



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	247
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7949
Engelsk tittel *:	Living with a chronic disease, without a day off

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 78

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

BACHELOROPPGÅVE

Å leve med ein kronisk sjukdom, utan ein dag fri

Living with a chronic disease, without a day off

Kandidatnummer: 247

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 5. mai 2021

Mengde ord: 7949

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Å leve med ein kronisk sjukdom, utan ein dag fri

Dato: 05.05.21

Søkeord/nøkkelord: Diabetes mellitus type 1, chronic conditions, guidance, instuction, patient education, self-efficacy, childcare, children or adolescents or youth or child or teenager, empowerment or empowering or empower.

Bakgrunn: Denne problemstillinga har eg valt fordi diabetes type 1 er sært utbreitt hjå barn i Noreg, og eg fekk sjølv diagnosen som ung. Samt viser forskning at stadig fleire opplever komplikasjonar både fysisk og psykisk som følge av sjukdommen. Sjølv opplevde eg ikkje meistring over sjukdommen, noko som fekk konsekvensar for eigenomsorga i kvardagen. Eg ynskjer dermed å sjå nærmare på korleis sjukepleiaren kan vegleie og undervise for å gje god og hensiktsmessig sjukepleie til barn, slik at dei kan få ei god meistringskjensle og leve eit godt liv på tross av sjukdommen.

Hensikt: Hensikten med studien er å søkje kunnskap om korleis sjukepleiarar kan fremma meistring hjå barn med diabetes type 1 gjennom vegleieing og undervisning. Dette er noko vi som sjukepleiarar er pliktig til å gjer, og eg ynskja å sjå på korleis ein kan gjera dette på best mogleg måte.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiarar gjennom vegleieing og undervisning fremme meistring hjå barn med diabetes type 1?

Metode: Oppgåva er ein litteraturstudie som er basert på fag- og forskingslitteratur. Eigne erfaringar, lovverk, retningslinjer, nettsider og relevant pensumlitteratur er også inkludert.

Konklusjon: Barn med diabetes type 1 har behov for vegleieing og undervisning. Hjelpemetodane til sjukepleiarteoretikaren Dorthea Orem er dermed ein framgangsmåte for å ivareta dette. For å svare på problemstillinga har eg sett på kva tilnærminga burde innehalde og kva kunnskapar sjukepleiaren må innhenta for å undervise og vegleie for å fremma meistring hjå barnet.

Samandrag

Title: Living with a chronic disease, without a day off

Date: 05.05.21

Keywords: Diabetes mellitus type 1, chronic conditions, guidance, instruction, patient education, self- efficacy, childcare, children or adolescents or youth or child or teenager, empowerment or empowering or empower.

Background: I have chosen this problem because type 1 diabetes is quite common in children in Norway, and I was diagnosed as a young person myself. Research also shows that more and more people experience complications both physically and mentally because of the disease. I did not experience mastery over the disease, something that had consequences for my self-care. Based on this, I want to take a closer look at how the nurse can guide and teach to provide good and appropriate nursing care to children, so that they can have a good self-efficacy and live a good life despite the disease.

Purpose: The purpose of the study is to seek knowledge about how nurses can promote coping in children with type 1 diabetes through guidance and teaching. This is something nurses are obliged to do, and I wish to investigate how one can do this in the best possible way.

Research questions: How can nurse through guidance and teaching promote coping in children with type 1 diabetes?

Method: This is a literature study based on professional and research literature. Own experiences, legislation, guidelines, websites, and relevant syllabus literature are also included.

Conclusion: Children with type 1 diabetes need guidance and advice. The auxiliary methods of the nurse theorist Dorthea Orem are thus a procedure for taking care of this. To answer the problem, I have looked at what the approach should contain and what knowledge the nurse must acquire to teach and guide to promote mastery.

Innhold

1.0 BAKGRUNN:	1
1.1. BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA	1
1.2. SAMANHENG PÅ SAMFUNNSNIVÅ	1
1.3. SJUKEPLEIEFAGLEG RELEVANS OG TIDLIGARE FORSKNING	2
1.4. LOVVERK	2
1.5 TEORETISK GRUNNLAG	3
1.5.1 BARN OG DIABETES TYPE 1	3
1.5.2. SJUKEPLEIARENS PEDAGOGISKE FUNKSJON	3
1.5.3. MEISTRING	4
1.5.3.1. Aron Antonovsky	5
1.5.3.2. Dorthea Orem	5
1.6. PROBLEMSTILLING	7
1.6.1. AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	7
2.0 METODE	8
2.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
2.2 SØKEPROSESS	9
2.3. INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIAR	10
2.4. ETISKE VURDERINGAR	10
2.5. KILDEKRITIKK OG VAL AV LITTERATUR	11
3.0. RESULTAT AV SØK	12
3.1. OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLAR	12
3.2. SAMANFATTA RESULTAT	17
Tilnærming og støtte bidrar til meistring	17
Salutogenese og empowerment som verkemiddel i tilnærminga	18
Kunnskap og kompetanse bidrar til meistring	19
Kartlegging bidrar til meistring	19
4.0. Drøfting	20
4.1 TILNÆRMING OG STØTTE BIDRAR TIL MEISTRING	20
4.1.2. Salutogenese og empowerment som virkemidler i tilnærminga	22
4.2. KUNNSKAP OG KOMPETANSE BIDRAR TIL MEISTRING	24
4.2.1. Kartlegging bidrar til meistring	25
5.0 KONKLUSJON	26
REFERANSE	28
Vedlegg 1: PICO skjema	34
Vedlegg 2: Søkedomumentasjon	35
Vedlegg 3: Sjekkliste	40

OVERSIKT OVER TABELLAR

Figur 1: Oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier	10
Figur 2: Artikkel 1 - Cognitive behavioural therapy stabilises glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes- Outcomes from a randomised control trial (Wei, et al. 2018).....	12
Figur 3: Artikkel 2 - Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes (Caccavale, et al. 2019)	13
Figur 4: Artikkel 3 - Self-care Support in Paediatric Patients with Type 1 Diabetes: Bridging the Gap Between Patient Education and Health Promotion? A Review (Pelican, et al. 2015).....	14
Figur 5: Artikkel 4 - An assessment of the experiences and needs of adolescents with chronic conditions in transitional care: a qualitative study to develop a patient education programme (Bomba, et al. 2016)	15
Figur 6: Artikkel 5 - Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents (Kelo, et al. 2013).....	16
Figur 7: Artikkel 6 - Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives (Freeborn, et al. 2013).....	16

1.0 BAKGRUNN:

1.1. BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA

Nye tal viser at tal på personar med diagnostisert diabetes i Norge har omtrent dobla seg dei siste 20 åren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Ein årsrapport frå barnediabetesregisteret frå 2019 viser at 410 barn og unge (96%) blei diagnostisert med diabetes type 1 (Skrivarhaug, Kummernes & Gani, 2020). Som ung opplevde eg sjølv å få diagnosen diabetes type 1 noko som fremmar min interesse for tema. I den nydiagnostiserte fasen hadde eg sjølv vanskar med å meistre sjukdommen noko som førte til svikt i eigenomsorga. Eg har dermed av stor interesse av å undersøkje korleis sjukepleiarane kan fremma barn med diabetes si meistringsskjensle, slik at eigenomsorga blir ivaretatt.

I praktiske yrkesutøving i framtida er eg klar over den rolla og det ansvaret eg har i forhold til vegleieing til pasientar. Eg ynskjer med denne oppgåva å auke min kunnskap om korleis eg i praksis kan undervise og vegleie pasientar til å leve eit godt liv med sjukdommen gjennom å meistre kvardagslivet, slik at dei kan få kontroll på eget liv og leve eit godt liv som «friske sjuke».

Frå no av i oppgåva vil diabetes mellitus type 1 bli utalt som DT1.

1.2. SAMANHENG PÅ SAMFUNNSNIVÅ

I følgje Helse- og omsorgsdepartementet (2017) ligg Noreg på verdstoppen når det gjeld førekomst av DT1, og førekomsten blant barn har auka over tid. I Norge er det omkring 28000 personar som lever med DT1, og både arv og miljø spelar inn på førekomsten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Mosand & Stubberud, 2016, s.53). I følgje den Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonale helse- og sykepleieplan (2016-2019)* opplever stadig fleire helseutfordringar som følgje av sjukdommen og stadig fleir må læra å handtera helseutfordringar på eige hand. Dei nasjonale retningslinjene for diabetes hadde eit ynskje om å betre diagnostikk, behandling og forskning rundt diabetes, då mykje er uvisst (Helsedirektoratet, 2019). Å få ein kronisk sjukdom som DT1 inneber ein store omvelting i livet, og kan ukontrollert påverke den unges vekst, utvikling, føre til seinkomplikasjonar og risikoen for andre sjukdommar aukar (Norsk Legemiddelåndbok, 2018, avsnitt3.1.4). På samfunnsnivå blir dermed både myndigheitene og offentlegheita påverka av sjukdommen og

det som følgjer med (Diabetesforbundet,2020). Kor lang tid barnet bruker for å sjølv kontrollere sjukdommen, vil variere, men ofte tar det fleire år (Hanås, 2011, s.1).

1.3. SJUKEPLEIEFAGLEG RELEVANS OG TIDLIGARE FORSKNING

Innan seksjonane forskingsområde oppfattar eg både kvalitet i sjukepleie og helse i dagleglivet som relevante forskingsområde til tema eg har valt. På bakgrunn av den auka førekomsten og omveltinga i kvardagslivet ser eg eg både på samfunnsnivå og individnivå ein tett relasjon til praksisfeltet. Ein forskingsstudie utført av Grotdal (2016) hevder at færre enn 1 av 3 ungdommar når behandlingsmålet for langstidsblodsukker (HbA1c), som ifølgje Diabetesforbundet (2021) ein verdi under 7,7mmol/l. Ein tidlegare forskning frå Grey, et al. (1998) viser at tenåringar som sjølv oppnådde behandlingsmålet for HbA1c, opplevde diabetes som ein negativ innverknad på livet, både fysisk og psykisk. Tenåringane brukte færre strategiar for å meistre sjukdommen, hadde lågare meistringskjensle og meir depressive symptom. På bakgrunn av dette og basert på egne erfaringar ser eg ikkje på kvaliteten i helsevesenet som tilstrekkeleg. Nyare perspektiv på helse inneber at vi i staden for å løyse problemet for andre, skal leggja til rette for at dei er bevisste, brukar egne ressursar og at dei sjølv medverkar (Tveiten, 2019, s.32). Det kjem stadig ny kunnskap om diabetes, både når gjeld hjelpemidlar, legemiddel og behandlingsregime. For å sikre kvalitetssikkerheit i undervisinga, vegleiinga og fremme meistringskjensla, er sjukepleiarens oppgåve å halde seg fagleg oppdatert (Mosand & Stubberud, 2016, s. 51-52).

