



# BACHELOROPPGAVE

Hvordan fremme mestring og trygghet rundt nålerelaterte prosedyrer hos barn med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?

How to promote coping and security around needle-related procedures in children with newly diagnosed Diabetes Mellitus type 1?

**Kandidatnummer: 261**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Campus Førde

Antall ord: 7 800 ord

Levert: 8. Juni 2023

## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan fremme mestring og trygghet rundt nålerelaterte prosedyrer hos barn med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?

**Bakgrunn for valg av tema:** Barn med Diabetes Mellitus type 1 får ett livslangt behov for regelmessige nålerelaterte prosedyrer. Dette kan være svært utfordrende for små barn som ofte har en sterk frykt for nåler. Dette kan medføre unngåelse av nødvendige nålerelaterte prosedyrer som kan medføre dårligere blodsukkerregulering. Over lengre tid kan dette føre til helseskadelige komplikasjoner.

**Problemstilling:** Hvordan fremme mestring og trygghet rundt nålerelaterte prosedyrer hos barn med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på relevant litteratur, forskning og egne erfaringer.

**Funn:** Alle barn er ulike og har ulike strategier for å mestre nålerelaterte medisinske prosedyrer. Disse strategiene samsvarer ikke alltid med hva sykepleier og foreldrene mener er best. Foreldrenes tilstedeværelse er essensiell for barnas følelse av trygghet, men de kan også være en hindring dersom foreldrene ikke mestret situasjonen selv.

**Konklusjon:** Sykepleier bør støtte foreldrene og hjelpe dem støtte barna sine. De bør bemerke seg barnas signaler og oppmuntre barna til å ytre sine meninger. De bør være åpne for å tilpasse prosedyren til barnas mestringsstrategier og bør fremme ulike handteringsstrategier som er tilpasset det individuelle barnet.

**Nøkkelord:** Barn, Diabetes Mellitus type 1, Mestring, Trygghet, Nålerelaterte prosedyrer

## Summary

**Title:** How to promote coping and security around needle-related procedures in children with newly diagnosed Diabetes Mellitus type 1?

**Background:** Children with Diabetes Mellitus type 1 have a lifelong need for regular needle-related procedures. This can be very challenging for young children who often have a strong fear of needles. This can lead to the avoidance of necessary needle-related procedures which can lead to poorer blood sugar regulation. Over a longer period, this can lead to health-damaging complications.

**Aim:** How to promote coping and safety around needle-related procedures in children with newly diagnosed Diabetes Mellitus type 1?

**Method:** The assignment is a literature study based on relevant literature, research and my own experiences.

**Findings:** All children are different and have different strategies for coping with needle-related medical procedures. These strategies do not always correspond to what the nurse and the parents think is best. The parents' presence is essential for the children's perception of safety, but they can also be an obstacle if the parents do not master the situation themselves.

**Conclusion:** Nurses should support parents and help them support their children. They should pay attention to the children's signals and encourage the children to express their opinions. They should be open to adapting the procedure to the children's coping strategies and should promote different coping strategies that are adapted to the individual child.

**Keywords:** Children, Diabetes Mellitus type 1, Coping, Safety, Needle-related procedures

## Innhold

1.0 Innleiing m/bakgrunn for valg av tema .....	1
1.1 Problemstilling .....	2
1.2 Avgrensning .....	2
2.0 Teori .....	3
2.1 Hva er Diabetes Mellitus type 1? .....	3
2.2 Barn i alderen 7-9 år .....	3
2.3 Barn på sykehus .....	4
2.4 Mestring og trygghet .....	5
2.5 Empowerment og medvirkning .....	5
2.6 Joyce Travelbee`s syn på sykepleie .....	6
3.0 Metode .....	7
3.1 Hva er en litteraturstudie? .....	7
3.2 Innledende søk etter litteratur og forskning .....	7
3.3 systematisk søk .....	7
3.3.1 søket .....	9
3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler .....	9
3.5 Kildekritikk .....	9
4.0 Resultat .....	11
4.1 Artikkel 1 .....	11
4.2 Artikkel 2 .....	11
4.3 Artikkel 3 .....	12
4.4 Artikkel 4 .....	12
4.5 Artikkel 5 .....	13
4.6 Tematisk oppsummering .....	13
4.6.1 Barnas stemme og strategier er sentralt for en vellykket gjennomføring av NRMP .....	13
4.6.2 Foreldrene påvirker barna både positivt og negativt .....	14
4.6.3 Sykepleierne må vær åpne og legge til rette for trygghet og mestring .....	15
5.0 Drøfting .....	16
5.1 Barn er ulike .....	16
5.2 Foreldrene kan påvirke barna både positivt og negativt .....	19
5.3 Sykepleiernes rolle og strategier .....	20
6.0 Konklusjon .....	22
7.0 Referanseliste .....	24

**Vedlegg**

Vedlegg 1: søkehistorikk ..... 1-2  
Vedlegg 2: Litteratormatrise ..... 1-2

**Tabeller**

Tabell 1. PICO ..... 7  
Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier ..... 8

## 1.0 Innleiing m/bakgrunn for valg av tema

Norge er et av landa med høyest forekomst av Diabetes Mellitus type 1 (DM1) (Meld. St. 6 (2017–2018)). Det har de siste 40 årene vært en stor økning i tilfellene og i 2021 var det rapportert 441 barn med nyopptaget DM1 (Skrivarhaug et al., 2022, s. 7 & 28). Det er nå anslått at ca 0,4% av den norske befolkningen har DM1 (Stene et al., 2021). Dersom statistikken fortsetter i denne retningen, kan vi forvente å møte flere barn med nyopptaget DM1 de kommende årene.

DM1 kan i dag ikke kureres, men må behandles med insulin (Helsenorge, 2020). Dette krever en stor tilpasning i dagliglivet (Jenssen, 2022 s.387-391) som blant annet innebærer implementeringen av regelmessige nålerelaterte medisinske prosedyrer (NRMP). Dette kan ofte være utfordrende for små barn da de ofte har en form for nålerelatert frykt (McLenon & Rogers, 2019, s.33-36). Denne frykten kan medføre unngåelse av nødvendige NRMP, som kan medføre dårligere blodsukkerregulering. Over lengre tid kan dette føre til helseskadelige komplikasjoner som blant annet skade på bena, nervetråder og flere organer (Jenssen, 2022 s.394).

De fleste barn med DM1 bruker i dag teknologisk utstyr som insulinpumper og blodglukosesensorer (Jenssen, 2022 s.391). Dette reduserer antall stikk, men DM1 må i dag fortsatt behandles med NRMP (Helsenorge, 2020). Det er mye teknologisk utvikling innenfor diabetes medisinsk utstyr, men mye av det nye utstyret er også svært dyrt for samfunnet (Diabetesforbundet, 2021). Dersom barna unngår å bruke dette utstyret på grunn av sin nålerelaterte frykt, kan man se at dette ikke bare er et problem for individet, men kan også være et problem fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, da det medfører mye dyrt utstyr som ikke blir brukt.

Sykepleieren har et yrkesetisk ansvar til å forebygge sykdom, understøtte mestring og fremme pasientens mulighet til selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleieforbund, u.å.). I denne oppgaven skal det ses på hvordan sykepleiere kan forebygge negative senskader for barn med DM1 gjennom fremming av mestring og trygghet rundt NRMP.

### 1.1 Problemstilling

Hvordan fremme mestring og trygghet rundt nålerelaterte prosedyrer hos barn med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?

### 1.2 Avgrensning

Denne oppgaven tar for seg barn i aldersgruppen 7-9 år med nyoppdaget DM1, innlagt på sykehus de første to ukene etter diagnosetidspunktet. Oppgaven er avgrenset til denne aldersgruppen da de har de samme rettighetene på sykehus og det er ikke for store variasjoner i utviklingen mellom års trinnene. Foreldrene spiller også en sentral rolle under NRMP for barn i denne aldersgruppen og oppgaven tar også derfor for seg hvordan sykepleier kan veilede og støtte foreldrene til disse barna. Ettersom dette er et stort tema avgrenses oppgaven til barn uten komorbiditet eller språkbarrierer da disse pasientgruppene ofte trenger spesielle tilpasninger. Oppgaven tar for seg barns generelle frykt og angst rundt NRMP og skal ikke vektlegge angstdiagnoser eller nålefobier da dette er mer ekstreme aversjoner som kan trenge mer spesialisert hjelp. Det anerkjennes at bruk av tvang er et relevant område innenfor NRMP blant barn, men denne oppgaven skal sette søkelys på hvordan vi fremmer mestring og trygghet, og vil derfor ikke gå inn på bruken av tvang.

## 2.0 Teori

I dette kapittelet blir det gjort rede for teori, lover og forskrifter som er relevante til problemstillingen.

