

BACHELOROPPGAVE

Redusere stress og fremme mestring hos et barn med nyoppdaget diabetes type 1

Hvordan kan jeg som sykepleier redusere stress og fremme mestring hos et barn innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1

av

Kandidatnummer 6
Eva Irene Myklebust

Reduce stress and promote coping in a child with newly diagnosed type 1 diabetes

Emnekode og navn: SK 152 Bachelor i sykepleie

Innleveringsdato: 31.10.14

Antall ord: 6989

Rettleier: Sissel Hjelle Øygard



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven **Redusere stress og fremme mestring hos et barn med nyopplaget diabetes type 1** i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse. Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 6

Navn: Eva Irene Myklebust

JA

Sammendrag

Tittel

Redusere stress og fremme mestring hos et barn med diabetes type 1

Bakgrunn for valg av tema

Flere og flere barn får diagnosen diabetes type 1 hvert år. Årsaken til sykdommen er ikke kjent og problemet er økende. I et samfunnsperspektiv fører diabetes til store økonomiske kostnader som følge av senkomplikasjoner, og disse komplikasjonene kan føre til stor lidelse for pasienten.

Kunnskaper om diabetes er derfor svært viktig for sykepleiere. Da jeg var i praksis på barneavdelingen, fikk jeg følge en gutt på 7 år med nyoppdaget diabetes type 1 over flere dager. Jeg fikk se hvordan han og foreldrene taklet de nye utfordringene sykdommen medfører. Guttens historie gjorde inntrykk på meg, og jeg ønsket derfor å skrive om dette temaet.

Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier redusere stress og fremme mestring hos et barn innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1?

Fremgangsmåte

Min oppgave er en litteraturstudie. Jeg har gjennom BIBSYS funnet relevante bøker og brukt høyskolens pensumlitteratur. Jeg har søkt i databasene Academic Search Premier, Medline og Cinahl og valgt ut tre forskningsartikler. Via helsebiblioteket valgte jeg nasjonale faglige retningslinjer og gjennom regjeringen søkte jeg etter folkehelsemeldingen. Jeg har i tillegg hentet informasjon fra barnediabetesregisteret og diabetesforbundet. Jeg har også trukket inn egne erfaringer fra praksis i oppgaven.

Oppsummering

Det er viktig at et barn som blir innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1, føler seg ivaretatt og trygg. For at barnet skal føle mestring, er det viktig at sykepleieren reduserer stress og skaper tillit i møte med familien. Ved at sykepleieren skaper godt grunnlag for læring, vil barnet og foreldrene lettere kunne tilegne seg kunnskaper og erfaring. Gjennom rolig tilnærming og gode undervisningssituasjoner, vil barnets egenkontroll styrkes. Dette bidrar til bedre ivaretagelse av helsen på lang sikt, og kan dermed forebygge risikoen for senkomplikasjoner.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning med bakgrunn for valg av tema	1
1.1 Problemstilling med avgrensning.....	2
1.2 Hvordan oppgaven blir løst.....	2
2 Metode	2
2.1 Valg av metode	2
2.2 Søke og utvalgsprosess	3
2.2.1 Bøker.....	3
2.2.2 Pensumlitteratur.....	3
2.2.3 Forskningsartikler	3
2.2.4 Annen litteratur	4
2.3 Kildekritikk.....	4
2.3.1 Relevans.....	4
2.3.2 Styrker og svakheter	5
3 Teori	6
3.1 Diabetes type 1	6
3.1.1 Hyperglykemi og ketoacidose.....	6
3.1.2 Hypoglykemi, føling	6
3.2 Senkomplikasjoner ved diabetes	7
3.2.1 Nefropati, retinopati og nevropati	7
3.3 Målet med behandling av diabetes type 1	7
3.4 Diabetes type 1 hos barn 6-12 år	7
3.5 Stress, mestring og empowerment.....	8
3.6 Undervisning	10
3.7 Kommunikasjon, trygghet/tillit	10
3.8 Lek	11
4 Drøfting	12
4.1 Redusere stress og fremme mestring	12
4.2 Tilrettelegge for god læring	14
4.3 Forebygge senkomplikasjoner	16
5 Konklusjon	18
Litteraturliste	19

1 Innledning med bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven min er barn og diabetes. Jeg har valgt å skrive om nyoppdaget diabetes type 1 hos barn på sykehus, i alderen 6-12 år.

Hvert år får cirka 300 barn under 15 år diagnosen diabetes type 1 i Norge (Meld. St. 34 (2012-2013), 2013). Diabetes rammer flere og flere barn uten at man med sikkerhet vet årsaken, og er et økende problem (Diabetesforbundet 2014). I følge Barnediabetesregisteret (2013) ble det i 2012 rapportert inn 340 barn og ungdom med nyoppdaget diabetes. 308 av pasientene var i aldersgruppen 0-14 år og 97 % av dem hadde diabetes type 1. Diabetes type 1 er en sykdom som varer livet ut, og som kan føre til alvorlige seinkomplikasjoner (Barnediabetesregisteret, 2013). I et samfunnsperspektiv fører diabeteskomplikasjoner til store økonomiske utgifter, og gjennom tidlig blodsukkerregulering kan komplikasjonene forebygges (Skafjeld, 2011). Sykepleieren spiller en svært viktig rolle i å blant annet formidle kunnskap, undervise, og informere familien om hvordan regulere blodsukkeret. Slik skapes et godt grunnlag for ivaretagelse av helsen på lang sikt. Når et barn får diagnosen diabetes type 1, vil dette påvirke mange arenaer i barnets liv. Sykdommen medfører at mange hensyn må tas hver dag, og er krevende for både barnet selv og familien. God opplæring og veiledning av sykepleier i debutfasen av sykdommen, kan redusere stress og gjøre at barnet og familien får et godt grunnlag for å videre mestre utfordringene ved tilstanden (Skafjeld, 2011).

Jeg hadde praksis på barneavdelingen på sykehuset og det var spesielt en gutt på 7 år med nyoppdaget diabetes type 1, som gjorde ekstra inntrykk på meg. Jeg fikk følge han over flere dager og så hvordan han og foreldrene hans taklet utfordringene i den nye livssituasjonen, og ønsket derfor å skrive om dette temaet.

1.1 Problemstilling med avgrensning

Hvordan kan jeg som sykepleier redusere stress og fremme mestring hos et barn innlagt på sykehus med nyopplaget diabetes type 1?