1.4. LOVVERK

Å fremma helse er ein av dei grunnleggjande funksjonane i sjukepleie (Mittelmark et.al. 2018, s.14). I følgje NSF (u.å.) sine yrkesetiske retningslinjer skal grunnlaget for all sjukepleie vera respekt for den enkelte menneskets liv og verdigheit. Sjukepleiaren skal bygge på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheitene. Dette kjem også fram i Helsepersonellova § 4 (1999), som stiller krav til helsepersonellens utføring av arbeidet. Verdiane skal byggje på og fremma helse, førebyggja sjukdom og lindre liding, noko som sjukepleieteoretikaren Orem (1991, s.149) også understrekar som eit mål i sjukepleie.

I følgje retningslinjene for diabetes skal pasientar med DT1 få tilbod av spesialisthelsetenesta om behandling, barn under 18 år skal behandlast på barneavdeling. Alle med nyoppdaga

diabetes har rett på god opplæring og undervisning om sjukdommen, og få tilbudet på sitt nærmaste sjukehus (Helsedirektoratet, 2016). Tett oppfølging dei fyrste seks månadane er viktig for å unngå dårleg kontroll seinare. Deretter minst kvar tredje månad, sjeldnare ved god regulering og oftare ved dårlegare (Norsk barnelegeforening, 2020, avsnitt2.17). Pasient- og brukarrettigheitslova §1-3 (1999) hevdar at ved barn under 16 år skal både pasient og foreldre informerast. Helsepersonell skal i følge helsepersonellova §21-23 (1999) sørge for ein trygg omgivnad og forhindre at andre får kjennskap til pasientens opplysningar og personlege forhold.

1.5 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapittelet vil eg presentere ulike teoriar som belyser tematikken, som vil gje lesaren ei forståing av innhaldet i oppgåva. Teorien er løfta fram med tanke på kva teoretikarane og fagkunnskapen seier i forhold til barn.

1.5.1 BARN OG DIABETES TYPE 1

Det er som regel DT1 som rammar barn og unge, dette skyldast mangel på produksjon av insulin. Gjennom ulike prosessar regulerer insulin blodets glukoseinnhald. DT1 er ein autoimmun sjukdom, som vil seie at kroppens eget immunsystem forårsakar sjukdommen, dette ved å angripe dei insulinproduserande betacellene i bukspyttkjertelen. Når kroppen ikkje lengre har moglegheit til å produsera den mengde insulin kroppen har behov for, utviklar pasienten diabetes (Jessen, 2017, s.388-389). Hå friske persona er blodsukkeret mellom 3,5-7,5 (HbA1c 42 mmol/mol, 6 %) heile døgnet, ved diabetes vil blodsukkeret avvike frå det normale. Insulin er livsviktig for å få energi til cellene i kroppen, utan insulin vil kroppen døy. Blodsukkeret blir dermed regulert med insulin og matinntak (Christophersen, 2018, s.22-23).

1.5.2. SJUKEPLEIARENS PEDAGOGISKE FUNKSJON

Sjukepleiarens pedagogiske funksjon handlar om å legge til rette for informasjon, vegleiiing og undervisning slik at pasienten utviklar optimal kompetanse til å ta mest mogleg kontroll over faktorar som påverkar helse og meistring (Tveiten, 2018, s.246). På bakgrunn av tematikken har eg valt å skrive om sjukepleiarens pedagogiske funksjon i forhold til vegleiiing og undervisning.

Vegleing og undervisning

Tveiten (2020, s.79) definerer vegleing som ein formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess retta mot at meistringskompetanse styrkast gjennom ein dialog basert på kunnskap og humanistiske verdiar. Undervisning kan bli forstått som måten kunneskapa eller ferdigheitene blir formidla, med mål om å legge til rette for læring (Tveiten 2020, s.80).

Hensikta med vegleing og undervisning er i følgje Tveiten (2018, s.250) å legge til rette for at pasientens meistringskompetanse styrkast. Når vegleiaren har kompetanse som inneber at barnet kan ledast, inviterast til bevisstgjerung og oppdaging på ulike måtar, er det viktig at barnet sjølv vel å ta imot invitasjonen og er bevisst på eige grenser. Vegleing og undervisning er ei etisk handling og på denne måten kan vegleiaren vera bevisst på sitt etiske ansvar, og trygt vegleie barnet til å meistre sjukdommen (Tveiten, 2019, s.19).

1.5.3. MEISTRING

Meistring blir forstått som summen av indre ressursar og handlingsevner, og blir sett på som ein salutogen helseressurs (Haugan og Rannestad, 2018, s.142). Meistring handlar i stor grad om oppleving av kjensla av å ha kontroll over eget liv, samt krefter til å møte utfordringar i kvardagen. Å få ein kronisk sjukdom som DT1 kan for mange opplevast belastande og meistringsevna kan bli satt på prøve. Dette kan vera krevjande, barnet kan oppleve at ressursane og evnene blir overgått av kravet som blir stilt (Christophersen, 2018, s.9). Meistring handlar også om å ha tilgang på resursar, kunnskapar, ferdigheit, sosiale ressursar, hjelparar eller utstyr og evne til å utnytte dette. Ved å ta utgangspunkt i dette vil sjukepleiaren kunne hjelpe barnet å bygge opp meistringskompetansen, som er nødvendig for å kunne meistre krava som blir stilt (Tveiten, 2018, s.238).

Eg har valt å inkludera Aron Antonovsky som er ein teoretikar som gjennom salutogenesemodellen har fokus på korleis ein kan oppnå meistring (Antonovsky, 2012, s.139-140). Sjølv om eg ser på Antonovskys teori som sentralt, har eg likevel valt å ha hovudfokuset på teoretikaren Dorthe Orem. Dette fordi Orem beskriv i sin modell meir konkret korleis sjukepleiaren gjennom vegleing og undervisning kan hjelpe barnet til meistring ved å ivareta eigenomsorga (Orem, 1991, s.173).

1.5.3.1. Aron Antonovsky

Antonovskys utvikla teorien om salutogenesemodellen. Teorien har fokus på kva som fremmer og styrker helse (salutogen), i motsetning til kva som framkallar sjukdom (patogen). Antonovskys teori hever at oppleving av mening, samanheng, forståing og handterbarheit har ein stor betydning når det kjem til meistring (Tveiten, 2018, s.238-239). Modellen fokuserer på helse som ein utviklingsprosess, og pasientens resursar er i fokus. At barn kan få kjensla av samanheng i kva som skjer og ein form for regelmessigheit er ein viktig faktor i salutogenesen. Det vil seie at barnet får ein forståing av kva som skjer rundt seg og har tryggleikspersonar som forelde og kjente sjukepleiarar rundt seg (Antonovsky, 2012, s.114-115).

Empowerment er ein prosess som handlar om sjølvkontroll, tru på eigen evne og moglegheit for meistring, moglegheit til å ta avgjersler og ha kontroll over eige liv (Tveten, 2020, s.75). Empowerment kjem også innunder helsepedagogisk kompetanse. Gjennom vegleiing og undervisning kan sjukepleiarar dermed auke barnets grad av empowerment. Dette kan vidare bidra til at barnet kan føle kontroll over sjukdommen og over eget liv, samt optimalisera livskvaliteten sjølv med ein kronisk sjukdom(Tveiten, 2020,s.81). Ideen om Empowerment er dermed sterkt knytt til det salutogeniske helseomgrepet. Empowerment kan omsetjast til å «ta styring/makt over» noko. Innan salutogenesen vil empowerment dermed innebera eit mål om at individet kan få betre helse ved å utvikle kunnskapen om å ta styring over dei faktorane som er helsefremmande og som skapar meistring (Tveiten, 2018,s.238-239).

1.5.3.2. Dorthea Orem

Orem har utvikla ein eigenomsorgsmodell, der fokuset er retta på pasienten og gjer sjukepleiaren moglegheit til å styrka pasientens eigenomsorg. Orem definerer eigenomsorg som: «*De aktiviteter individet tar initiativ til å utføre på egne vegner for å opprettholde liv, helse og velvære*» (Orem, 1991, s.117). Ei sjukepleiars rolle er i følgje Orem dermed å hjelpe personen med å få dekke eigenomsorgsbehova og gjenvinna uavhengigheit, ved å identifisere kva behov pasienten har vanskar med å dekke, kalkulera kva eigenomsorgshandlingar som må utførast og deretter vurdera pasientens evne til å utføre dei (Orem, 1991, s.173). Eigenomsorg aukar med alderen og gjennom livserfaring, og krev

ein viss grad av modenheit. Orem skriv at barn dermed ikkje alltid er i stand eller modne nok til å ivareta sitt totale eigenomsorgsbehov, og er dermed avhengig av hjelp frå omsorgspersonar for å ivareta sin eigenomsorg (Grønseth & Markestad, 2017, s.133-137). Dersom krava som blir stilt til barnet for å gjennomfører eigenomsorga overstig personens evne til å møte dei, vil barnet oppleve eigenomsorgssvikt (Kristoffersen, 2017B, s.18-20).

Eit av dei siste ledda i Orem's modell mot eigenomsorg er «self-efficacy scale», som er ein skala kor pasientens kjensle av mesistringevne blir målt. For å vurdere graden av eigenomsorg spelar det ein viktig rolle ha kunnskap om korleis pasienten oppfattar og handtera ulike situasjonar, samt kva kjensle dette gjer. Å måle kjensla av meistringsevna vil dermed vera ein viktig del av denne prosessen (Orem & Taylor, 1986, s.52).

Hjelpemetodar

Orem modell tar for seg kunnskapar, ferdigheit og haldningar sjukepleiaren treng for å utføre god sjukepleie ovanfor pasienten (Orem, 1991, s.8). Eg ynskjer å sjå nærmare på nokon av hennas hjelpemetodar som belyser tematikken i oppgåva, som sjukepleiaren kan nytta for å fremme barnets eigenomsorg ved å møte eigenomsorgskrava og tilfredsstillere eigenomsorgsbehova.

