



Bacheloroppgave i sykepleie

Barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1

”Hvordan kan sykepleier legge til rette for at barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 forstår sin nye livssituasjon?”

*”Livet med diabetes er et liv med håp og muligheter,
men også et liv preget av alvor og utfordringer”
(Helsedirektoratet, 2009, s. 21)*

Lovisenberg Diakonale Høgskole

Kull: BIS13

Kandidatnummer: 319

Innleveringsfrist: 14.04.2016

Antall ord: 10 739



Tittel: Barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1

ABSTRAKT

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier legge til rette for at barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 forstår sin nye livssituasjon?

Metode

Metoden brukt i denne oppgaven er en litterær metode basert på aktuell fag- og forskningslitteratur.

Teoretisk perspektiv

Det sykepleieteoretiske perspektivet for denne oppgaven er sykepleierens pedagogiske funksjon, med veiledning som fokus. Dette mener jeg er et viktig aspekt ved sykepleierens rolle for å hjelpe barnet med å forstå hva diagnosen diabetes mellitus type 1 innebærer, og hva den vil ha å si for barnets livssituasjon.

Drøfting

Drøftingen tar utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodell (Lieberg, 1978), tilpasset sykepleieres undervisnings- og veiledningspraksis (Christiansen, 2013; Dalland, 2010). Jeg bruker fag og forskningslitteratur, samt noen egne meninger for å belyse problemstillingen i drøftingen.

Konklusjon

Den didaktiske relasjonsmodellen kan i sin helhet brukes som en rettesnor for sykepleieren for å tilrettelegge veiledning og opplæring av barn med nyoppdaget diabetes type 1.

Ved å planlegge veiledningen og tilpasse den til hvert enkelt barn og familie, kan sykepleieren sikre seg at barnet og foreldrene forstår sykdommen, og hva den betyr for deres livssituasjon, samt at de blir best mulig rustet til å takle sykdommen hjemme på egenhånd. Dette kan videre bidra bedre behandlingsresultater, færre innleggelser grunnet akutte komplikasjoner, samt redusert risiko for senkomplikasjoner.

Nøkkelord: Diabetes mellitus type 1, barn, pårørende, veiledning, sykepleie

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Målgruppe	2
1.4 Kontekst	2
1.5 Avgrensninger	2
1.6 Oppgavens disposisjon	3
2. Metode	5
2.1 Litterær oppgave	5
2.2 Database og søkehistorikk	5
2.2.1 Artikkelsøk 1	5
2.2.2 Artikkelsøk 2	5
2.2.3 Artikkelsøk 3	6
2.3 Kildekritikk	6
3. Teoretisk grunnlag	8
3.1 Diabetes mellitus	8
3.1.1 Senkomplikasjoner	8
3.1.2 Opplevelsen av å få diabetes mellitus type 1	9
3.2 Etikk og jus	9
3.2.1 Rett til pasientopplæring	9
3.2.2 Barnets autonomi - selvbestemmelsesrett	9
4. Sykepleiefaglig perspektiv	11
4.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon	11
4.1.1 Den didaktiske relasjonsmodell	12
4.2 Utviklingsteori	12
4.3 Barn er ikke små voksne!	13
4.4 Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter	14
5. Drøftning	15
5.1 Målet med veiledningen	15
5.2 Sykepleierens arbeidsmetode	17
5.3 Barnet og foreldrenes forutsetninger	18
5.4 Rammefaktorer	21
5.5 Veiledningens innhold	22
5.5.1 Praktiske ferdigheter	22
5.5.2 Kostholdets betydning for sykdommen	24
5.5.3 Fysisk aktivitet	26
5.6 Vurdering av veiledningen	27
6. Avslutning	29
Litteraturliste	31

1. Innledning

Temaet for denne bacheloroppgaven er veiledning til barn med nyoppdaget diabetes type 1, og deres foreldre.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Utbredelsen av type 1-diabetes i aldersgruppen under 15 år forventes å ha en stigning på 70% mot 2020 i hele verden. Norge ligger i tillegg på verdenstoppen i antall barn med type 1-diabetes, uten at noen vet hvorfor (Diabetesforbundet, 2009). For å kunne imøtekomme den økende veksten av diabetestilfeller, stilles det høye krav til sykepleiernes kompetanse (Diabetesforbundet, 2009; Tveiten, 2012b).

Det å få diagnosen diabetes type 1 vil påvirke livet til barnet og familien sterkt. For mange barn kan det være vanskelig å forstå hva sykdommen innebærer og hvordan det vil påvirke livssituasjonen deres. Det vil kreves mange daglige og kompliserte valg knyttet til behandlingen, kosthold og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009). Som sykepleier er det vår oppgave å gi opplæring og veiledning tilpasset hvert enkelt barn, slik at de forstår sykdommen sin og hva den vil bety for livssituasjonen deres. Vi må gi dem best mulig forutsetninger for å leve et så godt liv som mulig når de kommer hjem fra sykehuset. Dette vil videre kunne ha stor betydning for om barnet vil ha en godt regulert sykdom, og om de senere i livet står i fare for å utvikle senkomplikasjoner (Haugstvedt, 2011).

Den første perioden etter diagnosetidspunktet oppleves ofte som kaotisk, og kan innebære mye frykt, sinne og sorg. Barnet som har fått diabetes må lære seg å mestre livet med sykdommen og få en forståelse av hva sykdommen innebærer. Veiledningen, hjelpen og støtten sykepleieren gir til barnet og foreldrene i starten vil kunne være en avgjørende faktor for livskvaliteten deres (Allgot, 2011, s. 208).

Jeg har det siste året jobbet på en sengepost for barn og ungdom opp til 18 år og er overrasket over hvor mange barn som kommer inn med nyoppdaget diabetes type 1. Dette har videre skapt nysgjerrighet for temaet. Jeg opplever at sykepleierne spiller en sentral rolle i behandlingen og opplæringen av barna og foreldrene de dagene de er på sykehuset.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av forskning og egne erfaringer fra jobb er følgende problemstilling utarbeidet;

”Hvordan kan sykepleier legge til rette for at barn med nyoppdaget diabetes type 1 forstår sin nye livssituasjon?”

1.3 Målgruppe

Med bakgrunn i Erik Homburger Erikson (1902-1994) sin utviklingsteori har jeg valgt å avgrense målgruppen til barn mellom 9-12 år, som er en del av aldersgruppen Erikson beskriver som barn i ”tidlig skolealder” (6-12 år)(Haugstvedt, 2011, s. 271). Denne avgrensningen har jeg valgt med bakgrunn i at 90% av barna med diabetes type 1 er under 15 år ved diagnosetidspunktet (Barnediabetesregisteret, 2013). I tillegg er det et argument at barn under skolealder sjeldent deltar i de praktiske prosedyrene som måling av blodsukker og insulinadministrering. Når barnet når skolealder mestrer det derimot dette i større og større grad på egenhånd (Haugstvedt, 2011). Jeg har valgt å avgrense videre til den øvre delen av Erikson sin aldersgruppe, med bakgrunn i at de da, mest sannsynlig, deltar mer aktivt i behandlingen selv. Jeg føler at målgruppen er treffende når fokuset vil ligge på at barnet, sammen med foreldrene, skal forstå sin nye livssituasjon og lære seg å leve et godt liv ved hjelp av sykepleierens veiledende rolle.

1.4 Kontekst

Barn med nyoppdaget diabetes innlegges vanligvis på sykehuset i alt fra 4-14 dager etter diagnosetidspunktet (Haugstvedt, 2011, s. 280). Oppgavens fokus vil derfor være veiledningen sykepleieren gir på barneavdelingen i dette tidsrommet.

1.5 Avgrensninger

Barn under 12 år er ikke i stand til å ha hovedansvaret for behandlingen av sin diabetes. Insulinbehandling er en komplisert behandling, som krever en intellektuell modenhet og evne til abstrakt tenkning som ikke er fullt utviklet hos barn i denne aldersgruppen (Haugstvedt, 2011, s. 282). Jeg har på bakgrunn av dette valgt å inkludere foreldrene i oppgaven, da de vil spille en sentral rolle i behandlingen av barnets diabetes. Foreldrene kjenner i tillegg barnet sitt best, vet hvordan det vanligvis oppfører seg, hva det liker og ikke liker og hvordan det viser tegn på trivsel, ubehag eller frykt (Tveiten, 1998).

Oppgavens hovedfokus vil være veiledning av barnet og foreldrene. Veiledning og undervisning er begreper som henger tett sammen, men som definisjonsmessig har noe ulikt innhold. I starten vil sykepleierens rolle være mest rettet mot undervisning, da det er mye informasjon og kunnskap som skal formidles til pasienten for å gi en god forståelse av hva

sykdommen innebærer. Dette vil gradvis gå over i en mer veiledende rolle, der pasienten og foreldrene tar mer og mer ansvar for sykdommen og behandlingen (Karlsen, 2011). Fordi diabetesomsorg handler om pasientens egne erfaringer, opplevelser av sykdommen og med mye fokus på egenomsorg, velger jeg veiledning som fokus i oppgaven. Videre tar jeg utgangspunkt i at veiledningen skal foregå i en en-til-en-situasjon. I dette legger jeg veiledning til barnet selv og dets foreldrene. Dette fordi barnet er såpass kort tid på sykehuset, trenger mye og tilpasset informasjon og veiledning og kan være på et annet stadie i sykdommen enn andre barn på avdelingen med samme diagnose. Jeg utelater dermed gruppebasert veiledning, som etter mitt synspunkt vil kunne være positivt for barnet, men på et senere tidspunkt.

I drøftningsdelen, kapittel 5.5; veiledningens innhold, vil jeg fokusere på områder jeg mener det er mest naturlig at det gis veiledning i. Dette innebærer praktiske ferdigheter som å måle blodsukker og å sette insulin, samt kosthold og fysisk aktivitet. Dette er kunnskap jeg mener krever god dialog for at innholdet og opplæringen skal tilpasses det enkelte barnet, foreldrene og deres livssituasjon. Jeg velger derfor å ikke fokusere på den grunnleggende undervisningen som gis om hva diabetes type 1 er, da sykepleierens rolle vil bestå mer av å overføre informasjonen på en tilpasset og forståelig måte til barnet og foreldrene. Det er likevel viktig å understreke at dette er avgjørende kunnskaper for barnet og foreldrene å inneha og som videre vil danne grunnlaget for behandlingen og veiledningen som skal gis videre.

