og i fotens arterier (Jenssen, 2017, s.397). Disse opptrer vanligvis ikke før en har hatt diagnosen i 10-15 år (Grønseth & Markestad, 2017, s.324).

2.1.4 Barn og diabetes: behandling

Når et barn blir diagnostisert med diabetes vil både pasient, pårørende og behandler stå overfor ulike utfordringer når det gjelder forståelse av sykdommen og behandlingen som skal gis (Jenssen, 2017, s.391). Når alt kommer til alt er det pasienten selv som skal bli sin egen behandler, da diabetes type 1 krever en livslang behandling med insulin. Det er derfor viktig at behandlingen individualiseres (Jenssen, 2017, s.391). Når barnet har fått diagnosen diabetes type 1 må insulinbehandling starte med en gang. En regner med at insulinproduksjonen i kroppen er mangelfull (Jenssen, 2017, s.392). Det finnes ulike typer insulin som settes subcutant, blant annet hurtigvirkende, langtidsvirkende, middels langsomtvirkende insulin, en blanding av disse og insulinanaloger (Jenssen, 2017, s. 392).

2.1.5 Forløp

Når barnet er innlagt på sykehus for nyopplaget diabetes type 1, er det vanlig med et opphold på ca. to uker, hvor en får behandling, samt et opplæringsprogram for å bli kjent med egen sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s.323). Målet er å erstatte kroppens naturlige insulinfunksjon så godt som mulig, slik at blodsukkernivået er innenfor målområdet. Dette gjøres for å unngå hypoglykemi og vedvarende hyperglykemi, som igjen minsker risikoen for senere komplikasjoner (Grønseth & Markestad, 2017, s.323). For å se effekten av behandlingen spiller blodglukosen en stor rolle. HbA1c gir et innblikk i hvordan glukoseinnholdet i plasma har vært de siste 6-8 ukene (Jenssen, 2017, s.393). Behandlingsmålet/anbefalingene for HbA1c er 53mmol/mol (7%), men må være tilrettelagt for hver enkelt pasient (Helsedirektoratet, 2019b).

Opplæringsprogrammet består av undervisning og veiledning for både barnet og foreldrene. Deres forståelse av sykdommen og praktiske ferdigheter skal være i fokus (Grønseth & Markestad, 2017, s.322). En skal kjenne til symptomer, justering av insulindosen i forhold til eksempelvis fysisk aktivitet og matinntak, glukosemåling, tolkning av verdier og lære å sette insulin (Grønseth & Markestad, 2017, s.323).

2.2 Barns utvikling

2.2.1 Kognitiv utvikling

Evnen til å vurdere, tenke og løse problemer på er komponenter som modnes i utviklingen av det kognitive (Renolen, 2015, s.107). Jean Piaget (1896-1980) har hatt innflytelse med sin teori om barns kognitive utvikling (Renolen, 2015, s.111). Han delte utviklingen inn i følgende faser etter alder: Den sensomotoriske perioden (0-2år), det pre-operasjonelle stadiet (2-6år), det konkret-operasjonelle stadiet (6-12år) og til slutt det formal-operasjonelle stadiet (12-15år). Det konkret-operasjonelle stadiet der barnet er 6-12 år er sentral i oppgaven. Her vil den kognitive utviklingen endres betraktelig. Barnet begynner å tenke mer logisk og klarer gradvis å knytte konkrete handlinger eller situasjoner sammen (Renolen, 2015, s.112).

2.2.2 Personlighetsutvikling

Psykologen Erik H. Erikson (1902-1994) tar utgangspunkt i den psykososiale utviklingen fra fødsel til død, som deles inn i åtte ulike faser, hvor mennesket møter en utviklingskrise i begynnelsen av hver fase (Renolen, 2015, s.106). Hvordan omgivelsene møter de ulike behovene som oppstår i hver krise vil være avgjørende for hvordan resultatet blir. Dersom behovene ivaretas på en positiv måte, eller motsatt - en negativ måte, vil det skapes en grunnholdning i hver fase, som blir en fast del av vår personlighet (Renolen, 2015, s.106). Ut ifra aldersgruppen som er valgt i oppgaven vil ferdighetsfasen være sentral. Her er det barn fra 5-6 års alderen og frem til puberteten som står i fokus. I denne fasen vil barnet begynne på skolen og danne ulike relasjoner til venner og lærere, som vil være viktige i den psykososiale utviklingen (Renolen, 2015, s.107). Barnet kan danne grunnholdninger som å føle at en er kompetent, eller en følelse av å være mindreverdig. Mestring er her en viktig faktor for hva utfallet blir (Renolen, 2015, s.107).

2.3 Trygghet og tillit i forhold til barn og foreldre

Tillit er en livsverdi og et grunnleggende behov hos mennesket (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 2019, s.91). Trygghet ses også på som et grunnleggende behov. For å etablere god relasjon mellom mennesker bør tillit og trygghet være til stede for at dette skal kunne utvikles (Helgesen, 2016, s.146).

Å møte barn og foreldre med respekt og anerkjennelse er nødvendig for å skape trygghet (Grønseth & Markestad, 2017, s.67). Det skal bygges på barnefaglig kompetanse, like mye som sykepleiefaglig kompetanse. Med dette menes kunnskap om barnets utvikling, hvilke behov en skal ta hensyn til etter hvilket alders- og utviklingstrinn barnet befinner seg i, slik at en kan medvirke til trygghet og mestring, samt støtte den individuelle utviklingen (Grønseth & Markestad, 2017, s.68).

En viser ofte tillit til helsepersonell ettersom man er i en sårbar situasjon. En stoler på at man får den hjelpen en trenger, at kompetansen er der og at helsepersonellet vil deg godt. Det blir da skapt et tillitsbånd (Eide & Eide, 2017, s.27). Grønseth og Markestad (2017, s.98) understreker at dersom en skal få barnets tillit, må en også ha et tillitsforhold til foreldrene.

Som sykepleier kan du tilrettelegge for at barnet opplever omgivelsene som trygge, ved å opptre rolig og positiv, lage et hyggelig miljø, ufarliggjøre prosedyrer, bli kjent med barnet - og på den måten skape et tillitsforhold (Grønseth & Markestad, 2017, s.72). For å forstå hva som skjer i en ukjent situasjon er det nødvendig med informasjon og veiledning gjennom kommunikasjon som er tilrettelagt barnets utviklingsnivå, dette vil være et trygghetsskapende tiltak for både barnet og foreldrene (Tveiten, Wennick & Steen, 2012, s.61). Foreldrenes opplevelse og situasjon må også tas hensyn til. Gjennom det å forstå den andre kan trygghet oppnås (Tveiten et al., 2012, s.61).

2.4 Kommunikasjon

«Communicare» er det latinske ordet som kommunikasjon stammer fra, det betyr å gjøre noe felles og å ha en forbindelse og delaktighet (Eide & Eide, 2017, s.17). Kommunikasjon kommer i form av verbal kommunikasjon der en bruker ordene til å formidle noe, og nonverbal kommunikasjon der uttrykkene kommer i form av blant annet ansiktsuttrykk og kroppsholdning (Eide & Eide, 2017, s.22).

Kommunikasjon som er personorientert legger vekt på at pasienten ses på som en hel person og ikke bare en pasient, med iboende ressurser og verdier som er viktige å ta del i når det gjelder pasientens egen helse (Eide & Eide, 2017, s.16). Ifølge Karlsen (2011, s.222) har kommunikasjon et tosidig mål. På den ene siden skal man lære seg å kjenne og skape et tillitsfullt forhold til diabetespasienten, på den andre siden ha fokus på å gi optimal informasjon. Det å bli hørt, tatt på alvor og bli sett er viktige faktorer som bør ligge til grunn for å gi sykepleier-pasient forholdet best mulig forutsetning for samarbeid om et felles mål (Karlsen, 2011, s.222).

2.4.1 Kommunikasjon og barn

Barn og unge er i likhet med voksne, helt unike (Eide & Eide, 2017, s. 287). Vi har ikke en oppskrift på hvordan en kan kommunisere med barn, men dette må tilpasses barnets utviklingsnivå. Som helsepersonell er det viktig å kommunisere på barnets premisser, og ta hensyn til sykdomsbilde og livshistorie (Eide & Eide, 2017, s.288). Når handlinger og ord kombineres er det lettere å kommunisere med barnet. Dersom en bruker hjelpemidler som

eksempelvis dukker, bilder og tegninger i samtalen kan barnet lettere åpne seg om følelser og opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017, s.101).

2.4.2 Aktiv lytting og empati

Aktiv lytting ses på som en sammensatt ferdighet som innebærer både verbal og nonverbal kommunikasjon. Det består av å bruke ulike kommunikasjonsferdigheter for å skape god kontakt, få tak i informasjon og vise at en ser, hører og forstår den andre (Eide & Eide, 2017, s.118-119). Empati er evnen til å lytte og vise at en er nærværende, slik at en kan oppfatte og anerkjenne den andres reaksjoner og følelser. En vil da føle seg respektert, forstått og tatt hensyn til, noe som er nødvendig for å oppnå god kommunikasjon og relasjon (Eide & Eide, 2017, s.158).

2.4.3 Dialog

Dialog vil si når to eller flere samtaler sammen. Dialogen i veiledningssituasjonen spiller en stor rolle, og baseres på blant annet kunnskap om læring, veiledning og kommunikasjon, samt respekt, ansvar og likeverd (Tveiten, 2019, s.23).

2.4.4 Pasientsikkerhet og kvalitet

For å styrke pasientsikkerhet og kvalitet er det viktig å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter for å få en forståelse og et helhetlig bilde av både pasient og pårørende (Eide & Eide, 2017, s.39). God kommunikasjon vil styrke trygghet og gi rom for samtaler om å ta gode beslutninger sammen (Eide & Eide, 2017, s.40). Det vil også være en grobunn for utvikling og motivasjon. Ved mangelfull kommunikasjon, kan man risikere at pasienten ikke får den behandlingen som er nødvendig (Eide & Eide, 2017, s.39-40).

2.5 Sykepleierens pedagogiske rolle

Sykepleieren må bruke sin pedagogiske kompetanse slik at den anvendes og kommuniseres på en god måte overfor pasient og pårørende (Tveiten, 2008, s.39). En må ha en helhetlig forståelse i forhold til mennesket og situasjonen, kunnskaper og ferdigheter i forhold til undervisning og veiledning, slik at en kan fremme utvikling og læring (Tveiten, 2008, s.39).

