



Ein usynleg sjukdom

Type 1-diabets hos barn

Av:

Kandidatnummer: 1

Namn: Benedicte Jensen Grindheim

An invisible disease

Type 1-diabets in children

Emnekode og namn: SK 152 Bachelor i Sjukepleie

Innleveringsdato: 2 november 2012

Tal ord: 6980

Rettleiar: Dagrun Kyrkjebø

Samandrag

Tittel: Ein usynleg sjukdom – Type 1-diabets hos barn

Bakgrunn: Rundt 375 000 har diabetes i Noreg, og av desse har rundt 25 000 type 1-Diabetes. Rundt 600 personar får kvart år beskjed om at dei har type 1-diabetes, omlag 300 av desse er barn under 15 år. Norge ligg på verdstoppen når det gjeld barnediabetes. Dei siste 30-åra har antall barn som får diabetes fordobla seg i Noreg. Totalt har over 2500 barn under 15 år type 1-diabetes i Norge (Diabetesforbundet, 2012).

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar legge til rette for og gjennomføre undervising til eit barn med nyoppdaga diabetes?

Framgangsmåte: Dette er en litteraturstudie som metode. Den er basert på pensum litteratur, sjølvvalt litteratur og tre forskingsartiklar.

Oppsummering: Hensikta med oppgåva er å undersøke korleis sjukepleiar kan legge til rette for og utføre undervising til barn med nyoppdaga type 1-diabets så kvardagen vert best mogeleg.

Summary

Title: An invisible disease - Type 1-diabetes in children

Background: Approximately 375,000 people in Norway have diabetes, and of these, around 25,000 have type 1 diabetes. Around 600 people are annually notified that they have type 1 diabetes, approximately 300 of which are children under 15 years. Norway top the world when it comes to childhood diabetes. Over the last 30 years, the number of children who get diabetes doubled in Norway. A total of 2500 children under 15 years have type 1 diabetes in Norway (Diabetes Association, 2012).

Problem: How can nurses facilitate and implement teaching of a child with newly diagnosed diabetes?

Solution: This is a literature study. It is based on the required reading self-selected literature and three research articles.

Summary: The purpose of the thesis is to examine how nurses can facilitate teaching and performing in children with newly diagnosed type 1-diabetes.

Forord

Aldri fred å få

«En livssykdom.

Ikke en livsstilssykdom. Og ikke en livstids dom, selv om det kanskje kan føles slik. Men altså en sykdom på livstid. Diabetes er det. Aldri en pause, ikke en eneste dag, ingen ferie. Diabetes er en sykdom uten lukkevedtekter, uten noen arbeidsmiljølov. Livet er fullt av viktigere ting. Som forelskelse, som å få barn, ta eksamen eller være sammen med gode venner. Men selv da er den der, sykdommen. Kanskje noen timers pause, men så er det igjen på tilde med ny dose, eller en blodprøve fra fingeren. Vi har diabetes. På livstid. Styrer selv, eller blir styrt- du må selv velge. For lykke kommer ikke an på hvordan du har det, men hvordan du tar det. Og det blir aldri fred å få» (Christophersen, 2004, s. 9).

Innholdsliste

1.0	Innleiing.....	3
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	3
1.2	Problemstilling.....	4
1.3	Avgrensing av problemstilling.....	4
1.4	Oppgåve oppbygging.....	4
2.0	Metode.....	5
2.1	Litteraturstudie som metode.....	5
2.2	Val av teori.....	5
2.3	Søkeord og databaser.....	6
3.0	Teoridel.....	8
3.1	Diabetes mellitus.....	8
3.1.1	Type 1-diabetes.....	8
3.1.2	Behandling og vedlikeholdsbehandling av barn.....	8
3.1.3	Konsekvensar for pasient med type 1-diabetes.....	10
3.2	Sjuepleie til barn.....	10
3.2.1	Barnas utviklingsstadiar - Initiativfasen.....	11
3.3	Undervisning og rettleiing.....	12
3.3.1	Sjuepleiar sin pedagogiske funksjon.....	12
3.3.2	Kva er undervisning?.....	13
3.3.3	Kva er rettleiing?.....	13
3.3.4	Undervisningsmetodar.....	14
3.4	Gjennomgang av forskingsartiklane.....	15
4.0	Drøfting.....	17
4.1	Det første møte.....	17
4.2	Innhald i undervisninga.....	19
5.0	Veikskap og styrke med oppgåva.....	23
6.0	Konklusjon.....	24
7.0	Litteraturliste.....	25

1.0 Innleiing

I 2002 sa World Health Organization (WHO) at 150 millionar menneske verden over hadde diabetes mellitus (diabetes). I følgje WHO vill desse talla doble seg dei neste 25 åra (Allgot, 2002, s. 20). Tal for 2012, 10 år seinare, viser ei betrakteleg auking. Nye tal viser at allereie så mange som rund 347 millionar menneske verda over allereie har diabetes (WHO, 2012).

Rundt 375 000 har diabetes i Noreg, og av desse har rundt 25 000 type 1-Diabetes. Rundt 600 personar får kvart år beskjed om at dei har type 1-diabetes, omlag 300 av desse er barn under 15 år. Noreg ligg på verdstoppen når det gjeld barnediabetes. Dei siste 30 åra har talet på barn som får diabetes dobla seg i Noreg. Totalt har over 2500 barn under 15 år type 1-diabetes i Norge (Diabetesforbundet, 2012).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Diabetes er eit aukande problem i verda, tala har dei siste 10 åra nesten tredobla seg, og det er fleire med diabetes i verda no enn kva som var forventa om 15 år i følgje WHO. WHO anslår at diabetesdødsfall vil auke med 2/3-delar mellom 2008-2030 (WHO, 2012). Dersom pasient med diabetes får god oppfølging, er det mindre sannsynleg at pasienten får seinkomplikasjonar som til dømes sår, hjartefeil, augeskadar eller nerveskadar. Dette blir rimelegare for samfunnet, og pasienten får eit betre liv (WHO, 2012).

I denne oppgåva har eg valt å skrive om korleis sjukepleiarar kan legge til rette for undervisning til barn med nyoppdaga diabetes type 1. Eg har lyst å fordjupe meg i barn og diabetes fordi dette er eit aukande problem, som eg vil komme borti i løpet av min karriere som sjukepleiar. I løpet av sjukepleiarutdanninga har eg hatt praksis på avdelingar der det har vore diabetespasientar. Som ferdigutdanna sjukepleiar kan eg ofte kome opp i situasjonar der ein pasient treng kunnskap om sjukdommen, samt undervisning for å meistre den nye livssituasjonen. Derfor meiner eg det er viktig å ha kunnskap om dette. Eg har erfart i løpet av sjukepleiarutdanninga kor mykje ein sjukepleiar undervis og rettleiar pasient og pårørande, bevisst og ubevisst.