### 2.1 Hva er Diabetes Mellitus type 1?

Diabetes Mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som kommer av at kroppens produksjon av insulin enten er nedsatt eller helt fraværende, i noen tilfeller kombinert med nedsatt insulinsensitivitet (Almås et al., 2016, s. 52). Insulin er et hormon som senker kroppens blodglukoseinnhold (Jenssen, 2022, s.386). Diabetes Mellitus medfører da en kronisk hyperglykemi og forstyrrelser i karbohydrat-, fett- og proteinomsetningen (Almås et al., 2016, s. 52). Diabetes Mellitus deles primært inn i 4 kategorier: type 1, type 2, spesielle diabetestyper og svangerskapsdiabetes.

Diabetes Mellitus type 1 (DM1) er en autoimmun sykdom som medfører fullstendig fravær av insulinproduksjonen (Helsenorge, 2020). Dette oppstår fordi kroppens immunforsvar produserer antistoffer, som angriper de insulinproduserende betacellene i bukspyttkjertelen (Almås et al., 2016, s.53). Dette medfører da et livslangt behov for insulin som sprøytes inn i underhuds fettflere ganger per dag og må justeres i forhold til blodsuktermålinger, fysisk aktivitet og matinntak (Helsenorge, 2020). NRMP er derfor nødvendig for å leve et godt og langt liv med diabetes.

### 2.2 Barn i alderen 7-9 år

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner fremheves det at personalet skal ha kunnskap om barnas utvikling og behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §5). Sykepleierne må ta hensyn til barnas utvikling og hva som bidrar til trygghet og mestring på de ulike alders- og utviklingstrinnene (Grønseth & Markestad, 2017, s.67-70). For barn i alderen 7-9 år er følelsen av å være kompetente eller mindreverdige sentralt (Renolen, 2015, s. 107-113). Det er derfor viktig at de får en følelse av mestring i det de gjør. Dersom barna føler de ikke mestrer eller strekker til kan det medføre en mindreverdighetsfølelse. Ifølge Piagets utviklingsteori vil barn i aldersgruppen 7-9 år faller innenfor det konkret-operasjonelle utviklingsstadiet. Barn i denne fasen har den kognitive evnen til å klassifisere og gruppere objekter etter bestemte kjennetegn (Renolen, 2015, s. 107-113).



Selv om barn er like gamle, kan deres evne til å oppfatte og forstå situasjonen vær forskjellige (Renolen, 2015, s. 114-116) blant annet ut ifra deres tidligere erfaringer og kunnskap rundt sykdom og behandling (Grønseth & Markestad, 2017, s.65 & 74. Sykepleiere bør derfor kartlegge det individuelle barnets sykdomsforståelse ettersom det danner utgangspunkt for hva barna trenger av informasjon og hvordan den skal tilrettelegges (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65). Barn i denne aldersgruppen kan oppfatte sykdom som selvpåført og i noen tilfeller som en straff (Renolen, 2015, s. 116; Hanås, 2000/2021, s.378). Det er derfor viktig at barnet får god informasjon om hvorfor den NRMP må gjennomføres og presisere det ikke er fordi de har oppført seg dårlig. Det er også viktig å vær ærlige med barna om at NRMP kan gjør vondt (Hanås, 2000/2021, s.378). God informasjon som er tilpasset barnet er svært viktig da forståelse over hva og hvorfor noe skjer gir oversikt og kontroll (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65-71). Dette kan redusere frykt, engstelse og stress som hjelper både barna og foreldrene mestre situasjonen.

### 2.3 Barn på sykehus

Innleggelse på sykehus er for et barn svært stressende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63-74). Blant annet da deres følelser, tanker og opplevelser av mestring er sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse. De fleste barn som innlegges på sykehus, gjennomgår ubehagelige prosedyrer de da ikke har kontroll over som kan øke stresset og frykten deres. Den begrensede forståelsen til barna og mangelen på kontroll er en av hovedårsakene til barnas engstelse. NRMP blir ofte sett på som de verste prosedyrene av barna og kan etter hvert bli traumatiske opplevelser som kan skape negative ettervirkninger (Grønseth & Markestad, 2017, s.63-74).

For barn på sykehus kan frykten for å bli forlatt vær stor (Grønseth & Markestad, 2017, s.72). Det er derfor viktig at foreldrene er til stede under oppholdet, spesielt under NRMP. Barna har i tillegg en rett til å ha minst en forelder med seg under hele oppholdet på sykehus (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, 2000, §6). Sykepleiere er også pliktige i å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker å ha. Foreldrenes holdninger og stress til NRMP kan påvirke barnet og kan redusere foreldrenes omsorgsevne (Grønseth & Markestad, 2017, s.87; Hanås 2000/2021, s. 378). Det er viktig at foreldrene kan føle seg trygge under

oppholdet for att de skal kunne støtte og videreformidle trygghet til barna (Grønseth & Markestad, 2017, s.87 & 88). Følelsesmessig støtte, åpen kommunikasjon og god informasjon fra helsepersonell er da sentralt.

Lek er et godt verktøy for å redusere barns engstelse og stress (Grønseth & Markestad, 2017, s.81-83). Lek kan brukes til både kommunikasjon, forberedelse til prosedyrer og bearbeiding av opplevelsen. Det kan skape kontakt, trygghet trivsel, glede og mestringsopplevelser for barna i uoversiktlige og skumle situasjoner. Det hjelper barna uttrykke og bearbeide følelser, og fortrenger ubehagelige opplevelser. Lek er barnas måte å trekke seg tilbake på og gjenvinne kontroll over situasjonen, da lek er på liksom og medfører en avstand ufarliggjør skremmende følelser og opplevelser (Grønseth & Markestad, 2017, s.81-83).

#### 2.4 Mestring og trygghet

Mestring kan ses på som pasientens evne til å møte, håndtere og tilpasse seg belastende situasjoner som stress, smerte eller sykdom (Tveiten, 2018, s.238). Flere faktorer spiller inn på pasientens mestringsevne, som for eksempel tilgang til ressurser som kunnskap, ferdigheter, hjelpere og pasientens evne til å utnytte disse. Mestring er et dynamisk og individuelt fenomen (Kristoffersen, 2016, s.258). Gjennom enkle oppgaver eller roller når prosedyrene gjennomføres fremmes barnas mestring, selvtillit og kontroll over seg selv og omgivelsene (Grønseth & Markestad, 2017, s.67-71). En forutsetning for å skape et trygt miljø er å møte barna og foreldrene med anerkjennelse, vennlighet og respekt. Annerkjennelse gir barna en følelse av egenverd, positiv selvfølelse og kan hjelpe dem mestre prosedyren, samtidig som det øker barnas samarbeidsevne.

#### 2.5 Empowerment og medvirkning

Diabetes behandling er svært forskjellig fra behandlingen av akutt sykdom da det sterkt legger vekt på pasientens egenomsorg og behandling (Funnell & Anderson, 2005, s.95). En framgangsmåte som legger vekt på empowerment kan derfor vær godt egnet til diabetesbehandling da den fremhever pasientenes egenomsorg og ansvar for egen helse. Empowerment er en prosess som har som mål å gi pasienten større kontroll over beslutninger og handlinger som omhandler deres liv og helse (Helsedirektoratet, 2018). Behandling med Empowerment prinsippet har også vist å gi pasienter med Diabetes bedre

metabolsk kontroll og bedre livskvalitet generelt (Funnell & Anderson, 2005, s.105). Begrepet empowerment understreker betydningen av å betrakte personer som aktører i deres eget liv og fremmes ved maktfordeling, medvirkning og en opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv (Tveiten, 2018, s. 239-242). Empowerment innebærer en grad av medvirkning, men dette er ikke nødvendigvis det samme som full selvbestemmelse (Tveiten, 2018, s. 242-244). Graden av medvirkning kan variere fra pasient til pasient utfra deres forutsetninger som er individuelt og kontekstuell. Sykepleie kan da gjennom relasjonen til pasienten bidra til medvirkning ut fra den enkeltes forutsetninger. I empowerment prosessen er der to eksperter. Sykepleier på det faglige og pasienten på seg selv og sitt liv.

Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (2022) sier at «Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet.» (pasient- og brukerrettighetsloven, 2022). Barn under 12 år regnes ikke som samtykkekompetente etter § 4-3. Likevel er det presisert i § 4-4 att barn som er fylt 7 år skal få informasjon og anledning til å si sin mening før de foresatte avgjør spørsmål om samtykke til helsehjelp. Loven sier uansett att barnets meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet.

## 2.6 Joyce Travelbee`s syn på sykepleie

Travelbee definerer sykepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (1971/1999, s.29). Helsefremmende undervisning handler ikke bare om å lære en person med Diabetes å sette insulin, men handler fremfor alt å hjelpe individet og familiene deres forebygge videre sykdom og mestre erfaringene med sykdom og lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 34 - 36). Sykepleiere kan gjør dette ved å etablere en god relasjon og tilknytning til pasienten som formidler at de blir forstått og ikke er alene. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten er det viktig de setter seg inn i pasientens holdninger og følelser til situasjonen (Travelbee, 1971/1999, s. 34 - 36).