Pasienten vil i løpet av innleggelsen komme i kontakt med flere profesjoner som samarbeider tett med sykepleieren. Eksempler er lege, ernæringsfysiolog, farmasøyt og psykolog. Grunnet oppgavens omfang vil disse profesjonenes oppgaver ikke bli beskrevet i denne oppgaven. Jeg tar heller ikke stilling til flerkulturelle utfordringer.

Begrepsavklaringer vil defineres underveis i oppgaven, der det faller seg naturlig.

1.6 Oppgavens disposisjon

Kapittel 2 er oppgavens metodedel, med en kort presentasjon av metoden som ligger til grunn for oppgaven, en beskrivelse av søkene jeg har gjort, samt kildekritikk.

Kapittel 3 er en teoridel, der presenteres teori rundt diabetes mellitus type 1, etikk og jus.

I kapittel 4 er fokuset på det sykepleiefaglige perspektivet; sykepleierens pedagogiske funksjon og kommunikasjonsferdigheter, samt utviklingsteorien som ligger til grunn i oppgaven.

I kapittel 5, drøftningsdelen, har jeg benyttet den didaktiske relasjonsmodell som grunnlag for oppbyggingen, for å vise hvordan sykepleieren må tenke helhetlig og ta hensyn til ulike problemstillinger før og under en veiledningssituasjon.

Kapittel 6 er avslutningen, der jeg ut fra drøftingen vil komme med et konkluderende svar på problemstillingen.

2. Metode

2.1 Litterær oppgave

Denne oppgaven er en litterær oppgave, som ifølge Dalland (2012a, s. 223) er en oppgave som bygger på skriftlige kilder som fagbøker og fag-/forskningsartikler som kan belyse problemstillingen.

2.2 Database og søkehistorikk

Litteraturen som er brukt i oppgaven er fra pensumlisten for sykepleiestudiet, og noe er hentet fra høgskolens bibliotek. For å innhente relevant forskning til oppgaven har jeg gjort søk i Cinahl, som er en bibliografisk database for artikler innen sykepleie- og helsefag.

Artiklene jeg har brukt i oppgaven er fra årstallet 2006-2016, som er innenfor gyldighetsgarantien til Lovisenberg Diakonale Høgskole på ti år. For å finne artiklene har jeg gjort tre hovedsøk i Cinahl. I dette kapitlet beskrives søkene jeg har gjort. Funnene vil videre bli drøftet i kapittel 5, opp mot teorien jeg presenterer i kapittel 3 og 4.

2.2.1 Artikkelsøk 1

Søkeord: "Diabetes mellitus type 1" AND "Self care agency".

Avgrensning: "all child", "full text", utgivelsesår: 2010-2016.

Søkeresultatet gav 50 artikler. Ut fra overskriftenes relevans for min oppgave valgte jeg å lese sammendrag på 10 av artiklene og leste tre av artiklene fra søket. Her fant jeg en artikkel av Sparapani, Jacob & Nascimento (2015). Dette er en kvalitativ studie gjort i 2015. Grunnen til at jeg valgte denne artikkelen er forfatterens fokus på å intervju barna ved hjelp av rollespill og bamser, for å hjelpe dem med å uttrykke tanker og følelser på en enklere måte. Totalt ble 19 barn i alderen 7-12 år intervjuet.

2.2.2 Artikkelsøk 2

Søkeord: "Diabetes mellitus type 1" AND "Self care" AND "Patient education".

Avgrensning: "all child", utgivelsesår: 2010-2016.

Søkeresultatet gav 32 artikler. Jeg leste sammendrag på syv artikler, og leste fire hele artikler. Her fant jeg to artikler med relevans for min oppgave. Artikkelen til Newbould, Smith & Francis (2008) er skrevet ut fra en kvalitativ studie, basert på semistrukturerte intervjuer av 69 barn mellom 8-15 år, og deres foreldre (138 intervjuer totalt). Grunnen til at jeg valgte denne

artikkelen er på bakgrunn av dets fokus på samarbeidet mellom foreldrene og barna i møte med behandlingen, samt utfordringer i forbindelse med to kroniske sykdommer; diabetes type 1 og astma. Jeg var noe usikker på om artikkelen ville passe til min oppgave, eller om det ville bli for mye fokus på astma og for lite på diabetes. Men etter å ha lest artikkelen konkluderte jeg med at det var flere funn i artikkelen som kunne bidra til å belyse min problemstilling på en god måte. Den andre artikkelen jeg fant er skrevet av Schmidt, Bernaix, Chiappetta, Carrol & Beland (2012). Studien er kvalitativ og baserer seg på strukturerte intervjuer av 20 barn i alderen 8-15 år, sammen med 25 foreldre. Artikkelen valgte jeg fordi jeg mener den belyser hva barna selv og foreldrene ser på som viktig i en opplærings situasjon fra sykepleieren den første tiden på sykehuset, samt hva de synes er mest skremmende.

2.2.3 Artikkelsøk 3

Søkeord: "Diabetes mellitus type 1"

Søkeord: "Teaching" OR "Counseling" OR "Teaching methods"

Søkeord: "Child" OR "Hospitals, pediatric"

Søkeordene ovenfor ble videre kombindert med AND.

Avgrensning: "All child", "full text", utgivelsesår: 2006-2016.

Søkeresultatet gav 49 treff. Ut fra overskriftenes relevans, leste jeg sammendrag på 15 artikler, og leste syv artikler. Her fant jeg tre artikler jeg ønsket å bruke i min oppgave. Den første er skrevet av Alderson, Sutcliffe & Curtis (2006) og er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer av 24 barn i alderen 3-12 år, der barna peker på hva de mener er viktig for dem i behandlingen etter å ha fått diagnosen. Artikkel to, av Roper, et.al (2009) er en kvalitativ studie med intervju av 58 barn på 8-18 år. Artikkelen valgte jeg på bakgrunn av at fokuset er på hva barna selv vet og ønsker å vite mer om når det gjelder sykdommen sin. Den siste artikkelen er skrevet av Marshall, Carter, Rose & Brotherton (2009). De har gjort en fenomenologisk studie, og intervjuet 10 barn i alderen 4-6 år, samt 11 foreldre. Artikkelen har jeg valgt fordi den har flere funn jeg mener belyser min problemstilling godt, blant annet dets fokus på hvordan barnet best tar til seg læring.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012b) er kildekritikk metoder som brukes for å vurdere og karakterisere litteraturen som benyttes i oppgaven. Litteraturen skal være relevant, pålitelig og tilstrekkelig til å besvare problemstillingen i oppgaven.

Da problemstillingen er tatt ut fra en norsk kontekst, har jeg vært oppmerksom på at artiklene og studiene er gjennomført i områder som gjør at funnene deres er overførbare til min oppgave og en norsk kontekst. Artiklene jeg har brukt er fra USA og England. Artikkelen til Marshall, Carter, Rose og Brotherton (2009) er basert på intervjuer gjort hjemme hos pasienten, altså en annen kontekst enn jeg har i min oppgave. Jeg har likevel valgt å bruke artikkelen, da jeg mener den belyser et viktig moment for sykepleiere å ta hensyn til også på sykehuset; å vurdere sted for veiledning ut fra hvor barnet føler seg tryggest og slapper mest av, da dette kan ha positiv virkning på barnets læring.

Jeg har i oppgaven etterstrebet bruk av primærkilder. Når det gjelder utviklingsteorien til Erikson, har jeg derimot tatt utgangspunkt i boken til Skafjeld og Graue, og kapitlet til Haugstvedt (2011). Dette med bakgrunn i at jeg ikke fant noen originalbøker skrevet av Erikson på biblioteket, og fordi jeg mener at Erikson sin teori blir godt beskrevet i kapitlet til Haugstvedt.

Som nevnt har jeg det siste året jobbet på en barneavdeling der jeg møter mange barn med nyopplaget diabetes type 1. Jeg har i den forbindelse erfaringer med opplæringsprogrammet vi bruker på vår avdeling den første tiden etter diagnositidspunktet og hvordan dette fungerer hos oss. Min forforståelse kan, i forbindelse med dette, ubevisst overskygge teori jeg leser og gjøre at jeg ser meg blind på egne erfaringer.

3. Teoretisk grunnlag

3.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus deles inn i to hovedkategorier; type 1 og type 2, der type 1 er den vanligste blant barn og unge. I denne oppgaven blir det derfor kun fokusert på diabetes type 1.

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk metabolsk sykdom. Sykdommen kjennetegnes ved absolutt insulinmangel, grunnet ødeleggelse av de insulinproduserende betacellene i pankreas (Mosand & Stubberud, 2013). Uten insulintilførsel forblir sukkeret i blodet, som fører til høyt blodsukker. Personer med denne sykdommen vil derfor være avhengig av insulintilførsel, resten av livet (Hanås, 2011a; Mosand & Stubberud, 2013).

Type 1 diabetes kan opptre i alle aldre, men rammer oftest barn og unge under 18 år. 90% av barna er under 15 år ved diagnostetidspunktet (Barnediabetesregisteret, 2013; Jenssen, 2012). Ved debuterende diabetes type 1, er vanligvis 90% av insulinproduksjonen opphørt (Sagen, 2011b). Etter kort tid vil som regel også resten av insulinproduksjonen opphøre. Produksjonen dekker ikke lenger kroppens behov, blodets glukoseinnhold øker og det utvikles symptomer på hyperglykemi. Karakteristiske symptomer er vekttap, tørste, økt urinlating og redusert allmenntilstand (Mosand & Stubberud, 2013).

I følge verdens helseorganisasjons kriterier er diabetes mellitus påvist når blodglukoseverdien under faste er over 6,1 mmol/l i kapillærblod, eller over 7,0 mmol/l i venøst serum eller plasma (Jenssen, 2012, s. 381).