Eg har og egne erfaringar eg vil bruke i oppgåva. Eg har vekst opp med ein bror som fekk diabetes som fireåring, dette er noko som gjer at interessa mi for diabetes er stor, og eg ønskjer å lære meir om dette.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar legge til rette for, og gjennomføre, undervisning til eit barn med nyoppdaga type 1-diabetes?»

1.3 Avgrensing av problemstilling

I denne oppgåva vil eg fokusere på korleis sjukepleiarar kan legge til rette for undervisning til barn i 4-5 års alderen med nyoppdaga type 1-diabetes på sjukehuset. Eg vel å skrive om type 1-diabetes grunna at denne typen er mest vanleg hos barn. Alder avgrensingar ser eg som hensiktsmessig, då barn gjennomgår ulike utviklingsfasar. Undervisninga er i hovudsak retta mot barnet, men foreldra er med i planlegginga og gjennomføringa. Mitt fokus vil vere på barnet. Eg vil ta føre meg den tida frå barnet får diagnosen og vert innlagt, til utskrivinga. Formålet med undervisninga er at barnet skal ha kunnskap, gjennomføre kvardagslege oppgåver og vere i stand til å ta vare på seg sjølv uavhengig av sin diabetes. Diabetesen skal ikkje vere eit hinder i kvardagen, barnet skal kunne styre diabetesen og ikkje verte styrt av sin diabetes.

1.4 Oppgåve oppbygging

Under punkt (pkt.) 1 har eg utreda problemstillinga og grunnar val av tema. I pkt. 2 har eg beskrive metodane for litteratur og forskingssøk. Teoridelen (pkt. 3) består av pensumlitteratur, forskning og sjølvvalt litteratur. I pkt. 4 har eg brukt litteraturen for å drøfte problemstillinga. I pkt. 5 har eg drøfta styrker og svakheiter i oppgåva. I pkt. 6 har eg konklusjon, før eg avsluttar med litteraturlista i pkt. 7.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Eg har valt å løyse denne oppgåva med å bruke systematisk litteraturstudie. Systematisk litteraturstudie skal samanstille og oppsummere resultat av relevante studiar (Dalland & Tygstad, 2012, s. 79). At det finnest tilstrekkeleg tal studiar av god kvalitet for å kunne vurdere og konkludere, er ein føresetnad for å gjere ei systematisk litteraturstudie. Mange kliniske problemstillingar kan løysast gjennom ein systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2012, s. 30).

2.2 Val av teori

Eg har samla litteratur frå biblioteket samt i pensumbøker som omhandlar diabetes, barn og undervisning.

Bøkene eg har nytta er i hovudsak retta mot sjukepleiarar, studentar og liknande, utanom boka til Hanås, *Type 1 Diabetes hos barn, ungdom og unge voksne* som er til og for familiar der barn, unge og unge vaksne har nyoppdaga diabetes.

Litteraturen eg har valt å samle inn, er frå bøker, forskingsartiklar og nettsida til Norges diabetesforbund. Målet er å få fram heilheita og samanhengen rundt temaet. Eg har besøkt barneavdelinga, der eg snakka med diabetessjukepleiar, og eg snakka med familie der barnet har diabetes. Funna frå samtalan vil eg bruke i drøftingsdelen.

Det skiljast mellom primære og sekundære kjelde. Primærkjelde er førstehandskjelde som bøker og forskingsartiklar, medan sekundærkjelde er framstilling som byggar på primærkjeder (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007, s. 139). Ei sekundærkjelde som ein systematisk oversikt, gir meir tyngde enn ein enkeltstudie. Den vil gje lesaren ein oversikt over eksisterande forskning og en sparer mye tid. Ei systematisk oversiktsartikkel er rangert høgare enn primærkjelde, fordi den oppsummerar, tolkar andre sine funn, er grundig vurdert og fangar et bredt spekter av forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007, s. 144)

2.3 Søkeord og databaser

Då eg skulle begynne å søke, ville eg søke etter kvalitativ forskning, sidan mi formulering i problemstillinga seier at eg lurar på korleis nokon har det. Ved hjelp av boka *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert* fann eg ut at eg kunne finne slik forskning ved å søke på blant anna Medline og SweMed.

Det forskast mykje på diabetes og det kjem stadig nye anbefalingar med tanke på behandling, kost og fysisk aktivitet. Derfor har eg valt å bruke litteratur som ikkje er eldre enn ti år. Andre kriteria eg hadde sett for litteratur og forskning var elles, blant anna, at alt skulle være mynta på helsefag og sjukepleie, og at det skulle være peer-review, altså godkjent av andre fagfeller (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinar, 2007, s. 69). Eg brukte søkedatabaser som var tilknytt Helsebiblioteket, og ser på dei som å være haldbare (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinar, 2007, s. 40).

Når eg starta å søke haka eg av for «full text».

Eg begynte å søke etter artiklar ved å nytte databasen Medline. Der brukte eg søkeorda «Diabetes mellitus AND type 1 AND child» som gav 2423 treff. Ved å kombinere dei tidlegare søkeorda med «guidance» fikk eg 8 treff, men ingen relevante artiklar for mi problemstilling.

Deretter gjekk eg over til SveMed+. Der brukte eg fyrst søkeordet «Diabetes» som gav 2301 treff. Eg la til søkeordet «barn» som da gav 207 treff. Med søkeorda «diabetes mellitus type 1» og «barn» fikk eg 18 treff, men fant ingen artiklar som eg ville bruke.

På www.sykepleien.no gjekk eg inn på fag- og forskingsarkivet. Der søkte eg først på «diabetes» som gav 52 treff. Deretter søkte eg på «Diabetes type 1» som gav 28 treff. Der fann eg artiklane «*Mestring av diabetes kan lærast*» og «*Barn så unge som fire år med type 1 diabetes forsto og var kompetente når det gjalt håndtering av sin tilstand*». Deretter søkte eg på «Diabetes, mestring, veileding, undervisning» dette

gav 4 treff. Der fann eg artiklane «*Pasientundervisning krev kunnskap*» og «*Mestring av diabetes kan lærast*».

Nokre av artiklane blei forkasta, då dei ikkje passa til mi problemstilling. For vidare å kunne vurdere artiklane, brukte eg sjekklista for vurdering av artiklar. Dersom eg kunne finne svar på spørsmåla «Kan vi stole på resultatane?», «Kva fortel resultatane?» og «Kan resultatane vere til hjelp i praksis?» tilfredsstillande, vurderte eg artiklane som gode (Kunnskapssenteret, 2006).

«*Barn så unge som fire år med type 1 diabetes forstod og var kompetente når det gjaldt håndtering av sin tilstand*» var frå ein engelsk artikkel, og biblioteket hjalp meg å finne denne, «*Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition*».