### 3.0 Metode

I dette kapittelet presenteres metoden litteraturstudie, hvordan jeg har gått fram i denne oppgaven for å finne relevant litteratur og forskning og hvordan jeg har kildekritisk vurdert informasjonen.

#### 3.1 Hva er en litteraturstudie?

En litteraturstudie er en studie der man systematisk samles inn litteratur, kritisk vurderer det og til slutt sammenfatter det hele i en systematisk tekst som svarer på en problemstilling (Thidemann, 2019, S.77 & 78). Litteraturstudien skal, med fokus i problemstillingen, gi oppdatert og god forståelse av kunnskapen som blir samlet inn og brukt i oppgaven.

#### 3.2 Innledende søk etter litteratur og forskning

Etter problemstillingen var avklart, gjennomførte jeg et innledende søk i pensumbøker, biblioteket, internett og flere databaser for å orientere meg i litteratur og forskning rundt temaet. Innledende søk er ett lite systematisk søk som hjelper å orientere deg i litteratur og forskning (Thidemann, 2019, S.81 & 82). Gjennom dette søket fant jeg noen relevante søkeord og avgrensninger til det systematiske søket og fant flere pensumbøker og annen litteratur med relevant innhold til problemstillingen.

#### 3.3 systematisk søk

Etter det innledende søket startet jeg med ett systematisk litteratursøk. Systematiske litteratursøk er en trinnvis søkestrategi som er planlagt og begrunnet (Thidemann, 2019, s. 82). I Boken til Thidemann (2019, s.82-90) er søkestrategien for et systematisk litteratursøk inndelt i 6 trinn som jeg har brukt i denne oppgaven for å gjennomføre søket.

Tabell 1. PICO

P: Population/problem	I: intervention	C: comparison	O: Outcomes
Barn med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1.	Nålerelaterte prosedyrer		mestring og handtering
Diabetes Mellitus type 1, Diabetes type 1, Type 1 Diabetes, Child, Children	Needle, needles, needle related procedure, needle-related pain		Coping, management, care

(Helsebiblioteket, 2021a)

Jeg startet arbeidet med å utarbeide et PICO-skjema (Tabell. 1) som hjelper å konkretisere søket ved å operasjonalisere problemstillingen slik den blir presis og søkbar (Thidemann, 2019, S. 82-84). Ut fra problemstillingen har jeg valgt å ikke bruke C (comparison) i PICO skjemaet da jeg ikke undersøker kliniske effektspørsmål og den er derfor ikke relevant til min problemstilling. Med utgangspunkt i problemstillingen og utfra det innledende søket har jeg, med hjelp av PICO skjemaet, kommet fram til søkeordene presentert i Tabell 1.

Ut fra det innledende søket, avgrensningene til oppgaven og problemstillingen, utarbeidet jeg noen inklusjons- og eksklusjonskriterier (Tabell 2) som tydeliggjør litteratursøket og avgrenser mengden litteratur. Disse presenteres i Tabell 2.

Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omhandler barn i alderen 7-9 år</li> <li>- Tar for seg nålerelaterte prosedyrer som blir brukt i DM1 behandling</li> <li>- Norske eller engelsk språklige</li> <li>- Publiseringsdato 2010-2023</li> <li>- Tar for seg ellers friske barn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Omhandler ikke barn i aldersgruppen 7-9 år</li> <li>- Praksis som ikke kan gjennomføres på en daglig basis</li> <li>- Praksisen i landet er ikke overførbar til norsk praksis</li> <li>- Omhandler en brukergruppe med diagnostisert angstlidelser eller nålefobi</li> <li>- Tar for seg multimorbide barn</li> </ul>

Jeg valgte å gjennomføre søket i databasene MEDLINE, academic search elite, og CINAL da jeg er godt kjent med bruken av dem og de alle inneholder medisinsk og sykepleiefaglig forskning. Alle databasene gav relevante artikler, men jeg fant at de relevante artiklene fra CINAL var de samme artiklene jeg fant på MEDLINE og academic search elite. Jeg har derfor ikke inkludert søket i CINAL i søkestrategien i Vedlegg 1.

### 3.3.1 søket

Jeg brukte PICO skjemaet for å strukturere søket mitt ved å kombinere søkeordene under P med OR mellom. Deretter gjorde jeg det samme med ordene under I og O som ga da 3 trefflistene. Deretter kombinerte jeg de 3 trefflistene med AND mellom for å finne relevante forskning. Jeg avgrenset begge søkene til årstall 2010-2023 og peer reviewed. På Academic search elite avgrenset jeg SubjectGeographic da et av eksklusjonskriteriene var «praksisen i landet er ikke overførbart til norsk praksis» (Tabell 2). For de eksakte søkene se vedlegg 1. Jeg evaluerte søket som et godt søk da de første artiklene var gode relevante artikler.

Jeg gjennomførte det første søket i databasen Academic search elite og fikk 7 artikler som kunne være relevante til problemstillingen. Mitt andre søk ble gjennomført i MEDLINE. Ettersom MEDLINE gir muligheten til å bruke MeSH ord ble dette søket litt annerledes enn det første søket, se vedlegg 1. Dette søket fikk 21 artikler som kunne være relevante til problemstillingen. Videre leste jeg samandragene til alle artiklene for å kontrollere om de oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene og var relevante til problemstillingen. Jeg endte da opp med 5 artikler. Her presenteres en kort sammenfatning av søkene. Se Vedlegg 1 for en mer detaljert søkehistorikk.

### 3.4 Kritisk vurdering av forskningsartikler

For å vurdere gyldigheten av informasjonen i artiklene, kritisk vurderte jeg artikkelens metodiske kvalitet, resultater og overførbart (Helsebiblioteket, 2021b). Når jeg leste gjennom artiklene for første gang sjekket jeg at artiklene oppfylte oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier, hadde en klart formulert problemstilling og hadde et design som var velegnet til å svare på problemstillingen. Videre brukte jeg sjekklister fra helsebiblioteket (2021b) til hver artikkel ut fra deres studiedesign.

### 3.5 Kildekritikk

Alle forskningsetikkene som er brukt i denne oppgaven er skrevet på engelsk. Ettersom engelsk ikke er mitt morsmål kan dette medføre at noe av informasjonen i denne oppgave er mistolket. Jeg har likevel arbeidet grundig med å oversette det originale verket og har brukt norsk-engelsk ordbok aktivt for å ikke mistolke informasjonen. I denne oppgaven har jeg prøvd å bruke primærkilder der det var mulig, men mye av pensumlitteraturen og fagbøkene

jeg har brukt er sekundærkilder da det ikke alltid var mulig å finne tilbake til primærkilden. Dette kan medføre at det opprinnelige perspektivet fra kilden har endret seg noe i sekundærkilden noe som kan ha konsekvenser for det faglige innholdet i denne oppgaven (Dalland & Keeping, 2020, s. 152). Likevel har jeg kritisk vurdert alt teoretisk innhold i denne oppgaven opp mot flere kjelder og funnet innholdet samsvarer med andre kilder og relevant til oppgaven. Dette er likevel et stort fagfelt og jeg kan ha gått glipp av anen litteratur og forskning som kunne være relevante til denne oppgaven.

Forskningsartikkelen til Karlsson et al. (2014) treffer ett av eksklusjonskriteriene da de undersøker sykepleiere som har tatt del i nålerelaterte prosedyrer på barn i alderen 3-7 år, ikke 7-9 som denne oppgaven handler om. Likevel har jeg valgt å inkludere denne artikkelen da resultatet viser problemstillingen fra sykepleiernes perspektiv og derfor presenterer de mer kliniske begrensningene og erfaringene som de andre artiklene ikke belyste. Når jeg så resultatet opp mot de andre artiklene og mine egne erfaringer fant jeg også at mye av resultatet var også gjeldende for eldre barn og deres behandling.

2 av artiklene som blir brukt i denne oppgaven tar ikke spesifikt for seg barn med DM1 men fokuserer mer generelt på barns opplevelse av nålerelaterte prosedyrer (Kleye et al., 2021; Karlsson et al., 2014). Jeg har likevel valgt å inkludere disse i oppgaven, da begge studiene tok for seg ulike nålerelaterte prosedyrer som også blir brukt i diabetesbehandlingen. Når vi da i tillegg vet at de aller fleste barn har en form for nålerelatert frykt (McLenon & Rogers, 2019, s. 33) konkluderte jeg med at resultatene var overførbare til diabetesbehandlingen.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres 5 forskningsartikler. Resultatene fra alle artiklene har blitt analysert og blir presentert i en tematisk oppsummering. Se Vedlegg 2 for litteratormatrise.

### 4.1 Artikkel 1

«Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers» (Howe et al., 2011)

**Studietype:** Kvantitativ

**Hensikt:** Rapportere utbredelsen av frykt, fortvilelse, smerte og samarbeidsnivå under insulininjeksjoner og finger stikk og assosiasjonen dette hadde med individets diabeteskrontoll.

