



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.:	297
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7950
Engelsk tittel *:	Children and diabetes

Egenerklæring *: Ja

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	43
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Barn og diabetes
Children and diabetes

Kandidatnummer: 297

Bachelor i sykepleie
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap,
Campus Haugesund

Innleveringsdato: 21.04.2021

Ord: 7950

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

Sammendrag

Bakgrunn: Forekomsten av diabetes type 1 i Norge er høyest i alderen 8-12 år. Direkte etter diagnostiseringen blir barnet lagt inn på sykehuset for et opplæringsopphold. Innleggelsen er ofte preget av mange følelser og ubesvarte spørsmål for barnet. Sykepleier sin pedagogiske rolle er viktig for å gi barnet kunnskap og trygghet under opplæringen.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å undersøke hva sykepleier under innleggelse kan gjøre for at barnet skal kjenne på mestring ved nyoppdaget diabetes type 1.

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. Det er gjort systematiske litteratursøk i Cinahl og Medline. Seks forskningsartikler ble på bakgrunn av relevans for problemstillingen. Videre ble artiklene analysert og kodet ut fra funn. Diskusjonen baserer seg på forskningsartiklene, og annen litteratur, veiledere, lover og forskrifter som blir sett på som relevante.

Resultat: Ut fra de seks valgte forskningsartiklene ble fem hovedkategorier som gikk igjen i forskningen erkjent og brukt i diskusjonsdelen: Sykepleiefaglige egenskaper, pasientopplæring og undervisning, familiesentrert sykepleie, motivasjon og mestring, og sosial støtte.

Oppsummering: For at barnet skal kunne føle mestring på sykehuset må diabetesopplæringen tilpasses det enkeltes barn utvikling og utgangspunkt. Et barn er ikke i stand til å overholde all behandling, men gjennom å finne motiverende faktorer kan en finne elementer for mestring. Videre er sykepleier, barnet og foreldrene sitt samarbeid viktig for utfallet av opplæringen.

Abstract

Background: The incidence of type 1 diabetes in Norway is highest at the age of 8-12 years. Immediately after the diagnosis, the child is admitted to the hospital for a training stay. The hospitalization is often characterized by many emotions and unanswered questions for the child. The nurse's pedagogical role is important to give the child knowledge and security during the training.

Aim: The purpose of the thesis is to investigate what a nurse during hospitalization can do to make the child feel mastered in newly discovered type 1 diabetes.

Methods: Literature study is used as a method. Systematic literature searches have been carried out in Cinahl and Medline. Six research articles were based on relevance to the problem. Furthermore, the articles were analyzed and coded based on findings. The discussion is based on the research articles and other literature, guides, laws and regulations that are considered relevant.

Results: Based on the six selected research articles, five main categories that recurred in the research were recognized and used in the discussion section: Nursing professional characteristics, patient education and teaching, family-centered nursing, motivation and coping, and social support.

Conclusion: In order for the child to feel mastered in the hospital, diabetes education must be adapted to the individual child's development and starting point. A child is not able to comply with all treatment, but by finding motivating factors one can find elements for coping. Furthermore, the cooperation of the nurse, the child and the parents are important for the outcome of the training.

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn	6
1.1 Hva er diabetes type 1?	6
1.2 Sykepleie til barn	8
1.3 Helse og mestringsperspektiv	9
1.4 Sykepleier sin pedagogiske funksjon	10
1.5 Hensikt	11
1.5.1 Problemstilling	11
1.5.2 Avgrensning	11
2. Metode	13
2.1 Litteraturstudie	13
2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode	13
2.2 Søkeprosessen	13
2.2.1 Databaser	13
2.2.2 PICO	14
2.2.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier	14
2.2.4 Søkehistorikk	15
2.3 Kilde – og metodekritikk	16
2.4 Etsiske overveielser	18
2.5 Analyse	18
3. Resultat	20
3.1 Sykepleiefaglige egenskaper	21
3.2 Pasientopplæring og undervisning	21
3.3 Familiesentrert sykepleie	22
3.4 Motivasjon og mestring	22
3.5 Sosial støtte	23
4. Diskusjon	24
4.1 Sykepleiefaglige egenskaper	24
4.2 Pasientopplæring og undervisning	26
4.3 Familiesentrert sykepleie	27
4.4 Motivasjon og mestring	30
4.5 Behovet for sosial støtte	32
5. Avslutning	34
6. Litteraturliste	35
6.1 Vedlegg 1 – Eksempel søk	40
6.2 vedlegg 2 – Eksempel på kvalitativ sjekkliste	40

Tabelloversikt

Tabell 1: Pico

Tabell 2: Inklusjon – og eksklusjonskriterier

Tabell 3: Søkeshistorikk

Tabell: 4: Artikkelmatrise

1. Bakgrunn

Hvert år får nesten 400 barn i Norge diabetes type 1 (Diabetesforbundet, u.å) og estimerte data viser at rundt 1/1000 barn under 15 år har sykdommen (Norsk Helseinformatikk, 2021). Diagnosen innebærer livslang behandling med insulin og en tilpasning av dagliglivet (Hanås, 2011, s. 4). Når et barn får en kronisk sykdom er situasjonen vanskelig for hele familien. For små barn er det ofte injeksjonene som er den vanskeligste delen. Eldre barn og tenåringer synes ofte at behovet for regelmessighet og forklaring til omgivelsene er den mest brysomme delen (Hanås, 2011, s. 323). For personer med nyoppdaget diabetes kan den nye livssituasjonen virke forvirrende med mange uløste spørsmål (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59).

De to første ukene etter diagnostisering er det vanlig at barnet er innlagt på sykehus. Her deltar barnet og foreldrene i et opplæringsprogram som omfatter undervisning, opplæring og veiledning om den kroniske sykdommen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 322). Vi kan i en norsk studie (Ekra et al., 2015) som tar for seg ulikheter med diabetesbehandlingen fra 1959 til nå se at har vært mange åpenbare ytre endringer – miljøet på avdelingen er tilpasset og barnets rettigheter er styrket. Likevel ser en mye likheter når det kommer til sårbarhet, fremmedgjøring, savn av venner, klassekamerater og familie, samt passivitet og kjedsomhet.

1.1 Hva er diabetes type 1?

Diabetes type 1 er en kronisk autoimmun sykdom hvor kroppens eget immunforsvar angriper de insulinproduserende betacellene i bukspyttkjertelen (Jenssen, 2017, s. 389). Årsaken til sykdommen er sannsynligvis et samspill mellom genetisk disposisjon og miljøfaktorer (Markestad, 2016, s. 366).

Symptomene til barn ved nyoppstått diabetes type 1 avhenger av graden av hyperglykemi ved innleggelse. De første symptomene viser seg som tørste og hyppig vannlating. Dersom insulinmangelen blir enda mer uttalt, blir det betydelig mindre opptak av karbohydrater og energi i muskel- og fettceller. Resultatet av dette er vekttap og væsketap som fører til at

pasienten blir slapp og trett (Jenssen, 2017, s. 390). Videre er det ikke uvanlig at diabetes blir feildiagnostisert som lungebetennelse på grunn av hyperventilering, eller akutt abdomen på grunn av magesmerter (Markestad, 2016, s. 366). Diagnosen stilles ved å påvise glukose i urinen og ved å bekrefte at glukosuri skyldes høy blodglukose. Videre er det viktig å ha kunnskap om at uoppdaget diabetes hos barn og unge kan debutere som ketoacidose. Dette er en tilstand som krever nøye behandling og overvåking (Jenssen, 2017, s. 391). Ved diabetisk ketoacidose viser syre-base-statusen metabols acidose, og i serum og urin blir det påvist ketoner. Samtidig er det mer eller mindre klinisk og biokjemisk dehydrering. Alvorlig ketoacidose kan utvikles raskt, og barn med nyoppdaget diabetes skal derfor øyeblikkelig legges inn på barneavdelingen (Markestad, 2016, s. 367).

Episoder med lett hypoglykemi (føling) er noe alle diabetikere opplever. Det er en fordel om barn kan oppleve den første episoden under det første oppholdet i sykehuset, slik at de kan gjenkjenne symptomene og lære hvordan de skal takle situasjonen. Tilstanden merkes som sultfølelse, blekhet, svette, hodepine, slapphet, skjelving, irritabilitet og atferdsendring. Ved alvorlig hypoglykemi kan barnet bli fjernt, bevisstløs og få kramper. Barn kan få føling selv om blodglukosenivået ligger innenfor normalen (3-7 mmol/l), dersom fallet skjer brått, eller dersom de har hatt høye blodglukoseverdier en tid. En vanlig måte å definere føling på er at blodglukoseverdien er under 2,8 mmol/l. På bakgrunn av dette skal alle barn med diabetes alltid ha noe sukker med seg (Markestad, 2016, s. 373).