«*Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition*». Dette er ein vitenskapleg artikkel. Der barna forteljer om erfaringar og ein ser kor mykje barnet forstår utifrå alder (Alderson, Sutcliffe, & Curtis, 2007).

«*Pasientundervisning krev kunnskap*». Dette er ein artikkel som omhandlar det å undervise pasientar. Korleis pasientundervisning blir utøva, og kan vidareutviklast, i praksisfeltet. Eg skriv om barn, men meiner at artikkelen er relevant fordi det omhandlar undervisning (Granum & Halse, 2011).

«*Mestring av diabetes kan lærast*». Dette er ein artikkel som omhandlar det å mestre diabetes. Det er ei viktig oppgåve for sjukepleiarar å forstå korleis enkelte personar taklar å ha fått diabetes, og hjelpe han/ho til å mestre og leve med diagnosa er ei utfordring, men ei svært viktig oppgåve for sjukepleiar (Velle, Bjarkøy, & Graue, 2011).

3.0 Teoridel

3.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er ofte omtalt som diabetes. Diabetes har vore kjent for menneske i fleire tusen år. Diabetes betyr «renne gjennom» og mellitus betyr «søt som honning» (Hanås, 2011).

Diabetes er ein kronisk sjukdom som kjenneteiknast med for høgt glukosekonsentrasjon i blodet (hyperglykemi) og forstyrningar i fett-, karbohydrat- og proteinomsetninga. Manglande eller nedsett produksjon av insulin, eventuelt kombinert redusert verking av insulin, er årsaken. Ein kan kategorisere diabetes i 4 typar: type 1-diabetes, type 2-diabetes, svangerskapsdiabetes og spesielle diabetestypar (Mosand & Stabberud, 2010, s. 508).

3.1.1 Type 1-diabetes

Type 1-diabetes kjenneteiknast av ein absolutt insulinmangel. Insulinproduksjonen avtar meir og meir, då cellene øydeleggast gradvis. Blodet sitt glukoseinnhald aukar, og det utviklast symptom på hyperglykemi når insulinproduksjonen ikkje dekkar kroppens behov for insulin (Mosand & Stabberud, 2010, s. 509). For at pasienten då skal overleve, må pasienten tilførast insulin. Type 1-diabetes rammar oftast barn og ungdom, men kan opptre i alle aldrar. Type 1-diabetes kan forårsake alvorlege akutte komplikasjonar og seinkomplikasjonar, som kan gi nedsett levealder. Dette gjer at type 1-diabetes har vore rekna som den mest alvorlege diabetestypen.

Undersøkingemetodane (kontrollmetodane) og behandlingmetodane har dei seinare åra blitt betre, og personar med type 1-diabetes har i dag moglegheit å leve eit godt og langt liv (Mosand & Stabberud, 2010, s. 509).

3.1.2 Behandling og vedlikeholdsbehandling av barn

For å ha eit godt liv med diabetes bør ein ha ein blodglukoseverdi så nær normalen som mogeleg. Eit fastande blodglukoseverdi bør vere på mellom 4-7 mmol/l, og 2

timar etter måltidet bør blodglukosen i 80 % av tilfella vere under 10 mmol/l. Det blir jamnleg tatt ei blodprøve som viser gjennomsnittleg blodglukoseverdi dei føregåande 6-8 vekene. Behandling av type 1-diabetes omfattar legemiddelbehandling som blant anna insulin, samt fysisk aktivitet og kostbehandling. (Mosand & Stabberud, 2010, s. 516-517).

Dei to første vekene etter at barnet har fått diagnosen, er det vanleg at barnet er innlagt for behandling. Under opphaldet blir det også brukt eit opplæringsprogram som omfattar undervisning, opplæring og informasjon. Målet med denne behandlinga er å oppnå god blodglukosekontroll, å unngå alvorlege komplikasjonar, samt tilstrebe normal vekst og utvikling. Sjølvstende og eit mest mogleg normalt levesett for barna og familien, kan hindre eller bergense langtidskomplikasjonar. Dette tilfredsstillast best med ein diett som har riktig protein- og kaloriinnhald. Dette er viktig for normal vekst og utvikling, og normal fysisk aktivitet. Legemiddelbehandlinga er tilpassa kvar enkelt barn utifrå sin sjukdom, diett og aktivitet (Grønseth & Markestad, 2006, s. 299).

At barnet sjølv kan ta ansvar over sin eigen sjukdom er eit viktig premissen. Informasjon og opplæring må tilpassast kvar enkelt familie, gjentakast og tilpassast etter kvart som foreldre og barn får meir erfaringar (Grønseth & Markestad, 2006, s. 300).

Det finnes fleire valmoglegheiter når det gjelder injisering av insulin. Det som passar ein pasient, passar kanskje ikkje ein anna. Sjukepleiar må vere oppdatert, og må kunne formidle kunnskap om dei ulike behandlingalternativa, sånn at pasienten kan gjere kvalifiserte val (Måløy, 2011, s. 118).

Måløy (2011) har erfaring frå praksis om pasientar som brukar insulinpumpe. Nokre fordelar er at det er færre stikk ved bruk av insulinpumpe enn ved insulinpenn, ein har alltid med insulin, og det er lett å setje dosar. Nokre ulemper er at pasient ikkje likar å ha den hengande på kroppen, ein føler seg meir sjuk sidan pumpa heng på kroppen, samt at kanylen og pumpa kan vere i vegen og kan sitje dårleg.

Den enkelte må få velje det som passar best, og ein har moglegheit å endre meining og bytte behandlingmetode, dersom ein ikkje trivast med utstyret, eller ikkje oppnår

god glukosekontroll med valt behandlingsform. I tilfelle pumpa av ein eller annan årsak skulle svikte, skal ein alltid ha insulinpenn tilgjengeleg, vite korleis ein sett den og ha kunnskap om langtidsverkande og hurtigverkande insulin (Måløy, 2011, s. 119).

3.1.3 Konsekvensar for pasient med type 1-diabetes

Diabetes er ein kronisk sjukdom som kan få fysiske og psykiske konsekvensar for personen som er ramma. Diabetes kan føre til endringar i pasienten sin livssituasjon og livsstil. Livskvaliteten vil på lang sikt ofte vere avhengig av kor vel regulert blodglukosen er (Mosand & Stabberud, 2010, s. 510). Pasientar som har eit dårleg regulert blodsukker over fleire år, er utsett for seinkomplikasjonar som retinopati, nefropati, nevropati, aterosklerose og hjarte- og kar sjukdommar (Mosand & Stabberud, 2010, s. 512-514).

Seinkomplikasjonar er noko barna og pårørande må vite om, for å prøve å unngå dette seinare, men ein må tilpasse informasjonen til situasjonen barnet og pårørande er i (Mosand & Stabberud, 2010, s. 512).