**Metode:** Studien besto av 46 studieobjekter (23 barn og 23 mødre) som gjennomførte spørreskjema om insulin injeksjoner og finger stikk på diagnosetidspunktet og 6-9 måneder senere. Scoren ble analysert for assosiasjoner med alder og barnas HbA1c nivåer.

**Funn:** Det var større utbredelse av barn under 9 år som rapporterte moderat til høye nivåer av smerte og frykt og som fortsatte å rapportere det etter 6-9 måneder enn barn over 9 år. Av mødre som gav insulininjeksjoner var følelsen av frykt og fortvilelse ganske høy. Mødre som rapporterte høye nivåer av egen fortvilelse og oppfattet smerte hos barna, var assosiert med dårligere samarbeid fra barna, som også korrelerte med dårligere diabeteskontroll.

### 4.2 Artikkel 2

«Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment.» (Kleye et al., 2021)

**Studietype:** Kvalitativ.

**Hensikt:** Utforske barns egne strategier for å mestre/handtere frykt og smerte rundt nålerelaterte prosedyrer.

**Metode:** Intervju med barn i aldersgruppen 4-12 år med erfaring av å vær på sykehus i en lengre periode.

**Funn:** Barn har egne strategier for å handtere skremmende og smertefulle prosedyrer. De ønsket å ha noe å si i sin behandling, blant annet i hva informasjon de får og når, hva de kan gjøre for å redusere egen smerte m.m. Der var ikke en strategi som funket på alle og ikke alle strategier fungerte for det samme barnet hver dag. Studien konkluderte med at vi som helsepersonell må lytte til barna og deres ønsker for å gi dem mer kontroll over situasjonen.



#### 4.3 Artikkel 3

«Needle-Related Pain, Affective Reactions, Fear, and Emotional Coping in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study.» (Hanberger, et al., 2021)

**Studietype:** Kvantitativ.

**Hensikt:** Identifisere graden av opplevd smerte, affektive reaksjoner, frykt og emosjonell mestring blant barn og unge med DM1.

**Metode:** Barn i alderen 6-17 år med DM1 og foreldrene deres fylte ut Coloured Analogue Scale (CAS), the Facial Affective Scale (FAS), the Diabetes Fear of Injection Questionnaire (D-FISQ), og the Faces Emotional Coping Scale (FECS) i relasjon til nålerelaterte prosedyrer.

**Funn:** Barna som skåret høyest på CAS, FAS og D-FISQ i relasjon til nålerelaterte prosedyrer, hadde dårligere evne til å håndtere de nålerelaterte prosedyrene. Studien viste også at foreldrene rapporterte høyere verdier på nesten alle skalaene og for alle prosedyrene en barna gjorde selv.

#### 4.4 Artikkel 4

«Children's and adolescent's narratives about pain and negative experiences in diabetes treatment.» (Göthesson et al., 2022)

**Studietype:** Kvalitativ.

**Hensikt:** Beskrive negative opplevelser av nålerelaterte prosedyrer i barnediabetes behandling fra barn og ungdoms egne perspektiv.

**Metode:** Studien er en del av et større forskningsprosjekt med blandede metoder som bruker en tverrsnittundersøkelse som kombinerer kvalitative og kvantitative data fra barn, ungdom og foreldre. Ut fra det større prosjektet var der 143 fortellinger og tegninger der 83 var om negative opplevelser og var derfor brukt i denne delen av studien.

**Funn:** Barns opplevelse av nålerelaterte prosedyrer hadde flere sider til seg. De fem underkategoriene som kom fram var smertefullt, skummelt, stressende, generelt hardt og venøse blodprøver var det verst. Disse følelsene påvirket hverdagslivet til barna. Alle former for nålerelaterte prosedyrer medførte disse problemene, men venøse blodprøver ble beskrevet som verst.

#### 4.5 Artikkel 5

##### «Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.»

(Karlsson et al., 2014).

**Studietype:** Kvalitativ

**Hensikt:** Å beskrive sykepleiernes opplevelse av å støtte barn under nålerelaterte prosedyrer fra sykepleiernes perspektiv.

**Metode:** Tok videoopptak av nålerelaterte prosedyrer med påfølgende intervjuer av sykepleierne.

**Funn:** Sykepleiernes støtte til barn under NRMP er preget av et ønske om å møte barnet i sin egen verden. Det var også preget av en innsats for å nå barnets forståelseshorisont angående disse handlingene, ut fra de gitte forutsetningene. Dette gjør de gjennom å utvikle relasjoner gjennom samtale, være følsom for kroppsliggjorte responser, balansere mellom takt og bruk av tilbakeholdenhet, være barnets talsmann, justere tid og opprettholde troen.

#### 4.6 Tematisk oppsummering

Her presenteres resultatene fra de 5 forskningsartiklene i en tematisk oppsummering under 3 hovedkategorier.

##### 4.6.1 Barnas stemme og strategier er sentralt for en vellykket gjennomføring av NRMP

Studien til Kleve et al., (2021) fant at barns egne stemmer var nødvendige for adekvat handtering av smerte og frykt. Barna ønsket å bli invitert til å snakke om korleis de vill gjøre prosedyren. Dette gjorde at de følte seg inkludert og mestret situasjonen, noe som tok vekk noe av frykten. Studien fant i tillegg at barn har egne strategier for å håndtere smertefulle og skumle prosedyrer, og har evnen til å beskrive sine behov. Disse strategiene kunne variere fra barn til barn og fra dag til dag utfra det individuelle barnets forutsetninger og hvordan de følte seg den dagen (Kleve et al., 2021). Studien til Karlsson et al. (2014) presiserte at sykepleiere må vær sensitive, lytte og gjør seg kjent med hvordan barnet føler seg og opplever situasjonen for å gi god individuell behandling.

Både studien til Göthesson et al. (2022) og Hanberger et al. (2021) fremhevet at nye ukjente prosedyrer som barna føler de ikke har kontroll over, ble oppfattet som skremmende og mer smertefulle. Studien til Kleve et al. (2021) fant at barn trengte å føle de hadde kontroll over

egen kropp og fikk muligheten til å bruke sine strategier, noe som gjorde dem mer selvsikre. Studien fant også at barnas strategier ikke alltid samsvarte med hva helsepersonell og foreldre mente var best. Videre viste Kleye et al. (2021) flere strategier barna hadde og hjelpemidler som kunne gjør prosedyren lettere for barna å mestre. Blant annet å kontrollere tankene ved å tenke på andre mer positive ting og distrahere seg selv. Skrike høyt var en strategi som ga en frihetsfølelse og en form for ro etter prosedyren. Kosedyr var støttende da de var stille og lot barna bruke strategiene sine uten å prøve å hindre dem. Det kom fram i studien at barn noen ganger følte foreldrene og helsepersonell til tider misforsto strategiene deres eller var en hindring for at barna skulle få bruke strategiene sine (Kleye et al., 2021).

Kleye et al. (2021) fant at barnas informasjonsbehov varierte fra barn til barn. Noen ville ha informasjon rett før prosedyren og andre ville få det etter prosedyren. I artikkelen til Karlsson (2014) kom det fram sykepleierne tilpasset hvor mye informasjon de ga barnet ut ifra hvor engstelige de var. Howe et al. (2011) fant at for de fleste barna er vaksiner og blodprøver deres referanse til NRMP. Vaksiner og venøse blodprøver ble også rapportert til å være de skumleste og mest smertefulle NRMP av andre barn med DM1 (Göthesson et al., 2022; Hanberger et al., 2021).

#### 4.6.2 Foreldrene påvirker barna både positivt og negativt

Artikkelen til Howe et al. (2011) kom fram til at mødrene av barn med nyoppdaget DM1 opplevde høye nivåer av frykt og fortvilelse rundt de NRMP. Disse mødrene rapporterte også dårlig samarbeidsvilje fra barna og studien fant at der var en korrelasjon mellom mødrenes fortvilelse og barnas samarbeidsvilje. Artikkelen til Hanberger et al. (2021) presenterte lignende resultater og fant at foreldrene hadde en tendens til å oppfatte barnas smerte, frykt og negative virkninger av den NRMP som verre enn de barna selv rapporterte.

Artikkelen til Karlsson et al. (2014) presenterte hvordan sykepleiere kunne hjelpe foreldrene støtte barna sine, blant annet gjennom god informasjon. Den fremhever foreldrene som barnets representanter og at deres tilstedeværelse spiller en sentral rolle i barnets følelse av trygghet og evne til å mestre situasjonen. Foreldrenes deltagelse måtte styres av en forståelse av barnets behov og en evne til å skape trygghet. Dersom foreldrene hadde vansker med dette ble det fremhevet at sykepleierne burde ta en mer støttende rolle ovenfor

barna og hjelpe foreldrene støtte barna sine. Dersom dette ikke var nok presiserte studien sykepleiere måtte sikre barnas beste med å vær barnas representanter og til tider si imot foreldrene (Karlsson et al., 2014).