Vegleie ein annan:

Brukast i situasjonar der pasienten må velja eller prioritera ein bestemt handling for å nå eit helsemål, eller treng vegleie i riktig handlingsutøving. T.d. å nå måle for HbA1C verdien, og vegleie i blodsuktermåling. Metoden forutsett god dialog mellom sjukepleiar og pasient. Vegleinga må tilpasse målet og den enkelte pasienten, samt må pasienten vera motivert og i stand til å utføre handlinga (Orem, 1991, s.12).

Undervise ein ann:

Metoden er ein aktuell form for assistanse som er relevant når pasienten har behov for å utvikle kunnskap eller ferdigheit knytt til sjukdommen. T.d. når barnet treng kunnskap om matvarer som påverkar blodsukkerter eller skal telle karbohydrat for å finne riktig mengde insulin. Ein føresetnad er at pasienten må vera klar over behovet

for kunnskap, er interessert og forberedt på å lære. Det krevjast at sjukepleiaren har grundig kjennskap til barnets behov og kva erfaringar, livsstil og vanar barnet har (Orem, 1991, s.8-14).

Støtte ein annan:

Inneber å hjelpa pasienten til å lykkast og til å unngå ubehagelege situasjonar. Kan vera nyttig for eit barn med DT1 då pasienten er i ein vanskeleg og ubehageleg situasjon, og treng støtte til å meistre sjukdommen. Inneber både psykisk støtte gjennom oppmuntring, samt fysisk støtte som for eksempel ved å injisere insulin (Orem, 1991, s.12).

1.6. PROBLEMSTILLING

På bakgrunn av tematikken har eg komet fram til problemstillinga:

«Korleis kan sjukepleiarar gjennom vegleiing og undervisning fremme meistring hjå barn med diabetes type 1?»

1.6.1. AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING

Pasientgruppa eg har valt å retta fokus mot er gutar og jenter frå alderen 10-16 år. Dette grunna den auka førekomst av diabetes type 1 blant unge, og sidan eg sjølv fekk diagnosen som ung. Aldersgruppa er også valt på grunnlag av ein oppfatning av at unge i denne aldersgruppa i stor grad kan meistrar å ta ansvar for sin eigen sjukdom. Dei er i følge Erik H. Erikson i den grad utvikla slik at dei får til å vurdere informasjonen dei blir fortalt (Gjøsund, Husby & Barstad, 2016, s. 88-95).

Eg har valt å bruke beskrivinga barn. Dette fordi verdens helseorganisasjon definerer ungdom frå 10-19 år, medan FNs barnekonvensjon og norske lov definerer barn som alle under 18 år (Klepp, Stigen & Aarø, 2017, s.19). Sjølv om barn blir meir avhengig av omsorgspersonar når dei blir sjuke, har eg valt å ekskludera fokus på pårørande for å best mogleg svare på problemstilling.

Med utgangspunkt i retningslinjene om behandling for diabetes, har eg valt å fokusera på å møte barnet med DT1 på barneavdeling på sjukehus (Helsedirektoratet, 2016). Der vil eg

møte barn med DT1 i den nydiagnostiserte fasen. Sidan tida det tar å kontrollere sjukdomen varierer, har eg valt å avgrensa den nydiagnostiserte fasen til eit halv år, då barnet her har tett oppfølging på sjukehus.

2.0 METODE

2.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Metode er i følgje Thidemann (2019, s.74) måten ein går fram på for å finne forskning og litteratur for å belyse og svare på problemstillinga. Denne oppgåva nyttar litteraturstudie som metode.

Ein litteraturstudie er ein omfattande studie som byggjar på data og tolkar litteratur relatert til ein bestemt problemstilling. Ut i frå problemstillinga blir det søkt systematisk etter litteratur for å finne svar på problemstillinga. Deretter skal litteraturen vurderast og analyserast (Aveyard, 2014, s.2). Etter å ha gjennomført systematisk søk har det resultert i seks artiklar, fem kvalitative og ein oversiktsstudie.

I oppgåva har eg i hovudsak tatt utgangspunkt i kvalitative studiar. Denne type studie framhevar beskrivinga av intrykk, meiningar og synspunkt i staden for å måle det. Den har som mål å gå djupare inn i temaet for å få informasjon om folkets tankar, haldningar og kva som motiverer dei. Det gjer ein djupare innsikt i undersøkingsspørsmåla, men det gjer det også vanskligare å analysere resultatata (Dalland, 2020, s.54-56). Kvantitativ metode skil seg frå kvalitativ då kvantitativ informasjon består av konkrete tal som gjer eit breiare overblikk i form av generelle punkt, medan kvalitativ informasjon er meir utdjupande, og gjer meir djupn som lar ein forstå implikasjonane av tala (Dalland, 2020, s.54-56) . Eg har også tatt i bruk ein litteraturstudie/ systematisk oversiktsstudie som belyser problemstillinga, for å få eit overblikk over ein samla resultat av fleire analyserte enkeltstudiar (Thidemann, 2020, s.77-78).

Eg har nytta kvalitativ metoden då eg ynskjer å gå i djupna å få fram nyanser i korleis sjukepleiarane kan vegleia barn med DT1, og ser dermed på denne metoden som relevant. For å belyse dette bør ein veta noko om kva barn treng av vegleing og korleis dei ynskjer

vegleiinga. Det finst mykje forskning og litteratur på dette området. Måle mitt var ikkje å finne ny kunnskap men nytte den som allereie er gjennomført.

2.2 SØKEPROSESS

Eit av trinna i litteraturstudie omhandlar å orientera seg om relevante databasar (Thidemann, 2019,s.84-86). Eg har dermed valt databasar som skulen har lista opp som er knytt til sjukepleie, medisin og helse. Søka er vorte gjennomført i perioden frå november 2020 til april 2021.

Dei søkeorda eg har brukt, er valt på bakgrunn av tema og problemstillinga i oppgåva. For å konkretisera søket har eg nytta med av PICO (Vedlegg 1). PICO er eit verktøy som hjelper med å tydeleggjera og presisera problemstillinga å bestemme kva kjernesporsmål ein står ovanfor (Tidemann, 2019,s.84). I startfasen brukte eg databasen Sve-Med for å omsetja og finne MeSH ord/alternative nøkkelord for vegleiing, undervisning, meistring, diabetes type 1 og barn/ungdom frå 10-16 år. Søkeorda eg då endre opp med var *guidance/ instuction/ patient education/ self- efficacy/ childcare/ diabetes mellitus type 1/ chronic conditions / children or adolescents or youth or child or teenager*. Eg brukte søkebasen CHINAL og PubMed for å finna aktuelle forskingsartiklar. Vidare i søkefasen tok eg i bruk fleire søkeord for å spissa søket. Eg kombinerte også søkeorda med OR og AND for å avgrensa mengda artiklar, og få artiklar der alle søkeorda var inkludert (Thidemann, 2019,s.87-89). Då eg ynskja å finna ut kva eller korleis sjukepleiaren kunne styrka eller fremma meistring brukte eg blant anna *empowerment or empowering or empower* som nøkkelord tatt ut frå SveMed. Nokon av kombinasjonane resulterte i mange artiklar. Ved å kombinera *children or adolescents or youth or child or teenager, diabetes type 1* og *self-efficacy* fekk eg eit resultat på 185 artiklar. Ved då å legge til søkeordet *guidance* reduserte mengda artiklar seg til 4, som gjorde det lettare å velje ut relevante artiklar. (Vedlegg 2, søkedokumentasjon)

Eg har også nytta manuell søking ved å lese gjennom referansar til andre studiar og artiklar, noko Thidemann (2019, s.81) ser på som nyttig. Samt har eg også utført søk i Google Scholar, men personleg var CHINAL og PubMed meir oversiktleg etter min meining. Då eg søkte i databasen Google Scholar og leste gjennom referansar til andre studiar fant eg mange av dei same artiklane som i CHINAL og PubMed. Eg brukte Tidemann (2019, s.29-35) sin metode for

ein effektiv lesestrategi, ved skanning, skumlesing, reflekterande og kritisk lesing. Til å byrja med las eg gjennom abstrakta til dei artiklane med overskrift eg såg på som relevante. Vidare las eg i hovudsak gjennom funna og resultatata til dei relevante artiklane før eg tok ein heilskapleg gjennomgang av innhaldet. Eg las fleire artiklar eg fant i forbinding med søka, og val ut dei eg meinte var mest relevante for mi problemstilling, samt ut frå inklusjon- og eksklusjonskriteria.

2.3. INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIAR

For å tydeleggjera litteratursøker og avgrensa mengda litteratur, er det viktig å definera inklusjon- og eksklusjonskriteria ved førebuing av litteratursøket. Dette gjer søket meir nyttig ut i frå ønska kunnskap. Inklusjonskriteriane skal belysa kva type publikasjon eller litteratur som er ynskjeleg, medan eksklusjonskriteriane belyser kva som er utelukka ut frå ynskje (Thidemann, 2019, s.106).

Figur 1: Oversikt over inklusjon- og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIA	EKSKLUSJONSKRITERIA
Diabetes type 1	Diabetes type 2
Ungdom / barn	Vaksne
Aldersgruppe 10-16	Aldersgruppe 17+
Inneheld nøkkelomgrep	Inneheld ikkje nøkkelomgrep
Fagfelleverderte artiklar	Ikkje fagfelleverderte artiklar
Etter 2011	Før 2011

2.4. ETISKE VURDERINGAR

Alle som driv med forskning innan helsefag må sørja for at det er etisk forsvarleg. Helsinkideklarasjonen inneheld reglar for helsepersonell som beskyttar pasienten mot farar som følgje av forskning, og det informerte samtykke er sentralt. I Noreg er det den etiske komiteen REK som forvaltar spørsmål om forskinga er etisk forsvarleg, og blir regulert av

ulike lovar og forskrifter som blant anna forskningsetikkloven (2006) (Christoffersen, et al.2015, s.43-44). Eg har forsikra meg om at dei inkluderte artiklane i studien er vorte godkjente ut frå dei etiske vurderingane. I følge Dalland (2020, s.167) handlar etisk vurderingar om å tenkje gjennom kva etiske utfordringar arbeidet med oppgåva medfører. I denne oppgåve inneberer det å sjå om dei inkluderte artiklane har anonymiserte deltakarar, at det er frivillig og at deltakarane har hatt moglegheit til å trekkje seg frå studien om dei ynskja. Personen bak verket eller teksten skal også tydeleg komme fram når ein nyttar kjelder (Dalland, 2020, s.172-174). Eg refererer til kjeldene mine etter APA-stil, som bidrar til å sikre akademisk prinsipp og skrivet ut frå høgskulens retningslinjer.