Jeg vil fokusere på barn i alderen 6-12 oppgaven, og konsentrere meg om hva en sykepleier kan gjøre for at barnet skal oppleve mestring når det har fått diabetes. Jeg vil konsentrere meg om hvordan styrke mestringsopplevelsen hos barnet, og hvordan en sykepleier kan skape et godt grunnlag for læring, slik at barnet og foreldrene føler seg best mulig ivaretatt og trygge i prosessen. Jeg vil ha fokus på kommunikasjon og barnets mestring og et noe mindre fokus på foreldrene i oppgaven. Jeg vil skrive om prosessen på sykehuset der barnet sammen med foreldrene får diagnosen, til barnet skal lære om hva som skjer i kroppen, bli kjent med egne symptomer, blodsuktermåling, injeksjonsteknikk og insulin.

1.2 Hvordan oppgaven blir løst

Først har jeg presentert innledning med bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Videre vil jeg gjøre rede for søke og utvalgsprosess for litteratur i kapittel to. I kapittel tre vil jeg presentere teorigrunnlaget mitt. Videre vil jeg i kapittel fire drøfte teorien opp mot problemstillingen min, før jeg til slutt konkluderer i kapittel fem.

2 Metode

2.1 Valg av metode

For å få frem ny kunnskap og for å vite om det vi påstår er sant, gyldig og holdbart trengs det ulike metoder (Dalland, 2014). Når vi grunngrir vårt valg av metode må det i dette ligge argumentasjon for at metoden vi velger kan bidra til å skape, forbedre eller avklare hva som er god praksis. Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i oppgaven, fordi jeg gjennom problemstillingen vil avklare om nåværende praksis er god. Jeg bygger da oppgaven min på eksisterende forskning og litteratur (Dalland, 2014). Jeg har valgt forskningsartikler og bøker som støtter opp under problemstillingen og som kan belyse temaet mitt fra forskjellige sider.

2.2 Søke og utvalgsprosess

2.2.1 Bøker

Jeg søkte gjennom BIBSYS med søkeordene barn og diabetes og fikk 71 treff. Blant dem fant jeg tre relevante bøker. *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling* av Skafjeld & Graue (2011), *Bli ekspert på din egen diabetes: Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*, av Hanås (2011) og *Sykepleie til barn*, av Tveiten, Wennick & Steen (2012). Jeg valgte disse tre bøkene fordi de belyser temaet barn og diabetes i forskjellige perspektiver. Jeg ønsket også en bok om kommunikasjon med barn, og fikk hjelp til å finne boken *Praktisk pasientundervisning*, av Granum (2007). Jeg valgte også *Stress, Appraisal and Coping*, av Lazarus og Folkman (1984) for å kunne si noe om stress og mestring.

2.2.2 Pensumlitteratur

Jeg ønsket litteratur som omhandlet kommunikasjon og valgte *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*, av Røkenes og Hanssen (2012). Jeg ønsket også litteratur om diabetes hos barn og valgte *Pediatri og pediatrik sykepleie*, av Grønseth og Markestad (2013). *Metode og oppgaveskriving* av Dalland (2014) valgte jeg i tillegg, for å få hjelp til å strukturere oppgaven.

2.2.3 Forskningsartikler

Jeg søkte gjennom databasene Academic Search Premier, Medline og Cinahl med søkeordene children diabetes AND parents AND hospital AND nursing og fikk 94 treff. Her var det fire artikler som virket aktuelle, og jeg valgte til slutt ut to som var mest relevante. Dette var oversiktsartikkelen *Self-care of school-age children with diabetes: An integrative review*, av Kelo, Martikainen & Eriksson, 2011. Jeg valgte denne fordi den tar for seg barns evne til egenkontroll og praktiske ferdigheter ved diabetes type 1. Den kvalitative enkeltstudien *Coping with hospital-related fears: Experiences of pre-school aged children* av Samela, Salanterä & Aaronen (2010) var relevant, fordi den handler om hvordan barn takler det å bli innlagt på sykehus, og om mestringsstrategier. Jeg valgte den fordi det er viktig kunnskap for sykepleiere å ha i møte med barn på sykehus. Deretter brukte jeg AND coping i kombinasjon med søkeordene ovenfor, og fant en artikkel til. Dette var den kvalitative enkeltstudien *Identifying challenges of living with type 1 diabetes: Child and youth perspectives*, av Freeborn, Dyches, Roper og Mandleco (2012).

Jeg valgte denne fordi den belyser hvordan barn selv opplever det å leve med diabetes type 1, sett fra deres perspektiv. I databasen PubMed brukte jeg søkeordene diabetes, parents, children, nursing og fikk 282 treff. Jeg fant to artikler som jeg senere valgte å forkaste, fordi de gikk over avgrensningene mine i problemstillingen. Jeg brukte også databasen Cochrane med søkeordene children diabetes, men fant ingen relevante artikler.

2.2.4 Annen litteratur

Gjennom Helsebiblioteket søkte jeg etter Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinjer: Diabetes- forebygging, diagnostikk og behandling* (2011). Jeg vil vektlegge retningslinjene for diabetes hos barn og ungdom. Jeg søkte også på Regjeringen etter *Folkehelsemeldingen (2012-2013)* for å belyse diabetes hos barn i et samfunnsperspektiv. Jeg hentet også informasjon fra *Diabetesforbundet* (2014) og *Barnediabetesregisteret* (2013).

2.3 Kildekritikk

2.3.1 Relevans

Hensikten med kildekritikk er at den som leser skal få vite hvilke refleksjoner som er gjort i utvelgelsen av litteratur og om litteraturens relevans og gyldighet (Dalland & Trygstad, 2014). Dalland og Trygstad sier at relevans handler om hvilken verdi kilden har når det gjelder å belyse problemstillingen. Litteraturen jeg har valgt belyser problemstillingen min fra forskjellige sider. Artiklene sier blant annet noe om diabetes type 1 sett fra barnets perspektiv, barns egenkontroll og mestring, og om hvordan sykepleiere kan være med på å støtte og trygge barn og foreldre. Bøkene sier blant annet noe om diabetes type 1 generelt, diabetesbehandling hos barn, barns kognitive utviklingsnivå, undervisning av barn med diabetes, og sykepleierens rolle i møte med barnet. Dette gjør at jeg anser kildene jeg har funnet som relevante for å belyse problemstillingen min.

2.3.2 Styrker og svakheter

Styrken ved litteraturen er at de fleste bøkene er fra de siste tre årene og artiklene er fra de siste fire årene. Dette er fordi jeg ville at oppgaven min skal være basert på nyere forskning og oppdatert kunnskap (Dalland & Trygstad, 2014). Artiklene er hentet fra internasjonale anerkjente tidsskrifter og jeg har kritisk vurdert dem ved hjelp av sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Kunnskapscenteret, 2008). En av artiklene er en oversiktsartikkel, noe som også er en styrke i oppgaven. I følge Dalland og Trygstad (2014) vurderer en oversiktsartikkel kritisk forskning som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter. Jeg har også valgt å bruke Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer i oppgaven. Både oversiktsartikler og retningslinjer ligger i øverste del av S-pyramiden (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2010). Til høyere oppe i hierarkiet kilden befinner seg, til sikrere er den og dette er en styrke. En svakhet ved forskningsartiklene er at studiene ikke er utført i Norge, og praksisen i utlandet kan være annerledes enn i Norge.