#### 4.6.3 Sykepleierne må vær åpne og legge til rette for trygghet og mestring

Studiene til Göthesson et al. (2022) og Karlsson et al. (2014) fant når sykepleiere var mer oppmerksomme på barnas signaler, uttrykk og kroppsspråk klarte de å gi mer individualisert støtte og hjelp under prosedyren. Frykt var ofte verre en smerten når det kom til NRMP (Howe et al., 2011; Göthesson et al., 2022) og både artikkelen til Karlsson et al. (2014) og Göthesson et al. (2022) viste at tidligere erfaringer hadde mye å si for barnets oppfattelse og følelser til NRMP. Tidligere negative opplevelser kunne påvirke barna i mange år senere. Det var viktig for sykepleierne å kunne skille mellom frykt og generell motstand da dette påvirker hvordan de best kunne gå fram for å gjennomføre prosedyren (Karlsson et al., 2014). Det ble fremhevet att sykepleiere burde vurdere barnas og foreldrenes nålefrykt i starten av diagnosen enten gjennom uformelle intervju eller spørreskjema (Howe et al., 2011; Hanberger et al., 2021).

Artikkelen til Howe et al. (2011) fremhevet at sykepleiere burde i Diabetes opplæringen inkludere ulike handtering strategier som er tilpasset barnets alder og temperament. Dette var strategier som tilvenning, avslapning og distraksjonsteknikker. Studiene til både til Karlsson et al. (2014) og Kleve et al. (2022) viste at underholdning som Ipad og telefon, lek og omgivelser kunne vær gode distraksjonsverktøy. Lek, blant annet med diabetesutstyr, involverte, støttet og kunne gjør prosedyren mer forståelig og mindre skummel for barna (Karlsson et al., 2014; Howe et al., 2011). Artikkelen til Karlsson et al. (2014) presiserte at distraksjonsteknikker forhindret barna i å lære og tilegne seg kunnskap om prosedyren og burde derfor unngås dersom det var mulig.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet drøftes resultatene fra forskningsartiklene opp mot teori og egne erfaringer.

### 5.1 Barn er ulike

Ut fra det vi nå har sett på, hvordan kan vi fremme mestring og trygghet for barn med DM1 under NRMP? I alle studiene kom det fram at barn er ulike. Alt fra informasjonsbehov til barnas egne strategier til ønsker og behov kunne variere. Barnas strategier varierte fra barn til barn, men kunne også variere fra dag til dag utfra hvordan det individuelle barnet følte seg den dagen (Kleye et al., 2021). Noen dager kunne et barn velge å se på når de ble stukket, andre dager ønsket ikke barnet å se på av ulike grunner. Men når barn er så ulike, hvordan kan sykepleierne ivareta det individuelle barnet og fremme mestring og trygghet under hver NRMP? Studien til Kleye et al. (2021) fremhevet på bakgrunn av sine resultater hvor viktig det var med det individuelle barnets stemme under behandlingen og presiserte at barna har evnen til å gjøre rede for sine ønsker og behov. Ut fra dette burde sykepleiere lytte til barna, være åpne og tilrettelegge seg etter barnas ønsker og behov så langt det lar seg gjøre (Kleye et al., 2021; Karlsson et al., 2014). Dette kan for eksempel gjøres gjennom samarbeid med foreldrene og samtale med barna om hvordan de ønsker å gjennomføre prosedyren.

Men hva med de barna som ikke tør å ta ordet for å formidle sine ønsker og behov eller fullstendig motsetter seg prosedyren? Jeg har flere ganger erfart at barn ofte er litt sjenerte og redde i starten og tør derfor ikke å fortelle om sine ønsker og behov til en fremmed sykepleier. Barna i studien som ikke snakket opp endte ofte opp med å gjøre slik foreldrene og helsepersonell tenkte var best for dem. Barna formidlet dette kunne i noen tilfeller føre til mer smerte under NRMP (Kleye et al., 2021). Dette kan muligens være fordi barn i alderen 7-9 år har et behov for å føle de mestrer situasjonen og er kompetente (Renolen, 2015, s.107). Disse barna fikk trolig ikke muligheten til å bruke sin kompetanse om hva de selv synes er best og hva de trengte for å tilpasse seg og mestre situasjonen (Tveiten, 2018, s.238). I disse tilfellene kan sykepleier prøve å invitere barna til å snakke om prosedyren og oppmuntre dem til å formidle sine ønsker og behov (Kleye et al., 2021). På denne måten forsøker vi å inkludere barna og innhente informasjon om hvordan vi best kan tilrettelegge prosedyren. Dette kan trolig hjelpe barna føle seg tryggere og hjelpe dem kjenne at de mestrer situasjonen med at vi vektlegger deres kompetanse om seg selv (Tveiten, 2018, s. 242). Men

hva med de barna som fortsetter å motsette seg prosedyren? Vi må fortsatt gjennomføre prosedyren og barna kan ikke velge å utsette den eller ikke gjennomføre den. Jeg har erfart at barn som bare motsetter seg prosedyren ofte har godt av å få et valg. For eksempel med å si at barnet kan få velge om mamma, pappa eller sykepleier skal stikke. På denne måten kan vi gi barna mer kontroll over situasjonen og anerkjenner dem som aktører i egen behandling (Tveiten, 2018, s. 239-242).

Studien til Kleye et al. (2021) fant barns informasjonsbehov varierte veldig fra barn til barn. Selv om det er noen fellestrekk for barnas informasjonsbehov i denne aldersgruppen er barn også ulike, og deres evne til å oppfatte og forstå situasjonen kan variere (Renolen, 2015, s.114-116). Barns tidligere erfaringer og utgangspunkt viste seg å ha mye å si for hvordan barna oppfattet prosedyren. (Karlsson et al., 2014; Göthesson et al., 2022). For eksempel hadde mange barn venøse blodprøver og vaksinasjoner som sitt utgangspunkt for NRMP (Howe et al., 2011) som også er rapportert som de verste NRMP av flere barn med DM1 (Göthesson et al. 2022; Hanberger et al., 2021). Ettersom barn i denne aldersgruppen kan klassifisere og gruppere objekter (Renolen, 2015, s 107-113), kan det tenkes at noen av disse barna grupperer alle NRMP under disse mer smertefulle prosedyrene de har erfart tidligere. Dette kan være noe av grunnen til hvorfor barnas behov for god informasjon er så viktig. Dersom vi da forklarer godt til barna hvordan prosedyrene er ulike og ikke alle NRMP gjør like vondt, kan det da tenkes at dette vill kunne lette noe av barnas frykt. Fra egen praksis har jeg opplevd at når barna først forstår at prosedyrene er ulike og ikke alle gjør like vondt så føler de seg tryggere og mestrer situasjonen bedre. Likevel må vi passe på å gi barna korrekt informasjon og ikke lyge om smerten disse prosedyrene kan medføre, da alle NRMP kan gjøre vondt (Hanås, 2000/2021, s. 378).

I Pasient og brukarrettighetsloven (2021, § 3-1 og § 4-4) sies det at barn som er fylt 7 år skal få informasjon tilpasset individet. Men når er den beste tiden å informere barna om prosedyren? Barnas meninger om når de ønsket å få informasjon om NRMP varierte veldig (Kleye et al., 2021). Noen opplevde de fikk informasjonen altfor tidlig som ga dem tid og gru seg til prosedyren, men ville heller bare få informasjonen rett før prosedyren ble gjennomført. Andre ville ikke ha noe informasjon før prosedyren da dette førte til mer frykt og engstelse. Ut fra dette kan det virke som at informasjon bare gjør situasjonen verre, men

hva med de barna som tror den NRMP er en straff? Noen barn i denne aldersgruppen tror nemlig den NRMP eller diagnosen deres er en straff eller at de er skyldige i å ha fått DM1 (Renolen, 2015, s.116; Hanås, 2000/2021, s.378). For disse barna kan det tenkes at god informasjon er viktig for å hindre misforståelse. Når sykepleierne forklarte hvordan de vurderte barnas informasjonsbehov ble de ikke lagt mye vekt på å spør barna hva de trengte (Karlsson et al., 2014). Sykepleieren baserte heller deres vurderinger på sine egne observasjoner. Disse sykepleierne oppdaget kanskje ikke at noen barn trodde det var en straff eller visste ikke at noen barn ikke ønsket informasjon om prosedyren.

Dette fremhever igjen Kleye et al. (2021) sin påstand om at barns stemme er nødvendig for å gi god individualisert behandling. Kanskje kan sykepleiere snakke med barna på forhand til prosedyren og spør dem hva de tenker er best. De kan da prøve å tilpasse informasjonen til det individuelle barnet og kan prøve å formidle de på en slik måte barna fortsatt vet hvordan prosedyren skal gjennomføres uten å legge så mye vekt på at det kan gjøre vondt. På den måten kan sykepleier gi god individualisert informasjon som kan gi barna oversikt og kontroll over situasjonen uten å skape større frykt og engstelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 65-71).