3.2 Sjukepleie til barn

Sjukdom og sjukehusinnlegging kan vere traumatisk for barnet og familien. Målet er å legge til rette for at barnet og familien får ei best mogeleg oppleving av opphaldet. Det kan likevel vere vanskeleg for sjukepleiar å unngå at barnet opplever frykt og angst. Å oppnå tillit hos barnet kan vere krevjande. Når eit barn er innlagt på sjukehus får sjukepleiaren fleire å forhalde seg til, og fleire som treng omsorg, dette er fordi barnet og familien er ei heilheit (Tveiten, 2012, s. 35). Innlegging på sjukehus eller å blir utsatt for sjukdom, kan medføre stress som overstig barn og unge si mestringssevne. Om stresset vert for stort, kan barnet forsvare seg ubevisst ved å gå tilbake til tidlegare utviklingsstadium. Til dømes kan barn som har lært seg å snakke, begynne å snakke babyspråk (Grønseth & Markestad, 2006, s. 55).

Familiesentrert sjukepleie er relevant i denne oppgåva. Foreldre er ofte med heile eller delar av opphaldet når eit barn leggst inn på sjukehus. På barneavdelinga har foreldre og søsken ein naturleg plass. Kor avhengige barna er av vaksne for å dekke grunnleggande behov varierer ut i frå alder og utviklingsnivå. Småbarn kan seie kva dei treng, men er avhengige av ein vaksen for å dekke behov. Familien får ei meir sentral rolle som pårørande, enn til vaksne pasientar (Tveiten, 2012, s. 21). Når barn vert innlagt på sjukehus mistar foreldra i varierende grad mogelegheita til å fylle rolla si som forelder. Foreldra kan føle at dei ikkje strekker til, noko som kan føre til stress. Det er viktig at foreldra får anledning, og får hjelp, til å fylle foreldrerollen også når barnet er sjukt, dette er for å styrke sjølvtiliten og at dei får ei oppleving av at dei framleis meistrar foreldrerolla (Grønseth & Markestad, 2006, s. 65).

3.2.1 Barnas utviklingsstadiar - Initiativfasen

Eg vil ta føre meg Erik H. Eriksons sin teoretiske modell over menneske si psykososiale utvikling, da initiativfasa er relevant for mi oppgåve.

Eriksons har delt inn modellen i åtte ulike utviklingsfasar. Fase 3 er initiativfasa, denne fasa er frå cirka 3 ½ til cirka 5-6 år (Grønseth & Markestad, 2006, s. 35).

Ein fireåring hugsar betre og forstår meir enn dei yngre, men manglar framleis erfaringar å knytte opplevingane til. Å mestre nye ferdigheiter utviklar trua på eiga evne til å påverke omgivingane. Barn må få lov å utfordre seg, for å føle aksept og stolthet. Utfordringane må vere tilpassa utviklingsnivået, ikkje for lett eller for vanskelege oppgåver. Å få oppgåver som er tilpassa utviklingsnivået opprettheld lærelyst, initiativ og tiltru til eiga meistringsevne. Barn som får mykje kritikk, føler at dei er utilstekkelege, uduglege og skamfulle, og kan utvikle mindreverdigheitsfølelse og passivitet. Omsorg frå foreldra er svært viktig for barn i 4-5 årsalderen, sjølv om dei stadig vert meir uavhengige. Barnet byrjar i denne fasa å samanlikne seg sjølv med andre, og jernaldrane får større betydning. Det er viktig for barnet sin tryggleik å ha klare grenser (Grønseth & Markestad, 2006, s. 36).

3.3 Undervisning og rettleiing

3.3.1 Sjukepleiar sin pedagogiske funksjon

«Sykepleierens pedagogiske funksjon innebær alle vurderingar, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdragelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger» (Tveiten, 2008, s. 30)

Når ein skal legge til rette for oppdraging, læring, mestring, utvikling og vekst er det ulike val og vurderingar ein må ta, utifrå kven personen er, kva som skal lærast, utviklast eller meistrast, og kva situasjon det er (Tveiten, 2008, s. 57).

Val av tid, plass, innhald og metode er avhengig av personen som er i fokus. Kor mykje personen kan om sjukdommen, og kva undervisningsmetode ein brukar, til ein vaksen kan forelesing egne seg i nokre situasjonar, mendan til barn kan vising av bilde og leik vere aktuelt (Tveiten, 2008, s. 59-60).

Det kan vere ulike situasjonar personen er i, og sjukepleiar må vurdere situasjonen utifrå kvar enkelt. Konkrete mål for undervisning og rettleiing, gir eit betre grunnlag for at sjukepleiar kan gjere vurderingar og val. Å ha målbare tidsfristar kan vere hensiktsmessig, men ein må ha i bakhovudet at dette også kan vere skadeleg for sjukepleiar og pasient. Ein må vite kva innhaldet i undervisning og rettleiing er, ha klare retningslinjer, og konkrete mål, då veit ein kva fokus ein må ha og kva metode som er aktuell. Ein kan også samle grupper med tanke på alder eller diagnose, for å få dele erfaringar og reflektere med andre som er i same situasjon. Ein kan då bli bevisst på eigen situasjon og eiga meistringskompetanse kan auke (Tveiten, 2008, s. 61-63).

Innhaldet blir hovudsakleg bestemt av hensikta med undervisinga. Det kan vere haldningar, konkrete ferdigheiter eller kunnskap. Sjukepleiar må vere bevisst på kva hensikta med undervisinga er. Innhaldet kan bestemmast utifrå samtale med pasienten, kva pasienten treng og sjukepleiar bidrar med fagkunnskap (Tveiten, 2008, s. 63).

3.3.2 Kva er undervisning?

«Målet med pasientundervisning er at pasienten skal være i stand til å takle sin livssituasjon» (Granum, 2003, s. 19).

For at pasientar skal kunne takle sin livssituasjon, krevjast det ei bestemt form for læring hos ein eller fleire personar. For at ein sjukepleiar skal kunne sei at ho/han underviser, må ho/han ha dei faglege kunnskapen og faglege innsikta som undervisninga krevjar. Sjukepleiar har plikt til å sørge for at læringa skjer, og at pasienten som vert undervist lærer noko av undervisninga (Dalland, 2010, s. 105).

I følge *pasient- og brukerrettighetslova* § 3-2 og 2-4 Skal pasienten få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhald i helsehjelp. Det skal informerast om risikoar og biverknader. Pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for å kunne i vareta sine rettigheter og få innsikt i tenestetilbodet. Dersom pasienten er under 16 år skal pasient og foreldre/føresette infomerast (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.3.3 Kva er rettleiing?

Rettleiing kan definerast som:

«Veiledning er bistand der veilederen med faglig innsikt og holdning hjelper en person til å definere sitt problem og oppnå kunnskap og ferdigheter til å løse det» (Dallan, 2010, s. 127).