2.5. KILDEKRITIKK OG VAL AV LITTERATUR

Kjeldekritikk vurdere om ei kjelde er påliteleg eller truverdig. Det er viktig å vera kritisk til kjeldene og litteraturen ein nyttar i oppgåver. Dette for å skilje om opplysningane ein finn stemmer eller berre er hypotesar. I dette kapittelet ynskja eg å presentera val og kritikk av forskingsartiklane eg har valt.

I oppgåva har eg brukt både primærkjelder som vil seie den opphavslege kjelda, og sekundærkjelder som bygger på primærkjelda (Dalland, 2020, s.152-156). Eg har tatt attende om at forskinga skal innehalda IMRaD-strukturen. IMRaD-strukturen står for Introduksjon – metode – resultat – diskusjon (Dalland, 2020,s.157). Eg har sett nøye på forskingas oppbygging og struktur, ved hjelp av helsebiblioteket (2016) sine skjekkliser (vedlegg 3) for forskingsartiklar ser eg på forskinga eg har funnet som truverdig. Eg har vurdert kvaliteten av kvar enkelt kjelde eg har brukt og ingen av funna scora nei på punkta i skjekklista.

Artiklane eg har tatt med i oppgåve er utgitt i relevante tidsskrifter relatert til helse og sjukepleie som t.d. *Journal of Clinical Nursing*, og er dermed vesentleg for meg å bruke. *Pediatric Diabetes* er også sjukepleie spesifisert til barn med diabetes. Forfattarane av artiklane har doktorgrad eller anna helsefagleg bakgrunn. Sidan artiklane eg har brukt er på engelsk, ser er kjeldekritisk på meg sjølv då oversetninga kan vera feiltolka.

Det er ein del forskning på dette området, eg ynskja det som var nyast og mest oppdatert. Eg hadde eit ynskje om å ikkje bruke forskning som var eldre enn 2015, likevel resulterte eg i å bruke to artiklar frå 2013. Dette fordi eg ser på desse artiklane som gode svar på

problemstillinga eg har valt. Samt er metodane og kunnskapen artiklane presenterer, framleis relevante i følgje nyare forskning og teori som er presentert i oppgåva.

Eg har også anvendt relevant faglitteratur, lovverk, retningslinjer, pensumlitteratur og nettsider, der eg har sørga for å kontrollert teorien opp mot kvarandre.

Nokon av dei inkluderte artiklane har eigenomsorg som hovudomgrep i staden for meistring. På bakgrunn av teorien som blei presentert i kan ein sjå ein klar samanheng mellom eigenomsorg og meistring, eg ser dermed også på desse artiklane som relevante.

Tre av studiane inkluderer i tillegg aldersgrupper som avviker frå innklusjonskriteria, eksempelvis barn under 10 år og barn over 16 år, noko som dermed kan skape upresise funn i forhold til den ønska aldersgruppa. Ein av studiane inkluderer også deltakarar me andre kroniske lidingar. Likevel ser eg på alle desse studiane som relevant då dei svarar på problemstillinga ved å dei identifiserer barnets behov og utfordringar, og korleis helsepersonell bør tre inn i rolla som vegleiar for å hjelpe barnet til meistring, og dermed gje pasienten ei god opplæring innan DT1. Samt viser resultata ingen klare samanheng mellom aldersforskjellane.

3.0. RESULTAT AV SØK

I denne delen av oppgåva vil eg presentera artiklane i kvar sin skjematisk tabell for å gje lesaren ein oversikt over innhaldet knytt til oppgåvas problemstilling.

3.1. OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLAR

Kvar artikkel har blitt kritisk vurdert i forhold til sin relevans, som er basert på Dalland (2020,s.152-155) sin metode for å oppsummera funn.

Figur 2: Artikkel 1 - Cognitive behavioural therapy stabilises glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes- Outcomes from a randomised control trial (Wei, et al. 2018)

Forfatter	Wei, Allen, Tallis, Ryan, Hunt, Shield, Crowne
Årstal	2018
Land	Storbritannia
Tidsskrift	Pediatric Diabetes

Hensikt	Vurder effekten av kognitiv åtferdsterapi (CBT) og ikkje-direktiv støttande rådgiving (NDC) opp mot HbA1c-verdi og psykososiale poeng
Metode	Kvalitativ studie, spørjeundersøking Deltakarar: Barn 11-16 år med DT1, 30 pasientar i CBT gruppa og 31 i NDC- gruppa.
Resultat	Pasientane i CBT viste forbetring eller vedlikehald HbA1c nivået etter 24 månadar samanlikna med NDC. Ved bruk av NDC blei gjennomsnitts HbA1c-verdi forverra frå 68 til 78mmol/mol, medan ved CBT blei HbA1c-verdien oppretthaldd. Pasientar med depressiv score viste i CBT-gruppa forbetring i HbA1c over tid frå 70 til 67mmol/mol, men ikkje i NDC-gruppa, men kjensla av meistringsevna forbedra seg i begge gruppene over tid
Kritisk vurdering	Ingen vesentleg kritikk identifisert i artikkelen.

Figur 3: Artikkel 2 - Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes (Caccavale, et al. 2019)

Forfattar	Caccavale, Corona, LaRose, Mazzeo, Sova og Bean
Årstal	2019
Land	USA
Tidsskrift	Pediatric Diabetes
Studiens hensikt	Studien undersøker korleis ein kan forbetre HbA1c og eigenmestring ved hjelp av motiverande intervju som eit rammeverktøy og korleis ein kan møte barnet på mest mogleg måte, i kva grad barnet kjenner meistringstillit når det kjem til å sjølv styre sjukdommen og i kor stor grad barnet fylgde opp behandlingsregime.
Metode	Kvalitativ studie, motiverande samtale. Deltakarar: 55 ungdommar mellom 13 og 18 år med DT1 og deira hovudpårørande, endokrinologisk pediatrar og diabetessjukepleiarar.

Resultat	<p>Ved overtaling og konfrontasjon blei HbA1c-verdien forverra, samt haldningane til medisinske råd og det blei registrert lågare eigenmestring.</p> <p>Motiverande intervju kan ha potensiale til å forbetra eigenomsorga i ei sårbar fase og sjukepleiarar bør dermed ta utgangspunkt i dette kommunikasjonsverktøyet</p>
Kritisk vurdering	Få sjukepleiarar som deltok i undersøkinga.

Figur 4: Artikkel 3 - Self-care Support in Paediatric Patients with Type 1 Diabetes: Bridging the Gap Between Patient Education and Health Promotion? A Review (Pelican, et al. 2015)

Forfattar	Pelican, Fournier, Le Rhun og Aujoulat
Årstall	2015
Land	Belgia
Tidsskrift	Health expectation
Studiens hensikt	Undersøker korleis omgrepet eigenomsorg, tatt ut frå helsefremming, har blitt brukt i samanheng med undervisning for pediatrike pasientar med DT1. Undersøker også kva faktorar som påverkar støtte knytt til eigenomsorg.
Metode	Litteraturstudie 30 ulike artiklar av kvalitativ metode i søkedabasene Medline og PsychInfo
Resultat	<p>Eigenomsorg blir definer som eit sett av sjukdomsrelaterte handlingar. Både når det kjem til det som er sjukdomsrelatert, og det som er knytt til dagleglivet.</p> <p>Studien viser at helsepersonell i samsvar med prinsippa om helsefremming i form av eigenomsorg bør støtte ungdommar med DT1 når det kjem til sjukdomsrelaterte handlingar, oppmuntre foreldra til å gjer seg delaktige i ungdommens handtering av sjukdommen samt visar engasjement ovanfor dei noko som viste forbetring av eigenomsorga</p>

Kritisk vurdering	Aldersgruppe det blir tatt utgangspunkt i blir ikkje presisert. Litteraturstudie/sekundærkjelde.
--------------------------	---

Figur 5: Artikkel 4 - An assessment of the experiences and needs of adolescents with chronic conditions in transitional care: a qualitative study to develop a patient education programme (Bomba, et al. 2016)

Forfattar	Bomba, Hermann-Garitz, Schmidt, Schmidt, Thyen
Årstal	2016
Land	Tyskland & Sveits
Tidsskrift	Health and Social Care in the Community
Studiens hensikt	Utforske erfaringane og behova til ungdommar med kroniske lidningar i overgangsperioden og å bruke desse funna til å utforme et generisk pasientopplæringsprogram.
Metode	Kvalitativ studie Intervju i grupper og individuelt Deltakarar: ungdommar frå 15 år og oppover, data frå 29 ungdommar med kroniske lidningar som DT1 (12 pasientar), cystisk fibrose (CF)(7 pasientar) og kronisk inflammatorisk tarmsjukdom (CIBD)(10 pasientar) Totalt 3169 tekstseksjonar blei koda og inkludert i den endelege analysen. Totalt 938 uttalingar frå ungdommar med DT1
Resultat	Resultata avslørte høg kompetanse i handtering av kroniske lidningar, med identifiserte hull i helsetenesta og uoppfylte behov. Å utveksla idear, meir spesifikk informasjon med jamaldrande om spørsmål angående ungdomshelse, blei sett på som positivt. Dei hadde behov for å snakke om den nye rolla som pasient, sosial støtte, orientering i helsevesenet, lausriving frå foreldra, stresshandtering, aktivering av ressursar og utvikling av personlege mål. Pasientopplæringsprogram i grupper var effektivt . Dei ledande prinsippa var iden om empowerment som viste å støtte sjølvleing og meistring.

Kritisk vurdering	Har også fokus på andre kroniske lidingar enn DT1. Alder 16+
--------------------------	---

Figur 6: Artikkel 5 - Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents (Kelo, et al. 2013)

Forfatter	Kelo, Eriksson, Erikson
Årstal	2013
Land	Finland
Tidsskrift	Journal of Caring Sciences
Studiens hensikt	Utforske kva element som var viktig i eit pasientopplæringsprogram under sjukehusinnlegging, som ein del av eit prosjekt for å utvikla undervisning til pasientane.
Metode	Kvalitativ studie, intervju Barn i alder 5-12 år, med kroniske sjukdommar og deira foreldre. Totalt 15 familiar som deltok.
Resultat	Funna viser viktigheita med god kompetanse og empowerment blant sjukepleiarar for at undervisninga skal vera hensiktsmessig for familiar som har barn med kroniske sjukdommar. Empowerment bestod av tilstrekkeleg informasjon, utvikling av evne til å handtera sjukdommen og god oppleving av utdanninga, i tillegg til ei positive erfaring.
Kritisk vurdering	Inkluderer heile familien, mykje fokus på foreldra. Barn under 10år er også inkludert

Figur 7: Artikkel 6 - Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives (Freeborn, et al. 2013)

Forfatter	Freeborn, Dyches, Roper, Mandleco
Årstal	2013
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Studiens hensikt	Finne ut kva perspektiv og utfordringar barn med DT1 opplever, slik at sjukepleiarane kan tilpassa strategien til pasientane.