Prosedyrer som barna følte de ikke hadde kontroll over var oppfattet som spesielt skremmende (Göthesson et al., 2022). Dette kan trolig komme av at barnas følelser, tanker og opplevelse av mestring er sterkt knyttet til deres kropp og kroppsbeherskelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 63-64). Det viste seg at barna ofte opplevde mer smerte fordi prosedyren føltes utenfor deres kontroll (Hanberger et al., 2021). Barna trengte å føle at de hadde kontroll over egen kropp for å føle seg tryggere og kunne bruke sine strategier for å mestre situasjonen (Kleye et al., 2021). Barnas strategier kunne innebære å få velge om de ville sitte eller ligge, se på eller ikke, snakke om prosedyren eller ikke og mer. Andre strategier kunne vær å skrike høyt, holde et mykt kosedyr eller å tenke på noe annet. Likevel kom det fram at barnas strategier ikke alltid samsvarte med hva helsepersonell og foreldre mente var best, og i noen tilfeller misforstod de strategiene (Kleye et al., 2021). Jeg har flere ganger opplevd at vi prøver å få barna til å stoppe å skrike eller ber dem se vekk når vi stikker uten å tenke over at kanskje barna trengte å gjør det for å føle kontroll. Hadde jeg da fulgt empowerment prinsippet og sett på barna som aktører i deres egen behandling kunne jeg hjulpet barna få mer kontroll over situasjonen (Tveiten, 2018, s.239-242). Dette kunne jeg da gjort med å

kommunisere med barna i forkant om hva de trengte for å føle seg tryggere og for å mestre situasjonen. Ved å lytte til barna og legge til rette slik barnet har de resursene, kunnskapen og utstyret de treng for å utøve sine strategier vektlegger vi medvirkning og anerkjenner barna som ekspert på seg selv (Tveiten, 2018, s.239-242). Det er likevel viktig at vi vektlegger det individuelle barnets medvirkning ut fra deres forutsetninger som alder og utviklingsnivå. I Pasient og brukarrettighetsloven fremheves det at barn som er fylte 7 år skal og er i stand til å danne seg egne synspunkter skal få ytre sine meninger, noe som skal vektlegges ut fra deres alder og modenhet (pasient- og brukarrettighetsloven, 2022, §3-1 & §4-4). Dette kan vær med på å gi god og individualisert behandling.

## 5.2 Foreldrene kan påvirke barna både positivt og negativt

Foreldrene spiller en sentral rolle i barnas følelse av trygghet på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017, s.72) og barna har en rett til å ha minst 1 forelder med seg under sykehusoppholdet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, 2000, §6). Men er foreldrene alltid en god støttespiller? På den ene siden, var foreldrenes tilstedeværelse funnet til å vær svært sentralt for barnas trygghet og mestring av NRMP (Karlsson et al., 2014). På den andre siden, ble det også funnet at foreldrene kunne gjøre situasjonen verre (Howe et al., 2011; Hanberger et al., 2021). Foreldrenes tilstedeværelse og medvirkning kan trolig ha en negativ effekt på barnet ettersom foreldrenes følelser rundt situasjonen, som blant annet stress og frykt, kan overføres til barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s.87). Både studiene til Howe et al. (2011) og Hanberger et al. (2021) viste at foreldrene ofte hadde høye nivåer av stress og mistolket ofte barnas reaksjoner som verre enn det de egentlig var. Dette ble ofte en ond sirkel der foreldrenes stress, medførte dårlig samarbeidsvilje fra barna, som igjen medførte mer stress blant foreldrene (Howe et al., 2011).

Dersom vi tar utgangspunkt i at foreldrenes stress kan overføres til barna (Grønseth & Markestad, 2017, s.87), kan det da også argumenteres for at foreldrenes følelse av trygghet og sikkerhet kan overføres til barna. Sykepleiere kan da hjelpe foreldrene ved å arbeide for at foreldrenes deltagelse styres av en forståelse av barnets behov og en evne til å skape trygghet (Karlsson et al., 2014). Her spiller blant annet sykepleiernes plikt til å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker å ha under prosedyren en sentral rolle (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner, 2000, §6). Gjennom å avklare dette i forkant av



prosedyren kan man unngå at foreldrene opplever frykt og stress, ved å sikre foreldrene om at de ikke får noen oppgaver de ikke er klar for. For eksempel når foreldre har stikkskrek, kan de ha vanskelig for å stikke barna sine (Hanås, 2000/2021, s. 378). Da kan sykepleier avklare dette med foreldrene i forkant og avtale hvordan de best skal gå fram med prosedyren for at foreldrene skal kunne føle seg trygge. Videre kan sykepleier da sette av ekstra tid for å arbeide med foreldrenes nålefrykt og bygge opp til at foreldrene skal klare å stikke barna selv. Sykepleierne kan da gi hjelp i form av følelsesmessig støtte, åpen kommunikasjon og god informasjon til disse foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017, s.87 & 88). Dette kan være med på å fremme trygghet hos foreldrene som da kan videreformidle trygghet, istedenfor stress og frykt til barna.

Selv om sykepleierne bør samarbeide med foreldrene i å støtte barna sine, skal de fortsatt sørge for barnas beste (Karlsson et al., 2014). Dette kan til tider innebære å måtte si imot foreldrene. For eksempel når foreldrene i studien til Karlsson et al. (2014) prøvde å si til barna at de NRMP ikke gjør vondt, sa sykepleierne imot dette da det kan gjøre vondt. Du bør aldri prøve å lure barna (Hanås, 2000/2021, s. 378). Foreldrene er barnas primære representanter og sykepleier bør gjøre alt de kan for å støtte foreldrene i denne rollen (Karlsson et al., 2011). Likevel kan det vær tider der sykepleier må ta over, da foreldrene av ulike grunner ikke klarer å støtte barna sine godt nok. Ut fra egne erfaringer har jeg sett det er viktig å finne en god balanse her og kommunisere godt med foreldrene om hvem som skal ha hvilken rolle og hvem som skal gjøre hva. Dette kan trolig hjelpe både foreldrene og sykepleier i å best ivareta barnet, og kan hjelpe til at prosedyren blir gjennomført på best mulig vis for alle parter.

### 5.3 Sykepleiernes rolle og strategier

Joyce Travelbee sier at sykepleie innebærer å hjelpe individet og familien mestre erfaringen med sykdom og lidelse (Travelbee, 1971/1999, s.29). Innleggelse på sykehus kan vær svært stressende for barn, blant annet da de går gjennom ubehagelige og vonde opplevelser som NRMP (Grønseth & Markestad, 2017, s. 73). Selv om det har vist seg at frykten ofte er verre en smerten (Howe et al., 2011; Göthesson et al., 2022), blir ofte NRMP rapportert som noe av de verste opplevelsene barna må gå igjennom på sykehus (Grønseth & Markestad, 2017, s.

74). Vi kan derfor se hvorfor det er viktig at sykepleiere arbeider for å fremme trygghet ved å redusere frykt og fremme mestring under NRMP. Men hvordan kan vi gjøre dette?

For å gi tilpasset individualisert hjelp, kan det tenkes at en kartlegging av barnet og foreldrenes tanker og følelser rundt NRMP vill være en god plass å starte (Travelbee, 1971/1999, s.36; Howe et al., 2011; Hanberger et al., 2021). Gjennom kartlegging i form av uformelle intervju eller spørreskjema kan sykepleieren finne ut mye om barnet (Hoer et al., 2011; Hanberger et al., 2021). For eksempel kan sykepleier spør om tidligere opplevelser, hva som har hjulpet barnet tidligere under NRMP og hva kan barnet om sykdommen sin og hvorfor de må gå gjennom den NRMP. På denne måten kan sykepleierne gjøre seg mer kjent med det individuelle barnet og i tillegg forsøke å fange opp de barna som tror de NRMP er en straff (Renolen et al., 2015, s.116 ; Hanås, 2000/2021, s.378). Der finnes i tillegg mange ulike skjemaer og verktøy sykepleieren kan bruke for å vurdere barnet (Hanberger et al., 2021). Verktøy som Coloured Analogue Scale (CAS), the Facial Affective Scale (FAS), the Diabetes Fear of Injection Questionnaire (D-FISQ), og the Faces Emotional Coping Scale (FECS) har alle blitt funnet til å være gode for å identifisere barn som trengte ekstra støtte under NRMP (Hanberger et al., 2021). Slike verktøy kan sykepleier for eksempel gjennomføre i starten ved diagnosetidspunktet og videre under oppholdet til barna for å se om tiltakene de setter i verk har effekt og om barna mestrer prosedyrene før de reiser hjem.