Pensumbøkene er kvalitetssikret av lærerne på høyskolen og er brukt som grunnlag i undervisningen i sykepleierstudiet, noe som er en styrke. Jeg gjorde søkene gjennom BIBSYS som er et statlig forvaltningsorgan under Kunnskapsdepartementet, og er et søkevektøy innen utdanning og forskning (BIBSYS, 2014; Kunnskapsdepartementet, 2014). Bøkene er bygget på forskningsstudier og erfaringskunnskap beregnet på sykepleiere og annet helsepersonell, som også er en styrke. Dalland (2014) sier imidlertid at man bør tilstrebe å bruke primærlitteratur, fordi fagbøker og pensum ofte er bearbeidet og fortolket av andre enn hovedforfatteren. Det at noen av kildene mine da er sekundærlitteratur kan være en svakhet. Dalland sier videre at for å vite om teksten er gyldig og holdbar, det er viktig å få vite hvilken bakgrunn og autoritet forfatteren har i forhold til emnet. En styrke er da at jeg har gått grundig gjennom litteraturen og undersøkt hvem som er forfatteren og for hvem teksten er skrevet. Svakheter ved litteraturen er at det kan ha komnt nyere bøker og forskning innen emnet. To av bøkene jeg har valgt er primærlitteratur, som er en styrke. Den ene av dem er av Lazarus og Folkman fra 1984. En så gammel bok kan være en svakhet, men teoriene presentert i dem er også gyldige i dag og blir ofte referert til i nyere bøker.

3 Teori

3.1 Diabetes type 1

Diabetes type 1 er en hormonell sykdom med total insulinmangel (Sagen, 2011). Insulinmangelen oppstår fordi de insulinfrigjørende betacellene i bukspyttkjertelen er ødelagt. Diabetes er en autoimmun sykdom, det vil si at det er kroppen selv som går til angrep på betacellene og ødelegger dem. Dette gjør at kroppen må få tilført insulin utenfra (Sagen, 2011). Normal blodsukker verdi ligger mellom 4,0 og 7,0 mmol/l (Hanås, 2011).

3.1.1 Hyperglykemi og ketoacidose

Ved nyopptaget diabetes type 1 kan det utvikles hyperglykemi med ketoacidose (Sagen, 2011). Tidlig i forløpet vil symptomene være tørste, hyppig og rikelig med urin og vekttap, og man vil kunne påvise glukose i urinen (Grønseth & Markestad, 2013). Et videre symptom er magesmerter og brekninger, og barnet er i fare for å bli dehydrert som følge av at glukose trekker med seg væske ut av kroppen. Dersom barnet ikke behandles, kan det utvikle seg til alvorlig ketoacidose. Ketoacidose kommer som følge av ufullstendig fettforbrenning i cellene på grunn av mangel på glukose. Man vil kunne påvise ketoner i urinen, og barnet vil begynne å hyperventilere i kroppens forsøk på å kvitte seg med ketoner gjennom pusten. Ketonlegemer er et tegn på syreforgiftning i kroppen. Metabolsk ketoacidose er en livstruende tilstand og barnet kan gå i koma. Behandlingen er innleggelse på sykehus med insulin intravenøs og gjenoppretting av væskebalanse (Grønseth & Markestad, 2013; Hanås, 2011).

3.1.2 Hypoglykemi, føling

Hypoglykemi, også kalt føling, er en tilstand som er fryktet hos personer med diabetes type 1 (Sagen, 2011). Alvorlig hypoglykemi opptrer hyppigere hos barn med type 1 diabetes, enn hos voksne. Tilstanden kan være livstruende og alvorlighetsgraden kan være tilknyttet personens evne til egenbehandling. Ved hypoglykemi synker blodsukker verdien og blir for lav. Veldig lavt blodsukker kan føre til bevisstløshet og koma, og i verste fall føre til død (Sagen, 2011). Hypoglykemi kan merkes som sultfølelse, blekhet, svette, hodepine, slapphet og irritabilitet (Grønseth & Markestad, 2013). Alvorlig hypoglykemi kan gjøre at barnet blir fjernt, bevisstløst og får kramper. Symptomene kan variere ulikt fra person til person, men opptrer som oftest likt hos den enkelte.

Barnet bør lære at blodsukkeret alltid bør sjekkes viss man føler seg rar i kroppen (Hanås, 2011). Det å selv kunne kjenne igjen symptomer på hypoglykemi er nødvendig for at barnet skal få den hjelpen som trengs (Freeborn, Dyches, Roper & Mandleco, 2012).

3.2 Senkomplikasjoner ved diabetes

3.2.1 Nefropati, retinopati og nevropati

Det kan oppstå komplikasjoner i mindre blodkar som kan ramme nyrene (nefropati), øynene (retinopati), og perifere nerver (nevropati) (Sagen, 2011). Nefropati er den vanligste årsaken til nyresvikt og nyretransplantasjoner i vesten, og i Norge utvikler 70-80 diabetespasienter nyresvikt årlig (Sagen 2011). Retinopati er den hyppigste årsaken til utvikling av blindhet blant diabetespasienter under 65 år. Nevropati rammer nervesystemet til mellom 20 og 50 % av diabetespasientene (Sagen 2011). Nevropati er den vanligste årsaken til diabetisk fotsår som i verste fall kan føre til amputasjon (Skafjeld, 2011). I følge nasjonale faglige retningslinjer for diabetes (2011) blir det utført årlig 800-1000 amputasjoner som følge av diabetes i Norge.

3.3 Målet med behandling av diabetes type 1

Målet med behandlingen er å oppnå god blodsukkerkontroll, og unngå alvorlige komplikasjoner som alvorlige episoder med hypoglykemi eller ketoacidose. Det er også et mål å skape grunnlag for et så normal levesett som mulig, og at barnet og familien skal oppnå selvstendighet. Målet er også å oppnå normal vekst og utvikling hos barnet, og hindre eller begrense senkomplikasjoner (Grønseth & Markestad 2013; Helsedirektoratet, 2011; Skafjeld, 2011).

3.4 Diabetes type 1 hos barn 6-12 år

Diabetes type 1 debuterer ofte i alderen 6-12 år (Haugstvedt, 2011). Et karakteristisk trekk ved barn i denne alderen, er at de har evne til og et ønske om å lære nye ferdigheter og intellektuelle aktiviteter, sier Haugstvedt videre. De utvikler evnen til logisk tenkning, får større forståelse for begrepene nåtid og fremtid, og utvikler forståelse for årsak og virkning av sykdom (Kelo, Martikainen & Eriksson, 2011).