Metode	Kvalitativ, intervju Deltakarar: 6-18 år, 16 barn og unge med DT1 deltok
Resultat	Lågt blodsukker, å tre ut av aktivitetar fordi dei kjende seg dårleg og kjenne seg åleine og annleis var dei tre tema barna såg på som utfordrande. Studien konkluderer med at desse utfordringane må løysast for å hjelpa ungdommen i å læra å handtera sjukdommen og fremma sunne resultat.
Kritisk vurdering	Barn under 10år er også inkludert.

3.2. SAMANFATTA RESULTAT

Eg har brukt Aveyards (Tidemann, 2019, s.96) beskriving av ein tematisk analyse, for å identifisera likskapen og ulikskapane i artiklane. Ved å gå igjennom notat og fargekodar er det visse tema som gjenspeglar seg i artiklane. Dette var tema som tilnærming, støtte, kunnskap og kartlegging. Hovudtema frå kvar artikkel vil bli presentert og resultatata vil belyse to hovudtema med underpunkt som ein del av tiltaka for å fremme meistring.

Tilnærming og støtte bidrar til meistring

Fleire av studiane peikar på tilnærminga som ein viktig del av det å kunne oppnå meistring, men i ulike situasjonar og samanhengar. Eg har valt å belyse fire artiklars resultat som seier noko om dette.

Pelicand, et al. (2015) fant at den psykososiale helsa er viktig å ivareta. Det blei forventa at helsepersonell skulle evaluere, støtte handteringa av diabetesrelaterte oppgåver og overvake kortsiktig og langsiktige framsteg. Studien fant at ved å oppfordre barn til å utrykke seg, snakke om andre tema knytt til helse, gje dei støtte, vise at me er interesserte i barnet som enkeltindivid og ikkje berre som pasient vil vi kunne støtte barnet i ulike livssituasjonar og dei sosiale bekymringane barnet kan ha. Funna viser at eit godt samarbeid med foreldra er viktig for å oppnå best mogleg eigenomsorg ovanfor barnet.

Studien til Kelo, et al. (2013) fant at sjukepleiaren burde ivareta barnet og familien, fremme velværet ved å lindra smerte og frykt, tilby emosjonell støtte, kunnskap om korleis ein skulle

meistre sjukdommen og ferdigheitar til å ha ein god dialog. Funna viser at vennlegheit, tolmodigheit, evna til å halde seg roleg, vera oppmuntrande og ha sans for humor var nyttig i sjukepleiar-pasientdialogen. Dette ved å oppfordre barna til å utrykke seg, gje støtte og vise interesse til barnet som enkeltindivid, ikkje berre som pasient. Ved ein trygg og god atmosfære der det var lett å snakke, stille spørsmål og utrykke meiningar blei pasientmedverknaden fremma.

Studien til Bomba, et al. (2016) fant at støtte er ein viktig del av meistringa, å dele erfaringar og tips med jamaldra med same helseproblem var nyttig for å betre meistringsevna. Funna viser at tema som seksualitet, medikament, alkohol, familieplanlegging var tema dei ynskja informasjon om, men som ikkje var tilstrekkeleg prioritert, særleg når foreldra var til stade. Funna viser også at ungdommar med kroniske lidingar har eit stort behov for informasjon, god kommunikasjon og vurdering av dette var anbefalt som ein del av opplæringa.

Studien til Freeborn, et al. (2013) fant tre hovudtema som barna nemnte som utfordrande. Det var lågt blodsukker, og at kjensla av dette var ubehageleg. Dei likte heller ikkje å måtte tre ut av aktivitetar fordi dei kjende seg dårleg, eller utføre eigenomsorgsaktivitetar som å måle blodsukker eller administrere insulin. Å kjenne seg åleine og annleis var det tredje tema barna såg på som utfordrande. Funna i studien og relevansen til klinisk praksis leda til konklusjonen om at sjukepleiar burde løyse desse utfordringane for å hjelpe barna i å lære å handtera sjukdomen og fremma sunne resultat.

Salutogenese og empowerment som verkemiddel i tilnærminga

Fleire av studiane brukar indirekte empowerment og salutogenese som verkemiddel i tilnærminga til pasientane, men det er to artikkelar som har hovudfokus på omgrepet empowerment.

Studien til Bomba, et al. (2016) fant at eit pasientopplæringsprogram som fremmer ungdommens kjensle av meistringsevne og empowerment, forbereder ungdommen til å bli sjølvstendig. Dei leiande prinsippa i opplæringsprogrammet var ideen om empowerment ved å støtta ungdommen gjennom ulike interaktive metodar for å utvikle tilstrekkeleg kunnskap, ferdigheitar, forståing og motivasjon angående deira kroniske tilstandar.

Det pedagogiske utfallet i studien til Kelo et al. (2013) blei beskrive som empowerment eller mangel på dette. Funna viser at god kompetanse blant sjukepleiarar er viktig for at undervisninga skal vera hensiktsmessig for barnet og familien.

Kunnskap og kompetanse bidrar til meistring

Bomba, et al. (2016) fant at ungdommane hadde høg kompetanse over sjukdommen og at høg kompetanse er eit viktig tema, men at helsetenesta ikkje oppfylte behova til ungdommen.

Studien til Kelo, et al. (2013) fant at sjukepleiaren burde ha kunnskap, kompetanse innan sjukepleie og undervisningslære, som dreia seg om å tilpasse seg barnets alder, finne aktivitetar som passar for barnet, bruke kommunikasjon på ein måte som barnet forstår, og gje ansvaret for eigenhandtering av sjukdommen til barnet, avhengig av alder. Funna viser at å kombinere rådgivinga med verbalt og skriftleg opplæring og gjenta informasjon meistra barna undervisningsmetoden betre (Kelo, et al. 2013).

Kartlegging bidrar til meistring

Funna i studien til Caccavale et al, (2019) viste at konfrontasjon og overtaling var assosiert med dårlegare resultat. Etter ein og tre månadar blei barna dårlegare til å fylgje opp behandlingsregimet og både HbA1c og meistringstilliten blei dårlegare. Funna viser at ei kommunikasjonstrening som går ut på å praktisera motiverande samtale på ein måte som ikkje nytta overtaling eller konfrontering, kunne ha potensialet til forbetra barnets eigenomsorg i ei sårbar fase, og dermed bidra til eigenmeistring.

Studien til Wei, et al. (2018) fant at både CBT (Kognitiv åtferdsterapi) og NDC (Ikkje direktiv støttande rådgiving) kunne auke kjensle av meistring, trua på eige evne, rådsnarheit og sjølvssikkerheit til å møte forskjellige situasjonar for å oppnå målet dei hadde satt seg. Likevel viser funna at NDC ikkje var meir effektiv enn CBT i det psykososiale aspektet, men at NDC-gruppa også hadde ein forbetring i depresjonsskoren over tid. Studien konkluderer dermed med kartlegging som essensielt for å iverksette den mest effektive behandlingsforma.

4.0. Drøfting

«Korleis kan sjukepleiarar gjennom vegleing og undervisning fremme meistring hjå barn med diabetes type 1?».

4.1 TILNÆRMING OG STØTTE BIDRAR TIL MEISTRING

Wei, et al. (2018) skiv i studien sin at å ivareta den psykiske helsa er sentralt for å ivareta barnets evne til å utføre det fysiske. Orem teori underbygger dette ved å sjå mennesket som ein heilskap (Orem & Taylor, 1986). For barn med DT1 blir kvardagen i stor grad prega av å utføra eigenomsorgsaktivitetar som planlegging i form av når ein skal ete, kva ein bør ete og deretter kor mykje insulin ein må injisere i forhold til blodsukkeret, noko barn utan DT1 ikkje behøver å bekymre seg for (Pelicand, et al. 2015; Freeborn, et al. 2013). Barna kan bli trekt ut frå timen i klasserommet, eller frå aktivitetar med venner for å måle blodsukker og administrere insulin. De kan dermed få kjensla av å vera annleis og føla seg utanfor. Dette beskreib barna i studien til Freeborn (2013) som grunnen til at dei kjende seg utanfor. Dette resulterte i at barna nokon gongar unngjekk å måle blodsukkeret eller setje insulin fordi dei ikkje ville bli sett på som annleis. Ein kan på bakgrunn av dette sjå samanhengen mellom den psykososiale og fysiske helsa og korleis dei kan påverka kvarandre. Antonovsky meina også at heilskapen er viktig for å kunne sjå samanhengen mellom sjukdom og helse (Larsen, 2018, s.40-41). Dette var nok den største utfordringa eg sjølv kjende på i den nydiagnostiserte fasen. I likskap med studien tenker eg dermed med at sjukepleiarane bør tar tak i desse utfordringane, forstår perspektivet til aldersgruppa, lyttar til bekymringane, samt ha ei heilskapleg tilnærming ved å vegleie, støtte og utvikle ein strategi for å fremme helse og redusere barnets kjensla av å vera annleis. Retningslinjene for diabetes underbygger dette då sjukepleiaren også må sjå på det psykososiale aspektet av å få en kronisk sjukdom (helsedirektoratet, 2021). Studien til Pelicand, et al. (2015) støtter opp under resultatata til Kelo, et al. (2013), om fokus på dei psykososiale utfordringane sjukdommen bringar med seg. Dette ved å lytte til barnas kjensler og behov for å danne eit godt utgangspunkt for vegleing og undervisning. I likskap med forskinga ser eg på det psykososiale som ein viktig del av det å kunne oppleve meistring og tenkjer at dette vil vera vesentleg å ta tak i med ein gong, slik at barnet tidleg blir i stand til å forholde seg til sjukdommen.