Selv om sykepleieren gjennomfører en mer formell kartlegging med skjemaer og intervju må vi likevel være oppmerksomme på barnas signaler og kroppsspråk både før under og etter de NRMP (Göthesson et al., 2022; Karlsson et al., 2014). Dette kan blant annet hjelpe sykepleierne skille mellom barna som føler på genuin frykt og de som bare føler en generell aversjon til en prosedyre som kan gjøre vondt (Karlsson et al., 2014). Dette kan ha mye å si for hvordan sykepleieren best kan gå fram for å gjennomføre prosedyren. For eksempel har jeg erfart at barn som viser en aversjon til prosedyren, men som også viser tegn til nysgjerrighet ofte kan være enklere å samarbeide med dersom vi gir dem informasjon og forklarer undervegs hva vi gjør. Barn som viser genuin frykt og ingen tegn til nysgjerrighet derimot har jeg erfart ofte blir mer stresset jo lenger vi utsetter prosedyren og prøver å gi dem informasjon. For disse barna har jeg erfart det ofte er bedre å bruke distraksjonsteknikker som TV eller en annen person som gjør noe morsomt. På den ene siden virker det som om

distraksjonsteknikker kan vær et godt verktøy for barna med genuin frykt for NRMP da det hjelper med å ta fokuset vekk fra prosedyren. På den andre siden kan distraksjonsteknikker for barn med DM1, som må venne seg til NRMP i hverdagen (Helsenorge, 2018), vær negativt da fokus på prosedyren kan gi barna mer kunnskap og ferdigheter til å handtere den betre neste gang (Karlsson et al., 2014).

Helsefremmende undervisning skal fremfor alt hjelpe barnet og familiene deres forebygge videre sykdom og skal hjelpe dem mestre erfaringene med sykdom og lidelse (Travelbee, 1971/1999, s. 34). Den helsefremmende undervisningen til barn med DM1 og foreldrene deres burde derfor inkludere ulike mestringsstrategier som kan hjelpe barna føle seg tryggere og kan hjelpe dem mestre de NRMP (Howe et al., 2011). Lek og underholdning har vist seg å være nyttige verktøy for barnas mestringsstrategier. TV og leker kan blant annet være gode distraksjonsverktøy (Karlsson et al., 2014; Kleye et al., 2022), men kan også brukes for å gjøre prosedyren mer forståelig og mindre skummel for barna (Karlsson et al., 2014; Howe et al., 2011). For eksempel kan barna få leke med diabetesutstyr som pumper og sensorer som de kan feste på bamser eller dukker som kan hjelpe å venne seg til utstyret og gjøre det mindre skummelt (Karlsson et al., 2014). Har barna behov for distraksjonsverktøy i starten av behandlingen sin, som for eksempel de som føler på genuin frykt, kan for eksempel omgivelsene være nyttige å bruke da de gir barna noe annet å fokusere på (Karlsson et al., 2014). Dette kan være leker som henger fra taket eller morsomme bilder på veggen. Enten barna bruker lek, underholdning og omgivelser til å distrahere seg fra prosedyren eller senere for å trekke seg tilbake, bearbeide og gjenvinne kontroll over situasjonen, kan lek hjelpe barna føle seg tryggere og hjelpe dem mestre den NRMP (Grønseth & Markestad, 2017, s.81).

## 6.0 Konklusjon

Norge er i dag et av landa med høyest forekomst av Diabetes Mellitus type 1 og dårlig blodsukkerregulering som et resultat av barnas nålevegring, kan medføre negative senskader for disse barna (Jenssen, 2022 s.394; Meld. St. 6 (2017–2018)). I denne oppgaven har det derfor blitt undersøkt hvordan sykepleiere kan fremme mestring og trygghet rundt NRMP hos barn med nyoppdaget DM1, for å forebygge slike negative senskader. I oppgaven ble det klart at ingen barn er like og der er ikke en løsning som funker for alle. Alle barna har sine

egne ønsker, strategier og behov som kan variere fra dag til dag og som ikke alltid samsvarer med det sykepleiere og foreldre mener er best. Foreldrenes tilstedeværelse viste seg å kunne vær både positivt og negativt og sykepleiere burde derfor jobbe aktivt for å hjelpe foreldrene støtte barna. Det kom frem i denne oppgaven att det beste sykepleierne kunne gjør var å kommunisere og lytte til barna og foreldrene for å best mulig tilrettelegge for deres individuelle strategier og behov. Så lenge behandlingen for DM1 innebærer nødvendige NRMP burde sykepleiere jobbe aktivt for å oppdage barna og foreldrene med nålerelatert frykt. Gjennom god kommunikasjon, forming av gode mestringsstrategier og et trygt og anerkjennende miljø kan sykepleiere fremme mestring og trygghet rundt nålerelaterte prosedyrer for barn med Diabetes Mellitus type 1.

## 7.0 Referanseliste

- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Diabetesforbundet. (2021). *Slik jobber vi for at du skal få bedre diabetesutstyr*.  
Diabetesforbundet. <https://www.diabetes.no/om-oss/nytt-fra-forbundet/nytt-fra-forbundet-2021/slik-jobber-vi-for-at-du-skal-fa-bedre-diabetesutstyr/>
- 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>
- Funnell, M.M., & Anderson, R.M. (2005). Patient empowerment. I F. J. Snoek & T. C. Skinner (Red), *Psychology in diabetes care* (s. 95-108). Wiley.
- Grønseth, R & Markestad, T. (2017) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4. utg). Fagbokforlaget
- Göthesson, J., Håkansson, L., Olinder, A. L., Hanberger, L., Mörelius, E., Nilsson, S., & Forsner, M. (2022). Children's and adolescent's narratives about pain and negative experiences in diabetes treatment. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 28(1), Artikkel e12396. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jspn.12396>
- Hanberger, L., Tallqvist, E., Richert, A., Olinder, A. L., Forsner, M., Mörelius, E., & Nilsson, S. (2021). Needle-Related Pain, Affective Reactions, Fear, and Emotional Coping in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Pain Management Nursing. Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(4), s. 516–521. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.pmn.2021.01.007>
- Hanås, R. (2021). *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne: bli ekspert på din egen diabetes* (4. utg.) (H-J. Bangstad, Overs.). Cappelen Damm. (Opprinnelig utgitt 2000)
- Helsebiblioteket (2021a, 30. September) *Kunnskapsbasert praksis: PICO*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsebiblioteket (2021b, 17. September) *Kunnskapsbasert praksis: Sjekklist*

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>

Helsedirektoratet (2018). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere.*

Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

Helsenorge. (2020). *Diabetes type 1*. Helsenorge.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-1/>

Howe, C. J., Ratcliffe, S. J., Tuttle, A., Dougherty, S., & Lipman, T. H. (2011). Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(1), 25–31. [https://doi-](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/NMC.0b013e3181fc6093)

[org.galanga.hvl.no/10.1097/NMC.0b013e3181fc6093](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1097/NMC.0b013e3181fc6093)

Jenssen, T. (2022). *Sykdom og behandling* (3. utg.). S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.).

Gyldendal.

Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Englund, A.-C. D. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9, Artikkel 23063. [https://doi-](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3402/qhw.v9.23063)

[org.galanga.hvl.no/10.3402/qhw.v9.23063](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3402/qhw.v9.23063)

Kleye, I., Hedén, L., Karlsson, K., Sundler, A. J., & Darcy, L. (2021). Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 530–537. [https://doi-](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12865)

[org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12865](https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12865)

Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red) *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*: (3. utg., s. 237-294). Gyldendal akademisk.

McLenon, J., & Rogers, M. A. M. (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 30–42.

<https://doi.org/10.1111/jan.13818>

Meld. St. 6 (2017–2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>

Norsk sykepleieforbund (u.å.) *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleieforbund.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

pasient- og brukerrettighetsloven. (2022). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_7#%C2%A76-5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_7#%C2%A76-5)

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

Fagbokforlaget.

Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. & Gani, O. (2022). *Barnediabetesregisteret: Årsrapport 2021 med plan for forbedringstiltak*. (Årsrapport Nr. 15). Barnediabetesregisteret

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-10/%C3%85rsrapport%202021%20Barne-%20og%20ungdomsdiabetes.pdf>

Stene, L. C. M., Ruiz, P. L.-D. & Gulseth, H. L. (2021, mai 31). *Diabetes i Norge*.

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille*

*motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.).

Gyldendal Norsk Forlag (opprinnelig utgitt 1971)

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* (237-258). Fagbokforlaget.

## Vedlegg 1: søkehistorikk

Tabell 1. Academic Search Elite

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	TREFF	Søk/Artikkel
Academic Search Elite	23/4-23	diabetes mellitus, type 1 or diabetes type 1 or type 1 diabetes or child or children <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects	1,983,744	(S1)
		coping or management or care <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects	4,103,080	(S2)
		needle or needles or needle related procedure or needle related pain. <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects	73,205	(S3)
		S1 AND S2 AND S3 <b>Limiters</b> - Published Date: 20100101-20231231; Peer Reviewed <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects. <b>Narrow by SubjectGeographic:</b> - Germany, France, Finland, Europe, Sweden, Canada, United Kingdom, united states <b>Narrow by Language:</b> - English.	41	(S6) Artikkel: Children's and adolescent's narratives about pain and negative experiences in diabetes treatment  Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment.  Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.