Et barn er i stand til å lære seg ferdigheter som det å måle blodsukker og sette insulin selv, men å dosere insulin krever evne til abstrakt tenkning og godt utviklet tids- og mengdeforståelse, noe som ikke er fullt utviklet i denne alderen (Haugstvedt, 2011). Det er likevel viktig å vite at det er store individuelle forskjeller blant barn, og tidspunktet for å være klar til å ta del i sin egen behandling varierer. De fleste barn lærer å sette insulin selv i alderen 6-12 år (Haugstvedt, 2011). Det å lære seg å bli selvstendig og etter hvert ta mer ansvar ved diabetes er viktig (Freeborn, et. al., 2012). Gjennom å skape et godt grunnlag slik at barnet utvikler positive holdninger og mer selvstendighet, kan bidra til bedre blodsukkerregulering, sier Freeborn et al., videre.

I alderen 6-12 år blir venner og klassekamerater viktigere, og barnet får bekreftelser på seg selv gjennom jevnaldrende. Det å skulle håndtere og leve med at man har en sykdom og føle seg annerledes, er utfordrende og kan true en positiv utvikling hos barnet (Haugstvedt, 2011). I følge Kelo et al., (2011) kan barn oppleve det som vanskelig og flaut å være annerledes enn sine venner, og det å tilpasse sin hverdag ut fra sykdommen kan være belastende. Når barnet er blitt eldre og fått delvis ansvar for egen behandling, kan foreldrenes innblanding oppleves som stressende og foreldrenes bekymring og behov for kontroll, skaper frustrasjon hos barnet (Freeborn et al., 2012). Det å møte andre barn som har diabetes kan bidra til at barnet ikke føler seg alene om sykdommen, og kan virke støttende og oppmuntrende (Hanås, 2011; Kelo et al., 2011).

3.5 Stress, mestring og empowerment

Lazarus og Folkman (1984) definerer stress som forholdet mellom en person og miljøet vedkommende befinner seg i. Herunder personens karaktertrekk på den ene siden og hendelsens karakter på den andre. Det vil si at en persons vurdering og tolkning av situasjonen og det miljøet personen befinner seg i, er avgjørende for om vedkommende opplever stress. Stress oppleves når personens egne ressurser blir overgått, og situasjonens art er så krevende og øker i omfang på en slik måte at vedkommendes velbefinnende blir truet (Lazarus & Folkman 1984). Lazarus og Folkman beskriver to strategier for å mestre stress, dette er problemfokustert mestring og følelsesfokustert mestring. Tveiten (2012) beskriver at problemfokustert mestring retter seg mot ytre stress, følelsesfokustert mestring retter seg mot det å redusere ubehag, og et tredje element er kognitiv vurdering av situasjonen. Videre sier Tveiten at Lazarus og Folkmans teori er utviklet med tanke på voksne, og dersom teorien skal relateres til barn så er det viktig å se barnet og familiens mestringskapasitet som en helhet. I alderen 6-12 år er det å mestre ferdigheter viktig for barnets selvtillit (Haugstvedt, 2011).

En definisjon på mestring kan være det å skulle håndtere en stresset og utfordrende situasjon. Det å mestre noe er en prosess som man kontinuerlig utvikler gjennom livet (Tveiten, 2012).

Samela, Salanterä og Aronen (2010) beskriver et barns mestring som et forsøk på det å kognitivt, følelsesmessig eller gjennom handling håndtere frykt. Når et barn som er innlagt på sykehus forsøker å eliminere egen frykt gjennom å søke informasjon, løse problemer, eller å spørre voksne om hjelp, er dette problemfokustert mestring. Når barnet takler frykten for å oppnå trygghet, er dette følelsesfokustert mestring. Ved å takle frykt gjennom tilbaketrekking, aggressiv adferd, hyperaktivitet eller gjennom lek er dette et uttrykk for handlingsorientert mestring. Disse forskjellige mekanismene er viktige for sykepleiere å kjenne til i møte med barn på sykehus. For å kunne støtte og trygge barnet er det avgjørende å forstå disse mestringsstrategiene, til hvilke situasjoner de er knyttet til og hva de betyr for det enkelte barnet (Samela et al., 2010).

Grønseth og Markestad (2013) sier at ved sykdom og sykehusinnleggelse synker toleransen for stress dramatisk og det som avgjør hvordan barnet reagerer, er barnets egen vurdering av hvor truende sykehusoppholdet er. Videre sier Grønseth og Markestad at stress i et omfang som barnet håndterer, er en utviklingsmulighet der barnet lærer og samtidig erfarer det å mestre en ny situasjon. For at et barn skal oppleve mestring er det viktig med anerkjennelse, sier Tveiten (2012). Barnet kan for eksempel få små oppgaver som å hjelpe sykepleieren med å lage klart utstyr til å måle blodsukker, eller holde blodprøveglasset ved blodprøvetaking (Grønseth & Markestad). Det å bli anerkjent for å få til noe er svært positivt for barnets selvbilde, og øker også barnets samarbeidsevne. Det er viktig at sykepleieren er raus med å gi ros (Granum, 2007; Haugstvedt, 2011; Tveiten, 2012). Empowerment handler om å styrke individet, slik at det kan ta helsefremmende avgjørelser på egenhånd (Tveiten, 2012). Når barn innlegges på sykehus, er det av stor betydning at sykepleieren samarbeider med barnet og foreldrene om å identifisere, styrke og fremme familiens mulighet til å ta mest mulig kontroll over faktorer som påvirker barnets helse. Sykepleieren er da en samarbeidspartner i empowermentprosessen, og er med på å styrke barnet og familiens egenmestring (Tveiten, 2012).

3.6 Undervisning

Veiledning og undervisning bør bygges på forståelse av hvilke konsekvenser sykdommen har for barnet og foreldrene, hvilke utfordringer familien står overfor, og hvilke tilpasningsproblemer som familien kan møte (Grønseth & Markestad, 2013). Informasjonen må tilpasses barnets utviklingsnivå og foreldrenes situasjon. Det er også viktig at opplæringen blir gjentatt og tilpasset, etter hvert som barnet og foreldrene får mer erfaring. Når et barn er diagnostisert med diabetes type 1, er det vanlig at det legges inn på sykehus de første to ukene av behandlingen. I denne tiden går barnet og foreldrene gjennom et opplæringsprogram på barneavdelingen. Barnet og foreldrene vil få undervisning om hva diabetes er og hva som skjer i kroppen, for å skape en grunnleggende forståelse av sykdommen. Undervisningen innbefatter symptomer og tiltak ved hypo- og hyperglykemi, opplæring i bruk av blodsukkerapparat, måling av blodsukker, informasjon om justering av insulinose etter fysisk aktivitet, matinntak og ved sykdom. Foreldrene får opplæring i å gi insulin dersom barnet er under 7 år. Opplæringen innbefatter bruk av insulinpenn, injeksjon, skifte av injeksjonssteder, inspeksjon av innstikksted, og eventuelt bruk av insulinpumpe. I tillegg får familien kostholdsveiledning og opplæring i å telle og regne ut kalorier (Grønseth & Markestad 2013).