Rettleiinga føreset at det er nær og direkte kontakt mellom rettleiaren og den eller dei som rettleiast. Rettleiing er ein metode som krev delaktivitet og aktivitet av pasienten, og målet er at pasienten skal lære. Rettleiaren si oppgåve er å kome med faglege innspel og å hjelpe pasienten å oppnå kunnskap og ferdigheter om rettleiingstemaet (Dalland, 2010, s. 127-128). Rettleiaren kan ikkje nøye seg med å formidle si forståing, men må ta utgangspunkti handling og forståing hos den som blir rettleia. Rettleiinga skal bidra til at den som blir rettleia skal kunne sette ord på kva som er problemet, for å så kunne lære det som skal til for å løyse dette (Dalland, 2010, s. 127).

3.3.4 Undervisningsmetodar

Sjukepleiar vel ut innhaldet i undervisninga annleis til barn enn vaksen. Når ein skal velje ut undervisningsinnhald til barn, kan ein begynne med det som er minst farleg. Barnet kan ha ein aktiv del i undervisninga, det gir barnet ei meistringskjensle på alt det nye, som opprettheld barnet si interesse og sin motivasjon (Granum, 2003, s. 110).

Undervisninga bør ta utgangspunkt i livssituasjonen til pasienten, og må ha samanheng med individet. Diskusjon og eigenformulerte problem bør ha ein plass i undervisningsopplegget. Det at pasienten sjølv kan kome med innspel og at alt ikkje er lagt opp til kun teori og tid til diskusjon rundt temaet, bør vere med i undervisninga, samstundes som at det er struktur med tanke på informasjonen (Dalland, 2010, s. 123).

Undervisningssituasjonar som egner seg for barn kan vere maling, teikning, lage, klippe og lime. Gjennom slike aktivitetar kan barn med diabetes til dømes lære korleis kroppen fungerer, og kvifor ein treng tilførsle av insulin. Førestellingsevna til barnet er avhengig av alder og erfaring, dette har ei betydning for barnet si evne til å oppfatte kunnskapen og det som skjer i undervisninga. Å kombinere verbal og visuell undervisning kan vere nyttig (Granum, 2003, s. 112).

Førskulebarn (3-6 år) byrjar etterkvart å forstå meir av verda. Dei vert bevisst på at det som skjer med kroppen, kan føre til både glede og smerte. Barn i alderen 4-5 år vil gjerne gjere sjølv, og vise at dei kan mykje. Barn i denne alderen kan tileigne seg kunnskap ved til dømes teikning og leik. Dei kan til dømes leike at dei sjølv er sjukepleiar, at bamsen er pasienten og at dei skal sette insulin på bamsen, og etter kvart sette insulin på seg sjølv når foreldra ser på. Barnet kan teikne teikningar som viser korleis det oppfattar det du har undervist om (Granum, 2003, s. 112).

Sjukepleiar kan i undervisninga bruke sin eigen kropp, til dømes for å vise barnet kor på magen ein skal setje insulin. Det å setje sprøyte eller insulinpenn kan verke spennande for barn, men dette er avhengig av barnets alder. Barnet lærer tidleg å setje insulin sjølv, men foreldre kan ha større problem med å takle denne utfordringa.

Erfaringar visar at barn er flinke å sette insulin på sjukehuset, men når dei kjem heim ønskjer dei ikkje å sette insulin sjølv. Dette kan føre til at foreldre blir usikre og urolege, og dette ser ut til å vere eit vanleg fenomen. Det kan difor vere naudsynt å trekke dette inn i undervisninga med foreldra. Ein kan ikkje presse barnet til å setje insulin sjølv, men barn ned i førskulealder klarar fint å gjere det (Granum, 2003, s. 114).

3.4 Gjennomgang av forskingsartiklane

«Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition» (2007)

Det er eit kvalitativ studie der det har vore 15 barn i alderen tre til tolv år med type 1 diabetes, der barna fortel om erfaringar, og ein ser kva barnet forstår utifrå alder. Evna og viljen til å bruke nåler var ikkje aldersrelatert, nokre fire-åringar tok sine egne blodprøvar og injeksjonar og nokre elleveåringar ønska at foreldra skulle gjere dette. Fleire av barna sa det var mindre vondt å gjere det sjølv enn då foreldra eller helsepersonell gjor det. Forskinga viser at barn så unge som fire år visste at «insulin er nøkkelen som gjer sukker til energi», og at kosthaldet ikkje burde innehalde så mykje sukker. Konklusjonen med forskinga er at barn med type 1-diabetes heilt ned til fireårs-alderen forsto prinsippa for å mestre tilstanden og evna til å ta avgjersler som er fornuftige i beste eigeninteresse (Alderson, Sutcliffe, & Curtis, 2007).

«Pasientundervisning krev kunnskap» (2011)

Dette er ein artikkel som omhandlar det å undervise pasientar, og korleis pasientundervisning utøvast og kan vidareutviklast i praksisfeltet. Pasientgrunlaget var akutt sjuke, eldre pasientar. Artikkelen er bygd på intervju av 12 sjukepleiarar der det er brukt eit strukturert skjema utarbeida av artikkelforfattarane. Innhaldet i omgrepa undervisning og læring er uklære for sjukepleiarane. Omgrepet informasjon vart ikkje brukt i skjemaet, men sjukepleiarane brukte ofte dette omgrepet. Konklusjonen i artikkelen, er at det er behov for meir fokus på sjukepleiaren sin

undervisningsfunksjon. Ein kan ikkje velje å ta vekk pasientundervisning, om undervisninga er spontan eller planlagt, er den ein del av sjukepleiarens arbeidsoppgåve. Det er forventa at det er større mogelegheit for pasientundervisning dersom sjukepleiar har betre kunnskap om pasientundervisning. Pasienten sin kunnskap aukar og får eit betre funksjonsnivå, om sjukepleiar har betre kunnskap om pasientundervisning. Dette er av både samfunnsmessig og personleg betydning (Granum & Halse, 2011).

«Meistring av diabetes kan lærast» (2011)

Dette er ein oversiktsartikkel som omhandlar det å meistre diabetes. Det er ei viktig oppgåve for sjukepleiarar å forstå korleis enkelte personar taklar å ha fått diabetes. Å hjelpe han/ho til å meistre og leve med diagnosa er ei utfordring, men ei svært viktig oppgåve for sjukepleiar. Ifølgje artikkelen er mangel på opplæring like farleg som mangel på medisinar og gode behandlingsformar. Opplæring er ein føresetnad for å meistre live med ein kronisk sjukdom, forhindre forverringar og alvorlege komplikasjonar. God behandling og tilrettelegging er viktig i akuttfasa av nyoppdaga diabetes, for at pasienten skal kunne meistre sjukdommen i framtida. Hovudoppgåva til helsepersonell som jobbar med pasientar med diabetes, er å støtte dei og undervise dei i å utføre nødvendig eigenomsorg. Funn frå studie om pårørande si rolle, viser at støtte frå familien er nærare knytt til diabetesrelatert meistring enn støtte frå helsepersonell. Dette viser at pårørande bør inkluderas i perioden pasienten er innlagt, om pasienten ønskjer det (Velle, Bjarkøy, & Graue, 2011).