Visse vevstyper disponerer for utvikling av diabetes type 1. Likevel oppstår ikke sykdommen uten én eller flere utløsende faktorer. Forskere har ingen fullstendig oversikt over hvilke faktorer som kan være med å utløse sykdommen, men de mener at virusinfeksjoner ofte er en utløsende faktor, som kan forklare hvorfor det diagnostiseres flest tilfeller av diabetes type 1 i vinterhalvåret (Mosand & Stubberud, 2013; Sagen, 2011b). Kosthold, stress og miljøgifter kan også vise seg å ha en utløsende faktor (Mosand & Stubberud, 2013, s. 509).

3.1.1 Senkomplikasjoner

Senkomplikasjoner er en risiko ved diabetes. De vanligste komplikasjonene er retinopati, nefropati, nevropati og hypertensjon. Komplikasjonene opptrer sjeldent før barnet har hatt

sykdommen i 10-15 år. Likevel vil god glukosekontroll allerede fra diagnosetidspunktet, og resten av livet, være det viktigste forebyggende tiltaket (Grønseth & Markestad, 2011a).

3.1.2 Opplevelsen av å få diabetes mellitus type 1

Det å få diagnosen diabetes mellitus type 1 vil kunne få fysiske og psykiske konsekvenser for personen som rammes og kan oppleves som krevende. Det er en sykdom som krever behandlingsmessige valg flere ganger daglig, hver dag, resten av livet. Sykdommen fører til endringer i pasientens livssituasjon og livskvaliteten på lang sikt vil ofte være avhengig av hvor godt regulert blodglukosen er (Mosand & Stubberud, 2013).

Mange barn vil oppleve usikkerhet og angst for komplikasjoner som føling og for eventuelle senkomplikasjoner. Dette er det, som sykepleier, viktig å være klar over da det kan ha negativ innvirkning på sykdomsreguleringen og pasientens psykososiale helse (Helsedirektoratet, 2009; Mosand & Stubberud, 2013). I tillegg er skyldfølelse svært vanlig hos barn. En slik skyldfølelse er ofte feilaktig og kan gjøre både situasjonen og behandlingen vanskeligere på lang sikt. Andre tar diagnosen svært bra i begynnelsen, og reagerer lite. Som sykepleier skal en være klar over at disse barna kan få reaksjoner senere, og må på dette tidspunktet få støtte og hjelp (Mosand & Stubberud, 2013).

3.2 Etikk og jus

3.2.1 Rett til pasientopplæring

Opplæring og informasjon er en rettighet barnet og foreldrene har, i henhold til pasientrettighetsloven kapittel 3, og således en lovpålagt oppgave for sykepleiere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For pasienter under 16 år skal både pasienten og foreldrene informeres. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og tilpasses forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Når det gjelder barn må sykepleieren videre forsikre seg om at barnet har forstått informasjonen som gis.

3.2.2 Barnets autonomi - selvbestemmelsesrett

”Begrepet autonomi kommer fra de greske ordene auto= selv og nomon = styring, lov, regulering, og kan da forstås som selvbestemmelse” (Tveiten, 2012a, s. 205). Barnets selvbestemmelsesrett er begrenset i juridisk forstand. Barn har ikke selvbestemmelsesrett før fylte 16 år, og det er foreldrene eller andre med foreldreansvaret som samtykker på vegne av barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Barnet har fra det er 7 år likevel rett til å uttale seg og bli hørt. Når barnet har fylt 12 år skal det, i følge FNs barnekonvensjon, legges

stor vekt på hva barnet selv mener og ønsker (Tveiten, 2012a). Som sykepleier er dette viktige momenter å huske på i møte med barn på sykehus.

4. Sykepleiefaglig perspektiv

4.1 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Det meste av pengene som brukes på diabetes, går til behandling av komplikasjoner som følge av sykdommen. Det betyr at det må satses på god diabetesomsorg på riktig tidspunkt, for å få ned disse utgiftene. Å rette fokus på sykepleierens pedagogiske funksjon og å veilede pasienten til god egenomsorg, motivasjon, læring og tiltak som kan hindre utvikling av senkomplikasjoner, vil derfor lønne seg både for personen med diabetes, men også økonomisk for samfunnet (Allgot, 2011).

Alle pasienter har en lovfestet rett til informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende (Nortvedt & Grønseth, 2013). Dette kan bidra til å fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre sin sykdom.

Sykepleierens pedagogiske funksjon er en viktig del av sykepleierens rolle i møte med barn med nyopplaget diabetes type 1, ved at de kan bidra med teoretisk og praktisk kunnskap knyttet til sykdommen. Barnet skal lære seg å leve så normalt som mulig, med en kronisk sykdom og trenger gode fagkunnskaper som må formidles på en forståelig måte. Økt kunnskap om sykdommen medvirker til at barnet og foreldrene blir bedre i stand til å takle ulike forhold ved sykdommen (Sagen, 2011b). Å leve med diabetes kan være en utfordring og det er individuelt hvor godt denne situasjonen takles. Det er viktig å motivere barnet og foreldrene til å nå anbefalte behandlingsmål, for å unngå alvorlige komplikasjoner som følge av sykdommen (Haugstvedt, 2011). Dette krever god opplæring og veiledning av barnet og foreldrene, for å skape trygghet og hjelpe de til å forstå sykdommen så godt som mulig.

God egenbehandling og mestringsevne er en forutsetning for vellykket behandling (Haugstvedt, 2011; Mosand & Stubberud, 2013). Sykepleieren må hjelpe barnet til å forstå forholdet mellom den teoretiske kunnskapen og egne erfaringer, slik at det blir i stand til å takle ulike utfordringer i forbindelse med sykdommen. Fordi diabetesomsorg handler om pasientens egne erfaringer, opplevelser av sykdom og med mye fokus på egenomsorg, er veiledning sentralt i diabetesbehandlingen. Veiledning foregår der sykepleieren, med sin faglige kunnskap og holdning, hjelper barnet til å definere sitt problem og oppdage måter å

håndtere det på (Karlsen, 2011). Sykepleieren skal med andre ord ikke først og fremst gi svar, men hjelpe barnet til selv å finne svarene.

4.1.1 Den didaktiske relasjonsmodell

Den didaktiske relasjonsmodellen er utviklet av to norske pedagoger, Bjarne Bjørndal og Sigmund Lieberg, med hensikt i å gi lærere en modell for lettere å kunne sortere ut de mest grunnleggende faktorene i en undervisningssituasjon. Modellen skal bidra til å systematisere planleggingen, og lettere se sammenhengen i de ulike faktorene som hele tiden påvirker hverandre i en undervisningssituasjon (Imsen, 2010b). Modellen blir mye brukt i forbindelse med undervisning i skolen, men også for opplæring i næringslivet.

Jeg mener modellen er fullt overførbar til sykepleieyrket. Pasienter med nyoppdaget diabetes er innlagt på sykehuset i en begrenset periode, og skal ha mye informasjon og veiledning på kort tid. I veiledningssituasjoner er det mye som skal klaffe for at sykepleierne skal oppnå det de ønsker i løpet av det begrensede tidsrommet. Den didaktiske relasjonsmodell kan i slike situasjoner være en god modell for å planlegge og strukturere veiledningen. Modellen har fokus på helhetstenkning, og hvordan de ulike faktorene i veiledningssituasjonen henger sammen og er gjensidig avhengig av hverandre (Christiansen, 2013).

De ulike kategoriene i modellen (sett i et sykepleieperspektiv) er; mål, sykepleierens arbeidsmåter, pasient og foreldrenes forutsetninger, rammefaktorer, innhold i veiledningen og vurdering. Modellen kan bidra til at sykepleieren reflekterer over alle forhold som kan påvirke veiledningssituasjonen i positiv og negativ forstand og på denne måten blir bedre i stand til å tilrettelegge veiledningen som skal gis til barnet (Dalland, 2010). Hovedpunktene i den didaktiske relasjonsmodell vil danne grunnlaget for oppbyggingen av drøftingsdelen, der jeg vil besvare problemstillingen med utgangspunkt i denne modellen.

4.2 Utviklingsteori

Studier av utvikling innebærer fysiologiske, kognitive, emosjonelle og sosiale endringer i et menneskes liv, fra unnfangelse til død. For barn, som hos voksne, er det store individuelle forskjeller. De kan opptre svært ulikt i ulike situasjoner (Steen, 2012). Som sykepleier er det i veiledning av barn viktig å ha kunnskaper knyttet til barns utvikling. Dette for å kunne møte barnet der det er og for best mulig å kunne tilpasse veiledningen og opplæringen til hvert enkelt barn.

Erik Homburger Erikson deler, i sin utviklingsteori, livet inn i åtte stadier eller faser for psykososial utvikling (Haugstvedt, 2011). Stadiene er knyttet til kronologisk alder, men bør ikke tillegges for stor vekt. Årsaken til dette er individuelle forskjeller for når en beveger seg fra et stadium til et annet, basert på individets modning (Haugstvedt, 2011). Dette kan en se i møte med barnet med diabetes. Innenfor samme aldersgruppe kan det for eksempel være store individuelle forskjeller i hvor mye barnet selv deltar i behandlingen.

Barn i 9-12 års alder opplever konflikter mellom det å være skapende og det å være underlegen (Haugstvedt, 2011). De søker bekræftelse på seg selv og egne evner, sammenliknet med jevnaldrende. Dette kan, for barnet med diabetes, oppleves som en utfordring, da en lett kan føle seg annerledes enn sine jevnaldrende (Haugstvedt, 2011).

Barn i denne aldersgruppen opplever stor mestring ved å få gjøre mest mulig selv, og motivasjonen for læring er stor. Dette er en ressurs sykepleieren kan bruke til det positive i veiledningssituasjonene, som kan skape selvtillit og gi barnet god selvfølelse (Haugstvedt, 2011, s. 270-283).