2.5.1 Veiledning og undervisning

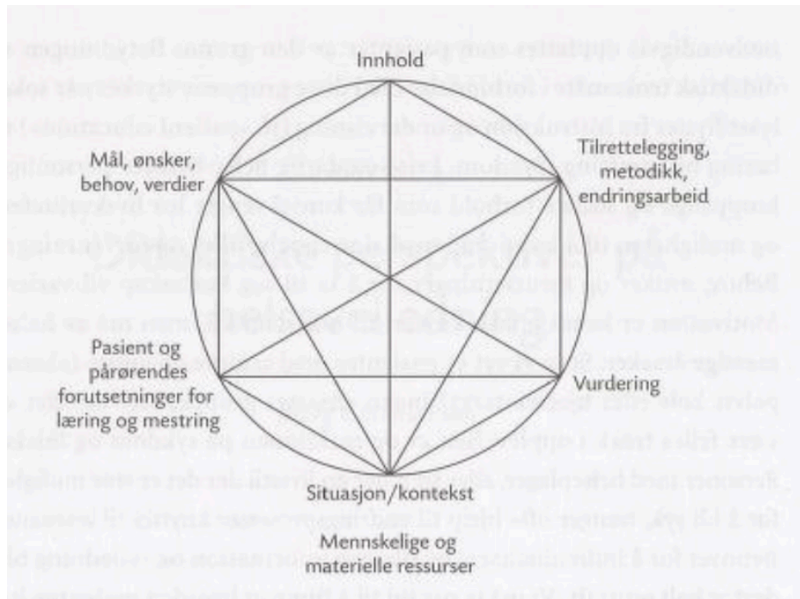
I diabetessammenheng brukes begrepene veiledning, oppfølging og undervisning om hverandre, men har noe ulik betydning når det kommer til definisjonsavklaring (Graue & Haugstvedt, 2011, s.237). Opplæring av pasienter anses som et samlebegrep for både undervisning og veiledning. Undervisning har som hensikt å formidle kunnskap på en systematisk og planlagt måte, som skal fremme ferdigheter, kunnskaper og holdninger (Graue & Haugstvedt, 2011, s.238).

Veiledning innebærer at personen som veiledes selv skal oppdage hvilke kunnskaper en allerede har, og hva en trenger mer kunnskap om (Tveiten, 2019, s.37). Utgangspunktet for formidling står mindre sentralt i veiledning enn i undervisning da veiledning innebærer både konsultasjon og rådgivning (Graue & Haugstvedt, 2011, s.238). I veiledning bidrar en til at personens lærings- og utviklingsprosess bedres. Helsepersonell må derfor tilrettelegge veiledningen på individplan, slik at en kan styrke selvstendighet og mestring av sykdommen (Graue & Haugstvedt, 2011, s.238).

Å leve med diabetes kan være utfordrende og krevende, og en er avhengig av god veiledning, støtte og hjelp når en skal lære å leve med, samt mestre sykdommen (Skafjeld & Graue, 2011, s.208). Som sykepleier må en være bevisst på at pasienten er ekspert på sin egen sykdom når det kommer til hverdagslivet. Sykepleieren kan bidra med faglig- og medisinsk kunnskap, men det er også viktig å høre på pasientens egne erfaringer for å danne en felles forståelse av sykdommen (Karlsen, 2011, s.226). Veiledning bidrar til å se sykdommen i sammenheng knyttet til erfaringer, og dermed vil det bli lettere å leve med den (Tveiten, 2019, s.66). Undervisningen og veiledningen må bygges på barnet og foreldrenes nivå, slik at kunnskapen en formidler når frem og kan nyttiggjøres (Tveiten et al.,2012, s.173).

2.5.2 Den didaktiske relasjonsmodellen

Bjørndal og Lieberg (1978, s.45) skriver at undervisning bør samsvare med et «åpent system» der det er rom for elevenes og lærerens skapende innsats, slik at undervisningssituasjonen får egenverdi. De utviklet den opprinnelige didaktiske relasjonsmodellen i 1978. Modellen tar utgangspunkt i ulike komponenter og på samspillet mellom dem, slik at en konkret undervisningssituasjon kan tilrettelegges (Bjørndal & Lieberg, 1978, s.44).



Modell 1 - Den didaktiske relasjonsmodell

Tilpasset etter Bjørndal og Lieberg (1978, s.135). Fra *Helseveiledning. Fagkunnskap, Pedagogisk kompetanse, Kommunikasjon.* (s.44), av B. Christiansen, 2013, Oslo: Gyldendal

Modellen viser til seks elementer som medvirker i undervisnings- og veiledningssituasjonen. Det er mange ulike forutsetninger en skal ta hensyn til for å oppnå mestring og læring hos pasienten og de pårørende. Sykdomsfase og tilstand, modenhet, språk- og kulturbakgrunn, alder, mål, ønsker, verdier, behov og erfaring er noen av elementene sykepleieren må ta høyde for (Christiansen, 2013, s.45). Situasjon og kontekst går ut på å se den enkeltes situasjon, og tilrettelegge etter denne. En må inkludere pasienten og de pårørende i valgene som blir tatt, hva innholdet i undervisningssituasjonen skal innebære, og sette felles mål. Dette kan styrke pasientens ansvarlighet og bevissthet, som igjen kan øke motivasjonen for å lære (Christiansen, 2013, s.59).

Helsepersonell representerer menneskelige ressurser i den didaktiske relasjonsmodellen (Christiansen, 2013, s.52). Sykepleieren må ha kunnskap om det en underviser og veileder i, som videre må formidles iht. pasientens nivå. En må planlegge når og hvor det egner seg å undervise- og veilede slik at utfallet blir best (Christiansen, 2013, s.52). En må fortløpende vurdere hvordan pasienten opplever situasjonen og om det gir læringsutbytte. Kontinuerlig dialog med pasient sikrer en felles forståelse mellom pasient og sykepleier. Her kan innspill om forbedring fra begge parter komme. Det kan eksempelvis være hva pasienten savner, hvordan tiltakene fungerer, graden av trygghet og hva pasienten har lært - og ønsker å lære videre (Christiansen, 2014, s.74).

2.6 Motivasjon

Det ligger motivasjon bak valgene vi tar, som er knyttet til de behovene vi har (Askland & Sataøen, 2013, s.129-130). Motivasjon kan ses på som et samlebegrep for det som driver oss til å gjøre en bestemt ting framfor en annen. Eide og Eide (2017, s.48) påpeker at motivasjon legger grunnlaget for mestring. Ulike faktorer bidrar til å øke motivasjonen til hver enkelt - eksempelvis hos barn kan det være friheten og selvstendigheten barnet får - dersom en lærer seg å håndtere sykdommen mer på egenhånd (Haugstvedt, 2011, s. 281).

2.7 Mestring knyttet til barn og foreldre

Mestring er en ny måte å tenke og handle på, som endrer tidligere atferds- og handlingsmønstre (Karlsen, 2011, s.228). Gjennom veiledning kan pasientens evne til å mestre diabetesrelaterte problemer og utfordringer bedres, og troen på seg selv økes (Tveiten et al., 2012, s.61; Karlsen, 2011, s.228).

Barn i aldersgruppen 6-12 år kan føle mestring ved å utføre ulike prosedyrer, som eksempelvis å måle blodglukosen og sette insulin (Haugstvedt, 2011, s. 281). Mottagelsen for læring i denne aldersgruppen er stor, noe som må utnyttes i denne prosessen. Å la barn få lære å sette insulin selv kan være en motivasjonsfaktor og gi både mestrings- og frihetsfølelse (Haugstvedt, 2011, s.281). Det å kunne utføre en handling er ofte bundet sammen med ordet mestring i vår kultur (Tveiten, 2019, s.66). En bør se på barnets og foreldrenes mestringskapasitet som en helhet. Dersom foreldre opplever mye stress, kan

dette virke inn på deres mestringskapasitet, noe som igjen vil ha innvirkning på barnet (Tveiten et al., 2012, s.61).

2.8 Sykepleieteoretisk perspektiv - Joyce Travelbee

En person som har hatt, og fortsatt har en sentral rolle i norsk sykepleierutdanning med sin filosofi og sykepleietenkning er Joyce Travelbee (1926-1973). Hun rettet fokuset mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien (Kirkevold, 1998, s.113).

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne meningen i disse erfaringene» (Travelbee, 2007, s.29).

2.8.1 Etableringen av menneske-til-menneske-forhold

For å oppnå sykepleierens mål mente Travelbee at en må etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette skjer gjennom 5 ulike faser, som kort fortalt handler om følgende:

Det innledende møtet: Her møtes sykepleier og pasient for første gang. De danner et førsteinntrykk av hverandre basert på observasjoner, handlemåter, språk og væremåte. Sykepleieren må her bryte ut av kategorien «bare en pasient» til å se mennesket, og lære vedkommende å kjenne (Travelbee, 2007, s.186-188).

Fremveksten av identiteter: I denne fasen begynner en å verdsette den andre som et eget individ og begynner sakte å få tilknytning til hverandre. En ser på pasienten som ulik fra andre, og identiteten begynner å komme til syne (Travelbee, 2007, s.188-190).

Empati: Når empati oppnås, får en opplevelse av å forstå og danner kontakt med den andre. Travelbee beskriver empati som «evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket» (Travelbee, 2007, s.193).

Sympati og medfølelse: Et skritt videre fra empatifasen, der sympati er knyttet til et ønske om å hjelpe. Sykepleieren kan formidle sympati gjennom væremåte og holdning. Det

utdyper og forsterker forholdet som er oppstått mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2007, s.200-201).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt: Dette er resultatet etter at pasienten og sykepleieren har gått gjennom alle fasene. Det er også det overordnede målet for sykepleie. En oppnår pasientens tillit fordi sykepleieren har vist gjennom sine handlinger at en er villig til å hjelpe, og at en har de kunnskapene som skal til (Travelbee, 2007, s.211-217).

2.8.2 Å finne mening i egen sykdom

Travelbee (2007, s.34-35) understreker at sykepleieren ikke bare skal undervise pasienten i egen sykdom, men hjelpe pasienten til å finne mening i sykdommen og de tiltakene som iverksettes, slik at symptomene kan kontrolleres, og helsen bevares (Travelbee, 2007, s.35).

2.8.3 Kommunikasjon

En kommuniserer både verbalt og non-verbalt. Den non-verbale kommunikasjonen leder den verbale kommunikasjonen når to eller flere mennesker snakker sammen (Travelbee, 2007, s.138). Gjennom ansiktsuttrykk, atferd og holdning foregår det kontinuerlig kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 2007, s.135). For å sikre at tiltakene som sykepleieren setter i gang er i samsvar med pasientens behov er kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient en viktig faktor (Travelbee, 2007, s.135). Kommunikasjonen fremstår som en av de viktigste redskapene sykepleieren kan bruke for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2007, s.136).

3.0 Metode

I metodekapittelet beskrives den systematiske fremgangsmåten som er benyttet for å samle inn relevant litteratur, kunnskap og forskning som svarer på problemstillingen (Thidemann, 2019, s.77).

3.1 Hva er metode?

For å kunne innhente ny kunnskap som er holdbar, gyldig og korrekt må en bruke ulike metoder (Dalland, 2017, s.51). Metode er ifølge Dalland et verktøy som veileder oss i hvordan en kan innhente eller etterprøve kunnskap på ulike måter. En bruker den valgte metoden i møte med det en vil undersøke. En deler inn i kvalitative og kvantitative metoder (Dalland, 2017, s.52).

Barnets synspunkter, opplevelser, erfaringer og tanker ved det å ha og håndtere diabetes type 1 har kommet tydelig frem gjennom de artiklene som har brukt kvalitativ metode. Gjennom observasjon og ulike typer intervju med barn og foreldre, hver for seg og sammen, har gitt en dypere forståelse av barnets opplevelse. Dette kjennetegner kvalitativ metode (Dalland, 2017, s.52), og resultatene blir ofte kalt for myke data (Thidemann, 2019, s.78). Dersom en skal måle eller sammenligne data i form av for eksempel tall, er kvantitativ metode best egnet (Dalland, 2017, s.52). Metoden gir en bred innsikt i det en vil undersøke og dataene blir kalt for harde og objektive (Thidemann, 2019, s.77). I de systematiske oversiktsartiklene som er inkludert, der de både har kvalitative og kvantitative artikler, har de blant annet benyttet spørreundersøkelser for både barn og foreldre i de kvantitative artiklene.