4.0 Drøfting

For å besvare problemstillinga mi, har eg valt å drøfte rundt tema «undervisning og rettleiing» og «sjukepleie til barn», gjennom eit case eg har valt å lage frå praksis. Eg vil i drøftinga omtale barnet som Hans og sjukepleiar som eg.

Som sjukepleiar møter eg Hans, ein gut på 4 år som akkurat har fått diagnosa type 1-diabetes og er innlagt på barneavdelinga. Det er i ein samtale med Hans og foreldra bestemt at Hans skal ha insulinpumpe. Hans har med seg bamsen Brum på sjukehuset.

4.1 Det første møte

I følge Tveiten (2012) kan sjukdom og sjukehusinnlegging vere traumatisk for både barnet og familien. Når Hans vert innlagt på barneavdelinga, er målet å legge til rette for at Hans og familien får eit best mogleg oppleving av innlegginga. Tillit hos Hans er viktig for at dette skal kunne oppnåast, noko som kan vere krevjande hos barn. Måten Hans tar imot nye menneske, som i dette tilfelle er sjukepleiar, kan variera frå barn til barn, utifrå om barnet er sjenert, utadvent og liknande. Småbarn kan seie kva dei treng, men dei kan trenge hjelp av ein vaksen til å dekke behovet. Dei kan til dømes fortelje til vaksne at dei har lyst på noko å drikke, men kan trenge at ein vaksen finn fram drikke til dei. Kor avhengig Hans er av hjelp kan variera frå andre, utifrå alder og utviklingsnivå (Tveiten, 2012, s. 21). Men dette tolkar eg at eg i første møte må legge til rette for at Hans skal få tillit til meg. Dersom eg ikkje klarer dette, kan det øydelegge for Hans, mi og pårørande si oppleving av sjukehusinnlegginga. Dessutan kan Hans under undervisninga og ved seinare anledningar han er på sjukehuset hugse meg spesielt, sjukepleiarar generelt eller sjukehuset som ein negativ ting, og ikkje ønskje å vere på sjukehuset. Eg må ta imot Hans i det tempoet han ønskjer, og ikkje trenge meg på om han ikkje er klar for det. Det at Hans har med seg Brum kan gjere han meir trygg, både med tanke på at han har med noko heimafrå, og at eg kan snakke med han om Brum, til dømesspør kva han heite og fortelje at eg synes det er ein fin bamse.

Når barn er innlagt på sjukehus, kan foreldra i varierende grad miste mogelegheita til å fylle si rolle som foreldre og dei kan føle at dei ikkje strekk til. Det er viktig at eg hjelp foreldra til å fylle rolla så godt så mogeleg, at foreldra der dei kan, tar ansvar og at ikkje eg som sjukepleiar gjer oppgåver dei meistrar, og at eg lærer dei opp til å etter kvart ta over oppgåver eg som sjukepleiar gjer (Grønseth & Markestad, 2006, s. 65). Døme på dette kan vere at i starten av behandlinga er det eg som fortel kor mykje insulin Hans skal ha, men når heimreisa nærmar seg, er det foreldra som tar den avgjersla eg står i bakgrunnen og observerar. Foreldra skal sjølv ta ansvar for dette når dei kjem heim, og på den måten får dei øvd seg, slik at dei kan føle seg trygge når dei kjem heim. Dette kan også hjelpe foreldra til å føre at dei strekk til, og foreldrerolla kan fyllast litt etter kvart.

Eit barn mellom 3 ½ år til cirka 5-6 år er ifølge Eriksons (2006) i initiativfasa. Ein fireåring forstår meir enn barn som er yngre, men har enda ikkje alle erfaringar som skal til for å knytte kunnskapen til. Barn i denne alderen må bli utfordra, dette er for å føle stolheit og aspekt, men desse utfordringane må vere tilpassa kva utviklingsfase barne er i, verken for lett eller vanskeleg. Om barnet får dette opprettheld barnet lærelyst, initiativ og trua på eigne mestringssevne. Kritikkk kan derimot ha motsett verknad. For barn i denne fasa er omsorg frå foreldra viktig, sjølv om dei stadig vert meir sjølvstendige (Grønseth & Markestad, 2006, s. 36). Med dette tolkar eg at eg må finne ut om Hans har knaggar til å henge kunnskapen eg skal undervise om, kor mykje eg treng å undervise om når det gjeld kroppen, kva Hans kan frå før. Hans må få utfordringar utifrå kor langt han er komen i utviklinga, og eg må i første møte kartlegge dette for å kunne legge til rette for undervisninga.

I følgje Tveiten (2008) er val av tid, metode, plass og innhald avhengig av personen som er i fokus. I dette tilfelle er det Hans som er i fokus, og eg må finne eit rom som er tilpassa han. Eg vil med tanke på alder velje leikerommet, i staden for eit legekontor eller rommet til Hans, då han kan få ein mindre følelse av at han er på sjukehus. Når ein har samtalen, kjem også an på Hans, og når han ønskjer han å ha samtale med meg. Eg ville snakka med han for å høyre om han ville vere med å ta samtale med meg, og om han ikkje hadde lyst til det akkurat då laga ein avtale om når vi skal ha samtale. Metoden og innhaldet må eg tilpasse utifrå at Hans er 4 år.

I samtale med eit barn som har type 1-diabets, som også fekk dette som 4 åring, kom det fram at sjukehuset var skummelt med det første, men så kom dei positive erfaringane, at dei hadde eit så fint leikerom men mange leikar og ei stove der Hans kunne sjå film, når han sjølv ønska.

4.2 Innhald i undervisninga

Når ein skal starte med undervisning til barn kan det vere lurt å begynne med det som er minst farleg (Granum, 2003, s. 110). Det er viktig å ikkje skremme barnet, det å til dømes begynne med å fortelje om seinkomplikasjonar kan gjere at barnet kan bli redd og at barnet kan tenkje på dette gjennom undervisninga, og får difor ikkje med seg det som vert fortalt.

Eg som sjukepleiar må legge opp eit undervisningsopplegg som passar pasientens utviklingsnivå og alder. I samtale med diabetessjukepleiar, viste ho meg eit rettleiingsskjema som dei brukar som grunnlag for undervisning ved nyoppdaga diabetes. Dette skjemaet er forskjellig frå sjukehus til sjukehus. Dette rettleiingsskjemaet viser kva informasjon foreldre og barn skal ha dei vekene barne og familien er innlagt på avdelinga.