Granum (2007) trekker frem viktigheten av at barnet lærer selvstendighet i undervisningen. I situasjoner der foreldrene svarer mye på vegne av barnet kan det være nyttig å undervise barnet alene, sier Granum videre. Foreldrene kan bli overbeskyttende og ta for mye ansvar, noe som kan føre til at barnet ikke utvikler kunnskap og lyst til å bli selvstendig. Foreldrene blir i stor grad ansvarlige for hvordan barnets fremtid vil bli, og foreldrenes holdninger til diabetes vil bli overført til barnet (Granum, 2007).

3.7 Kommunikasjon, trygghet/tillit

Barn lærer best når det blir tatt hensyn til deres behov og interesser, livssituasjon, erfaring og selvbilde, samt de individuelle forskjellene i alder og modenhetsnivå (Granum, 2007). Det er viktig at sykepleieren er bevisst på å snakke ut fra barnets utviklingsnivå, og unngår å snakke for barnslig eller for vanskelig (Grønseth & Markestad, 2013). Barnets evne til å fortelle om hvordan det har det og hvordan det føler og tenker, er avhengig av alder og modenhet (Tveiten, 2012). I samtaler med barn må sykepleieren ha nok tid og være aktivt lyttende og nærværende, slik at det er lettere å oppfatte barnets ulike uttrykk. (Granum, 2007). Barnet vil være var på hvordan sykepleieren opptrer, og hele tiden lure på hva som vil skje.

Det er derfor viktig at sykepleieren tar seg tid og gir barnet mulighet til å stille spørsmål. Dersom man er usikker på hva barnet har forstått, kan man stille forsiktige spørsmål. Det er da viktig at sykepleieren er bevisst på å stille spørsmålet på en slik måte at barnet opplever det som trygt å svare. Når barnet forstår hva sykepleieren mener, bidrar dette til at barnet også kan forstå sine egne reaksjoner (Granum, 2007).

God kommunikasjon er avhengig målsetningen eller hensikten med samhandlingen, sier Røkenes og Hanssen (2012). Gjennom kommunikasjon ønsker man å formidle et meningsfullt budskap til mottakeren. God kommunikasjon skjer når det er samsvar mellom budskapet som sendes og det budskapet som blir oppfattet. I mellommenneskelig kommunikasjon kan hensikten være å styrke den andres utvikling, læring, selvtillit, selvstendighet, og evne til mestring (Røkenes & Hansen, 2012). Fireperspektiv modellen er grunnleggende i all kommunikasjon, sier Røkenes og Hanssen videre. Modellen omhandler fire forskjellige perspektiver som mennesker samhandler med hverandre ut fra. Min forståelse av verden er min subjektive virkelighetsforståelse, mitt *egenperspektiv*. I samhandling med andre mennesker forholder jeg meg også til den andre personens virkelighetsforståelse, som er *andreperspektivet*. Gjennom denne samhandlingen skapes det et tredje perspektiv som er et *opplevelsesfellesskap*, vår verden. Når man kan kommunisere med hverandre ut fra en forståelse om hva som skjer i dette opplevelsesfellesskapet, og da kommunisere om kommunikasjonen som foregår, er dette det fjerde perspektivet, som er *samhandlingsperspektivet* (Røkenes og Hanssen, 2012).

3.8 Lek

Syke barn har samme behovet for lek som det friske barn har (Tveiten, 2012). Det å legge til rette for og ivareta behovet syke barn har for lek og adspredelse er viktig. Lek kan også brukes til å forberede barnet til undersøkelser, behandling og prosedyrer, sier Tveiten videre. Samela et al., (2010) trekker frem at positive opplevelser under sykehusopphold som lek eller annen aktivitet, gjør at barn lettere håndterer frykt. Grønseth og Markestad (2013) trekker frem at på sykehus er ofte sykdom, symptomer og behandling det som får mest fokus, lek er da nødvendig for å bekrefte barnets friske sider.

4 Drøfting

4.1 Redusere stress og fremme mestring

Grønseth og Markestad (2013) trekker frem at sykdom og sykehusinnleggelse gjør at toleransen for stress synker, og at sykehusinnleggelse er en påkjenning som kan være skremmende både for barnet og foreldrene. Når et barn får symptomer på diabetes type 1 og det blir innlagt på sykehus, kan dette være en belastende prosess for barnet og familien med mange spørsmål og usikkerhet. Barnet har gjerne vært sykt en tid, og dette har skapt bekymring. Jeg som sykepleier bør da være bevisst på at det kan være et sjokk for både barnet og foreldrene, å få vite at barnet har fått en kronisk sykdom som man skal leve med resten av livet. Familien er gjerne ikke så mottakelige for mange nye inntrykk i denne fasen, og kan ha nok med å skulle håndtere den nye situasjonen. Situasjoner som er uoversiktlige og som overgår en persons egne ressurser, kan utløse stress i følge Lazarus og Folkman (1984). Det er viktig at sykepleieren da opptrer på en måte som skaper trygghet og reduserer følelsen av stress, noe som kan skape en god relasjon for videre læring og kontakt (Granum 2007; Tveiten, 2012). Sykepleieren bør ta hensyn til hvordan stress kan avgjøre hvor mottakelig barnet og foreldrene er for informasjonen som blir gitt (Grønseth & Markestad, 2013). Det er viktig at sykepleieren opptrer rolig i møte med familien og at informasjonen som gis er tydelig og bidrar til trygghet, slik at familien lettere kan ta innover seg situasjonen. Dette støttes i Tveiten (2012) som sier at når foreldrene føler seg trygge vil dette også påvirke barnet.