3.2 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er skrevet som en systematisk litteraturstudie. Dette er en type studie som systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s.79). En må jobbe systematisk når det kommer til søk, innsamling av informasjon, kritisk analysing og evaluering av forskningsartikler, og til slutt sammenfatte resultatene (Thidemann, 2019, s. 79-80). En innhenter data fra allerede eksisterende forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2017, s.207). Etter analysing, vurdering og tolkning av innhold fra de inkluderte

forskningsartiklene, skapes en ny sammenfattende tekst (syntesen) som skal være med på å belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s.58). Denne metoden er brukt for å gi svar på hvordan sykepleier gjennom veiledning og undervisning kan bidra til mestring hos barn med diabetes type 1. Intensjonen er å få en forståelse om hvordan en kan anvende denne kunnskapen i praksisfeltet som sykepleier.

3.3 Søkeprosess

For å finne forskning relevant for problemstillingen er det anvendt ulike sentrale databaser innenfor helsefag. Artikkelsøkene er blitt gjort gjennom: Cinahl, Embase, Cochrane Library, ERIC, PubMed og Medline (ovid).

3.3.1 Databaser

Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) er en database som inneholder referanser til litteratur som omhandler sykepleie og andre helsefag. Her kan man blant annet finne forskningsartikler, bokkapitler og rapporter fra konferanser (Thidemann, 2019, s.85). Medline blir omtalt som den mest brukte databasen innenfor medisin. PubMed inneholder hovedsakelig forskningsartikler innenfor sykepleie, medisin og odontologi (Thidemann, 2019, s.85). Disse er aktivt brukt under søkene. I databasen Embase finner man referanser til artikler fra mange tidsskrifter. Her er det god dekning av blant annet generell folkehelse, farmakologi, miljø- og yrkesrettet medisin og stoffmisbruk (Thidemann, 2019, s.85).

Cochrane Library deler forskningsbasert informasjon om effekten av behandling og forebyggende tiltak (Thidemann, 2019, s.85). I ERIC (Education Resources Information Center) kan man finne artikler, rapporter, referanser m.m. som omhandler pedagogikk (Helsebiblioteket, u.å.). Dette ble en naturlig database å bruke ettersom problemstillingen omhandler undervisning og veiledning.

3.3.2 PICO

Et verktøy for å gjøre problemstillingen tydelig, presis og søkbar er PICO. En bruker PICO under litteratursøket for å klargjøre og strukturere problemstillingen, slik at en får gode nøkkelord til videre søk av litteratur (Helsebiblioteket, 2016; Thidemann, 2019, s.86).

Tabellen er brukt på følgende måte for problemstillingen:

Tabell 1 - PICO- skjema

P: (Patient/Pasient, Problem) Hvem/hvilke?	I: (Intervention) Hva?	C: (Comparison) Alternativer	O: (Outcomes) Resultater
Barn (6-12 år) med diabetes type 1	Undervisning og veiledning	-	Mestring av egen sykdom

3.3.3 Søkehistorikk

Helsebiblioteket.no i Folkehelseinstituttet har oversatt MeSh (Medical Subject Headings) til norsk, der en kan finne sentrale begreper innen blant annet helsefag og medisin (Aasen, 2019). For å finne MeSH-ordene som passet til problemstillingen ble PICO-skjemaet brukt. Søkeordene som ble benyttet er: «Diabetes type 1», «Insulin dependent diabetes mellitus», «Diabetes mellitus», «Coping», «Coping behavior» og «Adaption, Psychological». Disse søkeordene ble kombinert med «OR» og «AND» i de ulike databasene. Se vedlegg 2-søkehistorikk.

Etter å ha søkt i de valgte databasene var det 258 artikler som var av relevans. 106 artikler stod igjen etter gjennomgang av tittel og abstrakt. Etter fjerning av duplikat var det igjen 82 artikler. Etter å ha sortert og lest gjennom fulltekst til artiklene var det 40 som var av relevans, og 23 av disse ble igjen ekskludert. Etter å ha lest artiklene i detalj, vurdert kvalitet og relevans var det til slutt seks artikler som ble inkludert. Se vedlegg 1- flytskjema.

Den ene artikkelen er funnet etter å ha sett på kildelisten til andre forskningsartikler. Det ble brukt Google Scholar på let etter fulltekst av artikkelen «*What is it like to be a child with Type 1 Diabetes Mellitus?*» av Sparapani, Jacob og Nascimento (2015). Da artikkelen var funnet ble det trykket videre inn på «sitert av» på Google Scholar. Da ble artikkelen

«*Systematic Review or Meta-analysis Children's experiences of managing Type 1 diabetes in everyday life: a thematic synthesis of qualitative studies*» av Rankin, Harden, Jepson & Lawton (2017) oppdaget. Grunnet høy relevans til problemstilling ble også denne artikkelen inkludert. Dette er grunnen til at det er 106 inkluderte artikler totalt i oversiktstabellen av søk (vedlegg 2) og ikke 107.

3.3.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene er artikler på engelsk eller skandinavisk, som ikke er eldre enn ti år. Har i hovedsak sett etter artikler som ikke er eldre enn fem år, men i søket var det tre artikler fra 2013, 2012 og 2011 som hadde relevans i forhold til problemstillingen, og ble derfor inkludert. I tillegg er det blitt avgrenset til barn mellom 6-12 år i den grad det har vært mulig i de forskjellige databasene. Dersom studiene ikke var godkjent av etisk komité ble de ekskludert.

Ifølge Thidemann (2019, s. 31) har vitenskapelige artikler ofte en god og organisert struktur, eksempelvis IMRaD-modellen. Som oftest følger vitenskapelige artikler innen helse og medisinfag denne strukturen. Forkortelsen står for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Dalland, 2017, s.163). Alle de inkluderte artiklene i oppgaven følger IMRaD-modellen. Artikler som ikke inneholdt eksempelvis metode- og resultatdel ble ekskludert. Det er inkludert fire kvalitative artikler, samt to systematiske oversiktsartikler der de har inkludert både kvalitative og kvantitative studier.

3.4 Kilde- og metodekritikk

Det første en må gjøre når en skal vurdere en kilde kritisk er ifølge Dalland (2017, s.152) å sjekke om opphavet til kildene som er brukt er pålitelige, med andre ord om de er til å stole på. Ved å gi informasjon om det en har vektlagt under datainnsamlingen gir en leseren anledning til å vurdere og avgjøre om arbeidet ses på som pålitelig (Dalland, 2017, s.55).

Biblioteket på Høgskolen på Vestlandet, Oria, lærebøker fra pensum og Nasjonalbiblioteket sin nettside er aktivt brukt for å finne relevant litteratur. Så langt det har latt seg gjøre er det brukt primærkilder. Sekundærkilder kan være tolket og gitt ut av en annen forfatter, eller at

den er oversatt (Dalland, 2017, s.162). På grunn av dette er primærkilder etterstrebet, slik at stoffet som brukes ikke har endret seg fra originalkilden. Dette fører til at noen av bøkene som er brukt er eldre, eksempelvis *Nye veier i didaktikken?* av Bjørndal og Lieberg fra 1978, *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* av Marit Kirkevold fra 1998 og *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Travelbee fra 2007. Det har også vært utfordrende å finne primærkilder og de nyeste utgavene av teoribøkene på grunn av stengte bibliotek, grunnet Covid-19.

Christiansen (2013) sin bok *Helseveiledning* er i tillegg til Bjørndal og Lieberg (1978) brukt som litteratur for den didaktiske relasjonsmodellen. Grunnet at det er mer fokus på helsefaglig undervisning og veiledning, noe som gjør den mer relevant for problemstillingen. Den ses på som pålitelig fordi Christiansen støtter sin litteratur på primærkilden *Nye veier i didaktikken* av Bjørndal og Lieberg.

Åse Renolen (2015) sin bok *Forståelse av mennesket- innføring i psykologi innenfor helsefag* er brukt for å belyse både Jean Piaget og Erik H.Eriksson sin teori om barns utvikling, da det var vanskelig å finne primærlitteratur om dette. Boken ses på som troverdig fordi Renolen er en anerkjent forfatter og høgskolelektor ved Høgskolen på Vestlandet, med sitt hovedfag knyttet til psykologi. En kan kritisere både Erikson og Piagets teorier. Erikson har blitt kritisert for å legge lite vekt på det sosiale miljøets betydning for utviklingen av personligheten. Han har heller ikke tatt hensyn til ulike kulturelle forskjeller i sine studier, og kan derfor ikke betraktes som en universell teori (Renolen, 2015, s.109). Piagets teori er kritikkverdige da det i senere tid har vist seg at han undervurderte barns kognitive kapasitet. Hans forskning er heller ikke universell da han bare utførte forskning på barn fra vestlige samfunn (Renolen, 2015, s.113). Til tross for dette ses hans teori på som en av de mest anerkjente, og innflytelsen hans har hatt betydning for forståelsen av den kognitive utviklingen hos barn (Renolen, 2015, s.109). På bakgrunn av dette, i tillegg til at begge teoriene fortsatt blir omtalt av forfattere i nyere lærebøker, ses de på som troverdige.

Det er brukt oppdaterte og relevante nettsider som Helsedirektoratet, Diabetesforbundet, Store medisinske leksikon, Sykepleieforbundet, Lovdata og Helsebiblioteket for å blant annet finne lover, sjekklister for vurdering av kvalitet på forskningsartikler, statistikk, definisjoner og etiske retningslinjer.

En svakhet med oppgaven kan være at det er feiltolkninger, eller at innhold fra artiklene er mistet på veien grunnet at de er engelskspråklige. En annen svakhet er at aldersgruppen i noen av artiklene er overskredet med pluss/minus noen år, og derfor ikke treffer den valgte aldersgruppen 6-12 år presis. Ved bruk av litteraturstudie får man en god oversikt over ulik forskning innenfor fokusområdet som ses på som en styrke. Det er inkludert to systematiske oversiktsartikler, et minus er at det er sekundærlitteratur, og har dermed blitt tolket av andre (Dalland, 2017, s.163).

Dalland (2017, s.159) skriver at en må bevise at de valgte kildene er av relevans og gode nok til å svare på problemstillingen. For å kritisk vurdere de inkluderte artiklene, er det brukt ulike sjekklister for forskningslitteratur som er utarbeidet av Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016).

Tre av artiklene som er inkludert er eldre enn fem år, men yngre enn ti år. De ble likevel tatt med på grunn av relevans og kvalitet. Kritikken kan rettes mot at noen av artiklene ikke er fra skandinaviske land, eksempelvis studien til Sparapani et al. (2017) som er gjennomført i Brasil. Grunnet måten intervjuene er gjort på, og miljøet de er gjort i, ble artikkelen vurdert som relevant, også for helsevesenet i Norge.