Det er ingen fasit på korleis undervisninga føregår, men det er viktig at barnet er inkludert, og å begynne med det ein, gjennom å bli kjent med barnet, trur barnet meistrar best. Dersom ein lar barnet ta ein stor del i undervisninga kan det føre til meistringskjensle hos barnet, og det kan vekke barnet si interesse for å lære (Granum, 2003, s. 110). I undervisninga av Hans ville eg som sjukepleiar prata til Hans, ikkje foreldra. Om eg berre prata til foreldra, kunne Hans føle at han ikkje var inkludert og meistringskjensla kunne bli mindre enn ønska.

Det finnest ulike undervisningsmetodar hjå barn, til dømes maling, leik og klipping og liming. Gjennom desse eller andre aktivitetar kan barn lære å kjenne kroppen og på ein betre måte forstå sin sjukdom. Alder og erfaring har mykje å seie for korleis førestellingsevna er, og for evna til å ta til seg kunnskap og det ein undervis om. Det kan vere nyttig i undervisningssituasjonar med barn å kombinere verbal og visuell

undervisning (Granum, 2003, s. 112). Undervisningssituasjon dette kan brukast på, kan vere når Hans skal ta blodsukker i fingeren sjølv; ein kan la Hans utforske blodsukkerapparatet og få forklart korleis det verkar, og Hans kan ta blodsukkeret på sjukepleier, foreldre eller Brum. Da ser Hans at det ikkje er noko farleg med det og Hans kan prøve på seg sjølv. Gjennom teikning kan Hans forstå kroppens oppbygging og kvifor kroppen treng tilførsel av insulin når ikkje foreldre, søsken eller venner sine kroppar treng det.

Når ein har forklart Hans ulike trinn i opplæringa kan Hans bruke Brum eller teikne for å vise kva han har forstått, og om det er ting som må gjentakast ein anna gong. Ein kan i starten av kvart møte la Hans fortelje kva han lærte førre gong, og i slutten ha ein avslutting der han kan fortelje det han hugsar at ein har gått gjennom, for at ein skal vite kva Hans hugsar.

Det er eit viktig primiss at barnet sjølv må lære å ta ansvar for sjukdommen. Informasjon og opplæring må gjentakast og tilpassast etter kvart, så Hans og foreldra får meir erfaringar (Grønseth & Markestad, 2006, s. 300). Med dette tolkar eg at det er viktig at eg snakkar til Hans og lar han gjere det han kan. At det ikkje kun er foreldra om skal lære å meistre sjukdommen, men fortelje foreldra at det Hans kan skal han få moglegheit til å gjere sjølv. Dersom Hans klarar å utføre oppgåver sjølv, er det viktig at han gjer dei oppgåvene. Det er viktig at eg tilpassar undervisning og opplæring etterkvart som dei lærer meir. Det er ikkje vits at eg gjentek ting lenge etter at dei har forstått det, sjølv om det er viktig at eg gjentek til eg veit at det eg har undervist om er forstått. Eg ville i starten av dagen latt Hans fortelje kva han har lært, før foreldra fekk gjere det same, for å kartlegge om det er noko som må gjentakast og fokuserast mest på.

I samtale med diabetes sjukepleiar fortalte ho at før barn og foreldre reiser heim etter opplegget, må dei gå gjennom ein eksamen for å sjå kor mykje dei kan, og om dei klare å meistre kvardagen. Etter eksamen ser ein om det er noko ein må gå gjennom før dei kan reise.

Forsking viser at barn heilt ned i 4-årsalder forsto og klarte å meistre sin sjukdom, og ta avgjersler som var fornuftig med tanke på sin diabetes type 1. Det var forskjell

mellom barna, og det var ikkje aldersrelatert kor mykje barna klarte og kva vilje dei hadde til å klare det sjølv (Alderson, Sutcliffe, & Curtis, 2007). Med dette tolkar eg at ein må sjå Hans som eit barn, og ikkje som ein 4 åring. Kor mykje og i kva tempo Hans lærer, er det ikkje sikkert er likt andre 4-åringar. Å lage til aldersbaset undervisning kan i enkelte tilfelle ikkje felle i smak. Ein må sjå kvart enkelt barn kvar for seg.

Det visast i forskning at sjukepleiar treng meir fokus på undervisningsfunksjon. Sjukepleiar kan ikkje velje å ta vekk pasientundervisninga. Både undervisning som er planlagt, og når den er meir spontan, er den ein del av sjukepleiar si arbeidsoppgåve. Dersom sjukepleiar har betre kunnskap om pasientundervisning, aukar kunnskapen til pasienten får eit betre funksjonsnivå. Dette har betydning for samfunnet og for pasienten personleg (Granum & Halse, 2011). Med dette tolkar eg at ein i utdanning av sjukepleiarar burde hatt meir fokus på pasientundervisning, sidan dette er ei sjukepleiaroppgåve. Samfunnet og Hans kan tene på dette, samfunnet kan, som eg tolkar det, spare pengar når Hans får den undervisninga som er nødvendig for å unngå seinkomplikasjonar og innleggingar på sjukehuset, til dømes. Hans kan tene på det ved å ha det betre i kvardagen, og å kunne meistre sin sjukdom når han har dei opplysningane som trengs for å få det best mogeleg.

Forskning viser at sjukepleiar har ei viktig oppgåve; det å forstå korleis kva enkelt person taklar å få diabetes og hjelpe denne personen å mestre det. Dette er utfordrande, men veldig viktig. Mangel på opplæring er like farleg som mangel på medisin eller behandling. Undervisning er ei føresetnad for å unngå komplikasjonar, forverringar og å kunne leve eit liv med diabetes (Velle, Bjarkøy, & Graue, 2011). Med dette tolkar eg at eg som sjukepleiar må lage eit undervisningsopplegg som gjer at Hans og pårørande klarer å meistre og takle den nye situasjonen. Om Hans og pårørande kunn får medikament og ikkje undervisning, hjelper det lite. Kor mykje insulin skal dei ta? Kva avgjer dette? Eg må vere sikker på at Hans og pårørande er klare for å reise heim, at dei kan takle og meistre den nye kvardagen. Dersom ein sender Hans og pårørande heim utan dette, kan det skje alvorlege komplikasjonar og forverringar av sjukdommen.

Sjukepleiar si hovudoppgåve når ein pasient kjem inn med nyoppdaga diabetes, er i følge forsking å støtte og undervise, og pårørande bør inkluderast (Velle, Bjarkøy, & Graue, 2011). Med dette tolkar eg at sjukepleiar må ha kunnskap om undervising og korleis ein kan støtte pasient med nyoppdaga diabetes. Undervising og støtte er viktig, for at dei skal mestre kvardagen. Om sjukepleiar ikkje er støttande, kan Hans og foreldre ikkje spørje om ting dei lurar på, fordi dei føler at dei masa og at sjukepleiar ikkje er interessert.