Jeg erfarte dette i praksis i møte med en familie der en 7 år gammel gutt hadde fått diabetes type 1. Familien var fortvilet og svært slitne da de først kom til barneavdelingen. Jeg erfarte at familien ble tatt godt imot da de kom, og det var tydelig at god informasjon og rolig tilnærming fra sykepleiere gjorde situasjonen mer oversiktlig for dem. Sykepleieren viste dem senere rommet de skulle ha den kommende tiden, og etter omvisning på avdelingen og lekerommet virket det som de hadde innfunnet seg mer med situasjonen. Jeg så en stor forskjell på familien allerede etter en dag, etter at de hadde begynt med diabetesundervisningen og opplæring av sykepleiere. Dette støttes i Tveiten (2012) som sier at det å legge til rette for, og opptre på en måte som skaper trygghet og tillit hos barnet og foreldrene er avgjørende for om de vil kunne ta imot den informasjonen som gis. Det støttes også av Røkenes og Hanssen (2012) som sier at forutsetningen for god kommunikasjon, er at den som skal motta informasjonen er mottakelig for det som blir sagt. Røkenes og Hanssen sier videre at for å forstå andre, er det viktig at sykepleieren har evne til å kunne sette seg inn i andre menneskers opplevelse, og klare å se verden ut fra den andres perspektiv og virkelighetsforståelse.

Samela et al., (2010) sier at barn er spesielt sårbare for stress og frykt ved sykehusopphold, og at slike skremmende opplevelser kan øke risikoen for helseproblemer senere i livet.

Jeg vil da hevde at sykepleiere har et stort ansvar ikke bare for å gi riktig informasjon og undervise om diabetes generelt, men også i å ivareta barnet og foreldrene slik at oppholdet på sykehuset blir så stabilt og trygt som mulig.

I følge Granum (2007) er det å ha muligheten til å leke, se film og spille spill en viktig del av barns mestring, og lek er et sentralt ledd som en del av undervisningen. Dette støttes av Tveiten (2012) og Freeborn et al., (2012) som sier at lek kan brukes både til opplæring og bearbeiding av traumer ved sykehusopphold. Videre sier Freeborn et al., at muligheten til lek reduserer stress, og gjør at barn mestrer sykehusoppholdet bedre ved at de får utfolde seg. Dette erfarte jeg da den 7 år gamle gutten fikk se film og spille spill sammen med sin far, etter mye tid med undervisning. Gutten fortalte etterpå at det var gøy at det ikke bare var nålestikk og alvorlig snakking inne på rommet, men at det var lov å gjøre andre ting. Dette støttes også i Grønseth og Markestad (2013) som sier at gjennom lek blir barnets friske sider bekreftet, siden sykdom, symptomer og behandling får mest fokus på sykehus.

Tveiten (2012) sier at når man skal se på stressmestring hos barn, er det viktig å se hele familiens mestringsevne i en helhet. Barns egenmestring kan styrkes under undervisning ved at barnet opplever at det håndterer en stresset situasjon. Dette støttes i Grønseth og Markestad (2013) som sier at stress i et omfang barnet håndterer, er en utviklingsmulighet for barnet. Det er derfor viktig at sykepleieren legger til rette for lærings situasjoner som styrker barnets mestringsevne, og som gir trygghet i situasjonen. Jeg erfarte dette da den 7 år gamle gutten var redd for å bli stukket i fingeren ved blodsuktermåling. Da brukte sykepleieren guttens far som eksempel når hun skulle vise hvordan man målte blodsukker første gang. Dette støttes i Granum (2007) som sier at foreldrene er en viktig del av undervisningsprosessen, og kan være med på gjennomføring av undervisning. Gutten virket glad og var nysgjerrig og fulgte godt med når sykepleieren målte farens blodsukker. Gutten sa etterpå at nå kunne han også prøve. Neste gang jeg var hos familien var det gutten selv som gjorde alle forberedelsene ved å sette fram blodsukkerapparat og målte blodsukkeret sitt. Med støtte fra foreldrene klarte han å skru opp riktig antall enheter insulin fra insulinpennen. Dette blir støttet i funnene til Kelo et al., (2011) som viser at barn helt ned til 6 års alder kan tilegne seg kunnskap om hvordan teknisk måle eget blodsukker, og være i stand til å trekke opp til riktig dose insulin.

Kelo et al., sier videre at når barn får opplæring i trygge omgivelser med voksne tilstede og får muligheten til å ta ansvar for egen situasjon, er de i stand til å mestre mye selv, noe som kan bidra mye til barnets selvtillit og trygghet senere i livet. Dette støttes også i Tveiten (2012) som sier at samarbeid med foreldrene er med på å identifisere, styrke og fremme familiens mulighet til egenkontroll. Gjennom å mestre å måle eget blodsukker og selv lære å sette injeksjon, utvikler barnet selvstendighet som bidrar til økt selvtillit (Haugstvedt, 2011; Tveiten, 2012).

4.2 Tilrettelegge for god læring

Det er viktig at jeg som sykepleier er bevisst på at miljøet rundt undervisningssituasjonen påvirker hvor godt barnet og foreldrene tar imot det som jeg sier. Tveiten (2012) trekker frem at kjente omgivelser og personlige eiendeler kan redusere opplevelsen av stress. Dette støttes også i Granum (2007) og Kelo et al., (2011) som sier at informasjon som gis, bør foregå på et egnet sted der man kan snakke uten mange avbrytelser. Barnet og foreldrenes rom er da et gunstig sted for undervisning, noe jeg også erfarte i praksis. Når informasjonen blir gitt i rolige omgivelser med få tilstede, så mottar og lærer barnet og foreldrene etter deres forutsetning (Granum 2007).

Undervisningen må tilrettelegges slik at familien gradvis får kunnskaper om diabetes både teoretisk og praktisk, for å skape et så godt grunnlag for forståelse som mulig, sier Grønseth og Markestad (2013). Jeg erfarte dette i praksis ved at sykepleierne brukte en pedagogisk undervisningsperm, som de gradvis presenterte for familien over flere dager. Det ble da enklere for barnet og foreldrene å ta innover seg den nye kunnskapen. Dette støttes videre av Grønseth og Markestad, som sier at det er viktig å tilpasse informasjon om blir gitt etter hvert som barnet og familien får mer erfaring og blir mer vant med situasjonen. Granum (2007) trekker frem at tidsmessige ressurser avgjør hva som blir undervist og gjennomgått mens barnet er på sykehus, og at det da dreier seg om den mest nødvendige undervisningen. Jeg vil da hevde at det er viktig at den undervisningen som blir gitt er så bra som mulig, og at sykepleieren forsikrer seg om at barnet og familien forstår det som blir gått gjennom. Jeg så at barnet og familien også fikk skriftlig informasjon av sykepleierne som de kunne lese mellom undervisningsøktene, og de fikk låne bøker om diabetes som de hadde inne på rommet. Barneavdelingen hadde også en undervisningstegnefilm om diabetes type 1 som de viste familien. Moren sa at filmen var svært nyttig og at sønnen hadde sett den opp igjen flere ganger. For å undersøke om 7 åringer hadde forstått innholdet i tegnefilmen, hentet sykepleieren en figur av en barnekropp tilpasset diabetesundervisning, og bad han vise og forklare henne hva diabetes er.