Ved å oppnå god diabeteskontroll kan en unngå langtidskomplikasjoner som netthinneforandring, nedsatt nyrefunksjon, utfall i perifere nerver og hypertensjon på grunn av blodkar – og nyreforandringer. Selv om komplikasjonene sjelden opptrer før pasienten har hatt diabetes i 10-15 år og i underkant av 50 prosent noen gang vil utvikle nyresvikt og netthinneforstyrrelse er det viktig at pasienten har kunnskap om at det kan forekomme (Markestad, 2016, s. 374).

1.2 Sykepleie til barn

Når et barn får diabetes type 1 står en overfor utfordringer når det kommer til forståelse av situasjonen og valg av behandling. Det er pasienten selv som skal bli egne behandler og behandlingen må individualiseres ut fra pasientens livssituasjon (Jenssen, 2017, s. 391). Barn blir lett utrygge i ukjente og skremmende omgivelser som ved en sykehusinnleggelse. Foreldrenes tilstedeværelse, kjente rutiner, glede, humor og lek bidrar til trygghet og velvære (Grønseth & Markestad, 2017, s. 9). I sykepleie til barn består sykepleier-pasientforholdet av tre aktører: Sykepleier, barnet og foreldre (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73). At foreldrene er til stede, skaper trygghet og øker barnets toleranse for stress under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 72). Dette er også nedfelt i sosial- og helsedepartementets forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Familiefokusert sykepleie er et særtrekk i pediatrik sykepleie og stiller krav til sykepleier som samarbeidspartner (Grønseth & Markestad, 2017, s. 9).

Med utgangspunkt i modellen om mestringsvilkår og kunnskap om hva de fleste barn og unge vil oppleve i løpet av et sykehusopphold, kan følgende punkter trekkes frem som særlig viktige for sykepleien (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67):

- Å skape et trygt, forutsigbart og anerkjennende miljø
- Foreldrene til stede
- Forberedelse før undersøkelser og prosedyrer
- Å styrke barnets mestringsstrategier
- Å skape et helsefremmende miljø og mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter

For å kunne hjelpe barn og unge til å mestre stress ved sykehusinnleggelse må sykepleieren vurdere tiltakene sine med utgangspunkt i barnets utviklingstrinn (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Barnets kognitive utvikling og tidligere erfaringer gir oss muligheten til å forstå barns forståelse av kroppens fungering, hva sykdom er og hvilke konsekvenser den har (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65). Relevant for problemstillingen fremmer Markestad

(2016, s. 375) at barn i 7-8 års alderen vanligvis kan sette insulin selv, med oppsyn de første årene.

Jean Piaget (1896-1980) har utviklet en teori om kognitiv utvikling, som deler seg i fire aldersbestemte stadier. Aktuell for oppgaven er det konkret-operasjonelle stadiet (ca. 6-12 år). I denne fasen kan barnet utføre logiske handlinger, tenke mer abstrakt og det skjer en utvikling av forståelse av mengde og reversibel tenkning (Renolen, 2015, s. 112). På bakgrunn av at oppgaven handler om mestring er også psykolog Erikson (1902-1994) sin teori om personlighetsutvikling relevant. Han viser til at barna i alderen 5-6 og frem til puberteten befinner seg i «ferdighetsfasen». I denne fasen er opplevelse av mestring, faglig og sosialt viktig for barnet. Resultatene av de ulike behovene i denne fasen blir i følge Erikson en fast del av personligheten vår (Renolen, 2015, s. 106).

1.3 Helse og mestringsperspektiv

Jeg har i oppgaven valgt å ha et salutogent perspektiv på problemstillingen. Aron Antonovsky (1923-1994) sitt salutogene perspektiv på helse fokuserer på det friske og hva som gjør at man ikke blir syk, men opprettholder god helse. Under perspektivet finner vi begrepet *opplevelse av sammenheng*, som representerer den enkeltes motstandskraft og mestringsevne som oppnås når man opplever at tilværelsen er meningsfull, forståelig og håndterlig (Tveiten, 2020, s. 21- 22). Målet med salutogen tilnærming er ikke bare å behandle symptomer på lidelse, men også å gjøre mennesker i stand til å leve optimalt med sine helseutfordringer ved å ta på alvor personens evne til aktiv tilpasning for å kunne mestre hverdagen (Langeland, 2018, s. 158).

Teorien om salutogene består av sentrale begreper og grunnleggende antagelser om helse. Begrepene og antakelsene er gjensidig forbundet med hverandre og utgjør en integrert helhet. Videre blir begrepet empowerment presentert (Langeland, s. 161). Begrepet blir av verdens helseorganisasjon (2006) definert som prosessen der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse (WHO, referert i Tveiten, 2018, s.

239). I salutogen sammenheng benevnes empowerment om evnen til å nyttiggjøre ressurser (Langeland, 2018, s. 161).

Relevant for problemstillingen er også begrepet mestring som er målet med salutogen tilnærming (Langeland, 2018, s. 158). Mestring handler om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner som sykdom, helsesvikt og funksjonstap (Drageset, 2014, s. 85). Tveiten (2020, s. 22) viser til mestring som tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter og utstyr, samt evnen til å bruke ressursene.

1.4 Sykepleier sin pedagogiske funksjon

Når sykepleier samarbeider med barn og familie i empowermentprosessen, er den pedagogiske funksjonen særlig viktig. Helsepedagogikk handler om å vurdere og gjøre valg når det gjelder hva, hvorfor og hvordan vi kan legge til rette for læring og mestring av helseutfordringer (Tveiten, 2016, s. 12). Tveiten et al. (2012, s. 158) viser til begrepet helsepedagogikk som er alt som har med læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i en helsesammenheng. I forskningslitteratur skilles det mellom ulike definisjoner på pasient-undervisning. Definisjonen av undervisningen henger ofte sammen med hva som er hovedintensjonen. Lorig (2001) definerer pasientundervisning som et sett planlagte pedagogiske aktiviteter som tar sikte på å bedre pasientens helseatferd og helsetilstand.

Barnet og familien skal utvikle kompetanse til å ta mest mulig kontroll over de faktorer som påvirker helse og mestring. Sykepleierens ansvar for undervisning og veiledning er nedfelt i loven (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999) og videre i sykepleiere sine yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 – Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, u.å). Sykepleier har et selvstendig ansvar for å planlegge, gjennomføre og evaluere undervisning til pasienten. Undervisningen må også være i tråd med pasientens behov (Grønning, 2016, s. 294). Ifølge Mosand og Stubberud (2016, s. 52) er

en av hovedutfordringene i arbeidet med nyoppdaget diabetes type 1 å bidra til at pasienten selv kan ta ansvar for behandlingen og oppleve livskvalitet med sykdommen. Utfordringen er å individualisere sykepleieutøvelsen, noe som krever kunnskap om pasientens kulturbakgrunn, livssituasjon, utdanning, funksjonsnivå, tidligere erfaring og eventuelle livskriser. For å utvikle egenomsorg ved kronisk sykdom må en fremme pasientens selvstendighet.

1.5 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne meg kunnskap om diabetes type 1 og sykepleie til barn. Dette på bakgrunn av at diabetes er en av de hyppigste folkesykdommene i Norge (FHI, 2014) og sannsynligheten for at jeg kommer til å møte på pasienter som tilhører denne brukergruppen er høy. På grunn av videre faglig interesse falt valget på barn som pasientgruppe. Jeg ønsker å få kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bidra og tilrettelegge prosessen hos et barn som nylig har fått en kronisk sykdom som diabetes type 1.

1.5.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus?

1.5.2 Avgrensning

Barn som får diagnosen diabetes type 1 blir umiddelbart innlagt på sykehuset i 7 – 14 dager sammen med sin omsorgsperson (Diabetesforbundet, u.å). På bakgrunn av dette avgrensner jeg oppgaven til oppholdet på sykehus i etterkant av den nyoppdagede diagnosen. Videre blir ikke besøksrestriksjoner og liknende knyttet til koronaepidemien tatt med i oppgaven.

Jeg har valgt å legge vekt på gutter og jenter i alderen 6-12 år, da dette er gruppen hvor vi finner flest nyoppstått tilfeller av diabetes type 1 (NHI, 2018). Avgrensningen er også gjort på

bakgrunn av barnets kognitive utvikling og at barn i denne alderen har evne til å være mer selvstendige i behandlingen.

Etter lesning ser jeg at sykdomsforståelse kan være forskjellig knyttet til blant annet kultur (Grønseth og Markestad, 2017, s. 66). Dette er et interessant tema som er svært aktuelt ved arbeid på norske sykehus i et flerkulturelt land som Norge er. Jeg har imidlertid valgt å ikke ta hensyn til dette i min oppgave, men holder på tanken om at det er slik.