Det kjem fram i Pelicand, et al. (2015) at helsepersonell bør oppfordra foreldra til å engasjer seg i behandlinga og den daglege handteringa av barnets tilstand, for å støtte til meistring. Dei fleste inkluderte studiane nemnar pårørande og familiestøtte som ein viktig faktor for barnets meistring. Orem hevdar at støtte ofte blir utført i samanheng med vegleing, og at dette kan hjelpe å tilfredsstille barnets eigenomsorgskrav. I likskap med dei inkluderte artiklane tenkjer det er vesentleg å inkludera familien og pårørande når ein skal sjå på pasienten som heilskap. I artikkelen til Bomba, et al. (2016) kjem det derimot fram at foreldre kunne vere ein hindring i kontakten mellom pasient og helsepersonell. Funna viser at ungdommane ikkje var komfortable med å stille meir private spørsmål då foreldra som regel var med i samtale med helsepersonell. Studien hevder at ungdommen dermed bør få moglegheit til å vera uavhengige av foreldre, noko som blei sett på eit godt helsevesen for unge (Bomba, et al.2016). Foreldras rett på å bli inkludert og informert er derimot ein lovpålagt rett, med visse unntak (Pasient- og brukarrettighetslova §3-4, 1999). Ifølgje Bomba, et al. (2016) vil dette kunne auke barnets kjensle av sjølvbestemming og er viktig for at barnet skal kunne få svar på spørsmåla som kan bidra til betre meistring av sjukdommen. Sjølv om det er barnet som har diagnosen og burde vera i fokus for å få dekt behovet for informasjon, meina er likevel at forelda har ei stor og viktig rolle i meistringsprosessen til barnet, dei kan bidra til fysisk og psykisk støtte.

Funna i studien til Freeborn, et al. (2013) og Bomba, et al. (2016) vise at barna hadde nytte av å dele erfaringar og få støtte frå andre jamaldra. Eg tenkjer også at det er vesentleg å gje pasienten råd om å informer andre som er involvert i kvardagen til barnet om sjukdommen. Dette gjeld lærarar, eventuelle trenarar og venne. Vidare kan lærarane då snakke saman med dei andre elevane om kvifor denne eleven må gå ut av klasserommet eller blir tatt ut av aktivitetar. Eg trur dess meir openheit det er rundt sjukdommen, dess mindre utafør vil barnet kjenne seg. I enkelte situasjonar trur eg barnet kan kjenne meistring ved å la andre i klassen delta eller vera med å måle blodsukker eller administrera insulin, dersom alle parter er komfortabel med det. Dette vil også vera ein læresituasjon for barnet, samt så det kan bidra til å auke kunnskapen om den aukande sjukdom i befolkninga (Helsedirektoratet, 2021). Dersom barnet eller pårørande kjennar behov for meir informasjon, samtalar eller tettare oppfølging kan ein vise til dette. Årleg arrangerer diabetesforbundet leir og kurs for barn med diabetes, der barna får moglegheit til å møte andre i same situasjon

(Diabetesforbundet, u.å). Som funna til Bomba, et al. (2016) viser såg deltakarane på det å få råd, støtte og empati av dei som kjenner situasjonen best som ein stor fordel. Barna handterte då kvardagen betre og resultatane viste forbetra blodsukker Verdi og meistringskjensle. Ein ungdom som meistrar sin kroniske sjukdom kan fungera som eit forbilde i forhold til kunnskap og læring, samt så det kan fremme ei positiv helseåtferd (Bomba, et al. 2016). Dette kan også bidra til at barnet føler seg mindre åleine og annleis (Freeborn, et al. 2013). Eg har sjølv lært mykje av dei ulike kursa Diabetesforbundet tilbyr, men ikkje minst er fokuset på ha det kjekt. I korona-pandemien som no rår blir det også arrangert nettbaserte kurs med same fokus (Diabetesforbundet, u.å). På bakgrunn av dette tenkjer eg at sjukepleiarane burde informere og oppmuntre barna til å vurdere dette. Samt at dette er tiltak som vil fremme meistring i forhold til både dei psykososiale og fysiske utfordringane som følgjer med sjukdommen. Deling av kunnskap gjennom undervisning opnar også moglegheita for å fremme pasientens empowerment (Nortvedt og Grønseth, 2016, s.20-21)

4.1.2. Salutogenese og empowerment som virkemidlar i tilnærminga

I studien til Bomba, et al. (2016) blei det lagt vekt på å styrke pasientens uavhengigheit og sjølvbestemming. Empowerment blei brukt som ein nyttig strategi som aukar ungdommens beredskap og sjølvleiing, som aukar deira meistringskjensle. Teorien til Orem nemnar lite konkret om empowerment i sin sjukepleieteori. Eg meina likevel at dersom sjukepleiaren nyttar hjelpemetodane som omhandlar vegleiing og undervisning, kan barnet bli meir delaktig og auke si meistringsevna og grad av empowerment. Å delta aktivt er i samhøve med pasient- og brukarrettighetslova §3-1 (1999) ein lovpålagt plikt. Å få ta del i avgjersler, utrykke egne ynskjer og behov knytt til livssituasjonen kan bidra til eit individuelt behandlingstilbod av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2020). Ved hjelp av desse hjelpemetodane trur eg barna vil auke sine resursar for å ivareta eigenomsorga, men vil på vegen mot uavhengigheit ha behov for foreldras nærvære og større. Dette underbygger eigenomsorgsteorien til Orem i forhold til barn (Grønseth & Markestad, 2017, s.133-137).

I studien til Kelo, et al. (2013) var det for barna og foreldre viktig at sjukepleiaren hadde kunnskap om sjukdommen og korleis den kunne meistrast. Likevel meiner eg i likskap med Tveiten (2019, s.32) att sjukepleiaren ikkje skal gå inn i ekspertrolla og løyse problema for

pasienten. Dermed burde ein også ta utgangspunkt i Orems tre sjukepleiesystem som omhandlar i kva grad sjukepleiaren skal kompensera for pasientens eigenomsorgssvikt (Orem, 1991, s.287-293). Nokon av barna i studien til Bomba, et al. (2016) følt seg ekskludert i diskusjonar med barnelegane. Ingen av barna som hadde gått over til vaksenmedisin opplevde eit strukturert overgangsprogram i barneklubben. Studien konkluderer dermed med eit undervisningsprogram som tar for seg å styrke barnets behov å gjere det i stand til å møte sjukdommen og bli meir uavhengige av foreldra. Barna vil då kunne ta meir og meir over føringa, etter kvart som grada av empowerment blir styrka. Sjukepleiaren har god kompetanse på sitt område, men i fylgje Tveiten (2018, s.242) er det sjølv barnet som har mest kunnskap om seg sjølv og livet deira. Det er dermed viktig at sjukepleiaren lyttar og hjelper dei til eit felles samarbeid i staden for å ta over eller styrar situasjonen (Tveiten, 2019,s.32). Dei kan då finne ei løysing eller tiltak på eige hand som kan vera hensiktsmessig, og sjukepleiaren vil kunne støtte opp under dette. Funna til Wei, et al. (2018) støtter dette då god pasientsentrert kommunikasjon førte til høgare kompetanse i å handtera sjukdommen, som igjen er relatert til betre glykemisk kontroll og meistringskjensle. I studien til Kelo, et al. (2013) bestod empowerment av å få tilstrekkeleg informasjon, at barnet utvikla evne til å handtera sjukdommen og var fornøgd med utdanninga, i tillegg til ei positive erfaringar. Eg meina dermed i likskap med forkinga og Tveiten (2018, s.239) at sjukepleiaren bør vegleie og undervise barn til å styrka deira resursar, ved å auke deira ferdigheiter, kunnskap og sjølvstendigheit. Samarbeidet med sjukepleiar vil også kunne bli betre om barna blir meir bevisste på situasjonen og korleis den påverka dei. Til tross for sjukdommen kan det ved utskrivning frå sjukehuset føre til at barnet kan ta styring over sjukdommen og deira liv. At sjukepleiaren legg til rette for at barnet skal oppleve kjensle av meistring er i følgje Tveiten (2018, s. 238-238) ein helsefremmande salutogen faktor.

I likskap med funna i fleire av dei inkluderte studiane, førte sjukdommen til stress i kvardagen. Antonovskys salutogenesemodell beskriv stress som positivt dersom barnet meistrar det på ein hensiktsmessig måte (Gammersvik, 2018,s.117). I studien til Bomba, et al.(2016) kunne bruk av empowerment og salutogenese forhindre stress hjå barnet. Funn frå tidlegare forskingsartiklar støttar også opp om korleis bruk av salutogenese og empowerment har ei positiv effekt på samarbeidet, stress og barnets evne til å ta ansvar for sjukdommen (Modic, et al. 2012). Dersom barnet har ein aktiv deltaking, trur eg det over tid

kan kjenna seg resurssterk, betre rusta til å meistra sjukdommen og handtere stress, samt få ein sjølvstendig ansvar for behandlinga etter utskrivning. Eg synst det er viktig at barnet ikkje skal føle mangel på livsutfoldingar eller ha kjensla av å vera annleis, slik som studien til Freeborn, et al. (2013) låg vekt på, og at dei skal kunne ha eit så normalt liv så mogleg.

4.2. KUNNSKAP OG KOMPETANSE BIDRAR TIL MEISTRING

I studien til Pelicand, et al. (2015) blei det forventa at helsepersonell skulle informere, evaluere og støtter handtering av diabetesrelaterte oppgåver, og overvakar framsteg og behov i handtering av sjukdommen. For at sjukepleiaren skal fremme meistring hjå barn er det nødvendig med gode kunnskapar og ferdigheiter. Som eg ser det er det mykje i sjukepleieteorien til Orem som er hensiktsmessig å nytte i møte med barnet for å auke barnets eigenomsorg, eigenomsorgsaktivitetar og kapasitet som bidrar til at barnet kan meistre kvardagen med sjukdommen. Ei bakside er derimot at hjelpemetodane til Orem kanskje ikkje sitt med sjukepleiarens kunnskap eller moglegheit til å undervise og vegleie barna (Kristoffersen, 2017B, s.18-23). Det kjem fram i studien til Kelo, et al. (2013) at sjukepleiarane ikkje dekkja behovet for god nok kunnskap og informasjon, eller underviste tilstrekkeleg. Dette resulterte i bekymring angående heimreise. Eg tenkjer at mangel på god nok kunnskap i forhold til sjukdomen eller mangel på kompetanse til å gje råd, informasjon og vegleining kan vera ei årsak til dette. Av erfaring har eg merka kor kompleks sjukdommen DT1 er, og i likskap med dei yrkesetiske retningslinjene ser eg behovet for å tileigne seg ny kunnskap og halda seg fagleg oppdatert for at vegleinga og undervisninga til pasienten skal vera tilstrekkeleg (NSF, u.å). I følgje pasient- og brukarrettigheitslova §3 er rett på informasjon ein lovfesta plikt. Studien til Kelo, et al. (2013) underbyggjer viktigheita av dette då pasientundervisninga blei oppfatta som positivt då sjukepleiaren gjedde både munnleg og skriftleg informasjon, samt repeterte informasjonen.