I følge Tveiten (2012) fremmer sykepleieren barnets læring når barnet blir spurt om å gjengi noe det er blitt undervist om. Når sykepleieren roste gutten for kunnskapen han hadde, ble han tydelig glad. Denne tilnærmelsen av barnet støttes videre i Tveiten (2012), Granum (2007) og Haugstvedt (2011) som sier at anerkjennelse og ros er en viktig del av empowermentprosessen, og gjør at barnet føler seg sett.

Barns mestringsstrategier kan komme til uttrykk på forskjellige måter både verbalt og gjennom kroppsspråk (Granum, 2007; Tveiten, 2012). Jeg erfarte dette da gutten var svært redd for å få sin første injeksjon med insulinpenn. Han gjemte seg under dynen når sykepleieren kom inn i rommet og ville ikke komme frem. Samela et al., (2010) trekker frem at det å gjemme seg og stikke av er vanlige mestringsstrategier hos barn, og i følge Tveiten (2012) kan dette være et uttrykk for problemfokuseret mestring. Sykepleieren var ærlig med gutten og sa at stikket kunne gjøre litt vondt, men at hun ikke ville stikke han før han var klar. Denne tilnærmingen støttes i Granum (2007) og Tveiten (2012) der det trekkes frem at barn responderer på ærlig og direkte kommunikasjon. Gutten kom frem fra dynen og sykepleieren viste han insulinpennen og nålen hun skulle bruke. Etter at sykepleieren hadde vist og forklart en stund og han fikk selv holde og kjenne på insulinpennen, gikk han til slutt med på å få injeksjonen. Dette støttes videre i Granum (2007) og Tveiten (2012) som sier at tilvenning til prosedyrer gjennom å la barnet bli vant med utstyr som skal benyttes, er trygghetsskapende. Etter injeksjonen sa gutten at det gjorde faktisk litt vondt akkurat som sykepleieren hadde sagt, og smilte mens han sa det. Dette kan tyde på at han satte pris på realismen i det sykepleieren formidlet, noe som også støttes i Tveiten (2012) der barn får tillit til sykepleieren ved realistisk og forutsigbar kommunikasjon.

Sykepleieren fremhevet etterpå at han etter hvert skulle lære seg å stikke seg selv. Gutten uttrykte at det ville han lære så fort som mulig for å slippe at andre skulle stikke han. Denne tilnærmingen av barnet støttes i Granum (2007) som sier at undervisningen skal tilpasses slik at barnet lærer egenkontroll. Det støttes også av Freeborn et al., (2012) og Kelo et al., (2011) som sier at fokus på egenkontroll, er med på å forebygge seinkomplikasjoner ved at barnet utvikler et godt forhold til sykdommen. Jeg erfarte senere at gutten fikk velge blodsukkerapparat og insulinpenn selv. Han virket glad over at han fikk lov til å bestemme. Dette støttes i Tveiten (2012) og Samela et al., (2010) som trekker frem at når barn får delta aktivt og bidra til avgjørelser som omhandler dem, styrker dette barnets selvtillit. Jeg erfarte også at sykepleierne anerkjente gutten gjennom å gi premier i form av små leker, figurer og klistermerker. Dette støttes også i Tveiten som sier at belønning og oppmerksomhet i form av premier, bidrar til å støtte barnets mestringsfølelse.

Jeg var med da gutten gikk gjennom en følingstest, for å lære seg å bli kjent med egen kropp og symptomene på lavt blodsukker. Sykepleieren forklarte han detaljert om hvordan testen skulle foregå. Dette støttes i Tveiten (2012) som sier at å forberede barnet grundig på en prosedyre gir trygghet og tillit. Det støttes også i Granum (2007) som sier at når barnet forstår hva sykepleieren mener, kan barnet lettere forstå egne reaksjoner. Etter følingstesten sa gutten at dette var ekkelt fordi han ble så varm og fikk så vondt i hodet. Han virket glad når sykepleieren gav han ros og sa at det etter hvert ville bli lettere å kjenne igjen symptomer, slik at han kunne unngå at det ble så ubehagelig. Det å lære seg å bli kjent med egen kropp er en viktig del av opplæringen, og er med på å skape bevissthet rundt egen situasjon, sier Hanås (2011). Dette støttes videre i Grønseth og Markestad (2013) som sier at det å oppnå god blodsukkerkontroll er et av målene ved diabetesbehandling.

Ved en anledning fortalte gutten at synes det var dumt at han ikke kjente andre med diabetes. Han ble glad når sykepleieren fortalte at de kunne arrangere et møte med en annen gutt som var litt eldre, men som også hadde diabetes. Gutten virket spent over at han kunne få snakke med noen på sin egen alder med litt erfaring, som kunne svare på ting han lurte på. Dette blir støttet i både Hanås (2011), Kelo et al., (2011) og som sier at barn har nytte av å møte andre som har de samme erfaringene som de selv, og at det å dele felles opplevelse er positivt og styrker følelsen av mestring.

4.3 Forebygge senkomplikasjoner

I følge Granum (2007) kan barn være flinke til å sette insulin på sykehuset, men at de ikke vil gjøre det lenger når de kommer hjem, og poengterer at dette er et vanlig fenomen som det er viktig å ta opp med foreldrene i undervisningen. Freeborn et al., (2012) sier at barn kan oppleve det å hele tiden måtte måle blodsukker og administrere insulin som belastende. Barna kunne derfor la være å måle blodsukker eller administrere insulin før de spiste. I følge Kelo et al., kunne noen barn også fabrikke blodsukkerresultater. Dette viser hvor viktig det er med god støtte fra foreldre og at barnet har gode kunnskaper om hva diabetes er. I følge Haugstvedt (2011) kan det å skulle håndtere å leve med en sykdom og føle seg annerledes, være svært utfordrende for barnet. Dette støttes også i Kelo et al., (2011) som sier at barn kan oppleve det som krevende å måtte tilpasse hverdagen sin etter sykdommen. Kelo et al., sier videre at barn kan oppleve det som vanskelig og flaut å være annerledes enn vennene. Det viser viktigheten av å styrke barnets selvtilit og mestring.