2. Metode

Ifølge Dalland (2017) er metoden redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (s. 52). I oppgaven vil litteraturstudie bli brukt videre som metode.

2.1 Litteraturstudie

Den litterære oppgaven handlet om å hente data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Det du er ute etter å finne vil påvirke det du ser etter (Dalland, 2017, s. 207).

Prosessen begynner med teori om hva en allerede vet om temaet, videre gjør en seg kjent med litteraturen på området for så å formulere en problemstilling som er grunnlaget for innholdet og resultatene av litteraturstudien (Dalland, 2017, ss. 208-209).

2.1.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Jeg har valgt å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler i min litteraturstudie. Både kvalitative og kvantitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av ulike temaer knyttet til samfunnet vi lever i (Dalland, 2017, s. 52). Blant de seks utvalgte forskningsartiklene er det tre kvalitative forskningsartikler som tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, eksempelvis intervju. Den utvalgte kvantitative artikkelen er en tverrsnittstudie. Denne metoden gir fordelene av data i målbare enheter og kan si noe om utbredelsen av et fenomen (Dalland, 2017, s. 52). I de to systematiske oversiktsartiklene som er inkludert, finner vi både kvalitative og kvantitative artikler.

2.2 Søkeprosessen

2.2.1 Databaser

Under mitt systematiske litteratursøk er databasene Cinahl og Medline bevisst benyttet. Dette er sykepleierelevante databaser som jeg har erfaring med fra tidligere

oppgaveskriving. Cinahl er en bibliografisk database som inneholder referanser til engelskspråklig litteratur om sykepleie og tilgrensede fag. Medline er en database innen medisin og sykepleie, samt andre helserelaterte fag (Helsebiblioteket, u.å)

2.2.2 PICO

Læringsverktøyet Pico er benyttet for å få et systematisk søk rettet mot problemstillingen. Ifølge Helsebiblioteket (2016) er verktøyet nyttig for å gjøre problemstillingen tydelig og presis. For å finne frem til aktuelle søkeord, har jeg funnet «tagger» under det innledende søket og benyttet MeSH (Helsebiblioteket, 2020) som er en tjeneste for å finne gode søkeord når en skal finne litteratur i internasjonale databaser.

Tabell 1: Pico

P	I	C	O
Barn i alderen 6-12 år med diabetes type 1 på sykehus	Opplæring og veiledning	Ikke relevant	Mestring av nyoppdaget sykdom
Diabetes mellitus, type 1 Child* Nurs* Hospital	Education, guidance,		Coping, Adaptation, Psychological

2.2.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Under mitt søk har jeg valgt å bruke følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier (se tabell 2). Kriteriene er utformet for å redegjøre for utvelgelsen av artikler, samt for å ta leseren med i refleksjonene som er blitt gjort knyttet til litteraturen sin relevans for problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158).

Tabell 2: Inklusjon – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Forskningsartikler som følger en tydelig IMRAD struktur - Barn og familier sine opplevelser med nyoppdaget diabetes på sykehus - Barn i alderen 6-12 år - Sykepleiere og diabetesopplæring - Engelskspråklige studier 	<ul style="list-style-type: none"> - Uttalelser som ikke følger forskningsdesign - Forskningsartikler > 10 år - Barn og familier som får oppfølging i hjemmet eller poliklinikk - Barn > 18 år - Artikler på andre språk enn de inkluderte

En studie fra 2010 (Jönsson et al., 2010) er inkludert selv om den faller utenfor «10 års regelen». Dette på bakgrunn av at jeg anser den som relevant og aktuell for besvarelse på min problemstilling. Den medisinske diabetesbehandlingen er i stadig utvikling, men måten sykepleier møter pasienten på vil være et tema som alltid er aktuelt og hvor en aldri blir utlært. Det vil også være lite endring i behandlingen for diabetes type 1 hos barn, sammenlignet med for eksempel kreftbehandling. Studien er svensk, som kan vise til fellestegn med praksisen på norske sykehus.

2.2.4 Søkehistorikk

For å finne relevante artikler valgte jeg i første omgang å benytte søkeordene «diabetes type 1», «child*», «nurs*» og «hospital». Dette for å ikke begrense søket, men bli klar over hvilken forskning som finnes om temaet. Etter å ha utført et innledende søk forsto jeg at jeg måtte avgrense for å finne relevante og gode artikler da det finnes mye forskning knyttet til temaet. På bakgrunn av dette valgte jeg dermed snevre inn søket ved å benytte meg av PICO (se tabell 1). Søkeordene ble videre kombinert med «OR» og «AND».

For å gjøre meg bevisst på hvilken «nyere» forskning som finnes om temaet utførte jeg et systematiske søk i Medline, Cinahl og google scholar som tok for seg artikler de siste 5 årene. Funn av dette søket viser at det finnes mye «nyere» forskning om temaet. Jeg har likevel valgt å inkludere studier fra 2010 til 2019 for å finne forskning spisset mot problemstillingen og samtidig vise at temaet har vært aktuelt over en lengre periode. Videre er søket stoppet ved resultat mellom 40-100 artikler dette for selv å kunne inkludere/ekskludere. Jeg ser at begrensninger med ord som NOT og ytterligere når det kommer til språk og land kunne vært aktuelt. Under prosessen valgte jeg imidlertid å ikke gjøre dette for å ikke ekskludere artikler som jeg ser på som relevante for problemstillingen. Etter ekskludering ved hjelp av inklusjon- og eksklusjonskriteriene, og som følge av lesning av abstrakt og videre innhold i forskningsartiklene satt jeg igjen med 8 artikler som jeg så på som aktuelle for min problemstilling. Ved nøyere lesning valgte jeg ut 6 artikler jeg ønsket å bruke aktivt i oppgaven. De to resterende blir nevnt under enkelte temaer (Andersen, 2020; Ekra et al., 2015).

Under fremkommer søkehistorikken til de utvalgte forskningsartiklene etter søkeord, resultat, inklusjon og relevans. For to eksempel på ekskludering ved søk se vedlegg 1.

Tabell 3: Søkehistorikk

Medline - ovid				
Dato	Søkeord	Resultat	Inkludert	Relevans
09.03.21	Diabetes type 1 AND child* AND nurs* AND hospital + 10 år og engelsk språklig	84 artikler, 7 lest abstrakt og 1 lagret	Forskningsartikkel <i>Jönsson et al. (2010)</i>	Diabetesteam sine mål med pasientopplæring
18.03.21	Diabetes Mellitus, Type 1 AND Self Care AND nurs* AND child* + limit 2010-2011	46 artikler, 7 lest abstrakt, 1 lagret	Forskningsartikkel <i>Freeborn et al. (2013)</i>	Kartlegging av utfordringer barn med diabetes type 1 opplever
Cinahl				
09.03.21	Diabetes mellitus, type 1 AND children AND nurs* AND hospital + limit 2010-2021	49 artikler, 4 lest abstrakt og 4 lagret	<i>Forskningsartikkel Kelo et al. (2013)</i>	<i>Barn og foreldres positive og negative opplevelser med diabetesopplæring</i>
13.03.21	Diabetes mellitus, type 1 AND Adaptation, Psychological OR coping AND child* + limit 2010-2021	106 artikler, 12 lest abstrakt og 3 lagret	Forskningsartikkel <i>Gampelaere et al. (2019)</i>	Innblikk i følelser hos barn og foreldre med kronisk sykdom vurdert opp mot familier uten.
16.03.21	Self Care AND Diabetes mellitus, type 1 AND Coping AND child* + limit 2010-2021	37 artikler, 2 lest abstrakt og 1 lagret	Forskningsartikkel <i>Kelo et al. (2011)</i>	Barns egenomsorg og mestring av daglig ledelse
18.03.21	Diabetes mellitus, type 1 AND child* AND patient education AND Self care + limit 2010-2021	37 artikler, 4 lest abstrakt, 3 lagret	<i>Forskningsartikkel Pelican et al. (2015)</i>	<i>Viser til hvordan egenomsorg blir benyttet i undervisning av barn med diabetes type 1.</i>

2.3 Kilde – og metodekritikk

Dalland (2017, s. 152) viser til at kildekritikk handler om to ting: å finne den litteraturen som best belyser problemstillingen, og å gjøre rede for den litteraturen som er anvendt i

oppgaven. Oppgavens troverdighet og faglighet er avhengig av at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet. Jeg har blant annet benyttet sjekklister (vedlegg 2) for å vurdere kvaliteten på forskningslitteraturen og bevisst tatt i bruk artikler som er fagfellevurdert.