I samtale med ein familie som har ein gut med diabetes, kom det fram at støtte frå sjukepleiar er viktig. Dei følte seg velkomne på sjukehuset, og at alle sjukepleiarane ville hjelpe dei til å meistre den nye kvardagen. Dette meinte dei var veldig viktig fordi dei kunne spørje om det dei ville, og dei følte at spørsmåla ikkje var dumme. Dei fortalde at det var dei som bestemte tempo på undervisinga, og at dei når heimreisa kom følte seg klare for å reise heim. Hadde ikkje sjukepleiar tatt imot familien på den måten dei gjorde, og inkluderte heile familien, trur dei resultatet kunne vore annleis. Guten har ingen men frå innlegginga, og etter mange års erfaring og god undervising, har diabetesdiagnosen ikkje vore noko stort hinder i kvardagen.

5.0 Veikskap og styrke med oppgåva

Det finnest fleire styrker i mi oppgåve. Eg har mykje bra litteratur frå både bøker og forskingsartiklar, og dei er på norsk. Eg har valt eit tema eg ønskjer å lære meir om. Ei anna styrke kan vere at eg har mykje primærkjelder, og ein systematisk oversiktsartikkel som sekundærkjelde. Etersom ein oversiktsartikkel veg tyngre, og er rangert høgare enn primærkjelde, meiner eg at eg har sterke kjelder og litteratur til å bygge opp oppgåva. Eg har eigene erfaringar i drøftinga.

Det finnest også veikskapar i oppgåva. Ein veikskap kan vere at eg kan ha mistolka eller gått glipp av noko i forskinga. Eg har snakka med ein diabetessjukepleiar og kun ein familie som har eit barn med diabetes, eg har fått fram deira synspunkt, men andre familiar kan ha andre synspunkt. I ei større oppgåve ville eg tatt kontakt med fleire, som kanskje hadde hatt andre vinklar og synspunkt.

6.0 Konklusjon

For at barn og pårørende skal kunne meistre og takle den nye kvardagen med type 1-diabetes, må sjukepleiar ha kunnskap om og utføre undervising tilpassa utviklingsfasa til det enkelte barnet og korleis barnet lærer. Det er ulike metodar å undervise barn på, og eg som sjukepleiar må også ha kunnskap om å kunne tilpasse undervisinga. God undervising er grunnleggjande for at barnet og familien skal meistre den nye kvardagen. Det er barn som skal vere i fokus i undervisinga, og undervisninga skal tilpassast etter. Pårørende skal også undervisast, men om ein rettar undervisninga mot dei kan barnet føle at han ikkje er inkludert, og miste meistringskjensla. Tempoet på undervisinga og kor mykje ein underviser om kvar dag må tilpassast kor mykje barnet orkar den dagen. Når barnet vert sliten og lei, er det lurt å avslutte, og heller ta ei pause eller fortsette dagen etter. Sjukepleiar må samstundes som dei planlegg det praktiske i undervisinga, tenkje på kor og når ein skal undervise. For barn kan leikerommet vere ein god arena. Det er viktig at sjukepleiar legg opp til at ein ikkje byrjar med det som er mest skummelt i undervisinga. Dersom sjukepleiar byrjar med det som er mest skummelt, kan barne tenke på dette i staden for å konsentrere seg om det som vert undervist om. Å undervise barn, er ei anna type utfordring enn å undervise vaksne, og som sjukepleiar må eg ta omsyn til alle desse tinga, for å lette situasjonen for barnet. Gjennom oppgåva har eg lært korleis eg kan legge til rette for og undervise barn, spesielt ved nyoppdaga diabetes, men også generelt når eit barn vert sjuk.

7.0 Litteraturliste

- Alderson, P., Sutcliffe, K., & Curtis. (2007). *Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition*. Henta September 1, 2012 frå www.sykepleien.no:
<http://ebn.bmj.com/content/10/1/28.full>
- Allgot, B. (2002). Diabetes og samfunnet. I A. Skafjeld, *Diabetes - Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (s. 20-25). Oslo: Akribe Forlag.
- Christophersen, Y. (2004). *Diabetes for livet - Aldri fred å få?*. AIT Otta AS.
- Dallan, O. (2010). Veiledning. I O. Dallan, *Pedagogiske utfordringer - for helse- og sosialarbeidere* (s. 125-152). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dalland, O. (2010). Undervisning. I O. Dalland, *Pedagogiske utfordringer - for helse- og sosialarbeidere* (s. 103-124). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dalland, O., & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (s. 62-81). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Diabetesforbundet. (2012, Mai 21). *Diabetesforbundet*. Henta August 29, 2012 frå <http://www.diabetes.no>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2012). Olika typer av litteraturstudier. I C. Forsberg, & Y. Wengström, *Att göra systematiska litteraturstudier* (s. 29-38). Stockholm: Författarna ock Bokförlaget Natur och Kultur.
- Granum, V. (2003). Om sykepleierens undervisningsfunksjon. I V. Granum, *Praktisk pasientundervisning* (s. 13-21). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Granum, V. (2003). Undervisning av barn. I V. Granum, *Praktisk pasientundervisning* (s. 106-116). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Granum, V., & Halse, K. (2011, januar 13). *Pasientundervisning krever kunnskap*. Henta September 1, 2012 frå www.sykepleien.no:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=577196

- Grønseth, R., & Markestad, T. (2006). Endokrine og metabolske sykdommer. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (s. 297-304). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2006). Innleggelse i sykehus. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (s. 55-68). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2006). Kognitiv og psykososial utvikling. I R. Grønseth, & T. Markestad, *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (s. 28-37). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Hanås, R. (2011). *Type 1 Diabetes hos barn, ungdom og unge voksne - Bli ekspert på din egen diabetes*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kunnskapssenteret. (2006). *Sjekkliste for kvalitativ forskning*. Henta frå http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/_attachment/2042?_ts=119e72e5870&download=true.
- Mosand, R. D., & Stabberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie, bind 1* (s. 507-536). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld, & M. Graue, *Diabetes - Førebygging, oppfølging og behandling* (s. 101-122). Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *I Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere* (s. 12-224). Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter m. v. 2. juli 1999 nr. 63*. Henta sept 01, 2012 frå <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>
- Tveiten, S. (2008). I S. Tveiten, *Pedagogikk i sykepleierpraksis* (s. 30-40). Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2008). Å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. I S. Tveiten, *Pedagogikk i sykepleierpraksis* (s. 57-115). Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Tveiten, S. (2012). Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen, *Sykepleie til barn - Familiesentrert sykepleie* (s. 11-41). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Velle, E. O., Bjarkøy, R. Ø., & Graue, M. (2011, Februar). *Meistring av diabetes kan lærast*. Henta September 1, 2012 frå www.sykepleien.no:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=591694
- WHO. (2012, September). <http://www.who.int/en/>. Henta September 26, 2012 frå World health organization.