Jeg observerte også en familie der en 11 år gammel jente hadde fått diabetes type 1. Da det skulle bli gitt informasjon til jenta var mange familiemedlemmer samlet. Det ble snakket litt over hodet på henne, da de andre i familien hadde stort behov for å få svar på sine egne spørsmål. Jeg kunne se at jenta ble stille og fraværende, noe som kunne tyde på at hun ble overveldet, og kanskje ikke var så mottakelig for informasjonen som ble gitt. Granum (2007) sier at barn best lærer når det blir tatt hensyn til deres individuelle behov, og at det er viktig å få tak i barnets oppfatning av egen sykdom, fordi dette danner utgangspunktet for undervisningen og barnets forståelse. I denne situasjonen ble fokuset på jenta som hovedperson overført til andre som krevde oppmerksomhet. Sykepleieren forsøkte å holde fokus på jenta, men måtte ofte rette oppmerksomheten mot de andre familiemedlemmene. Jeg så da hvor viktig det er å være bevisst på å sikre at jenta får den informasjonen som hun skal ha. Dette blir støttet i Granum (2007) sier noe om at i situasjoner der foreldrene svarer mye på vegne av barnet, så kan det være nyttig å undervise barnet alene. Når foreldre tar for mye ansvar, kan dette resultere i at barnet ikke utvikler kunnskap og lyst til å lære å bli selvstendig, sier Granum videre. Dette kan føre til at barnets holdning til sykdommen blir at det ikke er barnets eget ansvar og føre til at det ikke tar hensyn til måling av blodsukker, og ikke ser konsekvensene dersom det ikke setter riktig dose insulin, sier Granum i tillegg. Foreldrenes omsorg blir overbeskyttende og påvirker barnets selvstendighet og utvikling. Granum poengter at foreldre i stor grad blir ansvarlige for hvordan barnets fremtid vil bli, og de holdningene foreldrene har til diabetes vil bli overført til barnet. Viktigheten av dette støttes også opp av Kelo et al., (2011) som sier at de vanene og mønstrene som blir tilegnet i tidlig alder ofte varer livet ut.

Sykepleierens ansvar for å tilrettelegge undervisningen slik at barnet og foreldrene forstår viktigheten av å holde blodsukkeret så stabilt som mulig, kan være avgjørende med tanke på forebygging av senkomplikasjoner. Det å fokusere på selvstendighet og mestring hos barnet, bidrar til økt selvtillit og gjør at barnets evne til egenkontroll styrkes, noe som også er et mål for diabetesbehandlingen (Freeborn et al., 2012; Grønseth & Markestad, 2013; Hanås, 2011; Haugstvedt, 2011; Helsedirektoratet, 2011; Skafjeld, 2011).

Ved utskrivning fra sykehuset kom den 7 år gamle gutten og foreldrene bort til vaktrommet for å takke for seg. Gutten virket glad og fornøyd mens han fortalte om hvor mye han gledet seg til å møte den andre gutten som også hadde diabetes. Foreldrene fortalte at barneavdelingen hadde tatt seg godt av dem, og at de reiste derfra med en mye større trygghet og mente de var klare til å takle de utfordringene som ville komme. Dette viser at når sykepleiere har fokus på å skape tillit og styrke mestringsfølelse hos barn og foreldre, vil dette gi trygghet som fremmer familiens læring, og skaper godt grunnlag for kunnskap og utvikling.

5 Konklusjon

For at et barn med nyoppdaget diabetes type 1 som er innlagt på sykehus skal mestre situasjonen, er det viktig at barnet føler seg trygg, ivaretatt og sett. For å redusere stress og fremme mestring hos barnet og foreldrene, er det viktig at sykepleieren gir god informasjon, sørger for gode undervisningssituasjoner og opptre på en måte som skaper tillit hos familien. Ved at barnet og foreldrene får kunnskap og erfaring gjennom undervisning, vil barnet bli kjent med egen kropp og egne symptomer slik at barnet får et godt grunnlag for egenkontroll og ansvar for egen helse. På denne måten kan risikoen for senkomplikasjoner reduseres, og dermed ha en positiv virkning på helsen på lang sikt. Min erfaring er at dagens praksis bidrar til å redusere stress og fremme mestring hos barn ved sykehusopphold. Jeg så at sykepleiere er bevisst på å skape godt grunnlag for læring gjennom trygghetsskapende tiltak, og er opptatt av å styrke barnets egen evne til å ta kontroll over egen situasjon. Gjennom arbeidet med oppgaven så jeg at litteraturen støtter opp under dagens praksis og at de tiltakene som sykepleierne vektlegger i dag, er med på å gi et barn med nyoppdaget diabetes type 1, en så god start som mulig.

Litteraturliste

- Bibsys. (2014). Hentet 22. september 2014 fra <http://www.bibsys.no/om-bibsys/hva-gior-vi/>
- Dalland, O. (2014). Hvordan kunnskap blir til. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (s.47-61). Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2014). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (s. 63-81). Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2014). Sitater og referanser. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (s.83-92). Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS.
- Diabetesforbundet. (2014) *Ekspløsjon i barnediabetes, 2009*. Hentet 13. september 2014 fra <http://diabetes.no/Ekspløsjon+i+barnediabetes.9UFRzO10.ips>
- Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. & Mandleco, B. (2012). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: Child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1890-1898.
doi:10.1111/jocn.12046
- Granum, V. (2007). Undervisning av barn. I Granum, V. *Praktisk pasientundervisning* (s. 106-116). Fagbokforlaget Vigemostad og Bjørke AS.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3. utg.) Oslo: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke AS.
- Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes: Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: Cappellen Damm AS.
- Haugstvedt, A.(2011). *Diabetes i et livsløps-og kulturperspektiv*. I A. Skafjell & M.Grue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 269-314). Oslo: Akribe AS.
- Helsedirektoratet. (2014). Nasjonale faglige retningslinjer. (2011). *Diabetes-forebygging, diagnostikk og behandling*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/diabetes/forside>

Kelo, M., Martikainen, M. & Eriksson, E. (2011). Self-care of school-age children with diabetes: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2096-2108. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05682.x

Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, inc.

Meld. St. 34 (2012-2013). (2013). *Folkehelsemeldingen: 2012-2014*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler* 2008. Hentet 22. september 2014 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2013). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Regjeringen. (2014). *Kunnskapsdepartementet, 2014*. Hentet 22. september 2014 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dep/underliggende-etater/bibsys.html?regj_oss=1&id=526173

Røkenes O.H. & Hanssen P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3 utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigemostad & Bjørke.

Sagen, J.V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjell & M. Grue (Red.), *Diabetes: Forebygging, oppfølging, behandling* (s.19-73). Oslo: Akribe AS.

Samela, M., Salanterä, S. & Aronen, E.T. (2010). Coping with hospital fears: Experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1222-1231. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x

Skafjell, A. (2011). Forebygging og behandling av diabetisk fotsår. I A. Skafjell & M. Grue (Red.), *Diabetes-forebygging, oppfølging, behandling* (s.74-100). Oslo: Akribe AS.

Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J & Drivvoll, A.K (2013). Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes: Barnediabetesregisteret (Årsrapport 2012). Hentet fra <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklubben/Barnediabetes/Årsrapporter/Årsrapport%202012.pdf>

Tveiten, S., Wennic, A. & Steen, H.F. (2012). Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie. Oslo: Gyldendals Norsk Forlag AS.