Det har blitt presentert noen sekundærkilder for å belyse problemstillingen. En sekundærkilde er en primærkilde som kan være oversatt, tolket eller gitt ut av en annen forfatter (Dalland, 2017, s. 162). Valget om å bruke sekundærkilder er gjort på bakgrunn av at primærkilden har vært vanskelig å finne, men også at sekundærkilden oppsummerer teorien til den aktuelle forfatteren på en måte som er relevant for problemstillingen. Her er litteraturen til Åse Renolen (2015) benyttet for å belyse teorien til Jean Piaget og Erik. H. Erikson. Jeg har også valgt å bruke litteraturen til Renolen (2015), Tveiten (2020) og Langeland (2018) for å belyse ulike deler av det salutogene perspektivet til Aron Antonovsky.

Videre er to systematiske oversiktsartikler inkludert i min litteraturstudie (Kelo et al., 2011; Pelicand et al., 2015). Disse skal oppsummere og sammenstille resultater av alle relevante studier innenfor et avgrenset fagområde. Denne typen forskning er mye brukt i medisin og det er strenge kvalitets- og utvalgs-kriterier som er grunnlaget for denne typen forskning (Dalland, 2017, s. 163). Jeg ser dermed på systematiske oversiktsartikler som en ressurs for å få et bredere perspektiv på problemstillingen.

Jeg har videre benyttet oppdatert og relevant litteratur, og nettsider som Diabetesforbundet, Lovdata, Sykepleierforbundet, Helsebiblioteket for å finne veiledere, statistikk, lover og etiske retningslinjer.

Metodekritikk handler om å vurdere hvordan metoden har fungert, sett opp mot mulige alternative metoder (Dalland, 2017, s. 225). Dalland (2017, s. 60) påpeker at selv om data i utgangspunktet er relevante må de også være samlet inn en pålitelig måte. Jeg har benyttet kvalitative forskningsartikler i oppgaven som i ulik grad inneholde intervjuer av mennesker. I et intervju ligger det en mulig feilkilde i selve kommunikasjonsprosessen. Er spørsmålet riktig

oppfattet? Har intervjueren forstått svaret riktig? Er svarene notert riktig? Videre kan feil oppstå ved utskrivning og formulering (Dalland, 2017). Jeg har hatt dette i minne under lesning av artiklene. Jeg tar også med i betraktning en mulighet for feil ved egen oversettelse av artiklene.

Et begrep som har gått igjen er «Self- management» som kan ha en noe tvetydig betydning. Ifølge en tolkning fra Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings – og kompetansesenter (2009) defineres begrepet som en kontinuerlig prosess med valg og avgjørelser for å øke eller endre kunnskap, ferdigheter og handlinger. Begrepet brukes ofte om prosessen en person gjennomgår og de strategiene som brukes for å mestre hverdagen med kronisk sykdom. På bakgrunn av dette har jeg valgt å oversette begrepet til egenomsorg.

2.4 Ethiske overveielser

Ved all medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker skal det søkes om forhåndsgodkjenning fra en av de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Dalland, 2017, s. 238). Med fokus på temaet i litteraturstudien er det sentralt å se på forskningsetikk knyttet til barns deltakelse. Dette omtales i Forskningsetisk komite for humaniora og samfunnsfag sine forskningsetiske retningslinjer, punkt 12. Her legges det vekt på at barn er sentrale bidragsytere i forskning, men at de trenger beskyttelse, samt metode og innhold som er tilpasset alder og individuell situasjon (Backe-Hansen, 2009). Jeg har gjennom mine søk gjort etiske overveielser og sikret at alle de inkluderte studiene er godkjent av etisk komite. Vurderingen min er at personvernet i artiklene er ivaretatt.

2.5 Analyse

Ifølge Grønseth & Jerpseth (2019, s. 91) skal en i analysen finne svar på spørsmålene som ligger i problemstillingen ved hjelp av funn. I prosessen ble forskningsartiklene oversatt og lest gjentatte ganger for å få et tydelig bilde av innhold og resultater. Videre ble 5

hovedkategorier utviklet som skal belyse funn som er relevante for problemstillingen. Hovedkategoriene fikk hver sin farge for å kunne systematisere funn i artiklene, og funn ble plassert under aktuelt tema i eget dokument.

3. Resultat

Ut fra de det systematiske litteratursøket har jeg kommet frem til 6 artikler utgitt i perioden 2010-2019.

Tabell 4: Artikkelmatrikse

Forfater	Hensikt	Metode	Resultat
Jonsson et al. (2010)	Søke forståelse av hvordan diabetesteamets opplæring fungerer fra innleggelse til utskrivning, blant familier med barn som nylig er diagnostisert med diabetes type 1.	Kvalitativ studie. Fokusgruppedesign for å innhente grundig informasjon fra spesialsykepleier, barnelege, ernæringsfysiolog, rådgiver og psykolog.	Viser til at hovedmålet med opplæringen er oppnå overholdelse av egenomsorg og videre tema som er viktig i denne prosessen.
Kelo et al. (2011)	Presentasjon av utvikling av egenomsorg og mestring hos barn med diabetes type 1. Samt muligheten for å styrke dette i pasientopplæringen.	Systematisk litteraturstudie, som inneholder 9 kvalitative og 12 kvantitative studier, samt en studie som brukte kvalitativ og kvantitativ metode.	Egenomsorgen består av en balanse mellom krav og barnets utvikling og modenhet. Og blir til gjennom en læringsprosess med tre mål: normalitet, evnen til å takle og uavhengighet.
Kelo et al. (2013)	Undersøke viktige deler av undervisningssituasjoner under sykehusopphold. For å utvikle undervisning til pasienter.	Kvalitativ studie. Intervju med 15 deltakende familier. Positive og negative opplevelser med sykehusopphold blir undersøkt.	Det pedagogiske utfallet av undervisningen ble beskrevet som empowerment eller mangel på det. Sykepleiefaglige egenskaper og barnet i fokus er avgjørende.
Gampelaere et al. (2019)	Sammenligning av foreldre og barn med kronisk sykdom opp mot kontrollgruppe uten kronisk sykdom. Den tar for seg barns velvære, foreldrenes nød og foreldreoppførsel	Kvantitativ tversnittstudie. Spørreskjema med 105 familier med diabetes type 1 og 414 familier uten kronisk sykdom.	Studien fremhever psykososiale forskjeller mellom familiene. Livskvaliteten til barn og foreldre med diabetes type 1 ble kartlagt. Det vil kunne være nyttig med psykososial støtte så vel som klinisk omsorg under sykehusopphold.
Freeborn et al. (2013)	Finne ut hvilke utfordringer barn med diabetes type 1 opplever for at sykepleiere skal kunne tilpasse seg etter pasientene sitt behov	Kvalitativ studie. Seks fokusgrupper. Totalt 16 barn og unge. Intervjuet over en periode på 4 måneder	Tre temaer ble dratt frem som utfordrende for barna: Lavt blodsukker, egenomsorgsaktiviteter og følelsen av å være annerledes/alene.
Pelicand et al. (2015)	Undersøke hvordan egenomsorg ble brukt i undervisning av barn med diabetes type 1, samt forholdet mellom helsearbeider og barnet.	Systematisk litteraturstudie med 30 inkluderte artikler. Innholdet ble analysert gjennom en kvalitativ metode og deretter tematisk kodet og kategorisert	Egenomsorg består av tre dimensjoner: det psykososiale, generell helse og evnen til å dekke behovene som sykdommen skaper. Sykepleier må støtte til å bli «sunne syke mennesker»

Funn som er relevante for å belyse problemstillingen blir videre presentert under fem hovedkategorier: Sykepleiefaglige egenskaper, undervisning, foreldrenes rolle, mestring og sosial støtte.

3.1 Sykepleiefaglige egenskaper

Alle de inkluderte studiene ser på det som viktig at undervisning og veiledning tilpasses hvert barns utgangspunkt og utvikling. Kelo et al. (2013) viser til sykepleiefaglige egenskaper som vennlighet, ro, tålmodighet og god tilrettelegging for utvikling og mestring knyttet til barnets utgangspunkt i opplæringen. Dette fremkommer også i studien til Gampelaere et al. (2019) som mener sykepleiere i diabetesteam kan tjene som modell for foreldrene og barna gjennom støttende og veiledende kommunikasjonsstil, oppmuntring og positive tilbakemeldinger. Videre ser Jönsson et al. (2010) på tillit som en ressurs for oppfølgingen, som skapes gjennom å vise medmenneskelighet og empati, såfremt som kompetanse. Funnene i studien til Kelo et al. (2011) understreker at utdanning av diabetes må tilpasses hvert enkelt barn i skolealder og foreldrene. Sykepleier må erkjenne utviklingsnivået, modenheten til barna, samt foreldrenes natur og evner. Videre ser en i forskningsartikkelen til Freeborn et al. (2013) at sykepleiere må være i stand til å lette alle bekymringene barn og unge har relatert til egenomsorg. Pelicand et al. (2015) viser til helsepersonell sin posisjon til å oppfordre barn til å uttrykke utfordringer knyttet til diabetesen, samt la barna ta del i aktiviteter og opplæring som fremmer egenomsorg av medisinske prosedyrer, men også psykososialt.