Sidan fleire barn i studien til Freeborn, et al. (2013) hadde utfordringar med lågt blodsukker og sjølvomsorgsaktivitetar, ser eg på det som nyttig at sjukepleiaren har kunnskap og legger vekt på desse utfordringane under undervisning og vegleining. Om barnet kan handtera utfordringar og bli forberedt på desse kan det i følge Antonovsky vera med å skape meistringskjensle og betre barnets helse framover (Tveiten, 2018, s.238-239). For barn med nyoppdaga diabetes vil det dermed vera nødvendig å få informasjon frå sjukepleiaren om

symptom høgt og lågt blodsukker gjer. Om barnet eksempelvis har kjent seg slapp, sliten eller svimmel, kan sjukepleiaren bekrefte desse kjenslene opp mot lågt blodsukker. Barnet kan på denne måten kjenne igjen symptom på lågt blodsukker og føle ein viss tryggleik då dei veit kvifor dei har desse kjenslene (Grønseth & Markestad, 2017,s.323). Å kunne gjenkjenna dette er også avgjerande for å kunne handle hensiktsmessig (Freeborn, et al. 2013). Dette vil også spele inn på å auke barnets moglegheit til å meistre kvardagen.

4.2.1. Kartlegging bidrar til meistring

I den nydiagnostiserte fasen vil det vera utfordrande å læra seg nye kunnskapar og ferdigheitar for å utføre eigenomsorgsaktivitetane (Freeborn et al., 2013). Kartlegging av barnets kunnskapar og ferdigheiter vil lage eit grunnlag for vegleiinga og undervisninga (Skaug, 2017,s.358-360). Det kan vera skummelt og ubehageleg for barna å stikke seg sjølv. Basert på resultatane frå studiane har ikkje barna store utfordringar med å utføre desse aktivitetane og lære seg teknikkane. Freeborn et al. (2013) skriv her at sjukepleiaren har ei viktig oppgåva i å undervise barnet om teknikkar i å utføre aktivitetane, samt meiner eg det er viktig og vera oppmuntrande, bekrefte kjenslene som måtte komme og i tillegg legger til rette for at barnet skal lykkast. Som sjukepleiesystema til Orem hevder bør sjukepleiaren likevel kartlegge i kva grad sjukepleiaren bør kompensera for eigenomsorgsvikta. Dette underbygger også prinsippet om situert læring der sjukepleiaren bør la barnet forsøke på eige hand, og når barnet kjennar seg tryggare på sjukdommen bør sjukepleiaren gå inn i rolla som vegleiar ved å støtte og rettleie barnet i gjennomføringa av oppgåvene (Lyngsnes & Riskmann, 2020,s.27). Orem (1991,s.287-293) skriv at å lære barn nye ferdigheiter som ivareteke eigenomsorga kan ta tid. At sjukepleiaren er tolmodig og støttande er dermed vesentleg. Etter kvart som barnet klarar å gjennomføre oppgåvene på rett måte kan dette deretter føre til meistring sjølv i ein ubehageleg situasjon. Det vil også føre barnet eit steg nærmare mot å ta tilbake sjølvstendigheita i kvardagen. I likskap med Grønseth og Markestad (2017, s.323-324) trur er dermed at kartlegging av barnets utgangspunkt vil gjer barnet betre rusta til å handtera sjukdommen i dagleglivet, bygge opp barnets moglegheit til å meistre sjukdommen og fremme helse. Samt kan det hjelpe sjukepleiaren til å stille dei rette spørsmåla, finne riktige svar og bidra til gode avgjersler (Kristoffersen, 2017A, s.327 & 335).

Studien til Caccavale, et al. (2019) konkluderer med at motiverande samtale har som metode potensiale til å styrka og motivera barnet til å endre livsstilen knytt til DT1. Metoden skal skape endring, motivasjon og meistring (Haugan & Sætertrø, 2018,s.260). På ei side viser funna at konfrontering og overtaling hadde ein negativ effekt for meistringskjensla, men det kunne for nokon ungdommar vera nyttig for å forstå alvoret av sjukdommen, og for å lage gode rutinar som forebygger seinkomplikasjonar, samt var det meir effektivt for barn som i utgangspunktet ikkje fylgde behandlingsplanen (Caccavale, et al. 2019). Om barnet har laga seg dårlege rutinar er det viktig at sjukepleiaren tar tak dette, slik at desse rutineane ikkje vevarar vidare. Studien til Wei, et al (2018) resulterer i seg sjølv at ved bruk av kognitiv åtferdsterapi (CBT) kan ein forebygge forverra HbA1c-verdi og barna kan oppnå ein funksjonsevne som til ein viss grad kan svare til normalfunksjon. Metoden skal støtte pasienten til å meistre sine problem, eventuelt endre uhensiktsmessige tankemønster og åtferd. NDC er i seg sjølv mindre direktiv, mindre målretta, meir støttande og utøver mindre press og forventningar på pasientane enn CBT (Wei, et al. 2018). Eg tenkjar dermed at dette kan støtte resultatet av forbetra angst scoren i NDC gruppa. I klinisk praksis vil fullstendige formelle kurs med CBT eller andre psykologiske terapiar som krev mykje arbeid og initiativ vera unyttig bland pasientar som ikkje er motiverte (Wei, et al. 2018; Haugan & Sætertrø, 2018,s.260). Eg ser dermed på motiverande samtale som i studien til (Caccavale, et al. 2019) som ein meir nyttig teknikk hjå desse pasientane. Dette viser at kartlegging av barnet vil vera nyttig for å veta korleis ein skal bruke kommunikasjonen i vegleie og undervise, samt så det kan bidra til god personsentrert vegleing som vil auka sjansen for at barnet opplever meistring.

5.0 KONKLUSJON

For å oppsummera hovudpunkta i diskusjonen, ser eg på sjukepleiarens oppgåver under vegleing og undervising til barn med diabetes som komplekse. For at det skal gå føre seg på ein hensiktsmessig måte er det mykje som må vera på plass. Eg meiner at alt eg har beskrive burde vera tilstede for at sjukepleiaren skal kunne fremma meistring hjå barnet gjennom vegleing og undervisning.

Å fremma meistring hjå barn med diabetes handlar om å ta vare på både den fysiske og psykiske helsa. Sjukepleiaren bør derfor gjennom vegleiing og undervisning diskutere utfordringane, forstå perspektiva til aldersgruppa, lytta til deira bekymringar og jobba saman med barnet for å utvikle strategiar som fremmar meistring, minimera komplikasjonar, redusere eller eliminere kjensla av å vera annleis eller åleine, og involvera foreldra og andre som støtteapparat.

Sjukepleiaren bør i møte med barnet nytte empowerment og salutogenese som verkemiddel i undervisninga og vegleiinga. Dei må ha tilstrekkeleg kunnskap om sjukdommen, behandlinga, barnets psykososiale behov, gode evnar til å gje råd og informasjon, vegleie og undervise basert på barnets behov. Sjukepleiaren bør innhente seg tilstrekkeleg kunnskap og halde seg fagleg oppdatert for å sikre god kvalitet i sjukepleieutøvinga, utvikle og fornye eigen praksis. I tillegg bør sjukepleiaren sørge for å gje tilstrekkeleg og forståeleg informasjon og kvalitetssikre at informasjonen er forstått. Dette vil gjere barnet meir inkludert og medverke i behandlinga av sjukdommen sin, auke deira grada av empowerment, som aukar deira evna til å meistre. Vidare konkludere eg med at sjukepleiaren må sørgje for at barnets rettighet til å medverke og ytre sine ynskjer og behov blir ivaretatt.

Ved å bruke kartleggingsverktøy som motiverande intervju kan sjukepleiaren tilpasse kommunikasjonsmåte, og samtidig kartlegge ungdommars tankar om vidare oppfølging. Ved hjelp av kognitiv åtferdsterapi kan sjukepleiaren støtte pasienten i å meistre sjukdommen, endre uhensiktsmessig tankemønster og åtferd og vil vera meir effektivt enn ikkje direktiv støttande rådgiving, men igjen må dette kartleggast ut frå pasientens sjukdomsbilde.

Sidan stadig fleire barn blir diagnostisert med DT1 og dermed må lære seg å leve med sjukdommen ser eg på å sjukepleiaren kompetanse på dette feltet som vesentleg for vidare klinisk praksis. Funna visar viktigheita av den kunnskapen og kompetansen som krevjast av sjukepleiaren som gjer opplæring til barn med DT1 og evna til å vegleiing og undervisning. Denne kunnskapen kan brukast til å fremme sjukepleiarens profesjonelle opplæring og til å utvikle pasientutdanning som kan bedra barnets meistring av liv og helse.

REFERANSE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1987)
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care - A practical guide* (3.utg.). Open University Press.
- Barth, T. (2020). Motiverende intervju (MI)- samtale om endring. I A. Vågan (Red.), *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s.139-158). Gyldendal Akademisk.
- Bomba, F., Hermann-Garitz, C., Schmidt, J., Schmidt, S. & Tyhen, U. (2016. 15 mai). An assessment of the experiences and needs of adolescents with chronic conditions in transitional care: a qualitative study to develop a patient education programme. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), s. 652–666.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12356>
- Bratke, H., Bangstad, H. J & Njølstad, P.R (2020). *Diabetes mellitus: Norsk barnelege forening- Generell veileder i pediatri*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5964&key=144423>
- Caccavale, L. J., Corona, R., LaRose, J. G., Mazzeo, S. E., Sova, A. R. & Bearn, M. K. (2019, 8. januar). Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 20(2), s.217-225.
<https://doi.org/10.1111/pedi.12810>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne I. (2015). *Forskingsmetode for sykepleieutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Christophersen, Y. (2018). *Mestring av livet med diabetes type 1*. Fagbokforlaget.
- Claudi, T. (2014). Helsevesnets rolle – spesialisthelsetjenesten. I S. Vaaler & T. Møinichen (red.). *Diabeteshåndboken* (s. 19-22). Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal akademisk.

Diabetesforbundet. (2021, 12. April). *Blodsukker og måling*.

<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/blodsukker/>

Diabetesforbundet. (2020, 26. oktober). Brukermedvirkning i helsetjenesten.