Tabell 2. Medline

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	TREFF	Søk/artikkel
Medline	23/4-23	(MH "Diabetes Mellitus, Type 1")	85 235	(S1)
		(MH "Child")	1 899 665	(S2)
		coping or care or management	3 218 430	(S3)
		(MH "Needles")	17 252	(S4)
		needle-related pain	61	(S5)
		S1 OR S2 <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects	1 964 800	(S6)
		S4 OR S5 <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects	17 283	(S7)
		S6 AND S3 AND S7 <b>Expanders</b> - Apply equivalent subjects <b>Limiters</b> - Scholarly (Peer Reviewed) Journals; Date of Publication: 20100101-20231231	99	(S8) Needle-Related Pain, Affective Reactions, Fear, and Emotional Coping in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study.  Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Tabell 1: litteratormatrise

Tittel	Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers.	Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment.	Needle-Related Pain, Affective Reactions, Fear, and Emotional Coping in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: A Cross-Sectional Study.	Children's and adolescent's narratives about pain and negative experiences in diabetes treatment.	Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.
Forfattere, publiseringsår, tidsskrift, Land	Howe, C. J. Ratcliffe, S. J. Tuttle, A. Dougherty, S. Lipman, T. H.  2011  The American Journal of Maternal Child Nursing  USA	Kleye, I. Heden, L. Karlsson, K. Sundler A.J. Darcy, L.  2021  Scandinavian Journal of Caring Sciences  Sverige	Hanberger, L. Tallqvist, E. Richert, A. Olinder, A. L. Forsner, M. Mörelius, E. Nilsson, S.  2021  Journal for Specialists in Pediatric Nursing  Sverige	Göthesson, J. Håkansson, L. Olinder, A. L. Hanberger, L. Mörelius, E. Nilsson, S. Forsner, M.  2022  Journal for Specialists in Pediatric Nursing  Sverige	Karlsson, K. Rydström, I. Enskär, K. Englund, A.-C. D.  2014  International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being  USA
Type studie	Kvantitativ/ prevalens studie.	Kvalitativ studie.	Kvantitativ studie.	Kvalitativ studie.	Kvalitativ studie.
Hensikt med studien	Å rapportere utbredelsen av frykt, fortvilelse, smerte og samarbeidsnivå under insulininjeksjoner og blod sukker finger stikk hos barn med nylig diagnostisert diabetes og deres mødre, og assosiasjonen med diabeteskontroll.	Å utforske barns egne strategier for å mestre/handtere frykt og smerte under nålerelaterte prosedyrer.	Å identifisere graden av opplevd smerte, affektive reaksjoner, frykt og emosjonell mestring blant barn og unge med DM1.	Å beskrive negative opplevelser av nålerelaterte prosedyrer i barnediabetes behandling fra barn og ungdoms egne perspektiv.	Å beskrive sykepleiernes opplevelse av å støtte barn under nålerelaterte prosedyrer fra sykepleiernes perspektiv.
Metode	46 studieobjekter (23 barn og 23 mødre) ble spurt om å gjennomføre «perceptions of insulin shots and fingerstick survey» på diagnosetidspunktet og 6-9 måner senere med bruk av VAS- og FACES-skalaene. Videre brukte de «Fisher's exact tests» og «Spearman correlation coefficients» for å analysere datamaterialet. Scoren ble analysert for assosiasjoner med alder og barnas HbA1c nivåer.	Gjennomførte intervju på 3 ulike sykehus i Sverige i en 8 måneders periode. intervju ble analysert med bruk av kvalitativ innholdsanalyse.	Barna og foreldrene fylte ut Coloured Analogue Scale (CAS), the Facial Affective Scale (FAS), the Diabetes Fear of Injection Questionnaire (D-FISQ), and the Faces Emotional Coping Scale (FECS) i relasjon til nålerelaterte prosedyrer.	Studien er en del av et større forskningsprosjekt med blandede metoder som bruker en tverrsnittsundersøkelse og kvantitative data fra barn, ungdom og foreldre. Tre pediatriske diabetesklinikker i tre områder av Sverige ble inkludert i det større prosjektet. Ut fra det større prosjektet var der 143 fortellinger og tegninger der 83 var om negative opplevelser og var derfor brukt i denne delen av studien.	Studien ble utført ved å bruke videoopptak av nålerelaterte prosedyrer med påfølgende intervjuer.

Utvalg populasjon	Barn med nyoppdaget DM1 mødre deres.	Barn i alderen 4-12 år med erfaring av å være på sykehus og behandling på sykehus i over 14 dager de siste 6 månedene og med kontakt med sykehuset etter utskrivelse.	Barn i alderen 6-17 år med diabetes type 1 som kunne snakke svensk.	Barn i alderen 7-18 år som behandles for DM1 og foreldrene deres. Barna og foreldrene måtte kunne forstå og snakke svensk.	Sykepleiere som gjennomførte en nålerelatert prosedyre på barn i alderen 3-7 år med ikke akutt eller livstruende sykdom under studieperioden.
Hovedfunn resultat	Det var større utbredelse av barn under 9 år som rapporterte moderat til høye nivåer av smerte og frykt. For barn 9 år og eldre var der ingen som rapporterte vedvarende høye nivåer av smerte og frykt etter 6-9 måneder. Barn under 9 år fortsatte å rapportere moderate til høye nivåer av frykt og smerte, men det var noe redusert utbredelse. Av mødre som gav insulininjeksjoner var følelsen av frykt og fortvilelse ganske høy. Mødre som rapporterte høye nivåer av fortvilelse og oppfattet smerte hos barna var assosiert med høyere nivåer av dårlig samarbeid fra barna som assosiert med dårligere diabeteskontroll.	Barn har egne strategier for å håndtere skremmende og smertefulle prosedyrer. Barn ønsket å ha noe å si i sin behandling blant annet i hva informasjon de får og når, hva de kan gjøre for å redusere egen smerte m.m. Der er ikke en strategi som fungerer på alle og ikke alle strategier fungerer for det samme barnet hver dag. Vi som helsepersonell må lytte til barna og deres ønsker for å gi dem mer kontroll over situasjonen.	Barna som skåret høyest på CAS, FAS og D-FISQ i relasjon til nålerelaterte prosedyrer, hadde dårligere evne til å håndtere de nålerelaterte prosedyrene. Foreldrene rapporterte høyere verdier på nesten alle skalaene og for alle prosedyrene en barna.	Resultatet viste barns opplevelse av nålerelaterte prosedyrer hadde flere sider til seg. De fem underkategoriene som kom fram var smertefullt, skummelt, stressende, generelt hardt og venøse blodprøver var det verst. Disse følelsene påvirket hverdagslivet til barna. Alle former for nålerelaterte prosedyrer medførte disse problemene, men venøse blodprøver ble beskrevet som verst.	Resultatet viser at sykepleiernes støtte til barn under NRMP er preget av et ønske om å møte barnet i sin egen verden. Det er også preget av en innsats for å nå barnets forståelseshorisont angående disse handlingene, ut fra de gitte forutsetningene. Dette gjør de ved å utvikle relasjoner gjennom samtale, være følsom for kroppsliggjorte responser, balansere mellom takt og bruk av tilbakeholdenhet, være barnets talsmann, justere tid og opprettholde troen.
Kvalitetsvurdering	sjekklister for vurdering av prevalensstudie	sjekklister for kvalitativ studie.	sjekklister for vurdering av prevalensstudie	sjekklister for kvalitativ studie.	sjekklister for kvalitativ studie
Redegjort for etiske overveielser	Det var mest hvite forskningsobjekter da det ikke var så mange av annen kulturell bakgrunn som kvalifiserte seg for studien da forskningen ble gjennomført. Det er ellers ikke redegjort for etiske overveielser.	Ja. Studien ble godkjent av «The ethical review board». Alle deltagerne var informerte og kunne trekke seg når som helst uten grunnngivning.	Ja. Deltagerne fikk verbal og skriftlig informasjon. Studien var anonym, og deltagerne var informert om at de kunne trekke seg når som helst. Studien ble godkjent av operasjonslederen ved hver klinikk og av den regionale etiske vurderingsnemnda i Uppsala.	Ja. Deltagerne fikk verbal og skriftlig informasjon. Studien var frivillig og deltagerne var informert om at de kunne trekke seg når som helst. Studien ble godkjent av operasjonslederen ved hver klinikk og av den regionale etiske vurderingsnemnda i Uppsala.	Ja. Etisk godkjenning ble innhentet fra den regionale etiske prøvningsnemnden i Gøteborg. Tillatelse til å drive forskning ble også gitt av direktør og oversykepleier fra hver avdeling. Sykepleierne ble informert om at deres deltakelse var frivillig og konfidensiell. Alle deltakerne ble informert om at NRMP ville bli tatt opp på video. Ytterligere informasjon ble gitt muntlig og skriftlig. Og alle ga informert samtykke.



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKF390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	05-06-2023 09:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	09-06-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	261
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7800
----------------------	------

Sett hake dersom Ja  
besvarelsen kan brukes  
som eksempel i  
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja  
innlevering til  
biblioteket \*:

Egenerklæring \*: Ja  
Inneholder besvarelsen Nei  
konfidensielt  
materiale?:

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:** 39  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen 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