3.2 Pasientopplæring og undervisning

Grunnlaget for pasientopplæring dannes av læringsbehovet til barnet og familien (Kelo et al., 2013). Ifølge Jönsson et al. (2010) innebærer utdanning på sykehus formidling av kunnskap gjennom praksis og følelsen av å være i stand til å håndtere situasjonen. Videre viser Pelicand et al. (2015) hvor viktig tverrfaglig helseteam er i arbeid med barn som har diabetes, samt at barnet får en aktiv rolle og det benyttes lek i utdanningen. I studien til Kelo et al. (2011) fremkommer det at positive tilbakemeldinger er viktig for barn under

opplæring. Kelo et al. (2013) og Gampelaere et al. (2020) understreker at en bør gjøre en vurdering av barna og foreldrenes evner før utskrivelse for å sikre god klinisk behandling. Dette er videre beskrevet i studien til Jönsson et al. (2010) som benytter sjekklister og kunnskapstester i forkant av utskrivelsen.

3.3 Familiesentrert sykepleie

Studiene til Kelo et al. (2013), Gampelaere et al. (2019), Kelo et al. (2011), Pelicand et al. (2015) og Jönsson et al. (2010) viser til foreldrene som en viktig del av diabetesomsorgen. Kelo et al. (2011) påpeker at barn ikke er modne nok til å ta beslutninger og ha full kunnskap til å håndtere diabetesen selv. Dermed trenger de foreldrene sine for å hjelpe til med kompleksiteten i diabetesomsorgen og å dele ansvaret. Gampelaere et al. (2019) rapporterer om betydelig mer stress, depressive symptomer og angstsymptomer hos mødre til barn med diabetes type 1 enn hos kontrollgruppen uten barn med diabetes. Dette støttes også av Kelo et al. (2013) og Jönsson et al. (2010) som beskriver foreldrene i en sjokkfase etter at barnet har fått diabetes. Pelicand et al. (2015) viser til hvordan foreldrenes engasjement viser igjen i den daglige håndteringen av barnets tilstand. Sykepleier må samarbeide med foreldrene, vise interesse for familieforhold og livsstil samt gi støtte til problemstillinger som oppstår. Dette for å gjøre foreldrene trygge til å gå foran som gode eksempel for barna. Jönsson et al. (2010) beskriver familiesentret læring som en måte å fange mangfoldet i familien ved å belyse hvordan opplæringen blir akseptert, familienes forskjellige behov, personlige valg og lære stiler.

3.4 Motivasjon og mestring

Viktige funn i studien til Gampelaere et al. (2019) viser at barn med diabetes ikke melder om lavere opplevd livskvalitet enn barn uten diabetes. Kelo et al. (2013) beskriver utdanningsresultatet etter diabetesopplæring som empowerment eller mangel på det. Barn i skolealder er i stand til å få kunnskap og påta seg ansvar for egenomsorg, men trenger foreldrene sine nær. Videre presiserer Kelo et al. (2011) at egenomsorg i skolealder er en kombinasjon av kunnskap og ferdigheter, og den dannes i en læringsprosess som involverer

målene om normalitet, evne til å takle og uavhengighet. Av denne studien kommer det også frem at nytt utstyr som insulinpumper og penner gjør det lettere for barn å utnytte ferdighetene sine. Studien til Freeborn et al. (2013) har sett på utfordringer som barn opplever når de lever med diabetes type 1. Barna identifiserte her håndtering av lavt blodsukker, egenomsorgsaktiviteter og følelsen av å være annerledes. Diabetesteamene i studien til Jönsson et al. (2010) opplevde at barnets selvtillit økte da de fikk ansvar for blodsuktermåling og administrering av insulin. Videre viser forskningen til Pelicand et al. (2015) at helsefremming hos barn handler om fokus på generell trivsel og livskvalitet på bakgrunn av at det er det som betyr noe for denne pasientgruppen. De trenger støtte til å bli «sunne syke mennesker».

3.5 Sosial støtte

Betydningen av sosial støtte for pasientgruppen fremkommer i forskningen til Kelo et al. (2011), Freeborn et al. (2013) og Jönsson et al. (2010). Kelo et al. (2011) viser til at barn med nyoppstått diabetes fant mye støtte i familie, lærere og venner. Barn ønsker å bli sett og behandlet på samme måte som vennene sine. Studien viser også at barn syns jevnaldrende spilte en merkbar rolle i diabetesbehandlingen. Møte med barn i samme situasjon gav forståelse og støtte. Til tross for at de føler støtte syntes barna det er vanskelig å pinlig å være ulik vennene sine, dette er funn en også finner i Freeborn et al. (2015). På sykehusene i studien til Jönsson et al. (2010) ble foreldre, søsken og besteforeldre inkludert i omsorgen for å opprettholde familiesammenhengen.

4. Diskusjon

I dette kapittelet vil funn fra de inkluderte studiene og det teoretiske grunnlaget drøftes opp mot hverandre for å belyse problemstillingen. Drøftingen vil struktureres av de fem hovedkategoriene som funnene er presentert under.

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus?

4.1 Sykepleiefaglige egenskaper

I studien til Kelo et al. (2013) blir flere personlige egenskaper identifisert som nyttige for sykepleier-pasient-interaksjonen. Her vennlighet, ro, tålmodighet, oppmuntrende oppførsel og trygghet. Videre også respekt, tid og positive holdninger. Ifølge Tveiten (2020, s. 81) kan god kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende bidra til kvalitet i helsetjenesten. Støtte for påstanden finner en blant annet hos Eide og Eide (2017, s. 33) som mener kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne, være aktivt lyttende og åpen. Dette vil være en forutsetning for å skape et trygt, forutsigbart og anerkjennende miljø (Grønseth & Markestad, 2017, s. 67). Videre presenterer Tveiten et al. (2012, s. 167) en beskrivelse av anerkjennelse som evnen til å ta andres perspektiv, bekreftelse, empati, innlevelse og medfølelse. Lytting er her sentralt. Nonverbal kommunikasjon i form av ansiktsuttrykk, kroppsspråk, bevegelser og lyder blir i studien til Jönsson et al. (2010) sett på som en forutsetning for å få et samlet bilde av familien.

For øvrig kommer det frem i studien til Kelo et al. (2011) at det i diabetesundervisning bør tas hensyn til balansen mellom behov for diabetesomsorg, utviklingsstadium og modenhet. Temaet er representert i pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) som viser til at informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Dette kommer også frem hos Grønseth & Markestad (2017, s. 67) som mener at barns utviklingstrinn må være utgangspunkt for å hjelpe barnet til å mestre stress ved sykehusinnleggelse. Videre henviser Tveiten et al. (2012,

s. 61) til at kommunikasjonen må tilpasses etter barnet og dets utviklingsnivå da forståelse kan bidra til trygghet.

Teorien til Piaget om kognitiv utvikling har blitt diskutert med hensyn til sykdom. I seks til tolvårsalderen har barn større kunnskap om kroppen og hvordan de enkelte organer fungerer. Han mente at erfaring med eksempelvis sykdom ville kunne påskynde barnets kognisjonsnivå på dette området (Renolen, 2015, s. 115). På en annen side skriver Tveiten et al. (2012, s. 56) at en vanlig stressreaksjon og forsvarsmekanisme ved sykehusinnleggelse er at barnet tilsynelatende går tilbake i utvikling. Dette skjer ofte når mestringskapasiteten ikke står i forhold til kravene barnet opplever fra omgivelsene. Dette støttes også av Renolen (2015, s.115) som henviser til forskning som beskriver hvordan sykdom skaper stor angst, uro og stress hos barn som gjør at det blir vanskelig å ta imot ny informasjon.

For å tilpasse kommunikasjonen etter det enkelte barnet må sykepleier og foreldre samarbeide om å finne den beste kommunikasjonskanalen inn til barnet. Er det ord og samtale, tegning og lek, eller metaforer og eventyr? (Diabetesforbundet, 2019). Dette støttes av Tveiten (2020, s. 158) som mener kommunikasjon må skje på barnets premisser. Kelo et al. (2013) viser til sykepleier sin evne til å håndtere barn riktig er gjennom tilpassede aktiviteter, kommunikasjon og mål i opplæringen. Lek og belønning er viktige verktøy i denne prosessen. Dette støttes også av de inkluderte studiene i Pelicand et al. (2015) som mener barnet kan bli en aktiv rolle i behandlingsforløpet gjennom lek. Imidlertid viser også Tveiten et al. (2012, s. 166) til barns konsentrasjon som relativt begrenset. Under arbeid med barn er det derfor viktig å være kreativ og bruke fantasien for å legge til rette for at barnet kan uttrykke følelsene og opplevelsene sine gjennom en passende kommunikasjonskanal.