<https://www.diabetes.no/felles/leksikon/b/brukermedvirkning/>

Diabetesforbundet. (u.å). *Ung med diabetes*. <https://www.diabetes.no/felles/ung-med-diabetes/ungdiabetes-arrangement-side/>

Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. & Mandleco, B. (2013, 11. Januar). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), s.1890-1898. <https://doi.org/10.1111/jocn.12046>

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg. s.112-134). Fagbokforlaget

Gjørsvund, P., Huseby, R. & Barstad, S. (2016). *Psykologi 1: Menneskets utvikling* (2.utg.). Cappelen Damm.

Grey, M., Boland, E.A., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., Tramborlane W.V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21(6), s. 909-914. <https://doi.org/10.2337/diacare.21.6.909>

Grottdal, S. (2016, 25. November). *Ferre enn én av tre når behandlingsmålet*.

Diabetesforbundet. <https://www.diabetes.no/mer/nyheter-om-diabetes/2016/nar-ikke-behandlingsmalene/>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4.utg). Fagbokforlaget.

Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes: type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne* (3.utg). Cappelen Damm.

Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg. s.135-156). Fagbokforlaget.

Haugan, P. S & Sømtertrø, O. (2018). Motiverende intervju – helsefremmende samtale. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg. s.259-275). Fagbokforlaget

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2021, 16. mars). *Diabetes*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helsedirektoratet (2020, 2. juli). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/god-kvalitet-og-faglig-forsvarlighet-innen-koordinering-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet. (2019, 6. februar). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*.

<https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

Helsedirektoratet. (2016, 14 september). *Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen#opplaering-i-spesialisthelsetjenesten-for-nydiagnostiserte-pasienter-med-diabetes>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal-diabetesplan-171213.pdf>

Jessen, T. (2017). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg. s.387-399). Gyldendal Akademisk.

- Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. (2013, desember). Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), S.894-904.
[Http://doi.org/10.1111/scs.12001](http://doi.org/10.1111/scs.12001)
- Kristoffersen, N. J. (2017). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s. 296-340). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s.16-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 1, s.194-265). Gyldendal Akademisk.
- Klepp K-I., Stigen, O. T. & Aarø, L. E. (2017). Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge. I K-E. Klepp & L. E. Aarø (red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4.utg., s.17-37). Gyldendal Akademisk
- Langeland, E. & Holvik, T. N. (2020). Salutogen helsefremming i grupper. I A. Vågan (red.). *Helsepedagogiske metoder: Teori og praksis* (s.92-111). Gyldendal Akademisk
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2.utg., s.37-49). Fagbokforlaget.
- Lyngsnes, K. & Riskmann, M. (2020). *Didaktisk arbeid*. Gyldendal norsk forlag.
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonale helse- og sykepleieplan (2016-2019)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid – Ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2.utg. s.14-36). Fagbokforlaget.
- Modic, M. B., Canfield, C., Kaser N., Sauvey, R. & Kukla, A. (2012, september-oktober). A diabetes management mentor program: outcomes of a clinical nurse specialist initiative to empower staff nurses. *Clin Nurse Spec*, 26(5), s.263-71.
<https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e318263d73d>
- Mosand, R. D. & Stubberud D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (5.utg. s.51-81) Gyldendal akademisk.
- Nordvest, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie: funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg. s.18-39) Gyldendal akademisk.
- Norsk barnelegeforening (2020). *Pediatriveileder: Diabetes mellitus*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=5962&menuitemkeylev2=5964&key=144423>
- Norsk Legemiddelhåndbok (2018, 19. September). *T3 Endokrine sykdommer*.
Legemiddelhandboka.
[https://www.legemiddelhandboka.no/T3/Endokrine sykdommer](https://www.legemiddelhandboka.no/T3/Endokrine_sykdommer)
- NSF. (u.å.) Yrkesetiske retningslinjer.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiskeretningslinjer>
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of practice*. St. Louise: Mosby-Air Book, Inc.
- Orem, D.E. (1985). A concept og self-care for the rehabilitation Client. *Rehabilitation nursing*, May/june, 10 (3): 33-36. DOI: [10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x](https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1985.tb00428.x)
- Orem D.E. & Taylor, S.G. (1986). *Orem's General Theory of Nursing. Case Studies in Nursing Theory*. P. Winstead-Fry (Red.). National Lag for Nursing.
- Pasient- og brukarrettighetslova (1999). *Lov om pasient og brukarrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Pelicand, J., Fournier, C., Rhun, A. L. & Aujoulat, I. (2015, juni). Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review. *Health Expectations*, 18(3), s.303-311.
<http://dx.doi.org/10.1111/hex.12041>
- Skaug, E-A. (2017). Klinisk vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 1, s.337-376). Gyldendal Akademisk.
- Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. & Gani, O. (2020). *Barnediabetesregisteret: Årsrapport 2019 - med plan for forbedringstiltak*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/%C3%85rsrapport%202019.pdf>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). Veiledning som metode i empowermentprosessen. I A. Vågan (Red.), *Helse-pedagogiske metoder: Teori og praksis* (s. 73-89). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning: mer enn ord* (5.utg). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg. s.238-258). Fagbokforlaget.
- Vågan, A. & Hvinden, K. (2020). Introduksjon. I A. Vågan (red.). *Helse-pedagogiske metoder: Teori og praksis* (s. 13-21). Gyldendal Akademisk
- Wei, C., Allen, R., Tallis, P. M. Raya, F. J. Hunt, L. P. Shield, J. P. H & Crowne, E. (2017, 17. april). Cognitive behavioural therapy stabilises glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes—Outcomes from a randomised control trial. *Pediatric Diabetes*, 19(1), s.106-113. <https://doi.org/10.1111/pedi.12519>

Vedlegg 1: PICO skjema.

Tittel/arbeidstittel på prosedyren:			
Å leve med ein kronisk sjukdom, utan ein dag fri			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
Korleis kan sjukepleiarar gjennom vegleiiing og undervisning fremme meistring hjå barn med diabetes type 1?			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Child Diabetes type 1	self- efficacy Guidance children or adolescents or youth or child or teenager Instruction empowerment or empowering or empower childcare Patient education		Fremme meistring Eigenomsorg Empowerment Støtte

Vedlegg 2: Søkedokumentasjon

Tabell med oversikt over søk i CHINAL:

Artikkel-Nummer	Søkeord	Database	Kombinasjonar	Mengde treff	Leste abstrakt	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
1	1. Diabetes mellitus type 1 2. self- efficacy 3. Guidance 4. children or adolescents or youth or child or teenager	CHINAL	1 2 3 4 Avgrensa til år 2015 1 AND 2 AND 3 AND 4	32 053 30 539 61 281 829 472 4	4	1	Cognitive behavioural therapy stabilises glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes— Outcomes from a randomised control trial (Wei et al, 2018)
4	1. Diabetes mellitus type 1 2. empowerment or empowering or empower 3. children or adolescents or youth or child or teenager	CHINAL	1 2 3	32 105 28 347 839 770	3	2	An assessment of the experiences and needs of adolescents with chronic conditions in transitional care: a qualitative study to develop a patient education programme

	4. Patient education		4 1 AND 2 AND 3 AND 4 Avgrensa til år 2015	88 612 11			(Bomba, et al. 2016)
	1. Diabetes mellitus, type 1 2. children or adolescents or youth or child or teenager 3. Instuction	CHINAL	1 2 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	27 401 829 883 42 600 39	4	0	0
	1 Diabetes type 1 2 children or adolescents or youth or child or teenager 3 empowerment or empowering or empower	CHINAL	1 2 3 1 AND 2 AND 3 Avgresa til 2015	32 126 831 434 28 382 60 24	5	1	0
5	1. Diabetes type 1	CHINAL	1 2	32 178 88 791	3	2	Perceptions of patient education during hospital

	2. patient education 3. children or adolescents or youth or child or teenager		3 1 AND 2 AND 3 Avgrensa til år 2011	833 039 354 179			visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents (Kelo, et al. 2013)
6	1. Diabetes type 1 2. children or adolescents or youth or child or teenager 3. chronic conditions	CHINAL	1 2 3 1 AND 2 AND 3 AND Avgrensa til 2011	32 178 833 039 39 837 214 136	3	1	Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives (Freeborn, et al. 2013)

Tabell med oversikt over søk i PubMed:

Nummer	Søkeord	Database	Kombinasjonar	Mengde treff	Lese abstrakt	Leste artiklar	Inkluderte artiklar
2	1. Diabetes type 1 2. children or adolescents or youth or child or teenager 3. patient education 4. self- efficacy	PubMed	1 AND 2 AND 3 Avgrenset til år 2015	18	4	2	Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes (Caccavale, et al., 2019).
3	1. Diabetes mellitus, type 1 2. childcare 3. children or adolescents or youth or child or teenager	PubMed	1.AND 2. AND 3. Avgrensa til år 2015	47 33	3	1	Self-care Support in Paediatric Patients with Type 1 Diabetes: Bridging the Gap Between Patient Education and Health Promotion? A Review (Pelican, et al., 2015).
	1. Diabetes mellitus type 1	PubMed	1 AND 2 AND 3 AND 4	4	3	0	0

	<p>2. self- efficacy</p> <p>3. Guidance</p> <p>4. children or adolescents or youth or child or teenager</p>						
	<p>1. Diabetes mellitus type 1</p> <p>2. Instruction</p> <p>3. children or adolescents or youth or child or teenager</p>	PubMed	<p>1 AND 2 AND 3 AND 4</p> <p>Avgrensa til år 2015</p>	<p>429</p> <p>111</p>	3	1	0

Vedlegg 3: Sjekkliste

Skjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Artikkel 1: Cognitive behavioural therapy stabilises glycaemic control in adolescents with type 1 diabetes- Outcomes from a randomised control trial (Wei, et al. 2018)

Del A: Innledende vurdering

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Det er trekt inn andre kjelder for å underbygge funna, funna er tilstrekkeleg diskutert både for og imot forskernes argumenter. Forskarane diskutert funna truverdig ved bruk av triangulering og respondentvalidering, funna er diskutert opp mot den opprinelege problemstillinga.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Forskarane har diskutert studiens bidrag med omsyn til eksisterande kunnskap og forståing, vurdert det funna opp mot dagens praksis og relevant forskingsbasert litteratur. Studien har avdekka behov for vidare forskning for å undersøke kva behandlingsindikasjonar, inkludert pasienteigenskapar, som mest synleg vil forbetre klinisk og kostnadseffektivitet av psykologiske inngrep hjå barn og unge med DT1.