Gjennom analysen er det satt fokus på funn som er relevante for problemstillingen. Det kan derfor være andre funn i artiklene som ikke er tatt med i oppgaven grunnet fokus og avgrensning. Artikkelen til Kelo et al. (2013) setter fokus på barn med diabetes, astma/allergi og epilepsi. Det kan være en svakhet, fordi en ikke bare får informasjon om diabetes, men også de andre sykdommene. Den er likevel tatt med fordi alle sykdommene er kroniske, og artikkelen belyser gode elementer når det kommer til hvordan barn og foreldre opplever god undervisning og veiledning fra sykepleiere. Både Rankin et al. (2017) og Sparapani et al. (2017) legger vekt på hvordan barn opplever diabetes i hverdagen og i skolesammenheng, noe som ikke er hovedfokus i problemstillingen. Etter å ha analysert artiklene kommer det frem ulike elementer i funnene som belyser problemstillingen, noe som styrket valget i å inkludere også disse.

Det er tatt utgangspunkt i en litteraturmatrise fra Thidemann (2019, s.90) der det er en oversikt over kvalitetsvurdering av styrker og svakheter knyttet til de ulike artiklene. Se vedlegg 3- litteraturmatrise.

3.5 Etiske overveielser

Thidemann (2019, s.105) belyser viktigheten av at artiklene som inkluderes overholder personvernet til deltagerne under datainnsamling og analysering. Artiklene skal være etisk gjennomtenkte og blitt gjort på en forsvarlig måte. Ivaretagelse av deltakernes anonymitet, samtykke og frivillighet har vært viktig under utarbeiding av oppgaven (Thidemann, 2019, s.105).

En etisk retningslinje som brukes flere steder i verden er Helsinkideklarasjonen. Denne ble laget av Verdens legeforening i 1964, etter at det hadde skjedd mange forskningsetiske overtramp mot svake grupper etter siste verdenskrig (Førde, 2014). De som i dag arbeider med forskningsetikk må forholde seg til denne deklarasjonen. Det fastslås at det forskningsetiske ansvaret ligger på forskeren, samtidig som det informerte samtykket står sentralt (Førde, 2014).

Det har blitt lagt vekt på om artiklene til litteraturstudiet har overholdt de etiske prinsippene gjennom undersøkelsene, og vært en del av den kritiske vurderingen i utvalget av artikler. Det har vært et krav at de har blitt godkjent av en etisk komité. Siden artiklene involverer barn har det blitt lagt fokus på om de har tatt hensyn til anonymitet, trygghet og godkjennelse fra både barna og foreldrene.

4.0 Resultat

Denne systematiske litteraturstudien resulterte i seks artikler utgitt i perioden fra 2011-2017. Etter å ha analysert og syntetisert de inkluderte artiklene er det fem kategorier som går igjen i forskningen som belyser funn i forhold til problemstillingen. Følgende kategorier presenteres: Kommunikasjon, bruk av ulike undervisningsmetoder, foreldrenes rolle, støtte fra venner og lærere, og motivasjon og mestring. Funn i forhold til disse presenteres nedenfor.

4.1 Kommunikasjon

I den systematiske oversiktsartikkelen til Kelo et al. (2011, s.2104) fant de at barna syntes det var vanskelig å ha en dialog sammen med legene. Barna hadde god relasjon til sykepleierne og dermed var det lettere å spørre dem om spørsmål. Funnene i studien til Kelo et al. (2013, s.901) tilsier at en må ha en mellommenneskelig kompetanse for å ha evnen til god dialog i sykepleier- pasient møte. Grunnleggende for god undervisning var når kommunikasjonen ble tilrettelagt iht. barnets nivå (Kelo et al., 2013, s.902). I studien til Sparapani et al. (2015, s.20) brukte de dukker som viste seg å være et godt hjelpemiddel for at barnet skulle uttrykke sine følelser rundt det å ha diabetes.

4.2 Bruk av ulike undervisningsmetoder

Kelo et al. (2011, s. 2102) kom frem til at det er en sammenheng mellom barnets kunnskap og praktiske ferdigheter for å oppnå egenomsorg. Funnene til Kelo et al. (2013, s. 902) understreker viktigheten av at pasientopplæring krever en pedagogisk kreativitet og evne til å velge ulike metoder å undervise på, basert på barnets kognitive tilstand og evner. Dette samsvarer med funn fra Ekra og Gjengedal (2012, s. 18699) der barna lærte best når undervisningsopplegget var tilpasset hver enkelt og når det ble brukt eksempelvis filmer, illustrasjoner, brosjyrer og figurer når kunnskapen ble formidlet.

4.3 Foreldrenes rolle

I studiene til Rankin et al. (2017, s.1057), Kelo et al. (2011, s.2105) og Sparapani et al. (2015, s.19) viser funnene at foreldre spiller en viktig rolle i sykdomsbildet til barnet.

Kelo et al. (2011, s.2106) påpeker at barn ikke er modne nok til å ta ansvar for håndteringen av diabetes alene, foreldre må hjelpe med en helhetlig forståelse. Dette støttes også av Rankin et al. (2017, s.1057). I studien til Sparapani et al. (2015, s.19) viste det seg at barnet grunnet redsel, smerte og usikkerhet bare ønsket at moren skulle administrere insulin. Motsatt fant Rankin et al. (2017, s.1057) at noen av barna synes det var *mer* smertefullt dersom foreldrene administrerte medikamentene, og foretrakk derfor å gjøre det selv. Det kom også frem av studien at inkludering av foreldre økte følelsen av trygghet hos barnet. Dette samsvarer med studien til Ekra og Gjengedal (2012, s.18697) som også fant at foreldre spilte en viktig rolle i å opprettholde en daglig rutine for barnet som var innlagt på sykehus, i tillegg til å øke tryggheten rundt barnet.

4.4 Motivasjon og mestring

I studien til Kelo et al. (2011, s.2096) kommer det frem at barna ønsker å mestre sykdommen, leve et normalt liv og bli sett på som andre barn. Resultatene tilsier at motivasjon er nøkkelen for å oppnå dette (Kelo et al., 2011, s. 2103). I denne studien var barna motivert til å utføre glukosemåling selv, da de synes at dette var mindre smertefullt. Ønsket om å bli selvstendig økte også motivasjonen for å lære å sette insulin. Studien viser at barna ble mer selvstendige etterhvert som de ble eldre. Kelo et al. (2013, s.902) fant at barn kan ta mer ansvar for sykdommen, men at de trenger støtte fra foreldre. Rankin et al. (2017, s.1057) fant i sin studie at barn viste mer selvstendighet og evne til å håndtere sykdommen på egen hånd i ulike situasjoner der foreldre ikke var tilstede. Ekra og Gjengedal (2012, s.18700) understreker viktigheten av å inkludere barnet i undervisningen slik at de skal lære å takle sykdommen på en konkret måte ved å se, gjøre og oppleve. Dette fremmer selvstendighet og øker selvtilliten til barnet.

4.5 Støtte fra venner og lærere

I de systematiske oversiktene til Rankin et al. (2017, s.1058) og Kelo et al. (2011, s.2104) fremkom det at noen av barna satt pris på å snakke med andre barn i samme situasjon da de hadde en felles forståelse av det å leve med diabetes.

Kelo et al. (2011, s.2105) fant at negative følelser kunne påvirke barnets evne til å håndtere diabetes, og at støtten barnet hadde behov for var kognitiv og emosjonell støtte. Støtten fra venner, lærere og sykepleiere var med på å fremme barnets mål mot å klare å mestre sykdommen, leve normalt og være selvstendig. Samtidig kommer det frem at fordommer og avvísninger fra andre kan øke barns usikkerhet og dermed gjøre det vanskelig både å mestre sykdommen og skape relasjoner med andre (Sparapani et al., 2015, s.20). Dette samsvarer med studien til Kelo et al. (2011, s.2103) der barna syntes det var vanskelig å ikke være som alle andre. Ekra og Gjengedal (2012, s.18701) fant at venner og familie kunne være en god støtte, men at oppmerksomheten rundt sykdommen kunne være negativ grunnet påminnelsen om å være annerledes. Sparapani et al. (2015, s.627) fant at støtten fra lærerne og vennene ble mer betydelig jo mer kunnskap de hadde om sykdommen. Barna uttrykte at det var lettere og tryggere å mestre diabetes når vennene deres var klar over hva sykdommen innebar.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet drøftes det teoretiske grunnlaget som er presentert, i tillegg til funn fra forskningsartiklene for å besvare problemstillingen. Den didaktiske relasjonsmodellen er brukt som utgangspunkt, der de ulike elementene er knyttet inn.

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning og undervisning bidra til mestring hos barn med diabetes type 1?

5.1 Betydningen av kommunikasjon i undervisning og veiledning

5.1.1 Trygghet og tillit til barn og foreldre gjennom aktiv lytting og empati

For å oppnå mestring gjennom undervisning og veiledning er det viktig å etablere kontakt og skape tillit mellom sykepleier og pasient (Karlsen, 2011, s.227). Gjennom kommunikasjon kan en forstå pasienten som eget individ, slik at en kan gi best mulig støtte og hjelp, sette felles mål, samt etablere trygghet som igjen fremmer motivasjon og utvikling (Eide & Eide, 2017, s.39). I henhold til Travelbee (2007, s.136) er kommunikasjon et av de viktigste redskapene sykepleieren kan bruke for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. Tveiten et al. (2012, s.166) påpeker at kommunikasjon er nøkkelen for å skape en god relasjon til barnet, som igjen kan føre til at barnet viser tillit til sykepleieren, og meningsfulle samtaler kan oppnås (Tveiten, 2008, s.136-137). Dette viser seg i studien til Kelo et al. (2011, s.2104) hvor barna hadde en god relasjon til sykepleierne, som resulterte i at det var lettere for barna å stille spørsmål.

I den innledende fasen i undervisnings- og veiledningsprosessen er det viktig at sykepleieren etablerer kontakt - og oppnår tillitt og trygghet hos barnet og foreldrene ved å lytte aktivt, vise at en ser, hører og forstår (Tveiten et al., 2012, s.167). Å se sammenhengen mellom det nonverbale og det verbale ses på som kommunikasjonens knust. Da kan man se hva som er viktig for den andre, og at det er i samsvar med budskapet som formidles (Eide & Eide, 2017, s.22; Grønseth & Markestad, 2017, s.101). Ved å gjenta det barnet sier, stille åpne spørsmål og være oppmuntrende i samtalen, viser at en interesserer seg for det barnet sier, som igjen vil fremme åpenhet og gi mulighet til å forstå hvordan barnet har det (Graue & Haugstvedt, 2011, s.246; Tveiten et al., 2012, s.171). Dersom sykepleieren samtidig viser med

kroppsholdning og ansiktsuttrykk at en er tilstedeværende i samtalen, får man en følelse av å bli møtt med respekt, noe som forsterker relasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 118).

Ved å rette oppmerksomheten mot barnet og foreldrene, og sette seg inn i deres situasjon, viser en empati (Eide & Eide, 2017, s.157). Dette er en forutsetning for å bli kjent, forstå dem som egne individ og er sentralt for å skape en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2007, s.193). Det resulterer også i å skape en trygghet som legger grunnlaget for at barnet og foreldrene tør å legge frem sine behov og reflektere over dem, noe som er essensielt i veiledningssituasjonen (Tveiten, 2008, s.89). Derfor er det viktig å møte barnet og foreldrene på deres ståsted, ha tålmodighet, vise empati, være kreativ og lytte aktivt for å oppnå god kommunikasjon (Tveiten et al., 2012, s.167). Slik opparbeides det en relasjon som bygger på trygghet og tillit, noe som er avgjørende for kvaliteten på veiledningen (Tveiten, 2019, s.22).