4.2 Pasientopplæring og undervisning

Utdannelse på sykehus innebærer formidling av kunnskap gjennom praksis, og etablering av en følelse av å være i stand til å håndtere situasjonen (Jönsson et al., 2010). For å gjøre dette er det nødvendig å vurdere pasientens situasjon og behov (Tveiten, 2020, s. 153). Pelicand et al. (2015) utfyller behovet for vurdering ettersom det i pediatrik sammenheng preges av flere forhold ettersom barnet til en viss alder ikke blir møtt alene, men i selskap av en voksen omsorgsperson.

Temaet om når barn er klar for å delta i diabetesbehandlingen er noe omdiskutert. Funn i forskningslitteraturen viser at barn i skolealder ofte er i stand til å få kunnskap og påta seg mer ansvar for egenomsorg, men trenger tett oppfølging og støtte fra foreldrene (Kelo et al., 2013; Kelo et al., 2011; Jönsson et al., 2010). Kelo et al. (2011) påpeker at det på bakgrunn av barns utviklingsstadier kun er mulig å vurdere egenomsorgsevne i skolealder. Studien viser videre til en gjennomsnittsalder på 7 år ved læring i blodsuktermåling. Imidlertid så ikke diabetesteamene i Jönsson et al. (2010) noe klar avgrensning for når barna var i stand til å delta i egen diabetesomsorg, men erfaringer viste at barna oftest i en alder av 10 år ønsket å ta en del i omsorgen. Hanås (2011, s. 6) viser til at målet er at alle barn med diabetes, uavhengig av hvilken alder diagnosen blir stilt, skal være i stand til å ta en stor del av ansvaret for sin diabetes før de går inn i puberteten. Dersom sykdommen debuterer i ung alder, vil opplæringen rette seg mot foreldre og det blir videre viktig å gradvis åpne for læring og økende selvstendighet. Mine tanker går til at prosessen mot å delta i diabetesbehandlingen bør begynne umiddelbart, men gå gradvis i barnets eget tempo.

Bruken av digitale hjelpemidler er i liten grad nevnt i den inkluderte forskningslitteraturen. Ved internettsøk ser en imidlertid at dette er et nyttig hjelpemiddel for mestring og normalitet. Dette støttes av verdens helseorganisasjon som anbefaler digitale helsetjenester når det gjelder oppfølging av pasienter, registreringer og monitorering av pasientens helsetilstand (WHO, referert i Tveiten 2020, s. 195). Videre viser også Tveiten (2020, s. 195) til at velferdsteknologi omfatter en rekke teknologiske løsninger for samhandling og oppfølging. Hensikten er blant annet å hjelpe pasienter i Empowerment prosessen. Det er de

siste årene blitt produsert en rekke digitale hjelpemidler når det kommer til diabetesomsorg (Wiig, 2020). I en Svensk studie fra 2020 (Andersen et al., 2020) blir kartlagt at det foreligger et behov for hjelpemidler som støtter egenomsorg og empowerment. Videre har diabetesforbundet etablert en tegneseriefigur kalt «insufanten» som gjennom filmer og tegneserier skal være en følgesvenn for barn med diabetes (Diabetesforbundet, u.å). Tv-kanalen NRK har også produsert tv serier som følger barn med diabetes, her «unik» og «Avd.barn» (NRK, 2018; 2005) Ved å bruke allerede eksisterende digitale verktøy, samt ta barn med i utvinningen av nye kan en nå barnet fra flere innfallsvinkler. Dette kan få barnet til ikke å føle samhold mot målet om normalitet.

Funn i studien til Kelo et al. (2013) antyder at barnet og foreldrenes læringsprestasjoner bør verifiseres før utskrivelse for å sikre at det er kognitivt og følelsesmessig modne og dyktige nok til å klare seg hjemme. Gampelaere et al. (2019) mener diabetesteam bør integrere klinisk vurdering av foreldrene, noe som i praksis viser seg å være etablert som sjekklister og kunnskapsbasert test (Jönsson et al., 2010). Hos barn viser Tveiten (2020, s. 174) til at det ikke alltid er lett å vite om en har vært konkret nok, eller om barnets evne til å tenke samsvarer med nivået i kunnskapsformidlingen. Hun viser til rollelek som en metode for evaluering. Sykepleier kan innta rollen som barnet, og barnet kan få forklare til sykepleier hva det innebærer. Slik kan sykepleier få kunnskap om barnets videre behov (Tveiten, 2020, s. 174). Etter utskrivelse følges barnet opp regelmessig i poliklinikk. Imidlertid viser Jönsson et al. (2010) til hvilke tiltak som umiddelbart settes i verk dersom sykepleier opplevde at det er noe usikkerhet i resonnementet ved utskrivelse. På kvelden etter utskrivelse eller dagen etter ringer sykepleier familie, for å foreta sjekk. Dette for å sikre seg at barnet ikke ble fanget i en uegnet situasjon.

4.3 Familiesentrert sykepleie

Foreldre er en viktig del av sykdomsprosessen hos barn (Kelo et al., 2011; Pelicand et al., 2015; Gampelaere et al., 2019). Etter forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, § 6) skal alle barn ha en av foreldrene hos seg under sykehusoppholdet. Tveiten et al. (2012, s.

21) og Grønseth og Markestad (2017, s. 67) viser til foreldre som en ressurs og et vilkår for mestring. Videre refererer Kelo et al. (2011) til at barn ikke er modne nok til å ha kunnskap nok til å håndtere sykdommen selv. Når pasienten får diabetes type 1 står pasient og behandler overfor store utfordringer både når det kommer til forståelse for situasjonen og behandlingen som velges. Det er pasienten og foreldrene som selv skal bli egen behandler, og behandlingen må individualiseres ut fra pasientens livssituasjon (Jenssen, 2017, s. 391).

Til tross for at foreldrene automatisk får en sentral rolle må behandleren kunne formidle kunnskap om sykdommen som barnet senere kan utnytte (Jenssen, 2017, s. 391).

Samarbeidet mellom barnet og foreldrene vil fra diagnostisering til voksen alder være en viktig faktor i behandlingen. Både for å opprettholde behandlingen, men også for å gradvis gi barnet mer ansvar etter hvert som de er klar for det. Barna kommer lenge til å være avhengige av foreldrene sine for oppfølging av sykdommen dette er nok grunnen for at mødre i studien til Gampelaere et al. (2019) har blitt funnet mer kontrollerende enn kontrollgruppen. Det er likevel positivt at barna i studien melder om at foreldrenes atferd tolkes som omsorg. Dette viser betydningen av et godt samarbeid og foreldrene og barna som team.

Gampelaere et al. (2019) mener diabetesteam kan tjene som modeller for foreldre gjennom støttende og veiledende kommunikasjonsstil, preget av oppmuntring og positiv tilbakemelding. Dette støttes av foreldreveilederen til diabetesforbundet som mener samarbeidsrelasjonen mellom foreldre og behandler er noe av det viktigste. Da det vil være likhetstrekk mellom dette samarbeidet, og samarbeidet til foreldrene og barnet. Samspillet handler i stor grad om en felles forståelse for utfordringene som følge av velfungerende utveksling av tanker og følelser (Diabetesforbundet, 2019, s. 11). Sykepleier har her en viktig rolle som veileder og samarbeidspartner. Gjennom denne rollen har en mulighet til å legge til rette for at barnet og foreldrene kan dele tanker, meninger, opplevelser og følelser knyttet til egne behov. Relasjonen mellom dem er her av stor betydning og må preges av de sentrale verdiene i sykepleiefaget og i veiledningen: tillit, ærlighet, gjensidighet, anerkjennelse og ansvar (Tveiten et al., 2012, s. 187).

Foreldrene i studien til Kelo et al. (2013) beskrev reaksjonene på at barnet fikk en kronisk sykdom i form av frykt, sorg, usikkerhet, forvirring, desperasjon, panikk og fornektelse, samt angst, nød og depressive symptomer. Sjokk er et utfordrende utgangspunkt i pasientopplæring da foreldrenes negative følelser så vel som begrensede evne må identifiseres og takles (Kelo et al., 2013). Foreldrenes nød og sjokk ved diagnostisering er beskrevet i deler av den valgte forskningen (Kelo et al., 2013; Gampelaere et al., 2019; Pelicand et al., 2015; Jönsson et al., 2010). Kelo et al. (2013), Jönsson et al. (2010) og Kelo et al. (2011) har imidlertid også inkludert barns følelser knyttet til sykdommen. Her negative følelser som tristhet, irritasjon, psykologisk smerte og følelsen av å være annerledes. Barn med kronisk sykdom har også økt risiko for psykologiske symptomer som lav selvfølelse, angst og depresjon (Tveiten, et al., 2012, s. 56-57). Hanås (2011, s. 4-5) støtter opp om foreldrene og barnet sine følelser og viser til at de første dagene vil inneholde kaos og vanskelige tanker knyttet til at barnet har fått diabetes. Det er viktig å ha tid til å kjenne på hva en føler og gradvis tilpasse seg den fullstendig nye situasjonen familien nå står overfor.