4.3 Barn er ikke små voksne!

Barn har særegne behov og preges av umodenhet, rask vekst og utviklingsmuligheter (Grønseth & Markestad, 2011b). Innenfor barnemedisin er det viktig å undersøke barnets vekst og fysisk, motorisk og mental utvikling, for å kunne forstå barnets helse og utøve best mulig sykepleie og omsorg (Grønseth & Markestad, 2011c). I veiledning til barn med nyopplaget diabetes type 1 og deres foreldre, må informasjonen tilpasses den enkeltes alder, modning, livssituasjon og behov (Grønseth & Markestad, 2011a; Haugstvedt, 2011).

Det er viktig å være klar over at barn under 12 år ikke er i stand til å ha hovedansvaret for behandlingen av sin diabetes, da dette krever en evne til abstrakt tenkning, som hos barn i denne fasen ikke er fult utviklet (Haugstvedt, 2011). Hos barn mellom 9-12 år er det store individuelle forskjeller, og det vil derfor variere hvor mye barnet deltar i de ulike behandlingsrelaterte oppgavene. Noen kan måle blodsukkernivå selv og kan også mestre det tekniske rundt insulinsettingen, mens andre på samme alder kanskje ønsker at foreldrene gjør det (Haugstvedt, 2011).

4.4 Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter

Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig for sykepleieren i møte med barn på sykehus. Ord og språk har ikke samme mening for barn som det har for voksne. Det kan derfor være hensiktsmessig for sykepleieren å bruke ulike hjelpemidler i samtaler med barn, slik at det får hjelp til å uttrykke seg selv og sine følelser på en måte som er mer naturlig for den aldersfasen det er i (Eide & Eide, 2007). Ethvert barn er unikt og hver situasjon ulik. Det finnes derfor ingen fasit for hvordan man best kommuniserer med dem (Eide & Eide, 2007, s. 358). Dette utfordrer sykepleierens evne til å kommunisere på barnets egne premisser. Uansett alder og utviklingsnivå vil et viktig aspekt i kommunikasjon med barn være å skape trygghet og tillit. Å lytte etter hvor barnet har sin oppmerksomhet og hva det er opptatt av er en god begynnelse. Det kan være til stor hjelp å rette fokuset mot noe barnet viser interesse for, som leker, bilder, sang, rollespill, tegninger, osv. På denne måten kan barnet uttrykke følelser og bekymringer det bærer på, som kan være til stor hjelp når sykepleieren skal tilrettelegge for veiledning (Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2012b).

Å tilpasse seg barnet og respektere både dets langsomhet og dets hurtige skiftninger, er veien til kontakt og tillit. Kunsten for sykepleieren er å la barnet beholde føringen, uten selv å overta initiativet (Eide & Eide, 2007). I samtaler med barn er det viktig å ha nok tid og lytte aktivt for å være tilstede i samtalen slik at en oppfatter barnets ulike uttrykk (Tveiten, 2012b).

5. Drøftning

Barnets egenomsorg og aktiv deltakelse i behandlingen av sykdommen nevnes av flere som en viktig forutsetning for vellykket behandling av sykdommen, på kort og lang sikt (Haugstvedt, 2011; Karlsen, 2011; Mosand & Stubberud, 2013). Målet må, som Allgot (2011) skriver, være å få opplæring slik at en kan overta så mye av behandlingen som mulig, og mestre sykdommen i stor grad selv. Men for at barnet skal kunne være så aktiv som mulig i behandlingen og ta ansvar for deler av den på egenhånd, kreves god veiledning og opplæring tilpasset hvert enkelt barn, slik at det forstår sin nye livssituasjon og hva sykdommen innebærer av muligheter og utfordringer (Allgot, 2011). Dette bringer meg videre til oppgavens problemstilling; ”hvordan kan sykepleier legge til rette for at barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 forstår sin nye livssituasjon?”. For å gi barnet den forståelsen det trenger, er det flere faktorer enn kun innholdet i veiledningen som må tilrettelegges. Jeg ønsker i denne delen av oppgaven å bruke den didaktiske relasjonsmodell som grunnlag for drøftingen, for å belyse hvordan den kan være et hjelpemiddel for sykepleieren i planleggingen av veiledningen som skal gis til barnet og foreldrene. Videre ønsker jeg at dette skal gi svaret på hvordan sykepleieren på denne måten tilrettelegger for at barnet skal forstå sin nye livssituasjon.

5.1 Målet med veiledningen

I forhold til behandlingen, er det et mål å opprettholde fastende blodglukosenivåer innenfor normalgrensen på 4-7mmol/l (Mosand & Stubberud, 2013, s. 516). Dette er et behandlingsmål som gjelder alle pasienter med diabetes type 1 og som anbefales for å oppnå et langt og godt liv med diabetes og å forebygge senkomplikasjoner. Dette er således ikke et mål barnet og foreldrene kan endre eller påvirke, men heller et mål å strekke seg mot i hverdagen.

Hovedmålet med veiledningene som gis den første perioden etter diagnosetidspunktet er at barnet og foreldrene skal få god og tilstrekkelig forståelse og kunnskap om diabetes type 1, til å føle at de har kontroll på sykdommen og behandlingen som kreves når de reiser hjem (Karlsen, 2011). På veien dit vil det være hensiktsmessig med flere delmål. Dette kan bidra til økt motivasjon og mestringsfølelse underveis i behandlingsopplegget (Christiansen, 2013). Men kun dersom målene tilpasses barnet og foreldrene, og deres livssituasjon.

Målene som settes underveis for behandlingen og veiledningen bør i stor grad utarbeides i samarbeid mellom sykepleieren, barnet og foreldrene (Christiansen, 2013). Dersom det ikke samarbeides rundt målsettingene, vil en raskt kunne havne i en situasjon der barnet og foreldrene har helt andre mål og behov enn sykepleieren oppfatter. Dette kan videre gå utover behandlingen på kort og lang sikt, som igjen kan føre til akutte komplikasjoner og utvikling av senkomplikasjoner senere i livet. Et samarbeid rundt målsetting vil på den annen side styrke barnet og foreldrenes bevissthet rundt nødvendigheten av målene som settes, gi de eierskap til dem og videre føre til økt motivasjon for å nå målene som settes (Christiansen, 2013). Barnet har i tillegg, sammen med foreldrene, medbestemmelsesrett i forhold til behandlingen som gis og skal involveres og lyttes til i vurderinger og beslutninger som tas, så langt det lar seg gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2012a).

Målene som settes bør, som både Marshall et.al (2009) og Tveiten (2012b) påpeker, ta utgangspunkt i barnet og foreldrenes ønsker og behov. Haugstvedt (2011) støtter også dette, og skriver at et barn for eksempel ikke må presses til å sette insulin selv, før det har et eget ønske om å gjøre det. Dersom barnet presses for tidlig, kan det medføre at barnet utvikler et negativt forhold til behandlingen og en følelse av å ikke strekke til. Målene som settes for barnet må være noe det selv har et ønske om å oppnå. For eksempel å kunne sette insulin på egenhånd, ut fra et ønske om å overnatte hos en venn. Dette kan bidra til økt motivasjon og mestingsfølelse hos barnet (Haugstvedt, 2011). Det at barnet får ta del i målsettingen ut fra egne ønsker og motivasjon vil være viktig dersom barnet skal være åpen for, og interessert i å lære mer om sykdommen, som igjen er avgjørende for å kunne utvikle en forståelse av sin nye livssituasjon. Sett i lys av dette, vil jeg påpeke viktigheten av at målene bør sees på som dynamiske og at de gjerne kan endres underveis for å opprettholde motivasjonen (Christiansen, 2013). De første dagene kan det være helt utenkelig for barnet å stikke seg selv for å måle blodsukker, eller sette insulin. Senere i forløpet kan barnet få et økende ønske om å prøve selv og ta ansvar for mer på egenhånd. Dette er en naturlig egenskap i denne aldersgruppen og barnet bør derfor, når det er klar for det, få lov til å sette dette som.

For sykepleieren må et av målene med veiledningen være å gi tilstrekkelig og godt nok tilpasset informasjon. For at barnet skal kunne forstå sin nye livssituasjon er det en forutsetning at veiledningen som gis tilpasses barnets alder, modenhet og erfaringer (Karlsen, 2011). Hvis ikke vil det være vanskelig for barnet å følge med, forstå det som blir sagt og videre innta en aktiv rolle i behandlingen. Informasjon tilpasset sitt nivå og alder er også et krav pasientene har i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 3(1999).

Sykepleieren har således plikt til å forsikre seg om at barnet har forstått informasjonen som gis. Dette kommer også frem i punkt 2.4 i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2011). For å forsikre seg om at veiledningen og informasjonen blir gitt på en forståelig måte kan sykepleieren for eksempel kjøre et rollespill, der barnet skal forklare eller gjenta informasjonen til en av foreldrene, sykepleier, bamse eller liknende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Her kommer vi over i sykepleierens valg av arbeidsmetoder, som er et eget punkt i den didaktiske relasjonsmodellen;

5.2 Sykepleierens arbeidsmetode

Sammen med et godt tilpasset innhold i veiledningen er sykepleierens valg av arbeidsmetode, etter min mening, kanskje det viktigste punktet når en skal tilrettelegge veiledningen til barn. Her bør sykepleieren tenke kreativt og trekke barnet inn i ulike aktiviteter for å lære best. Rollespill, tegning, film, samt bruk av bamser og dukker, er metoder sykepleieren kan bruke for å nå inn til barnet (Tveiten, 2012b). Ved å benytte seg av ulike hjelpemidler og metoder i veiledningen, sørger sykepleieren for at veiledningen tilpasses barnet på best mulig måte. Slik kan barnets mulighet til å forstå sin nye livssituasjon øke. I pasientrettighetsloven (1999) beskrives dette med tilpasset informasjon som en rettighet til pasientene, og således et krav til sykepleieren.

I følge psykologen John Dewey, lærer barn best ved aktivitet og er bakgrunnen for hans mest kjente uttrykk; ”learning by doing” (Imsen, 2010a, s. 82). For at barnet skal forstå innholdet i veiledningen og klare å skape en relasjon til det som skal læres og seg selv, vil valg av arbeidsmetode være avgjørende (Imsen, 2010a). Alle barn er forskjellige og har ulike interesser og en kan ikke bruke samme metode på alle barn. For noen barn vil det for eksempel være gunstig å få sette insulin på en dukke, før det skal stikke seg selv. Her får barnet prøve selv, i stedet for kun å få det demonstrert av sykepleier. Barnet får da mulighet til å øve på teknikken og bli trygg før det skal stikke seg selv (Haugstvedt, 2011). Bruk av dukke kan for andre barn være helt uinteressant, og sykepleieren må finne en annen metode. Kanskje hjelper det å bytte ut dukken med en bamse barnet har med seg.

Ved veiledning skal sykepleieren bruke sin faglige kunnskap og holdning til å hjelpe barnet til å definere sitt problem og oppdage måter å håndtere det på (Karlsen, 2011). Sykepleieren skal altså ikke først og fremst gi svar, men hjelpe barnet til selv å finne svarene. Hvordan kan sykepleieren hjelpe barnet til å definere sitt problem? Ord og språk har ikke samme mening

for barn som det har for voksne og for mange barn kan det derfor være vanskelig å forklare hva som er vanskelig og hva en egentlig lurer på, men også å forstå det som blir fortalt og demonstrert. Som både Eide & Eide (2007) og Tveiten (2012b) påpeker vil det på bakgrunn av dette være hensiktsmessig for sykepleieren å bruke ulike hjelpemidler i veiledningen og samtalene med barn. Dette kan hjelpe barnet til lettere å uttrykke seg selv, sine følelser, problemer og behov, og være til stor hjelp i veiledningssituasjonen. Dette støttes også av undersøkelsen gjort av Sparapani et.al (2015), der de brukte dukker og rollespill som metode i en av intervjudelene med barna, for at de lettere skulle kunne uttrykke tanker og følelser, forklare problemer og stille spørsmål rundt sykdommen. Marshall et.al (2009) støtter også bruk av ulike hjelpemidler i veiledning og opplæring av barn, og skriver blant annet at barn har lettere for å sette det de blir fortalt i en sammenheng, dersom de får det illustrert. Sykepleieren kan for eksempel demonstrere insulininjeksjonen på en dukke eller en bamse først, for så at barnet får stikke på dukken, før det får stikke seg selv. Eventuelt kan det illustreres på en av foreldrene, med en penn uten insulin. Dette vil også overfor foreldrene kunne være positivt, da de får kjenne hvordan det føles for barnet å bli stukket.

På avdelingen jeg jobber vises det også, i løpet av de første dagene, en film fra diabetesforbundet sine sider. Dette er en tegnefilm på ca. 12 minutter, om Jørgen på snart 6 år, som har fått diagnosen diabetes type 1 (Diabetesforbundet, 2015). Filmen kan være et godt hjelpemiddel for sykepleieren for at barnet skal få med seg det aller mest grunnleggende om diabetes og behandlingen på en forståelig måte. Tegnefilmen kan fange oppmerksomheten til barnet på en helt annen måte, enn om det er en voksen person som sitter og forteller. Jørgen er selv en liten gutt, som kan bidra til at barnet lettere klarer å relatere seg til han.

5.3 Barnet og foreldrenes forutsetninger

I flere bøker vektlegges viktigheten av god egenomsorg og motivasjon til egenbehandling av diabetes, og at dette er en forutsetning for et vellykket behandlingsresultat (Karlsen, 2011; Mosand & Stubberud, 2013). Likevel er det nødvendig å ta spesielle hensyn når det er snakk om barn. Barn og tenåringer skal på den ene siden ha en så aktiv rolle i behandlingen som mulig, fra starten av, som vektlegges av flere som et premiss for best mulig behandlingsresultat (Haugstvedt, 2011; Markestad, 2009). Dette krever at barnet innehar gode kunnskaper om sykdommen, som igjen avhenger av at barnet får veiledning og informasjon tilpasset sitt utviklingsnivå og alder. På den annen side er det, som Haugstvedt (2011) skriver, viktig å huske på at barn i 9-12 års alder ikke er i stand til å ha hovedansvaret for

behandlingen. Diabetesbehandlingen vil for disse barna være et tett samarbeid mellom barnet selv og foreldrene, som gjør at de må finne en god balanse for hvem som skal ha ansvar for hva i hverdagen. Som Haugstvedt (2011) påpeker og som også kommer tydelig frem i studien til Newbould m.fl. (2008), er det store individuelle forskjeller på hvor tidlig barna begynner å ta ansvar for deler av behandlingen, og hvor mye de tar ansvar for. Newbould et.al (2008) peker i sin undersøkelse på at mange barn likevel tar ansvar for mer enn en først forventer at det skal, og at dette må tas hensyn til i veiledning av barnet og foreldrene, slik at barnet blir tilstrekkelig involvert i opplærings- og veiledningssituasjonene.

For at barnet skal kunne leve et så godt liv som mulig når det kommer hjem og årene fremover, må barnet føle at det selv får ta ansvar og at det ikke blir overbeskyttet og overstyrt av foreldrene (Markestad, 2009). For barn i 9-12 års alder blir det mer og mer naturlig å ta ansvar selv. De ønsker stadig å lære nye ting, og gjøre mer og mer på egenhånd uavhengig av foreldrene (Haugstvedt, 2011). Dette kan på den ene siden være en stor ressurs når det kommer til diabetesbehandlingen. Sykepleieren kan lettere motivere barnet til selv å ville delta aktivt og lære mer om sykdommen, som videre kan bidra til at barnet utvikler god forståelse for livssituasjonen sin, og som kan gi gode behandlingsresultater på lang sikt. På den annen side vil dette kun være en ressurs dersom barnet får slippe til, ikke bare på sykehuset, men også når de kommer hjem. For noen foreldre kan det at barnet skal ta en del ansvar oppleves som skremmende og utfordrende (Haugstvedt, 2011). Spesielt dersom barnet deltar på aktiviteter eller arrangementer uten at de er til stede. Foreldrene kan føle at de ikke lenger har kontroll og være engstelige for at barnet for eksempel skal få føling uten at de er der og kan hjelpe (Haugstvedt, 2011). Det er viktig å huske på at de som foreldre ikke kan følge barnet sitt over alt, og at de er nødt til å stole på at opplæringen barnet har fått og kunnskapen det selv sitter med om sin sykdom, er tilstrekkelig til å håndtere for eksempel en føling-situasjon tilfredsstillende. For at foreldrene skal føle at de har noe kontroll, kan de for eksempel sørge for at barnet til enhver tid har med seg følingsmat, og at den er lett tilgjengelig dersom situasjonen skulle oppstå uten foreldrene til stede (Haugstvedt, 2011).

Før en veiledningssituasjon kan det være nødvendig for sykepleieren å reflektere rundt hvor barnet og foreldrene er i sykdomsprosessen og om de har noen erfaringer med sykdommen fra tidligere. At noen i familien har diabetes, og at de derfor har noe erfaring fra tidligere, betyr ikke nødvendigvis at barnet selv og foreldrene forstår situasjonen bedre enn andre. Som Tveiten (2012c) påpeker, er det heller grunn til å anta det motsatte. Situasjonen blir en helt annen når det er barnet selv som skal gjenkjenne symptomer, utføre praktiske ferdigheter og

forstå hva diagnosen vil innebære for seg selv og sin livssituasjon. Dette betyr at tidligere erfaringer med sykdommen ikke nødvendigvis bidrar til at sykepleieren kan ta utgangspunkt i at barnet har en bedre forståelse fra starten av (Tveiten, 2012c). Kanskje kan det heller bety det motsatte, da barnet vil kunne se seg selv, sine symptomer og livssituasjon i sammenheng med familiemedlemmet som har samme diagnose, og som videre kan komplisere behandlingsforløpet og barnets evne til å forstå og sette seg inn i sin egen sykdomssituasjon.

Barnet og foreldrene kan i starten føle at sykdommen gir mange begrensninger i hverdagen, og føle at hele livet deres må endres. Barnet kan være redd for å spise godteri eller være i aktivitet, av frykt for å få for høyt eller for lavt blodsukker. Sykepleieren bør i veiledningene ha fokus på muligheter og ikke begrensninger, og at målet må være å leve et så normalt liv som mulig, både på sykehuset og når de kommer hjem. Dette var et av hovedfunnene både i undersøkelsen gjort av Marshall et.al (2009) og Alderson et.al (2006), der barna og foreldrene som deltok i begge undersøkelsene understreket viktigheten av å kunne leve et så normalt liv som mulig hjemme, med sykdommen, og ikke føle at den er noen form for belastning i hverdagen. Barna som deltok i undersøkelsen til Marshall et.al (2009) la blant annet vekt på at de ønsket å bli sett på og behandlet som alle andre, selv om de visste at det var flere valg og hensyn de måtte ta, som følge av sykdommen. Det vil derfor være hensiktsmessig for sykepleieren å sette seg inn i barnets interesser og levevaner. Dette vil gi et innblikk i viktige momenter som må tas med i veiledningen; for eksempel hvis barnet driver med idrett, er glad i å sove borte, liker å gå på kino hvor det blir spist godteri. At barnet lærer seg å sette insulin, motivert ut fra et ønske om å for eksempel kunne sove borte, kan gi en enorm mestingsfølelse og selvstendighetsfølelse for barnet, og motivere til god egenomsorg videre (Haugstvedt, 2011). Dette kommer også frem som viktige momenter i undersøkelsen til både Schmidt et.al (2012). Både barna og foreldrene i undersøkelsen til Schmidt et.al var tydelige på at de satt pris på at sykepleierne hadde fokus på, og forsikret barnet om at det kan fortsette å leve et normalt liv og drive med de aktivitetene de liker å gjøre. Det er likevel viktig at barnet tidlig lærer seg å akseptere at det må ta noen forhåndsregler, og at noen diabetesspesifikke hensyn må tas i ulike sammenhenger, for eksempel å måle blodsukker og sette insulin før det begynner å spise godteri på kino (Haugstvedt, 2011).

5.4 Rammefaktorer

Tid og sted for veiledningen må planlegges og er veiledningens rammefaktor. Det vil, som Tveiten (2012b) påpeker, være hensiktsmessig å vurdere hvilket tidspunkt på døgnet som passer best, samt hvor veiledningen skal foregå.

Tidspunktet for veiledningen må i mange tilfeller tilpasses rutiner på avdelingen og når på dagen sykepleieren har tid (Christiansen, 2013; Dalland, 2010). Likevel vil det være gunstig å tenke over når på døgnet barnet er mest mottakelig for informasjon og læring; for eksempel etter frokost, når barnet har fått i seg godt med energi og har våknet, og kanskje ikke rett før lunsj når aktivitetsnivået kan ha vært høyt og energinivået er på vei ned. Et annet moment som gjør seg gjeldene, er dersom barnet skal få veiledning og opplæring i praktiske oppgaver som å måle blodsukker selv, eller sette insulin. Dette kan være noe barnet gruer seg litt til, og bruker mye krefter og energi på å tenke på. Kanskje kan det være gunstig å legge en slik veiledning tidlig på dagen, slik at barnet ikke går og tenker på og kanskje gruer seg i mange timer (Grønseth & Markestad, 2011a). Dette kan bli en stressfaktor som etter hvert kan bidra til at barnet får så mange negative følelser rundt det å skulle stikke seg, at det ikke tør å gjøre det når veiledningen først skal starte. Barnet som nylig har fått diagnosen diabetes type 1 kan være i en krisesituasjon og små tilpassninger som dette, kan bidra til å redusere unødvendig stress og gjøre at barnet er mer mottakelig for informasjon og læring (Christiansen, 2013). Dette er faktorer sykepleieren kan forsøke å ta hensyn til i planleggingen av tidspunkt for veiledningen, men ofte er det tilgjengelige tidsrommet i løpet av dagen begrenset i seg selv, da sykepleieren har flere arbeidsoppgaver i løpet av vekten, og barnet kanskje har planlagte prøver og undersøkelser i løpet av dagen som kan komme i veien (Tveiten, 2012b).

Det neste som bør tas hensyn til er hvor veiledningen skal foregå. På et sykehus er det ofte flere pasienter til stede, og det er lett for sykepleieren å bli forstyrret av ytre faktorer som spørsmål fra leger, kollegaer, andre pasienter, romklokker som ringer, med mer. Det vil derfor være hensiktsmessig å finne et sted der veiledningen kan foregå uforstyrret. Et annet viktig moment, og som Marshall et. al. (2009) tok hensyn til og påpeker som viktig i sin undersøkelse, er å samtale og veilede barnet i trygge omgivelser. Marshall et.al. (2009) skriver i sin undersøkelse at de valgte å holde samtalene i barnets eget hjem. Dette fordi barnet og foreldrene da var i trygge omgivelser, var mer avslappet og åpne for å dele deres opplevelser av sykdommen. I denne oppgaven er konteksten satt til å gjelde på sykehuset, men også her er det flere ting sykepleieren kan ta hensyn til for å tilrettelegge for et trygt og

godt læringsmiljø. Lekerommet og dagligstuen vil for eksempel ikke være egnede rom for individuelle og private samtaler og veiledninger, eller for ro og refleksjoner (Christiansen, 2013, s. 52). Et kontor eller et grupperom, uten forstyrrende momenter som personlige eiendeler som mobil, bamser, med mer, kan innby til andre aktiviteter og i noen tilfeller bedre konsentrasjon enn for eksempel pasientrommet (Christiansen, 2013). Men kanskje er pasientrommet det stedet på avdelingen hvor barnet føler seg mest avslappet og trygt, og i noen tilfeller det beste valget uansett? Her vil det på den annen side ha mye å si om pasienten er på enerom, eller om en da risikerer å bli avbrutt av medpasienter, som ikke er like gunstig i en veiledningssituasjon.

5.5 Veiledningens innhold

Som Tveiten (2012b) skriver kan ikke veiledning planlegges på samme måte som undervisning. Veiledning skal ta utgangspunkt i barnets og/eller foreldrenes behov, og er ofte mer dynamisk enn for eksempel en undervisningssituasjon. Likevel, fordi barnet er innlagt i såpass kort tid, mener jeg det vil være gunstig å planlegge veiledningenes hovedinnhold, så langt det lar seg gjøre. Fordi utgangspunktet, som Tveiten (2012b) sier, bør være barnets og/eller foreldrenes behov, vil det være naturlig å trekke de med i planleggingen, og kartlegge hvilket behov de har for veiledning og hva de føler seg usikre på.

For at barnet skal kunne få en god forståelse av sin nye livssituasjon, og hva som kreves når det kommer hjem, er det visse hovedkunnskaper og momenter innen diabetesbehandlingen barnet må lære, forstå og mestre. Hovedelementene i opplæringen og veiledningen til pasienter med diabetes type 1 vil bestå av medikamentell behandling (måling av blodsukker og insulin injeksjon), samt veiledning om kosthold og fysisk aktivitet (Sortland, 2011, s. 275). Disse hovedmomentene er derfor hensiktsmessig at er en del av veiledningen som gis til barnet og foreldrene.

5.5.1 Praktiske ferdigheter

Sykepleieren har en viktig oppgave i å gi tilstrekkelig praktisk og informativ opplæring i praktiske ferdigheter som blodsuktermåling og administrering av insulin. Veiledningen i forbindelse med de praktiske ferdighetene vil avhenge av hvordan barnet selv ønsker å ha det. Om det ønsker å måle blodsukker selv, eller sette insulin, eller om dette er noe foreldrene skal gjøre. Her vil en kunne jobbe ut fra målene som blir satt, som jeg skrev om i kapittel 5.1, for eksempel hvis barnet har et ønske om å gjøre en eller begge deler selv. Som barn kan det være

mye frykt rundt dette med sprøyter og stikk, de kan grue seg og har mange negative assosiasjoner rundt dette, fra for eksempel blodprøver tidligere. Dette bekreftes også i studien gjennomført av Schmidt et.al (2012). Der kom det frem at det var selve inngrepene, som blodsuktermåling og insulininjeksjoner som var mest skremmende og forstyrrende for barnet. Videre ble det fra barna og foreldrene påpekt stor nytte av god opplæring, som gjerne innebar demonstrasjon av teknikker fra sykepleieren, men også der barnet demonstrerte og viste hvordan det gjøres til sykepleieren og foreldrene. Valg av metode må tilpasses barnet, og som jeg skrev i kapittel 5.2 vil det for eksempel være formålstjenelig å la barnet få stikke på en bamse eller dukke først, og/eller at sykepleieren demonstrerer ved å stikke på foreldrene, som også kan være gunstig for deres del.

I samarbeid med lege vil sykepleieren og pasienten/foreldrene komme frem til hvor ofte blodsukkeret skal måles. Som sykepleier er det viktig at barnet får opplæring i hvordan blodsukkeret måles, hvorfor det måles, samt hva tallet egentlig betyr (Måløy, 2011). Dette må forklares på en måte slik at barnet forstår, i henhold til pasientrettighetsloven (1999) kapittel 3, gjentas ved behov og gjerne forklares og demonstreres på flere ulike måter, som beskrevet i kapittel 5.2. Den første tiden på sykehuset er det, i følge Måløy (2011, s. 103) vanlig at barn med nyoppdaget diabetes type 1 skal måle blodsukkeret før mat, 1,5-2 timer etter mat, før sengetid, 2-3 ganger pr. natt, og ellers når en lur på om blodsukkeret er for høyt eller for lavt. Dette betyr at barnet og foreldrene får flere muligheter i løpet av et døgn til å øve seg på denne praktiske ferdigheten. Det er viktig at den praktiske gjennomføringen av blodsuktermålingen foregår på riktig måte. Her ville jeg lagt vekt på viktigheten av å ha rene hender før en stikker og å stikke på siden av fingrene, da dette kan oppleves som mindre vondt (Måløy, 2011).

Det finnes både langtidsvirkende og hurtigvirkende insulin, og ofte består behandlingen av en kombinasjon av disse. Informasjon og undervisning av de ulike typene insulin vil være viktig for at barnet og foreldrene skal være i stand til å forstå hvorfor insulin brukes og hvordan det virker i kroppen (Måløy, 2011). Det vil være individuelt om barnet ønsker å stikke seg selv, og når det er klart for det. For barnet er det viktig å utvikle et positivt forhold til sykdommen. Barn på 9-12 år viser på den ene siden økende selvstendighet i forbindelse med sykdommen, men har på den annen side også større frykt for skade på kroppen sin og tap av selvkontroll, som for eksempel ved å skulle stikke seg selv. Å presse de til å delta i behandlingsrelaterte oppgaver som insulinsetting, for tidlig, kan bidra til at barnet utvikler et negativt forhold til behandlingen, og gi en følelse av utilstrekkelighet (Haugstvedt, 2011). Det er viktig for

sykepleieren å være klar over disse typene særtrekk, og på bakgrunn av dette legge vekt på konkret informasjon, involvere barnet, samtidig som en respekterer barnets grenser og involvere foreldrene (Grønseth & Markestad, 2011c; Haugstvedt, 2011).

Dersom det er foreldrene som tar det fulle ansvaret, vil det likevel være viktig at barnet lærer hvordan det skal gjøres og blir tilstrekkelig inkludert i veiledningen, selv om det er foreldrene som stikker (Diabetesforbundet, 2015). Det er tross alt barnet selv dette gjelder, og det må derfor hele tiden inkluderes i samtaler og prosedyrer som gjøres, og forstå hvorfor og hvordan det gjøres, for videre å få en så god forståelse for sin egen sykdom som mulig.

Som sykepleier er det viktig å huske på at også foreldrene kan synes at det å sette insulin er ubehagelig, og at det er vanskelig å skulle stikke barnet sitt flere ganger i døgnet. Kanskje spesielt dersom barnet uttrykker ubehag i forbindelse med injeksjonen (Arsky, 2006). Det at foreldrene blir trygge på denne prosedyren er avgjørende for barnets blodsukkerregulering, som igjen har påvirkning på livskvaliteten og forebygging av senkomplikasjoner. Barnet vil ha behov for insulin flere ganger daglig og det ville vært vanskelig dersom verken foreldrene eller barnet selv klarte å sette insulin. For noen foreldre vil det være betryggende om de har fått lov å prøve å stikke seg selv, nettopp for å kjenne på kroppen hvordan det er. God veiledning i riktig teknikk og å trygge foreldrene på at det de gjør er riktig, vil derfor være helt nødvendig for behandlingen. Viktige momenter i veiledningen her er riktig injeksjonssted og å variere innstikksstedet innenfor det samme anatomiske området, for å unngå dannelse av fettputer som igjen kan påvirke insulinets effekt og injeksjonsteknikk (Måløy, 2011).

5.5.2 Kostholdets betydning for sykdommen

Kostholdet og hva vi spiser vil i stor grad påvirke blodsukkernivået. Gode kunnskaper om kosthold vil derfor være av stor betydning for å oppnå gode behandlingsresultater med diabetes og også med tanke på forebygging av senkomplikasjoner (Aas, 2011). Tidligere ble diabetes mellitus omtalt som en sukkersykdom. I dag omtales det mer korrekt som en insulinmangelsykdom. I dette ligger en forståelse om at det er insulinet og ikke sukkeret som er svaret på behandlingen (Sortland, 2011). Mange barn og foreldre vil sitte med tanker om at en må slutte å spise sukker, og at en ikke kan kose seg med godteri i helgene lenger (Schmidt et al., 2012). Dette var kanskje kostholdsradene for personer med diabetes type 1 tidligere, men ikke lenger. Veiledningen som gis og behandlingen når det kommer til kosthold innebærer å tilpasse insulinmengden etter maten og ikke omvendt (Sortland, 2011). Dette betyr at barn med diabetes type 1, på lik linje med alle uten diabetes, anbefales å følge

kostholdsrådene for et sunt og variert kosthold, utarbeidet av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, samt Helsedirektoratets anbefalinger for måltidsstruktur når det kommer til antall måltider og mellommåltider pr. dag (Helsedirektoratet, 2009; Mosand & Stubberud, 2013, s. 526). For barnet og foreldrene vil veiledningen derfor innebære å få kunnskap om hva ulike matvarer inneholder av fett, proteiner og karbohydrater, og videre hvordan disse påvirker blodsukkeret og hvor mye insulin som må settes i forkant av måltidene. Dette vil kreve en god del egeninnsats, med blodsuktermåling før og etter måltid, for å oppnå ønsket behandlingsresultat (Mosand & Stubberud, 2013). Barn i 9-12 års alder vil ikke ha ansvar for utregning av mengden insulin selv, men må gjerne ta del i dette sammen med foreldrene (Haugstvedt, 2011). De vil da kunne få bedre forståelse for hvilke matvarer som krever mye og lite insulin, og hva som er sunne og mindre sunne matvarer. For eksempel kan det være fint for barnet å se hva det å spise godteri og dessert innebærer for mengden insulin som må settes.

Veiledningen som gis i forhold til å spise et sunt og variert kosthold vil også variere fra familie til familie. For noen vil det kanskje være normalt å spise godteri flere ganger i uken, mens andre begrenser det til kun lørdager eller spesielle anledninger (Hanås, 2011b). Det er ofte foreldrene som lager maten hjemme, og har ansvar for handlingen. Dette betyr at hvor vidt det skal gjøres kostendringer, og ha fokus på å lage sunn og næringsrik mat, i hovedsak bli opp til foreldrene. Det vil likevel være viktig for barnet å lære hva sukker og karbohydrater gjør med kroppen, og likeså hva som skjer når kroppen får for lavt blodsukker og barnet får føling. Som filosofen og psykologen John Dewey så fint sier, må en forholde seg til hva som skjer når barn lærer. Og med det er han helt klar på at læring for barn er noe aktivt, og at det er lærerens (i dette tilfellet sykepleierens) oppgave å tilrettelegge veiledningen, og sørge for at barnet assimilerer det som skal læres, slik at det skapes en relasjon mellom informasjonen og barnet (Imsen, 2010a). Med dette tenker jeg at det for barn kanskje ikke er nok å fortelle og forklare hva høyt og lavt blodsukker er, hva som skjer når du får føling og hva en kan gjøre. Som Markestad (2009) skriver vil det for barnet for eksempel være gunstig å få oppleve en provosert føling, og kjenne hvor fort det hjelper dersom en raskt får i seg sukker i form av for eksempel snacks eller sukkerholdig saft. Dette er også i tråd med det Dewey er opptatt av, nettopp at barn lærer best i aktivitet, ved å prøve og oppleve det som skal læres (Imsen, 2010a). I undersøkelsen til Roper et.al (2009) at barna vet viktigheten av å ha med seg frukt eller snacks, i tilfelle de skulle få føling. Ved å ha fremprovosert en kontrollert føling på sykehuset vil barnet ved en senere anledning lettere kjenne igjen

symptomene, og vite hva de skal gjøre for å hindre alvorlig hypoglykemi. En annen grunn til at en kontrollert fremprovosering av føling er hensiktsmessig er at symptomene for føling kan variere fra person til person kjenne (Mosand & Stubberud, 2013). Det er derfor viktig at barnet selv får kjenne på kroppen hvilke symptomer som er aktuelt for seg selv, i stedet for at sykepleieren ramser opp mange symptomer, som barnet kanskje aldri vil oppleve. Det å ramse opp mange symptomer på føling vil også kunne skremme barnet og gjøre det unødvendig stresset og redd.

5.5.3 Fysisk aktivitet

Som Erikson påpeker i forhold til barns utvikling, vil barn i 9-12års alder være opptatt av å føle seg lik sine jevnaldrende (Haugstvedt, 2011). De fleste barn på 9-12 år driver med en eller flere aktiviteter på fritiden, som håndball, fotball og svømming, og mange vil være redd for at de ikke lenger kan drive med disse aktivitetene på grunn av sykdommen. I samtaler med barnet og foreldrene er det derfor viktig å få frem at fysisk aktivitet og trening kun er positivt for sykdommen. Trening bidrar til å øke effekten av insulin, bedrer insulinfølsomheten og videre senker insulinbehovet. Ved å være fysisk aktiv i hverdagen, vil en kunne oppnå bedre blodsukkerkontroll gjennom hele døgnet (Sortland, 2011). Fysisk aktivitet for barn er også svært viktig i forhold til samhold og tilhørighet blant jevnaldrende (Sagen, 2011a). En vil også møte barn som ikke driver med noen aktiviteter på fritiden. Her vil sykepleieren kunne oppfordre barnet og foreldrene til å finne en aktivitet barnet trives med, som det kan gjøre på fritiden. Eksempler er å gå turer, eller begynne med en idrett det synes virker spennende. Dette er gunstig, ikke bare med tanke på positiv effekt for behandlingen av diabetes eller forebygging av senkomplikasjoner, men også for velvære og forebygging av for eksempel overvekt senere i livet.

Som all annen informasjon og veiledning må også tips og veiledning innenfor fysisk aktivitet tilpasses hvert enkelt barn, og det kan være gunstig å bruke andre ord som for eksempel trening, lek, trim, idrett, mosjon, i stedet for fysisk aktivitet. Dette fordi det er svært individuelt hva barnet og kanskje spesielt foreldrene legger i dette begrepet. For noen familier kan det innebære hardere trening som fotball og løping, mens det for andre vil kunne bety mosjonsøvelser (Sagen, 2011a). Det er også viktig å legge merke til hva de ulike begrepene vil bety for den enkelte. For noen vil ordet trening kanskje være forbundet med noe uoppnåelig, vanskelig og negativt. Da vil kanskje begreper som mosjon eller gåtur være bedre alternativer (Sagen, 2011a). Kartlegging av hva barnet selv trives med og liker å gjøre vil

derfor være hensiktsmessig og ha stor betydning for veiledningen som skal gis om fysisk aktivitet.

Barnet må ikke hindres i å fortsette å delta på aktiviteter det driver med. Barn med diabetes kan delta på alt, men det er viktig at barnet og foreldrene lærer seg at det må tas en del forhåndsregler (Haugstvedt, 2011). Hypoglykemi er en fryktet komplikasjon ved diabetes type 1, og spesielt i forbindelse med aktivitet (Sagen, 2011a, s. 148). Barnet bør i løpet av sykehusoppholdet lære seg at det må bli kjent med kroppen og hvordan blodsukkeret svinger i forbindelse med fysisk aktivitet (Sortland, 2011). På barneavdelingen der jeg jobber oppfordres for eksempel barna til å forsøke å opprettholde et så normalt aktivitetsnivå som mulig, selv i avdelingen. Flere opplever da symptomer som hodepine, kvalme og skjelving, som er symptomer på føling. Symptomene kommer gjerne en liten stund etter aktiviteten, da svette og økt puls kan gjøre det vanskeligere å merke symptomene på føling under selve aktiviteten (Sagen, 2011a). Dette vil vise barnet viktigheten av god struktur på blodsuktermåling og å ha kontroll på inntak av karbohydrater og mat, samt insulin i forbindelse med aktivitet, og da spesielt i forbindelse med treningsøkter. Som forelder vil det også være nyttig at barnet har gjennomgått en provosert føling. Som nevnt er det viktig at foreldrene ikke blir for overbeskyttende, og lar barnet føle at det har kontroll og ansvar for sin egen sykdom. Det at foreldrene føler seg trygge på at barnet klarer å gjenkjenne symptomene på føling, og vet hvordan de skal takle det, kan bidra til at de klarer å slippe litt mer taket. Ved å sørge for at barnet har tilgang på for eksempel snacks eller sukkerholdig saft til en hver tid, vil de i tilfeller der barnet er på aktiviteter alene kunne føle seg mindre stresset, og trygge på at barnet klarer å takle en eventuell følingssituasjon på egenhånd (Haugstvedt, 2011).

5.6 Vurdering av veiledningen

Det vil være viktig å vurdere veiledningen som gis. Både for å få innsikt i behovet fremmover, men også for å vurdere hvorvidt målet for veiledningen er nådd. I forbindelse med kravet på tilpasset informasjon, i henhold til pasientrettighetsloven (1999) kapittel 3, står det tydelig både i lovverket og i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren må forsikre seg om at barnet har forstått informasjonen og det som blir gjennomgått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Her mener jeg sykepleieren igjen kan benytte seg av hjelpemidler som rollespill, bamser, søsken, tegning, med mer. Sykepleieren kan for eksempel få barnet til å demonstrere insulininjeksjon på en bamse, eller gjenfortelle eller forklare det som har blitt gjennomgått til en av foreldrene, eller søsken. På denne måten kan sykepleieren vurdere

hvorvidt målet for veiledningen er nådd, om det har blitt noen misforståelser, eller om det har dukket opp noen nye problemstillinger eller spørsmål som følge av den gitte veiledningen (Tveiten, 2012b).

Også i etterkant av at veiledningssamtalen er avsluttet fortsetter oftest refleksjonen hos alle parter (Tveiten, 2012b). Barnet og foreldrene tenker videre på det de har erfart i veiledningen, hva de har oppdaget og blitt bevisste på. Det samme vil sykepleieren. Kanskje vil det så dukke opp flere spørsmål. Veiledning kan videre, for sykepleieren, representere et middel til selvrefleksjon og videreutvikling av egen kompetanse (Tveiten, 2012b).

6. Avslutning

”Hvordan kan sykepleier legge til rette for at barn med nyopplaget diabetes mellitus type 1 forstår sin nye livssituasjon?”. Å besvare et slikt komplekst spørsmål har ikke ett entydig svar. Det jeg har funnet ut gjennom denne oppgaven er at det kan være flere veier til samme mål, men at den didaktiske relasjonsmodellen i sin helhet kan brukes som en rettesnor for sykepleieren for å tilrettelegge veiledning og opplæring av barn med nyopplaget diabetes type 1.

Utfordringen med denne modellen, slik jeg ser det, kan være at sykepleieren blir for opphengt i selve modellen og prosessen rundt planleggingen og gjennomføringen, fremfor å se situasjonen sammen med barnet og deres foreldre der og da. Modellen er basert på en helhetstenkning, der alle faktorene i modellen vil påvirke hverandre og således ha innvirkning på gjennomføringen av veiledningen. Ettersom ulike behov melder seg eller noe endrer seg underveis i veiledningen, for eksempel informasjon barnet har fått tidligere, men som det nå trenger å få gjentatt, eller spørsmål foreldrene sitter med, vil gjøre at veiledningssituasjonen styres i ulike retninger, som kanskje ikke var tenkt i forkant. Dette er faktorer en ikke kan forberede og som gjør at sykepleieren, til tross for planer som er lagt, må være svært fleksibel underveis i veiledningen. Dersom en kommer til en veiledningstime og det dukker opp en problemstilling som er viktig å ta tak i, vil sykepleieren måtte tilrettelegge og endre for eksempel veiledningens innhold og arbeidsmetode og imøtekomme barnets og foreldrenes behov der og da. Likevel mener jeg at sykepleieren vil kunne få mer ut av veiledningssituasjonen dersom den noenlunde er planlagt i forkant. Videre vil jeg også påpeke viktigheten av å involvere barnet og foreldrene i planleggingen og evalueringen av veiledningen, da det er deres behov som må stå i sentrum.

Ved å planlegge veiledningen, så langt det lar seg gjøre, og tilpasse den til hvert enkelt barn og familie, kan sykepleieren sikre seg at barnet og foreldrene blir best mulig rustet til å takle sykdommen hjemme på egenhånd. Dette kan videre gi bedre behandlingsresultater, færre innleggelses grunnet akutte komplikasjoner, samt redusere risikoen for senkomplikasjoner.

Konklusjonen min, etter arbeidet med denne oppgaven, er at den didaktiske relasjonsmodellen er et godt verktøy, og en rettesnor for sykepleieren å bruke for å planlegge veiledningen som skal gis til barnet og foreldrene. Dette kan bidra til at veiledningen som gis blir bedre tilpasset barnet og foreldrene og deres livssituasjon, og videre gjøre at barnet får en god forståelse av

hva diagnosen diabetes type 1 betyr for livet sitt og hvilke muligheter og utfordringer det kan by på.

Dersom jeg skulle jobbet videre med temaet og oppgaven ville jeg rettet fokuset mot hvordan sykepleieren kan bidra til at barnet oppnår indre motivasjon og et ønske om selv å ta ansvar for sykdommen, da egenomsorg vektlegges som nødvendig for gode behandlingsresultater på kort og lang sikt.

Litteraturliste

- Aas, A.-M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 123-146). Oslo: Akribe.
- Alderson, P., Sutcliffe, K., & Curtis, K. (2006). Children as partners with adults in their medical care. *Archives of Disease in Childhood*, 91(4), 300-303. Hentet fra doi:10.1136/ad.2005.079442 Lest: 10.01.2016
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 205-214). Oslo: Akribe.
- Arsky, G. H. (2006). Når gode råd er dyre... I G. H. Arsky (Red.), *Barn & diabetes - De beste hverdagstipsene* (s. 145-153). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Barnediabetesregisteret (2013). *Årsrapport med plan for forbedringstiltak* (Hentet fra http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/barnediabetesregisteret_/PublishingImages/Sider/arsrapporter/BDR%20%60s%20%C3%85rsrapport%202013.pdf Lest 10.10.2015
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (s. 42-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2010). Undervisning. I O. Dalland (Red.), *Pedagogiske utfordringer for helse- og sosialarbeidere* (s. 103-124). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012a). Den litterære oppgaven. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 222-231). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012b). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5. utg. utg., s. 62-81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Diabetesforbundet. (2009). *Ekspløsjon i barnediabetes*. Hentet fra <http://www.diabetes.no/Ekspløsjon+i+barnediabetes.9UFRzO10.ips>
- Diabetesforbundet. (2015). *Barn og diabetes*. Hentet fra <http://diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-1/barn-og-diabetes/>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). Kommunikasjon med barn og unge. I H. Eide & T. Eide (Red.), *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning og etikk* (s. 357-378). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011a). Endokrine og metabolske sykdommer. I R. Grønseth & T. Markestad (Red.), *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (s. 351-358). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011b). Sykepleie til barn. I R. Grønseth & T. Markestad (Red.), *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (s. 9-10). Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011c). Vekst og fysisk utvikling. I R. Grønseth & T. Markestad (Red.), *Pediatri og pediatriisk sykepleie* (s. 13-24). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanås, R. (2011a). Diabetes: bakgrunn. I R. Hanås (Red.), *Bli ekspert på din egen diabetes. Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne* (s. 12-16). Oslo: Cappelen Damm.
- Hanås, R. (2011b). Psykologi. I R. Hanås (Red.), *Bli ekspert på din egen diabetes - Type 1 diabetes hos barn, ungdom og voksne* (s. 318-334). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 269-315). Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes: forebygging, diagnostikk og behandling (IS-1674)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>
- Imsen, G. (2010a). Normative perspektiver på undervisning. I G. Imsen (Red.), *Lærerens verden, Innføring i generell didaktikk* (s. 59-91). Oslo: Universitetsforlaget.
- Imsen, G. (2010b). Planlegging i skolen. I G. Imsen (Red.), *Lærerens verden, Innføring i generell didaktikk* (s. 397-419). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jenssen, T. (2012). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 379-391). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236). Oslo: Akribe.
- Lieberg, B. B. S. (1978). *Nye veier i didaktikken, en innføring i didaktiske emner og begreper*. Oslo: Aschehoug.
- Markestad, T. (2009). Endokrine sykdommen. I T. Markestad (Red.), *Klinisk pediatri* (s. 321-337). Bergen: Fagbokforlaget.
- Marshall, M., Carter, B., Rose, K., & Brotherton, A. (2009). Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *Journal of clinical nursing*, 18(12), 1703-1710. Hentet fra doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02737.x Lest: 10.01.2016

- Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2013). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 507-536). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 101-122). Oslo: Akribe.
- Newbould, J., Smith, F., & Francis, S.-A. (2008). 'I'm fine doing it on my own': partnerships between young people and their parents in the management of medication for asthma and diabetes. *Journal of Child Health Care*, 12(2), 116-128. Hentet fra <http://chc.sagepub.com/content/12/2/116.short> Lest: 20.09.2015
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *ICNs etiske regler*. Oslo: Sykepleierforbundet, Lest: 03.04.2016. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie - Funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Roper, S. O., Call, A., Leishman, J., Cole Ratcliffe, G., Mandleco, B. L., Dyches, T. T., & Marshall, E. S. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1705-1714. Hentet fra doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05033 Lest: 10.01.2016
- Sagen, J. V. (2011a). Fysisk aktivitet. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 147-157). Oslo: Akribe.
- Sagen, J. V. (2011b). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - Forebygging, oppfølging og behandling* (s. 19-73). Oslo: Akribe.
- Schmidt, C. A., Bernaix, L. W., Chiappetta, M., Carroll, E., & Beland, A. (2012). In-hospital survival skills training for type 1 diabetes: perceptions of children and parents. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(2), 88-94. Hentet fra doi:10.1097/NMC.0b013e318244febc Lest: 30.09.2015
- Sortland, K. (2011). Kosthold ved livsstilssykdommer. I K. Sortland (Red.), *Ernæring - mer enn mat og drikke* (s. 253-306). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sparapani, V. d. C., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015). What is it like to be a child with type 1 diabetes mellitus? *Pediatric nursing*, 41(1), 17. Hentet fra

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4c90e433-0211-4a21-9d91-a14fd4246c60%40sessionmgr113&vid=1&hid=101> Lest: 09.12.2015

- Steen, H. F. (2012). Utviklingspsykologi. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie* (s. 83-109). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (1998). Hva er spesielt ved sykepleie til barn? I S. Tveiten (Red.), *Barnesykepleie* (2. utg. utg., s. 17-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2012a). Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie* (s. 205-212). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012b). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn : familiesentrert sykepleie* (s. 157-204). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012c). Hva er spesielt ved sykepleie til barn? I S. Tveiten (Red.), *Sykepleie til barn, Familiesentrert sykepleie* (s. 11-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.