Foreldre spiller en viktig rolle når det kommer til mestring og håndtering av barnets sykdom (Rankin et al.,2017, s.1057; Kelo et al.,2011, s.2105; Sparapani et al.,2015, s.19). Ettersom barnet ikke er moden nok i alderen 6-12 år, vil hovedansvaret for behandlingen ligge på foreldrene (Haugstvedt, 2011, s. 282). Sykepleieren må derfor ha en åpen dialog i undervisnings- og veiledningssituasjonen, slik at foreldrene føler seg trygge på utfordringene som følger med det å ha et barn med en kronisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s.186).

5.1.2 Dialog

Travelbee (2007, s.148) mener at en målrettet og gjensidig kommunikasjon mellom partene må til for å oppnå en meningsfull dialog. Tveiten (2019, s. 23) legger stor vekt på betydningen av dialog i veiledningen, der det fokuseres på respekt, å ville den andre vel og få frem menneskets muligheter, samt kunnskap om det det skal veiledes i. Kelo et al. (2013, s.901) påpeker på lik linje med Travelbee (2007, s.148) at sykepleieren må ha mellommenneskelig kompetanse for å utøve en god dialog i sykepleier- pasient møte. Sykepleieren kan bidra med kompetanse om selve sykdommen og behandling, men må ta hensyn til hvordan barnet og foreldrene opplever situasjonen. Derfor er det viktig at dialogen tilstreber å forstå hverandre, ut fra hvert sitt ståsted (Tveiten et al., 2012, s.181). For å oppnå dette må en være lydhør og sette av tid, slik at alle får uttrykke det de ønsker

når det gjelder barnets behov, ressurser, muligheter og situasjon (Tveiten et al., 2012, s.181; Travelbee, 2007, s.148). Ut fra dette kan sykepleieren bidra til mestring, da de har opparbeidet en felles forståelse og en åpen dialog - som fører til at en kan løse problemer og utfordringer sammen (Eide & Eide, 2017, s.39).

5.1.3 Kommunikasjon på barnets nivå

Barnet vet selv best hvordan en tenker, føler, og har det, men utviklingsnivået vil bestemme evnen til å formidle det (Tveiten et al., 2012, s. 165). Helsepersonell må i samtale med barn møte dem på deres emosjonelle og kognitive plan (Grønseth og Markestad, 2017, s.99). Sykepleieren må sette av tid, være nærværende og lytte aktivt for å oppfatte ulike uttrykk fra barnet, kroppsspråket kan være tydelig, men varierende (Tveiten et al., 2012, s.165). Deltakerne i Ekra og Gjengedal (2012, s.18699) sin studie syntes det var vanskelig å følge med i diabetesundervisningen, og barna rapporterte at de syntes det var kjedelig grunnet uforståelig ordbruk. For at en undervisnings- og veiledningssituasjon skal kunne bidra til mestring må barnet skjønne hva som blir formidlet, sykepleieren må være bevisst, og ikke bruke for avansert språk (Tveiten et al., 2012, s.167). Be barnet om å gjenfortelle underveis, presenter innholdet på en enkel og direkte måte tilpasset hvert enkelt barn, dette for å sikre at barnet har forstått det en ønsker å formidle (Grønseth & Markestad, 2017, s.102).

5.1.4. Hjelpemidler i samtaler med barn

Bruk av hjelpemidler i samtaler med barn kan lettere få frem hva barnet egentlig føler og opplever og skape distanse til det en synes er skummelt (Grønseth & Markestad, 2017, s.101). Konsentrasjonen kan fort avspores, sykepleieren må være kreativ og kan blant annet bruke lek, tegning og maling som kommunikasjonsmiddel - iht. til barnets alder (Tveiten et al., 2012, s.166). Eksempelvis kan et barns tegning i veiledningssamtalen brukes aktivt ved at sykepleieren spør barnet om tegningen, som betydningen av fargene, hvem en har tegnet og hva det forestiller (Tveiten, 2008, s.111). Sparapani et al. (2015, s.20) fant i sin studie at bruk av dukker er et godt kommunikasjonsmiddel for å få barnet til å uttrykke sine følelser. På denne måten kan sykepleieren jobbe ut ifra barnets følelser og opplevelser som igjen kan være til hjelp i å mestre utfordringene (Grønseth & Markestad, 2017, s.100).

5.2 Forutsetninger for læring og mestring

5.2.1 Barnets utviklingsnivå og forståelse

For å mestre sykdom, må en ha forståelse for den. Kunnskap om hvordan kroppen fungerer, sykdommen i seg selv, og hvordan sykdommen påvirker barnet vil avhenge av barnets tidligere erfaringer og den kognitive utviklingen (Grønseth & Markestad, 2017, s.65). Det er et stort spenn mellom alderen 6-12 år når det gjelder barnets evne til å forstå. Jean Piaget skriver at i denne fasen vil barnet utarbeide en evne til å tenke mer logisk og knytte situasjoner eller handlinger sammen (Renolen, 2015, s.112). En opparbeider gradvis forståelse om hvordan kroppen fungerer og klarer dermed - til eldre en blir - å se kompleksiteten i sykdommen, vanligvis i 11-12års alderen (Grønseth & Markestad, 2017, s.65).

Følgelig vil det foreligge store individuelle forskjeller, og det vil variere fra barn til barn når en er moden nok til å ta større del i behandlingen. Dette gjelder eksempelvis ved dosering av insulin (Haugstvedt, 2011, s.282). Til syvende sist er det barnet som skal bli sin egen behandler, derfor er det viktig at barnet får prøve seg frem og bli komfortabel med situasjonen (Jenssen, 2017, s.391). Erikson mener at det kan dannes en følelse av mindreverd dersom en ikke mestrer behandlingen (Renolen, 2015, s.107). Barnet må derfor ikke bli presset til å sette insulin dersom det ikke er klar for det, fordi det kan skape negative holdninger til behandlingen i en tidlig alder (Haugstvedt, 2011, s.282). På bakgrunn av dette må sykepleieren ta hensyn til de ulike faktorene som påvirker læring og mestring i undervisnings- og veiledningssituasjonen, som modenhet og alder (Christiansen, 2013, s.45). På denne måten blir prosessen individualisert, og tilrettelagt barnets evne til å ta imot læring.

5.2.2 Situasjonsforståelse

Det er viktig at sykepleieren får en forståelse og innsikt i hvordan barnet og foreldrene opplever sin situasjon - i den hensikt å få fram elementer fra deres side - som kan være med å klargjøre deres kunnskapsbehov, og dermed bidra til mestring (Christiansen, 2013, s.47). En må da kjenne dem som egne individ og fokusere på helheten med tanke på både omgivelser og situasjon, og for å etablere en tilknytning til hverandre (Travelbee, 2007, s.29, 144). Ved å bruke tid har en større mulighet for å kartlegge barnets og foreldrenes ressurser

og behov (Kelo et al., 2013, s.898-901). Dette kan gjøres ved å lytte aktivt samt stille åpne spørsmål i veiledningssituasjonen.

5.2.3 Tidspunkt og sted for undervisning og veiledning

En må tenke på når og hvor en velger å gi informasjon, undervise og veilede barnet og foreldrene. Det vil være uheldig å komme med for mye informasjon i en akuttsituasjon der barnet eksempelvis kommer inn på sykehus med hypoglykemi, eller i verste fall ketoacidose som komplikasjon av diabetes, eller dersom barnet nettopp har fått diagnosen (Grønseth & Markestad, 2017, s.323; Christiansen, 2013, s.51). Dette viser seg i studien til Kelo et al. (2013, s.902) der mange foreldre var i sjokk etter at deres barn hadde fått diagnosen diabetes type 1. Undervisning på dette tidspunktet var ugunstig ettersom foreldrene opplevde negative følelser som blant annet forvirring og redsel. De klarte ikke å ta imot informasjon, komme med spørsmål eller huske informasjonen som ble gitt. En må ikke glemme at foreldrenes evne til å mestre kan være svekket grunnet stress fordi deres barn er sykt (Tveiten et al., 2012, s.61). Her understrekes viktigheten av sykepleierens evne til å se hvordan situasjonen påvirker pasienten og de pårørende, hvilke behov de har, og om de er åpne for å motta informasjon (Christiansen, 2013, s.50).

Miljøet og atmosfæren skal være med på å fremme læring (Kelo et al.,2013, s.895). Sykepleieren må vurdere om veiledningen skal ta plass på eksempelvis et grupperom, pasientrom eller et aktivitetsrom, da omgivelsene vil ha innvirkning på læringen (Christiansen,2013, s.52). Et fellesrom vil eksempelvis ikke egne seg dersom en skal ha full konsentrasjon, og dermed må en vite på forhånd hva som er intensjonen med undervisningen. En god undervisningssituasjon er godt forberedt og tilrettelagt (Tveiten, 2008, s.70). Dette kan også planlegges etter barnets ønsker, slik at barnet får spille en aktiv rolle i beslutningene som tas.

5.3 Hvordan lærer barnet best?

5.3.1 Individuell tilrettelegging

Pasient-og brukerrettighetsloven § 3-5 (2019) vektlegger at informasjonen som blir gitt skal være individuelt tilrettelagt iht. den enkeltes forutsetninger. Sykepleieren må derfor kartlegge barnets evne til å lære på det nivået barnet befinner seg i, slik at en når frem med den kunnskapen en ønsker å formidle (Kelo et al.,2011, s.2106), i tillegg til å sikre at informasjonen er forstått, slik at mestring kan oppnås (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Karlsen mener (2011, s.225), i likhet med hovedfunnene til Kelo et al. (2011, s.2105) at barnet må ha en kombinasjon av grunnleggende teoretiske kunnskaper, og praktiske ferdigheter for å kunne mestre diabetesrelaterte utfordringer. Følgelig må undervisningen og veiledningen være tilpasset hvert enkelt barn og deres foreldre (Kelo et al., 2011, s. 2106). Barnet må forstå prinsippene av behandlingen, som sammenhengen mellom insulin, kosthold, glukose og fysisk aktivitet. I tillegg må barnet lære å kjenne de fysiske symptomene og hvilken behandling som følger disse (Kelo et al.,2011, s.2102). Dersom det ikke er samsvar mellom disse faktorene vil det være vanskelig for barnet å oppnå mestring av sykdommen (Kelo et al.,2011, s.2102). Veiledning vil her hjelpe pasienten å se sammenhenger, i tillegg til viktigheten av egne erfaringer (Tveiten, 2019, s.66).

5.3.2 Hjelpemidler som fremmer mestring i undervisning og veiledning

Basert på studien til Kelo et al. (2013, s.895) og Ekra og Gjengedal (2012, s.18700) lærte barna best når det ble brukt ulike hjelpemidler i læringen. Undervisningen kan skje på ulike måter der en eksempelvis foreleser om temaet først, deretter illustrerer med bilder eller video, og til slutt åpner opp for spørsmål (Tveiten, 2008, s.70). Bruk av filmer, bilder, hefter og figurer i undervisningen fremmer læring hos barn. Læring hemmes dersom det bare blir gitt muntlig informasjon og hefter uten illustrasjoner (Ekra & Gjengedal, 2012, s.18699). Dette fremhever nødvendigheten av at sykepleieren må bruke kreativitet i undervisning og veiledning til barn for å fremme mestring av egen sykdom.

5.3.3 Viktigheten av barnets deltagelse i behandlingen

Ekra og Gjengedal (2012, s.18700) påpeker viktigheten av å inkludere barnet tidlig i diabetesundervisningen. Barna i studien begynte med opplæring av de praktiske ferdighetene slik som injeksjoner og blodglukosemåling. Ved å la dem delta i behandlingen lærte de å håndtere sykdommen ved å se, gjøre og opparbeide seg erfaringer. Sykepleierne demonstrerte først, deretter fikk barna prøve. Etterhvert utviklet barna både en forståelse av diabetes, og en selvstendighet i behandlingen, som igjen resulterte i økt selvtilit. Andre barn lærte å sette insulin ved først å se foreldrene gjøre det, deretter gjøre det selv. Resultatet av dette var at barna gradvis ble trygge og selvstendige med hensyn til prosedyrene knyttet til diabetes (Rankin et al.,2017, s.1057).

5.3.4 Motivasjon til læring

Motivasjon og mestring henger sammen, og en motivert pasient oppnår økt lærings- og mestringsevne (Eide & Eide, 2017, s.48; Karlsen, 2011, s.220). Dersom en skal oppnå god behandling av diabetes må motivasjon være tilstede (Hanås, 2011, s.9). Resultatene i studien til Kelo et al. (2011, s.2103) påpeker at barnas ønske om å bli mer selvstendige gir motivasjon for læring. Måling av blodglukose og administrering av insulin var noe barna hadde et ønske om å utføre selv. Dette støttes også av litteraturen, der det vektlegges at en viktig del av det å mestre, er bundet sammen med det å gjøre (Haugstvedt, 2011, s.281). Det å administrere insulin selv, kan gi mer frihet til barnet, som igjen kan være en motivasjonsfaktor for læring (Haugstvedt, 2011, s.281). Dette understreker viktigheten av at sykepleieren må utnytte barnets lærelyst, som er høy i alderen 6-12 år (Haugstvedt, 2011, s.283).

Andre faktorer som spiller inn på barnets motivasjon til å lære er barnets ønske om å unngå hypo- og hyperglykemi (Kelo et al., 2011, s.2104). Hypoglykemi var noe barna syntes var en merkelig og skremmende opplevelse da de opplevde å bli svimmel, sulten, svett og grinete. For å lære dem hvordan en skulle takle slike episoder, brukte sykepleieren lek for å fremprovosere dette (Ekra & Gjengedal, 2012, s.18698). Intensjonen var at en i trygge omgivelser skal øve på å kjenne etter hvordan kroppen reagerer når blodglukosen synker, og hvilke tiltak som skal igangsettes. Barnets forståelse vil øke og en vil skjønne meningen i det

som foregår (Tveiten et al., 2012, s.170). Dette mener Travelbee (2007, s.35) er avgjørende for å bevare helsen og kontrollere symptomer.

Kelo et al. (2011, s.2103) fant at det var forskjell i motivasjonen mellom kjønnene i noen av studiene. Jentene var mer motivert og lærte tidligere å administrere insulin enn guttene. Det var derimot ikke forskjell på kjønnene når det kom til selvtillit, evne til å oppdage hypoglykemi og behov for støtte. Videre fant de at graden av evnen til å ta ansvar for sykdommen økte med alderen. I motsetning fant Rankin et al. (2017, s.1057) at det å administrere insulin ikke er aldersrelatert, men må ses individuelt i henhold til barnets modenhet (Rankin et al., 2017, s.1057), noe som støtter viktigheten av å tilrettelegge undervisning og veiledning etter hvert enkelt barn.

5.3.5 Innhold og mål i undervisning og veiledning

Hensikten med veiledning og undervisning er å styrke pasientens mestring, slik at en vil klare å håndtere utfordringene som følger med sykdommen gjennom livet (Tveiten, 2008, s. 157). I veiledningssituasjonen er det derfor viktig å legge fokus på at pasienten skal oppdage sine ressurser og muligheter, samt sette felles mål (Tveiten, 2019, s.67). Innholdet må knyttes opp mot kunnskapen en har fra før, og hva en trenger mer kunnskap om, i tillegg må det oppfattes som betydningsfullt på lang og kort sikt (Christiansen, 2013, s. 62). Det er viktig å sette realistiske mål sammen med barnet og foreldrene. Kortsiktige mål som en ser at barnet kan oppnå, kan øke følelsen av mestring og lysten til å lære mer (Tveiten et al., 2012, s.61). Det forutsetter at sykepleieren kjenner barnet, vet hvilke ressurser og behov det har, forstår barnet som et eget individ, har sympati og medfølelse, og at det er en gjensidig forståelse mellom dem. Gjennom dette blir det i følge Travelbee etablert et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren får dermed et bedre utgangspunkt der en kan tilrettelegge for at undervisningen og veiledningen blir individuell, slik at mestring oppnås (Travelbee, 2007, s.211; Tveiten, 2008, s.157).

5.4 Relasjoners innvirkning på barnets mestring

5.4.1 Betydningen av å informere venner og lærere om diabetes

Støtte anses som et grunnleggende behov gjennom livet (Renolen, 2015, s.175). Erikson skriver at fra alderen 5-6 år og frem til puberteten, vil barnet utvide sitt sosiale nettverk som vil ha betydning for den psykososiale utviklingen. En vil i denne fasen begynne på skolen og danne nye relasjoner, både til jevnaldrende og til lærere (Renolen, 2015, s.107). Venner er viktige i denne fasen, da en begynner å søke anerkjennelse på sin væremåte i samvær med andre jevnaldrende. Dårlig regulert diabetesbehandling kan ha en negativ innvirkning i denne prosessen (Haugstvedt, 2011, s.281).

Forskning viser at støtte fra venner kan ha både positive og negative innvirkninger på hvordan barnet håndterer å leve med diabetes. Det fremkommer i studien til Kelo et al. (2011, s.2103) at flere av barna syntes det var vanskelig å være annerledes, noe som er typisk for barn i 6-12 års alderen (Grønseth & Markestad, 2017, s.69). Derfor ble det utfordrende å tilpasse diabetesbehandlingen i hverdagen. Sparapani et al. (2015, s. 20) skriver at barna med diabetes rapporterte at skam, avvisninger og fordommer fra jevnaldrende hindret dem i å skape gode relasjoner, som igjen økte barnets usikkerhet, og reduserte deres evne til å mestre sykdommen. I motsetning fant Kelo et al. (2011, s.2104) at jevnaldrende venner, lærere og sykepleiere spilte en stor rolle for å fremme barnets mestring av sykdommen - ved å støtte dem. Selvstendigheten økte og en fikk en normalisert hverdag. Sykepleieren må derfor kartlegge barnets emosjonelle aspekter ved det å ha diabetes (Sparapani, 2015, s.17). Under oppfølgingstimer bør en oppfordre til å snakke om ulike utfordringer en møter i hverdagen, eksempelvis på skolen. En kan sette lys på viktigheten av å fortelle venner og lærere om diagnosen, slik at de får forståelse for den. Dette vil resultere i trygghet både for barnet, foreldre, venner og lærere (Haugstvedt, 2011, s.284).

For barn i 6-12års alderen er skolen en viktig arena (Haugstvedt, 2011, s.284). Studien til Sparapani et al. (2017, s.626) fant at barn hadde vanskeligheter med å mestre diabetesbehandling på skolen, grunnet mangel på forståelse og informasjon hos lærere og medelever. Rankin et al. (2017, s.1058) skriver at noen av barna unngikk å fortelle om

sykdommen blant sine venner, fordi de syntes det var vanskelig å forklare og ble ikke forstått.

Både Haugstvedt (2011, s.284) og Hanås (2011, s. 271) påpeker viktigheten av at venner og lærere får god informasjon om diabetes. Noen barn liker ikke oppmerksomhet rundt sykdommen, men på den annen side føler de seg trygge når lærere og venner har kunnskap om den (Ekra & Gjengedal, 2012, s.18699). Sykepleieren kan eksempelvis komme på skolen og informere om diabetes. Da er det viktig at sykepleieren har en god dialog med barnet på forhånd, og at informasjonen gis på barnets premisser (Haugstvedt, 2011, s.284). Noen barn ønsker å bidra i undervisningen sammen med sykepleieren ved å eksempelvis å vise frem utstyr, mens andre ønsker minst mulig fokus på seg selv (Haugstvedt, 2011, s.284). Et annet alternativ fra studien til Sparapani et al. (2015, s.21) var å ta med venner på oppfølgingstimer, dersom barnet og foreldrene ønsket det. For at barnet skal mestre diabetes i hverdagen spiller sykepleieren en viktig rolle, ikke bare ved å undervise og veilede barnet og foreldrene, men også å formidle informasjon til venner og lærere (Sparapani, 2017, s.627).

5.4.2 Betydningen av samarbeidet mellom foreldre, barnet og sykepleieren

Når barn diagnostiseres med en kronisk sykdom som diabetes, påvirkes hele familien. Alle må tilpasse seg en ny hverdag, og det er behov for undervisning og veiledning i hvordan man kan takle situasjonen, både for barnet og foreldrene (Kelo et al.,2013, s.894). Studien til Kelo et al. (2013, s.902) påpeker at gode undervisningskvaliteter er blant annet sykepleierens evne til å se både barnet og foreldrene.

Det å ha foreldre tilstede i en undervisnings- og veiledningssituasjon vil også være en fordel for sykepleieren, da foreldrene kjenner barnet best og kan tolke barnets uttrykk på andre måter. Dersom sykepleier ikke når inn til barnet med det en vil formidle, vil foreldrene være en viktig og hjelpende samarbeidspartner (Grønseth & Markestad, 2017, s.102). Et av hovedfunnene til Kelo et al. (2011, s.2105) var at foreldrenes støtte var avgjørende for å fremme barnets egenomsorg. Foreldre som var involvert i barnets sykdomsforløp gav bedre utfall av diabetesbehandlingen (Rankin et al.,2017, s.1057), derfor er veiledning til foreldre

fundamentalt i sykepleie til barn (Tveiten et al., 2012, s. 157). I tillegg viser nærheten av familie å være betydningsfull for å øke barnas selvtilitt (Ekra & Gjengedal, 2012, s.18701).

5.4.3 Mestring i samvær med andre i samme situasjon

Gruppebaserte veiledninger og aktiviteter har vist seg å være gode tiltak for å fremme mestring av egen sykdom (Graue & Haugstvedt, 2011, s.242). Dette støttes også av Tveiten et al. (2012, s. 193) som skriver at det å møte andre i samme situasjon kan gi god støtte, både for barnet og foreldrene. Ved at sykepleieren som leder veiledningsgruppen åpner opp for dialog mellom deltakerne, kan en lære av hverandre (Tveiten et al., 2012, s.196). Det er også en arena for å skape nye relasjoner med andre barn som må tilpasse hverdagen på samme måte som en selv (Hanås, 2011, s.279). Noen av barna i studien til Rankin et al. (2017, s.1058) hadde hatt fordel av, eller ønsket å snakke med andre barn med diabetes. I tillegg kan det å delta i gruppebaserte veiledninger gi emosjonell støtte, ved å dele følelser og tanker med likesinnede (Christiansen, 2013, s.73).

5.5 Evaluering

For at sykepleieren skal kunne bidra til å hjelpe barnet med å mestre sykdommen, må en gjennom veiledning styrke barnets evne til å tro på seg selv, ved å anerkjenne det barnet har fått til (Tveiten et al., 2012, s.61). Evaluering av læringen er noe som blir fremhevet for at en skal forbedre undervisningens kvalitet og bidra til å fremme læring (Bjørndal & Lieberg, 1978, s.129). Dette støtter også Tveiten et al. (2012, s.176) som skriver at evaluering av undervisningssituasjonen bidrar både til å sikre at informasjonen har nådd inn til barn og foreldre, i tillegg til å øke og forbedre sykepleiernes kvalitet og videreutvikling. Sykepleieren kan gjennom dialog oppfordre barnet og foreldrene til å komme med innspill om forbedring av læringssituasjonen og sette ord på hva som har vært nyttig, på veien mot mestring (Tveiten et al., 2012, s.176).

6.0 Konklusjon

God undervisning og veiledning må ligge til grunn for at barn med diabetes skal oppnå mestring av egen sykdom. Sykepleieren må tilrettelegge undervisningen og veiledningen etter barnets utviklingsnivå og modenhet, og foreldrene må tas hensyn til og inkluderes i prosessen.

Et menneske-til-menneske-forhold må oppnås slik at en god relasjon som bygger på tillitt og trygghet skapes, der kommunikasjon er nøkkelfaktoren. Ulike undervisnings- og veiledningsmetoder må individualiseres. Sykepleieren må kartlegge barnets behov og ressurser og legge til rette for deres ønsker og mål. Sykepleieren må sette av tid, være nærværende og lytte aktivt. En må se helheten i situasjonen, og finne ut av hva som fremmer og hemmer læring. Barnets relasjoner spiller en stor rolle for mestringen av diabetes, både på godt og vondt. Motivasjon og mestring henger sammen, og sykepleieren må kartlegge både barnets og foreldrenes mestringsevne gjennom dialog i veiledningen. En må kontinuerlig evaluere læringssituasjonen sammen med barnet for å oppnå best mulig resultat. Sammenlagt legger ovennevnte grunnlaget for at god undervisning og veiledning blir vellykket, slik at sykepleieren kan bidra til mestring hos barn med diabetes type 1.

Referanser

- Aasen, S.E. (2019) Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. *Helsebiblioteket*. Hentet 14. november 2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Allgot, B. (2011). Undervisning og læring, motivasjon og mestring. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling* (s. 204-215). Oslo: Akribe.
- Askland, L., & Sataøen, S, O. (2013). *Utviklingspsykologiske perspektiver på barns oppvekst*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørndal, B. & Lieberg, S. (1978). *Nye veier i didaktikken? En innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 42-66). Oslo: Gyldendal.
- Christiansen, B. (2013). Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 67-77). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekra, E. M. 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 and Well-being*, 7(1), 18694. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18694>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Graue, M., & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M.Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling* (s. 237-253). Oslo: Akribe.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanås, R. (2011). *Type 1 Diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling* (s. 269-315). Oslo: Akribe.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug, G.K. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg, 2.opplag, s.141-167). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2019a, 09. desember). Diagnostikk av diabetes, risikovurdering og oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diagnostikk-av-diabetes-risikovurdering-og-oppfolging-av-personer-med-hoy-risiko-for-a-utvikle-diabetes#diagnostiske-kriterier-for-diabetes>
- Helsedirektoratet. (2019b, 20. desember). Insulinbehandling og behandlingsmål ved diabetes_type 1. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/behandling-med-blodsukkersenkende-legemidler-ved-diabetes/insulinbehandling-og-behandlingsmal-ved-diabetes-type-1>
- Helsebiblioteket. (u.å.). ERIC. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/eric>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Hummelvoll, J.K. & Barbosa de Silva, A. (2019). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I Hummelvoll, J.K. (Red.), *Helt-ikke stykkevis og delt- Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (s.91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jenssen, T. (2017) Diabetes mellitus. I Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E. (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 388-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Oslo: Akribe.
- 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
<https://doi.org/10.1111/scs.12001>

- Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2011). Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(10), 2096-2108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05682.x>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2.utg.). Oslo: Ad Noram Gyldendal AS.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nylenna, M. & Braut, G. S. (2020, 3.februar). Egenomsorg. Hentet fra <https://sml.snl.no/egenomsorg>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2019). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Rankin, D., Harden, J., Jepson, R., & Lawton, J. (2017). Children's experiences of managing Type 1 diabetes in everyday life: a thematic synthesis of qualitative studies. *Diabetic Medicine*, 34(8), 1050-1060. <https://doi.org/10.1111/dme.13362>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi innenfor helsefag* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rokne, B. (2011). Livskvalitet ved kronisk sykdom. I A. Skafjeld & M.Graue (Red.), *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling* (s. 161-171). Oslo: Akribe.
- Sparapani, V., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015). What is it like to be a child with type 1 diabetes mellitus? *Pediatric nursing*, 41(1), 17-22. https://www.researchgate.net/profile/Valeria_Sparapani/publication/272790316_hat_is_Like_to_Be_a_Child_with_Type_1_Diabetes_Mellitus/links/558acb5c08aee9ca9ca2e60.pdf
- Sparapani, V., Liberatore, R. D. R., Jr., Damiao, E. B. C., de Oliveira Santas, I. R., de Camargo, R. A. A., & Nascimento, L. C. (2017). Children With Type 1 Diabetes

Mellitus: Self- Management Experiences in School. *Journal of school health*, 87(8), 623-629. <https://doi.org/10.1111/josh.12529>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenten* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

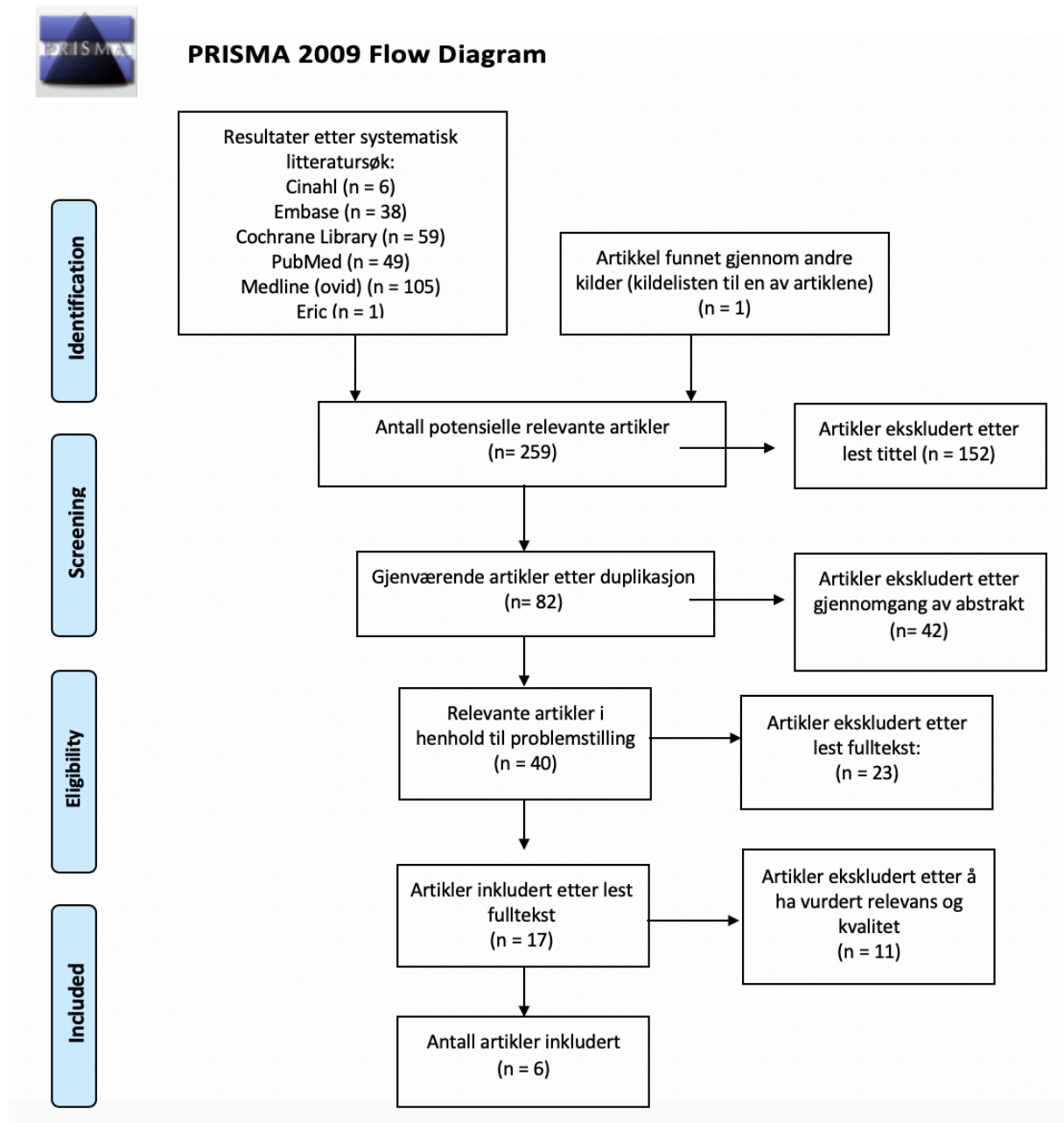
Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2019). *Veiledning- mer enn ord* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H, F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Flytskjema



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed100009

Vedlegg 2 - Søkeshistorikk

Søkedato:	Database:	Søk nr.:	Søkeord/søkekombinasjoner:	Filter:	Antall treff:	Inkludert:
07.11.2019	CINAHL	1	«Diabetes Mellitus, Type 1» AND «Coping» OR Adaption, Psychological”	Published Date: 20100101- 20191231; Peer Reviewed; Research Article; Clinical Queries: Qualitative - High Specificity; Age Groups: Child: 6-12 years; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	6	1
07.11.2019	Embase	2	“Diabetes type 1. mp.” OR “diabetes mellitus.” AND «Coping.mp.” OR “Exp coping behavior”	limit to: (human and (danish or english or norwegian or swedish) and yr="2010 - 2020" and article and school child <7 to 12 years>)	8	1
07.11.2019	Embase	3	“Insulin dependent diabetes mellitus” OR “diabetes mellitus” AND “coping.mp” OR “coping behavior”	limit to: (human and (danish or english or norwegian or swedish) and yr="2010 - 2020" and article and school child <7 to 12 years>)	30	15
07.11.2019	Cochrane Library	4	“Diabetes type 1” AND “coping” OR “Adaption, Psychological” AND “child”	Publication date Between Jan 2010 and Dec 2019 (Word variations have been searched)	59	32
08.11.2019	PubMed	5	“Diabetes mellitus, type 1” AND “Adaption, Psychologic” OR “Coping skills” OR “Coping Skill”	published in the last 5 years; Humans; English; Norwegian; Swedish; Danish; Child: birth-18 years	49	24
08.11.2019	Medline (Ovid)	6	“Diabetes Mellitus, Type 1” AND “Adaption, Psychological”	limit 4 to (“child (6 to 12 years)” and (danish or english or norwegian or swedish) and humans and last 10 years)	105	32
10.12.2019	ERIC	7	“Type 1 diabetes”	Published in the last 5 years	1	1
					258	106

Vedlegg 3 - Litteratormatrise

Referanse:	Land (Publisert i):	Hensikt:	Metode:	Resultat/konklusjon:	Kvalitetsvurdering:
<p>Kelo, M., Martikainen, M. & Eriksson, E. (2011)</p> <p><i>"Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review"</i></p> <p>Journal of Advanced Nursing</p>	<p>Studier hentet fra: USA: 12 Spania: 2 UK: 5 Taiwan: 1 Frankrike: 1 Australia: 1</p> <p>Publisert i: Finland</p>	<p>Denne systematiske oversikten har gjennomgått ulike funn fra empiriske studier som omhandler egenomsorg hos barn med diabetes type 1. Hensikten er å få innsikt i muligheter for å styrke pasientundervisningen.</p>	<p>9 kvalitative og 12 kvantitative studier, samt. en studie som brukte både kvalitativ og kvantitativ metode mellom 1998-2010 var inkludert. Innhentet fra elektroniske databaser som Cinahl, Medline og PubMed.</p>	<p>Resultatene tilsier at det å være i stand til å takle sykdom, leve normalt og være selvstendig, er faktorer som inngår i læreprosessen som bidrar til omsorg av egen sykdom. En kombinasjon av ferdigheter og kunnskaper må til for å oppnå dette og barna trenger å dele ansvaret sammen med foreldrene.</p> <p>Andre funn knyttet til egenomsorg var faktorer som barnets karakteristika, hvordan sykdommen artet seg, omsorgen barnet fikk, støtten fra foreldrene, venner, helseteamet, skolen og jevnaldrende.</p> <p>Studien konkluderte med at det bør være en balanse mellom modenheten til barnet og kravet til diabetesomsorg. Sykepleiere må ta i bruk gode undervisningsmetoder og vurdere barnets mottagelighet for informasjonen. Sykepleierne må også hjelpe foreldre og andre voksne til å gradvis gi mer ansvar til barna.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevant til problemstilling. • Gir en god oversikt over hva som allerede er kjent rundt dette temaet og hva oversikten belyser som ny informasjon. • Følger IMRaD- modellen. • Implementerer sykepleieintervensjoner. • Data fra 1998-2010, som har analysert flere artikler, både kvalitative og kvantitative. • Oppfyller Helsebibliotekets sjekklister. <p>Svakhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan være en svakhet at studiene ikke bare er fra Europeiske land, da kulturen og helsevesenet er ulik på verdensbasis.
<p>Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. (2013)</p> <p><i>"Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents"</i></p> <p>Scandinavian journal of caring sciences</p>	<p>Finland</p>	<p>Utforske elementer som inngår i pasientopplærings situasjoner og som er av betydning når et barn er innlagt på sykehus med en kronisk sykdom.</p>	<p>Totalt 19 finske foreldre og deres 12 barn i alderen 5-12 år som led av en kronisk sykdom (diabetes, epilepsi, astma/allergi). Det ble brukt et kvalitativ og beskrivende design.</p> <p>Dataene ble innhentet ved hjelp av «critical incident technique», som er en kvalitativ metode som blir brukt for å samle observasjoner fra menneskelig oppførsel i autentiske omgivelser, og for å utvikle ny sykepleiepraksis.</p>	<p>Belyser at sykepleiere som er ansvarlige for pasientopplæring for barn med en kronisk sykdom og deres familie må ha god sykepleie-, didaktisk- og mellommenneskelig kompetanse for å oppnå best mulig læring. Både barn og deres foreldres behov må oppfylles.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Følger IMRaD- modellen. • Oppfyller Helsebibliotekets sjekklister. • Er godkjent av den etiske komite fra universitetssykehuset i Helsinki. • Anonymitet og konfidensialitet er sikret. <p>- Fokuserer ikke bare på diabetes, men også på epilepsi og astma/allergier. Velger å inkludere denne da alle disse er kroniske sykdommer og fordi den er høyst relevant for problemstilling.</p> <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studien er >5 år gammel. • Alderen er mellom 5-12 år (problemstillingen etterspør barn fra 6-12 år).

<p>Ekra, E. M. & Gjengedal, E. (2012)</p> <p><i>“Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness—A phenomenological study of children’s lifeworld in the hospital”</i></p> <p>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</p>	Norge	<p>Studien undersøker barns opplevelse av å være innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1 og hvordan sykemiljøet påvirker deres livsverden.</p>	<p>Studien ble gjennomført ved bruk av en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming, der fokuset var på barns livsverden. 9 barn mellom 7-12 år (4 jenter og 5 gutter), fra to ulike sykehus i Norge. Det ble brukt både observasjon og intervju av deltakeren, i tillegg til tolkning av fotografier som barna tok. Til slutt ble de ulike dataene samlet inn og analysert.</p>	<p>Resultatene fra studien understreker viktigheten av å fokusere på forholdet mellom kroppens endringer og dens omgivelser da barnet skal tilpasse det nye livet med en kronisk sykdom. Når kroppen gjennomgår forandringer som er ukjent hevder studien at barnet blir mer belastet når dette skjer i et ukjent miljø. For at barna gradvis skal bli vant til sitt nye liv er faktorer som et tilpasset miljø, tilvendelse av nye vaner, og det å være engasjert og aktiv, viktig. Studien legger også vekt på at foreldrenes tilstedeværelse under sykehusoppholdet er viktig for barna, da det vil gi mer trygghet.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Norske barn. Oppfyller Helsebibliotekets sjekkliste. Følger IMRaD-modellen. Godkjent av sykehusets overleger, Regional komité for medisinsk forskningsetikk på Vestlandet og Norsk samfunnsvitenskapelig dataservice. Studien er utformet i samsvar med Helsinkideklarasjonen. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> >5 år gammel. Alder: 7-12 år. Hovedfokus i artikkelen er ikke undervisning og veiledning.
<p>Sparapani, V., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015)</p> <p><i>«What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?»</i></p> <p>Pediatric Nursing</p>	Brasil	<p>Øke forståelsen av hvordan det er å være et barn med diabetes type 1, og undersøke hvilke faktorer som påvirker håndteringen av sykdommen.</p>	<p>Det ble brukt kvalitative intervjuer i studien. 19 barn i alderen 7- 12 år var med i undersøkelsen (13 jenter og 6 gutter). For å simulere ulike situasjoner under intervjuet ble det brukt dukker som barna hadde laget på forhånd. Dette skulle være et hjelpemiddel slik at barna skulle kommunisere bedre.</p>	<p>Det fremkom av de ulike intervjuene at både følelser og psykososiale faktorer kan påvirke håndteringen av diabetes negativt. Eksempler på faktorer barna uttrykte som hindringer var usikkerhet, smerte og redsel knyttet til målinger av blodglukose og injeksjoner av insulin. Videre ble også bekymringer for fremtiden, mangel på forståelse, skam, fordommer og avvisning utfordrende. I studien ble det vektlagt at sykepleierne som underviser barna ikke bare må legge vekt på de faglige delene knyttet til diabetes, men også de emosjonelle og psykososiale faktorene til barnet.</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Følger IMRaD-modellen. Inkluderer anvendelse av sykepleietiltak og konsekvenser for praksis. Godkjent av sykehusets etiske komite. Oppfyller Helsebibliotekets sjekkliste. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan være en svakheter at studien ikke er Europeisk, da kulturen og helsevesenet er ulik på verdensbasis. Alder: 7-12år.
<p>Sparapani, V., Liberatore, R. D. R., Jr., Damiao, E. B. C., de Oliveira Dantas, I. R., de Camargo, R. A. A., & Nascimento, L. C. (2017)</p> <p><i>“Children <u>With</u> Type 1 Diabetes Mellitus: Self-Management Experiences in School.”</i></p>	Brasil	<p>Hensikten med denne studien var å analysere barnets opplevelse av mestring av diabetes type 1 i på skolen.</p>	<p>I studien brukte de kvalitativ metode, der 19 barn (13 gutter, 6 jenter) mellom 7 og 12 år, ble intervjuet. Et scenario ble laget, og det ble brukt dukker som skulle være til hjelp under intervjuet.</p>	<p>Studien gir en god forståelse av barns opplevelse av å håndtere diabetes på skolen. Gjennom studien identifiserte de tre faktorer som påvirket håndteringen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mangel på informasjon om diabetes type 1 hos lærere og medelever. Vanskeligheter for å utøve diabetesbehandling på skolen. Betydningen av støtten fra lærere, klassekamerater, venner, ansatte på skolen og helsepersonellet. 	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> Følger IMRaD-modellen. Godkjent av etisk komité. Oppfyller Helsebibliotekets sjekkliste. Gir et godt innblikk i hvordan barn opplever å leve med sykdommen i dagliglivet. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ikke Europeisk studie. Alder: 7-12år. Artikkelen ser på andre aspekt som viker fra problemstillingen eksempelvis maten

Journal of School Health, American School Health Association				Studien avsluttes med en konklusjon der de mener at samarbeidet mellom de ulike instansene (ansatte på skolen, helseteamet, barna og familien deres) må bedres slik at en kan finne nye strategier som forbedrer håndteringen av sykdommen i skolesetting.	i kantinen på skolen m.m. Har likevel valgt å inkludere denne studien, da den belyser temaer som er av relevans til problemstillingen.
Rankin, D., Harden, J., Jepson, R., & Lawton, J. (2017) "Children's experiences of managing Type 1 diabetes in everyday life: a thematic synthesis of qualitative studies." Diabetic Medicine	Studier hentet fra: UK: 10 Nederland: 1 USA: 3 Canada: 1 Brasil: 3 Publisert i: Skottland/UK	Hensikten med denne systematiske oversikten var å utforske hverdagslige opplevelser barn under 12 år med diabetes type 1 har, slik at en kan identifisere faktorer som øker eller hindrer egenmestring av diabetes.	Det er gjort et systematisk søk etter relevant litteratur i ulike databaser, deretter en kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene. 18 studier fra fem ulike land er inkludert i oversikten.	Syntesen av studiene resulterte i tre overordnende analytiske temaer. 1. «Forståelsen av diabetes og involveringen av egenmestring.» Her gis det et innblikk i hvordan barnet forstår diabetes og hvordan de utvikler ansvar og mestring. 2. «Endringen i livet som diabetes medfører og evnen til å leve med diabetes.» Her rapporteres frustrasjonen over forstyrrelsene barnet møter på i hverdagen når de håndterer diabetes, og hvordan det å fremstå normal ovenfor venner og familie påvirker mestringen. 3. «Venners støtte.» Beskriver hvordan reaksjonene til venner har innvirkning på barnets evne til å fremstå normal og viljen til å meddele informasjon om sykdommen.	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> • Gir et godt innblikk i hvordan barn opplever å ha diabetes, og hvilke faktorer en kan ta med seg videre i praksis for å stryke pasientundervisningen. • Er godkjent av etisk komité. • Følger IMRaD-modellen. • Oppfyller Helsebibliotekets sjekklister. • De inkluderte studiene er av høy kvalitet, der de fleste møter CASP kriteriene. • Forfatterne nevner begrensinger av egen studie, dette ses på som en styrke da de viser at det er lagt oppmerksomhet rundt det. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> • Ikke bare av europeiske land. • I studien «kritiserer» de at alle studiene presiserte at alderen til deltakerne var under 12 år, men at det ikke var mulig å få det eksakte tallet på barna som var under 12 år fordi noen av studiene bare rapporterte gjennomsnittsalderen av deltakerne.