Kelo et al. (2013) viser til at sjokk og følelsesmessig belastning kan lettes ved å tilby passende følelsesmessig støtte og oppmuntre pasienter til å behandle følelser. Dette støttes av Grønseth og Markestad (2017, s. 65) som mener økt forståelse for sykdommen gir oversikt og kontroll. Det reduserer frykt, engstelse og stress og hjelper barn og foreldre til å mestre situasjonen. Barns forståelse av hvordan kroppen fungerer, hva sykdom er, og hvilke konsekvenser den har, har sammenheng med den kognitive utviklingen og barnets tidligere erfaringer. Sykepleierne i studien til Jönsson et al. (2010) viser til at de på avdelingen prøvde å få familiemedlemmene til å fokusere på utdanningsprogrammet for diabetesbehandlingen og erstatte angst og nød ved å delta aktivt i barnets omsorg. For videre å lette situasjonen for foreldrene og barnet er problemstillingen et aktuelt tema ved utskrivelse (Tveiten et al., 2012, s. 57). Dette støttes av studien til Gampelaere et al. (2019) som mener diabetes helseteam kan integrere screening av foreldres nød i klinisk behandling. Jeg tenker det i videre praksis også er grunnlag for å kartlegge dette hos barn.

Imidlertid viser diabetesteamene i studien til Jönsson et al. (2010) at familiene ikke får tid til å overvinne sjokket av diagnosen før opplæringen begynner. Grønseth og Markestad (2017, s. 64) påpeker at dersom stresset varer over tid eller overstiger mestringssevnen, kan det gi negative reaksjoner etter sykehusoppholdet, og være uheldig for barnets helse, velvære og utvikling. På en annen side beskriver Antonovsky stress og sykdom som et naturlig fenomen i menneskers liv, som potensielt kan være helsefremmende. Uro og spenning er normale følelser når en står overfor utfordringer (Renolen, 2015, s. 172). Dette støttes også av litteraturen til Grønseth og Markestad (2017, s. 65) som viser at stress i et omfang som barnet takler, representerer en utviklingsmulighet der barnet lærer å mestre sin nye situasjon.

4.4 Motivasjon og mestring

For å gi barn motivasjon i mestringsprosessen må en sette fokus på faktorer som betyr noe for barnet (Pelicand et al. 2015). Funnet finner støtte hos Langeland (2018, s. 169) som viser til at motivasjonsarbeidet for å styrke evnen til å fremme egen helse må starte med å ta utgangspunkt i personens egne meninger, preferanser og løsninger. Gjennom å stille spørsmål til hva som er riktig i en persons liv, kan en komme i kontakt med motivasjon og styrke. Personlig motivasjon som nøkkel til å lære seg egenomsorg ser vi også i studien til Kelo et al. (2011). Dette støttes av Pelicand et al. (2015) som mener at en ved helsefremming må fokusere på generell trivsel og livskvalitet, da dette er noe som betyr noe for barna som ønsker å leve et «normalt» liv. Videre viser Kelo et al. (2011) til at læringsprosessen hos barn med nyopplaget diabetes type 1 involverer målene om normalitet, evne til å takle og uavhengighet.

Medlemmene av diabetesteamet (Jönsson et al., 2010) prøvde å inspirere barna med en følelse av stolthet. Målet var at barnet skulle synes det var morsomt å komme hjem å vise utstyret til venner og familie. Motivasjon og mestring er videre beskrevet av Eide og Eide (2017, s. 48) som viser til at en motivert pasient oppnår økt lærings- og mestringssevne. Ved å tenke på barns motivasjon som livskvalitet (Tveiten et al., 2012, s. 42) må målet med

behandlingen være å finne faktorer som bidrar til glede, utvikling, velvære og tilfredshet. For barn kan dette være i form av fritidsaktiviteter, mat, sosiale sammenkomster og liknende.

Funn i studien Pelicand et al. (2015) viser til at barn med diabetes type 1 trenger støtte til å bli «sunne syke mennesker». Dette utsagnet støttes av Antonovsky som benytter begrepet «opplevelse av sammenheng» i sitt salutogene perspektiv på helse. Sentralt for barnets mestringsmulighet er forståelse for situasjonen, tro på at det finnes muligheter og mening i å finne løsninger (Tveiten et al., 2012, s. 60). Eksempel på mestringsressurser er oversikt og kontroll, egoidentitet, sosial støtte, materielle verdier, kultur, religion og verdier (Renolen, 2015, s. 173). I Studien til Freeborn et al. (2013) ser en at lysten til å benytte seg av ressursene når en deltar i ulike fysiske aktiviteter er noe fraværende. Antonovsky nevner meningsfulle aktivitet som et eksempel på motstandsressurser (Langeland, 2018, s. 162). Ved å kartlegge ressursene til barnet og mål barnet setter seg kan en styrke viljen til opplevelsen av sammenheng som igjen vil ha en positiv effekt på sykdomshåndteringen og livskvaliteten. Gjennom egen motivasjon og mål vil barnet kunne føle mestring underveis. Her eksempelvis tilpasset behandling etter fysisk aktivitet, og hvordan en kan unngå episoder med hypoglykemi under øktene.

I studien til Kelo et al. (2013) blir utdanningsresultatet beskrevet som empowerment eller mangel på det. Det legges vekt på ulik grad av empowerment for foreldre og barn. For foreldrene handlet empowerment om tilstrekkelig informasjon og evnen til å håndtere sykdommen. Barnas empowerment handlet om positive erfaringer og håndtering av sykdommen. Resultatet støttes av Tveiten (2020, s. 37) som karakteriserer empowerment som et positivt syn på mennesket som aktivt handlende til sitt eget beste dersom forholdene legges til rette for det. Kelo et al. (2011) viser til at god egenomsorg ved kronisk sykdom er positivt forbundet med empowerment av pasienter.

Mangel på empowerment beskrives også i studien til Kelo et al. (2013). Dette var aktuelt for foreldre som følte desperasjon som følge av begrenset opplæring, og hos barn som hadde

en negativ utdanningsopplevelse. Tveiten et al. (2012, s. 49) legger vekt på at sykepleier i empowerment tekning skal være en samarbeidspartner istedenfor den tradisjonelle hjelperen. Når barnet er sykt, er det lett å fokusere på begrensninger og problemer. I stedet kan en sette fokus på mulighetene og om hva barnet mestrer. Jeg tolker prosessen med empowerment hos barn som en flytende prosess hvor barnet gradvis føler mestring i takt med utvikling og modenhet.

4.5 Behovet for sosial støtte

Barnet trenger støtte fra familie, lærere, venner og sykepleier (Kelo et al., 2011; Freeborn et al., 2013; Jönsson et al., 2010; Kelo et al., 2013). Funnene finner støtte i litteraturen til Renolen (2015, s. 175) som viser til at vi gjennom hele livet trenger støtte til å mestre ulike livshendelser. Videre fremkommer sosial støtte som ressurs i belastende situasjoner frem i litteraturen til Hauken (2018, s. 193) og i teorien til Antonovsky som viktig motstandsressurs (Langeland, 2018, s. 162). Hauken (2018, s. 192) anser sosial støtte som et nøkkelement innen rehabilitering, empowerment og mestring.

Ved innleggelse av barn er det viktig at det bør tilrettelegges for å opprettholde kontakt med blant annet venner og familie, da det ifølge Grønseth og Markestad (2017, s. 67) kan oppleves truende for barn å skilles fra disse under innleggelse. Her viser Jönsson et al. (2010) til at besteforeldre også kan ha nytte av å ta del i undervisningsfasen for seg selv og barnet. Støtte kan fremme barnets mestring av sykdommen. Dette fører i følge Kelo et al. (2011) til at selvstendigheten øker – og en får en normalisert hverdag. Kelo et al. (2011) ser på jevnaldrende i samme situasjon som nyttig for barn med ny diagnostisert diabetes type 1, da de kan gi en følelse av forståelse og støtte. Tveiten et al. (2012, s. 176) støtter dette og mener undervisning av både barn og foreldre i gruppe kan være hensiktsmessig. Gjennom å oppdage andre i samme situasjon, høre andre stille spørsmål og oppdage kunnskap de selv har som andre ikke har. Det gir også en arena for å skape nye relasjoner med andre som må tilpasse hverdagen på samme måte som en selv (Hanås, 2011, s. 279).

Flere av studiene viser til skolens funksjon for håndtering, støtte og bekymring hos barna med diabetes type 1 (Freeborn et al., 2013; Kelo et al., 2011). Skolen er en viktig rolle i å fremme helse hos barn og unge (Mittelmark et al., 2018, s. 27). I studien til Kelo et al. (2011) kommer det frem at formen og mengden støtte barna opplevde på skolen var varierende, men på sitt beste kunne støtte fra lærere, venner og sykepleier hjelpe barn med diabetes å nå målene sine: normalitet, evne til å takle og uavhengighet.

Det kan være vanskelig for barn å fortelle om sykdommen. Diabetessykepleier kan bli med barnet på skolen og forteller om sykdommen (Hanås, 2011, s. 271). Dette kan føre til økt forståelse og en lettere overgang for barnet. Hanås (2011, s. 323-324) viser til egenopplevelse som barn da naboenta fikk diabetes. Det var vanskelig å forstå sammenhengen med at naboenta ikke fikk spise sukker, men likevel hadde en sukkerbit i lommen som hun tidvis spiste på. Mittelmark et al. (2018, s. 27) mener sunne, velutdannede unge mennesker kan bidra til å redusere ulikheter i et samfunn, og dermed bidra til helse og velferd i befolkningen som helhet. Jeg tror at ved å utdanne det sosiale nettverket til barnet kan en oppnå større forståelse, mindre misforståelser og mer støtte – som vil gi barnet en lettere overgang og opplevelse av mestring.

5. Avslutning

Tiden etter at et barn har fått diabetes type 1 preges hos de fleste barn og foreldre av negative følelser knyttet til sjokket. Det er viktig å kartlegge og ta hensyn til dette for at opplæringen skal være hensiktsmessig. Her er barnets sosiale behov viktig. Ved å inkludere familie, venner og skole bidrar det til trygghet og en lettere overgang for barnet og foreldrene.

Opplæringsprosessen må tilpasses barnets utviklingsnivå og modenhet, og foreldrene må tas med som en aktiv del av prosessen. Gjennom å tilpasse kommunikasjon og undervisning til barnets utgangspunkt kan en bidra til økt trygghet, forståelse og kunnskap. Lek, utstyr og digitale hjelpemidler er, og bør videre være en del av opplæringen for å møte barnet på flere felt. Gjennom kreativitet kan en fange barnets oppmerksomhet og få kunnskap om barnets forståelse og følelser.

Sykepleier har en viktig rolle i empowermentprosessen som kommer direkte i ettertid av diagnostiseringen. Det er imidlertid viktig å huske på empowerment som en flytende prosess som utvikler seg sammen med barnets forutsetninger. Mestring føles ulikt for barn, men vil være preget av at barnet opplever en følelse av sammenheng i situasjonen de står over. Målet med opplæringen er ikke at barnet skal bli selvstendige i diabeteshåndteringen, men om mestring av delmål som har betydning for barnets livskvalitet og hverdag.

6. Litteraturliste

Aasen (2020, 3. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Andersen, N. S., Haugaard, L. H., Pedersen, S. B., Pedersen, M. S., Bygholm, A. (2020). Digital support for self-management in children with diabetes: understanding their needs and developing a design concept. *Studies in Health Technology & Informatics*, 270, 951-955. <https://dx.doi.org/10.3233/SHTI200302>

Backe-Hansen, E. (2009, 1. September). *Barn*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Gyldendal.

Diabetesforbundet (2019). *Samspillet mellom barn og foreldre om diabetesbehandlingen*.

https://www.diabetes.no/globalassets/gammelt/barn/foreldreveiledning_digital_enkel.pdf

Diabetesforbundet (u.å). *Barn med diabetes*. Hentet 8 mars 2021 fra

<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/barn-med-diabetes/>

Diabetesforbundet (u.å). *Hva skjer når du får diagnosen diabetes type 1*. Hentet 9 mars 2021

fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/nar-du-far-diagnosen/>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk* (3.utg.). Gyldendal.

Ekra, E. M. R., Korsvold, T., & Gjengedal, E. (2015). Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's

past and present experiences. *BMC Nursing*, 14(1), 1–19.

<https://doi.org/10.1186/s12912-014-0051-9>

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Mandelco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 22(13–14), 1890–1898. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.12046>

Gampelaere, C. V., Luyckx, K., van der Straaten, S., Laridaen, J., Goethals, E. R., Casteels, K., Vanbesien, J., den Brinker, M., Depoorter, S., Klink, D., Cools, M., & Goubert, L. (2020). Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on child well-being, parental distress, and parenting behavior. *Pediatric Diabetes*, 21(2), 395–408. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/pedi.12942>

Grønning, K. (2016). Opplæring og undervisning av pasienter i sykehus. I G. Haugan & T. Rannestad (red.). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 292 – 304). Cappelen Damm.

Grønseth & Jerpseth (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

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

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

Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg, s. 179-201). Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket (2016, 3. Juni). *PICO*. Hentet 11.april 2021

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (u.å). *Alle databaser*. Hentet 10. april 2021 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Jenssen, T. (2017). Diabetes mellitus. I Ørn, S. & E. Bach-Gansmo (red.). *Sykdom og behandling* (2.utg, s. 387-401). Gyldendal Akademisk.

Jönsson, L., Hallstrom, I., Lundqvist, A. (2010). A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes--a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 10, 36.

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-10-36>

Kelo, M., Eriksson, E., & Eriksson, I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 894–904.

<https://doi.org/10.1111/scs.12001>

Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2011). Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 67(10), 2096–2108. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05682.x>

Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg, s. 157-179). Fagbokforlaget.

Lorig, K. (2001). *Patient education: a practical approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri*. (3.utg). Fagbokforlaget.

Mittelmark, M. B., Kickbusch, L., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018).

Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper (H. B. Urke, Overs.). I Å.

Gammersvik & T. B. Larsen (red.). *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*

(2.utg, s. 14 - 37). Fagbokforlaget.

Mosand, R. D. & Stubberud, D-G (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I R. Grønseth & H.

Almås (red.). *Klinisk sykepleie 2* (5.utg). Gyldendal Akademisk.

Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings – og kompetansesenter (2020, Januar). *Ordbok med*

forkortelser og begreper som brukes i revmatologi og forskning. Oslo

univeristetssykehus. [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsreumatologi/Documents/Ordbok%20innen%20reumatologi%20og%20forskning.pdf)

[Kompetansetjeneste-for-Barne-og-](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsreumatologi/Documents/Ordbok%20innen%20reumatologi%20og%20forskning.pdf)

[Ungdomsreumatologi/Documents/Ordbok%20innen%20reumatologi%20og%20forskning.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsreumatologi/Documents/Ordbok%20innen%20reumatologi%20og%20forskning.pdf)

Norsk Helseinformatikk (2021, 13. April). *Diabetes hos barn*.

<https://nhi.no/sykdommer/barn/hormonsykdommer/diabetes-hos-barn/>

Norsk sykepleierforbund (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 15.april 2021

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NRK (2005). *Avd. Barn*. <https://tv.nrk.no/serie/avd-barn>

NRK (2018). *Unik – om barn på sykehus*. <https://tv.nrk.no/serie/unik>

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. (LOV- 1999-

07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pelicand, J., Fournier, C., Le Rhun, A., & Aujoulat, I. (2015). Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review. *Health Expectations*, 18(3), 303–311. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.12041>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2.utg). Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2.utg, s. 237 – 259)

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Pasient og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.

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

Wiig, F. L. (2020, 5. Juni). *Kan mobilapper gi deg en bedre diabeteshverdag?* Diabetesforbundet. <https://www.diabetes.no/mer/nyheter-om-diabetes/nyheter-2020/mobilapper/>

6.1 Vedlegg 1 – Eksempel søk

Medline		
22.03.21	Søkeord	Resultat
1	Diabetes Mellitus, Type 1/	77299
2	Child*	2508871
3	1 and 2	20764
4	Limit 3 to yr= «2016-2021»	3221
5	Adaptation, Psychological/or coping.mp.	126744
6	3 and 4 and 5	70

Cinahl		
22.03.21	Søkeord	Resultat
1	Diabetes type 1.mp or exp Diabetes Mellitus, Type 1/	78033
2	Child*	2505209
3	Nurs*	750321
4	1 and 2 and 3	706
5	Limit 4 yr=2010 -current'	216
6	hospital	1298885
7	4 and 7	84

6.2 vedlegg 2 – Eksempel på kvalitativ sjekkliste

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: