



Mestring av nyoppdaget diabetes mellitus type 1

Hvordan kan sykepleieren gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?

Kandidatnummer: 848
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 9863
Dato: 16.04.2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Mestring av nyoppdaget diabetes mellitus type 1	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleieren gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Teoretisk rammeverk bestående av generelle fenomener som Diabetes mellitus type 1 og komplikasjoner som følger, barns utvikling og opplevelse av krise, mestring hos barn og kommunikasjon med barn. Sykepleiefaglig perspektiv bestående av lover, forskrifter og etiske refleksjoner, i tillegg til sykepleierens veiledende funksjon.</p> <p><u>Metode:</u> Litterær oppgave, som bygger på skriftlige kilder som fag- og forskningsartikler, i tillegg til faglitteratur for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting:</u> Teoriens rammeverk og sykepleiefaglig perspektiv benyttes for å belyse problemstillingen i drøftingen. Drøftingen deles opp i kommunikasjon med mening, barnets psykososiale behov, barnets behandlingsbehov og dialogens ulike metoder.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleieren må først og fremst bruke god til på å skape en tillitsfull relasjon som åpner for at sykepleieren og barnet kan bli kjent med hverandre. På denne måten kan sykepleieren og barnet avklare barnets behov. Disse behovene omfatter både psykososiale og fysiske behov, hvorav begge aspekter må møtes for at barnet skal oppnå mestring. Gjennom en kontinuerlig dialog med barnet vil sykepleieren oppfatte barnets aktuelle behov og ønsker, og på denne måten velge tilpasset veiledningsmetode og sørge for at barnet mestrer situasjonen. Mestring oppnås når barnet føler seg trygg i situasjonen, har troen på egne evner og opplever situasjonen som passe utfordrende. Det er sykepleierens oppgave å fremme mestring gjennom veiledning, med utgangspunkt i elementene beskrevet ovenfor.</p>	

Totalt antall ord: 229

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Målgruppe	2
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensninger	3
1.4 Oppgavens disposisjon	3
2. Teoretisk rammeverk	4
2.1 Diabetes Mellitus type 1	4
2.2 Komplikasjoner ved diabetes.....	4
2.3 Barnets modenhet og utvikling	5
2.4 Barns psykososiale behov og opplevelse av krise.....	6
2.5 Mestring hos barn.....	7
2.6 Kommunikasjon med barn	8
3. Sykepleiefaglig perspektiv	10
3.1 Juridisk rammeverk	10
3.2 Etske refleksjoner	11
3.3 Sykepleierens veiledende funksjon.....	12
4. Metode	14
4.1 Litterær metode	14
4.2 Database og søkeprosess.....	14
4.3 Kildekritikk	15
5. Presentasjon av forskningsartikler	17
6. Hvordan kan sykepleieren gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?	19
6.1 Kommunikasjon med mening	19
6.2 Barnets psykososiale behov	22
6.3 Barnets behandlingsbehov	25
6.4 Dialogens ulike metoder	26
7. Avslutning	30
Litteraturliste	31

1. Innledning

Diabetes mellitus type 1 (T1DM) er en autoimmun sykdom hvor kroppens eget immunforsvar angriper de insulinproduserende cellene i pankreas. Totalt lever det ca. 28 000 mennesker med denne diagnosen i Norge, hvorav 2500 er barn under 18 år (Diabetesforbundet, 2018; Diabetesforbundet, 2018a). Sykdommen er den nest vanligste kroniske lidelsen blant barn og ungdom i Norge. Den oppstår tilfeldig, av grunner vi ennå ikke kjenner til. Likevel er det registrert en økning i forekomsten av sykdommen de siste 30 årene, med over 300 nye tilfeller hvert år (Skrivarhaug, Kummernes & Drivvoll, 2017).

T1DM er en sykdom som krever tett oppfølging av et omfattende behandlingsregime med livsstilsendringer og medisiner (Diabetesforbundet, 2018a). Behandlingen er rettet mot å få et så stabilt blodglukosenivå som mulig, med mål om å redusere langtidsblodglukosen til under 7% (53 mmol/mol) (Helsedirektoratet, 2017). Komplikasjonene som kan oppstå dersom behandlingen ikke blir fulgt opp er mange, og kan oppstå akutt eller på lengre sikt. Akutte komplikasjoner innebærer for høy eller for lav blodglukose, hyper- eller hypoglykemi, som gir ulike symptomer (Diabetesforbundet, 2018a). Senkomplikasjoner er derimot alvorlige irreversible komplikasjoner som oppstår grunnet dårlig regulert diabetes med flere episoder av hyperglykemi over flere år. Disse komplikasjonene kan være tap av syn, nyresvikt, hjerteinfarkt, hjerneslag, amputasjoner og tidlig død (Skrivarhaug et al., 2017).

I tillegg til fysiske krav sykdommen stiller, vil det å få en kronisk lidelse kunne oppleves som en krise i livet (Stubberud, 2013). Sykdommen gir kraftige symptomer, som raskt får barnet innlagt i sykehuset. Dette akutte forløpet kommer ofte uten forvarsel for barnet, og medfører utfordringer som overstiger barnets mestringssevne (Diabetesforbundet, 2018a; Sjøbjerg, 2013). Barnet vil for alltid ha ansvaret for å kontrollere en av kroppens funksjoner, nemlig reguleringen av insulin. Det å forstå og godta dette ansvarsområdet kan være en svært krevende og emosjonell prosess (Torgauten, 2011).

Normalt blir barn som får diagnosen Diabetes mellitus type 1 innlagt i sykehuset opptil to uker (Grønseth & Markestad, 2017). Her vil barnet møte et diabetesteam bestående av blant annet lege, sykepleier og klinisk ernæringsfysiolog (Iversen & Skafjeld, 2011). Sykepleieren vil i denne perioden være barnets nærmeste kontakt, og har således en essensiell rolle som

motivator, pedagog, kunnskapsformidler og støtte for barnet (Iversen & Skafjeld, 2011; Tveiten, 2016). Denne oppgaven vil derfor omfatte sykepleierens møte med barnet i denne perioden. Målet er at sykepleieren gjennom sine personlige egenskaper og kompetanse innen medisin og pedagogikk skal kunne bli kjent med barnet og skape en god relasjon. På denne måten vil sykepleieren, sammen med barnet, kunne avdekke barnets individuelle behov og tilrettelegge veiledningen deretter. Barnet vil således være i en tillitsfull og trygg situasjon hvor det kan utvikle egne kunnskaper om sykdommen og behandlingen, og videre føle mestring i situasjonen med nyoppdaget kronisk sykdom.

Oppgavens hensikt er sådan å belyse hvordan sykepleieren, gjennom veiledning, kan fremme mestring hos barn som innlegges i sykehuset med nyoppdaget T1DM.

1.1 Målgruppe

Oppgavens målgruppe er barn i alderen 9-12 år. Denne målgruppen ble valgt på bakgrunn av at det er i denne alderen diagnosen oftest debutterer hos barn i Norge (Skrivarhaug et al., 2017). I tillegg vil barn i denne alderen være modne nok til å ta en del av ansvaret for sykdommen. Kelo, Martikainen & Eriksson (2011) fant i sin studie at barn var i stand til å selvstendig måle blodglukose og injisere insulin på seg selv når de var 9-10 år. Barn i denne alderen har videre evnen til logisk tenking, og til å forstå fenomener som smerte og dens sammenheng med sykdom og behandling (Håkonsen, 2014). I tillegg vil de, i forhold til yngre barn, ha evnen til å holde oppmerksomheten i lengre perioder, og er derfor mer egnet til veiledning (Søbjerg, 2013). Andre fordeler med denne aldersgruppen er at barna er nysgjerrige, og villige til å lære. De søker kunnskap, stiller spørsmål og evner å systematisere kunnskapen de erverver (Håkonsen, 2014; Søbjerg, 2013).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i det oversåttende har jeg valgt følgende problemstilling for min oppgave: *«Hvordan kan sykepleieren gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?»*

1.3 Avgrensninger

Oppgaven begrenses til å omfatte sykepleierens veiledning til norske barn i alderen 9-12 år. Norske barn er spesifisert fordi oppgavens omfang gjør at det ikke er rom for å diskutere aktuelle språk- og kulturbarrierer i henhold til veiledningen fra sykepleieren. Videre er det, som nevnt tidligere, vanlig at barnet har et diabetesteam bestående av sykepleier og andre profesjoner (Iversen & Skafjeld, 2011). Jeg har likevel valgt å ikke nevne andre profesjoners oppgaver da jeg ønsker et tydelig sykepleiefaglig fokus i oppgaven.

Veiledning er spesifisert da dette er et såkalt paraplybegrep som omfatter flere andre begrep, deriblant informasjon og undervisning (Tveiten, 2016). Jeg har valgt å forholde meg til både informasjon, undervisning og veiledning i oppgaven, men velger å benytte veiledning som overordnet begrep for sykepleierens funksjonsområde. Dette forklarer jeg også nærmere i de følgende kapitlene.

Jeg er innforstått med at barnets foreldre vil ha en stor rolle for barnets mestring i en situasjon med nyoppdaget T1DM og innleggelse i sykehuset. Jeg har likevel valgt å ikke utdype foreldrenes perspektiv i denne oppgaven. Dette er fordi jeg ønsket å beholde barnet som fokus gjennom hele oppgaven, og det å integrere foreldrene ville fått for stort segment i oppgaven til at problemstillingen kunne besvares tilstrekkelig innenfor oppgavens rammer og ordbegrensninger.

Begrepsavklaringer utover det overstående vil defineres underveis i oppgaven.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven innledes videre med kapittel 2, om teoretisk rammeverk. Dette innebærer forklaringer av generelle fenomener som T1DM og komplikasjoner ved diabetes, barns utvikling, opplevelse av krise, mestring hos barn og kommunikasjon med barn. Videre følger kapittel 3, sykepleiefaglig teori om lover, forskrifter og etikk før en beskrivelse av sykepleierens veiledende funksjon. Disse to kapitlene vil sammen danne grunnlaget for drøftingen i kapittel 6, men først vil oppgavens metode forklares kort i kapittel 4 før forskningsartiklene blir presentert i kapittel 5. Til slutt blir oppgaven oppsummert og konklusjonen faller i kapittel 7.

2. Teoretisk rammeverk

Dalland (2017) skriver at teori ordner fakta til noe meningsfylt og sier noe allment eller generelt for å forklare eller øke forståelsen av et fenomen. I dette kapittelet er det lagt frem teori om Diabetes mellitus type 1 og følgende komplikasjoner, før det følger teori om barnets utvikling, krise, mestring og kommunikasjon med barn. Sammen utgjør dette teori som belyser problemstillingen jeg har valgt, samt danner grunnlaget for drøftingen av denne.

2.1 Diabetes Mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en autoimmun sykdom, som betyr at kroppens eget immunforsvar forårsaker sykdommen ved å angripe insulinproduserende celler i pancreas. Insulin er det sentrale hormonet ved diabetes, da det er dette hormonet som bla. senker blodglukosenivået ved å øke opptaket av glukose fra blodet til muskel- og fettvev (Jenssen, 2015).

Når insulinreservene i kroppen blir lave nok vil T1DM utvikle seg, og barnet får symptomer som økt urinlating og enorm tørstefølelse. Videre vil det kunne sees symptomer som avmagring og vekttap, og barnet blir slapt og trett. Dersom sykdommen får utvikle seg videre vil det oppstå en ketoacidose (Jenssen, 2015). I 2016 hadde 23% av barna som ble innlagt i sykehuset med nyoppdaget T1DM ketoacidose (Skrivarhaug et al., 2017). Ketoacidose forekommer da glukosebehovet i cellene blir for stort, og fettsyrer frigis fra fettvevet. Fettsyrene brytes ned i leveren, og nedbrytningsproduktene hopper opp og omdannes til ketonlegemer og ketosyrer. Disse syrene vil videre føre til at blodet blir surt, og barnet får en acidose, som er en livstruende tilstand (Jenssen, 2015).

Behandlingen av diabetes har som formål å unngå hyper- eller hypoglykemi, samt hindre utvikling av senkomplikasjoner (Sagen, 2011). For barnet betyr denne behandlingen å lære seg praktiske ferdigheter som å måle blodsukker og injisere insulin (Måløy, 2011).

2.2 Komplikasjoner ved diabetes

Komplikasjoner som kan oppstå i løpet av et liv med diabetes er mange, og det skilles ofte mellom akutte komplikasjoner; hypoglykemi og hyperglykemi, og senkomplikasjoner. Senkomplikasjoner oppstår som følge av dårlig regulert blodglukose over tid, og kan blant annet ramme øyne, føtter eller nyrer (Jenssen, 2015). Senkomplikasjoner er viktig å ha

kunnskap om, som en motivasjon for sykdomsreguleringen, men i første møte med barn med nyoppdaget T1DM vil ikke dette være hovedfokus. Det kan være vanskelig å fatte, og i noen tilfeller ha motsatt virkning på motivasjonen hos barnet og foreldrene (Sagen, 2011).

Hypoglykemi betyr lavt blodsukker, og defineres ut fra blodglukosenivå eller symptomer. Normalt vil nivåer under 4 mmol/l gi milde symptomer som sultfølelse, blekhet, svette, hodepine, slapphet og irritabilitet. Ytterligere fall i blodglukosenivået kan være livsfarlig, og gir symptomer som krampeanfoll og bevisstløst (Grønseth & Markestad, 2017; Sagen, 2011). Tilstander av hypoglykemi kan oppstå dersom barnet spiser for lite, setter for mye insulin, eller har et for stort aktivitetsnivå i forhold til matinntak eller insulinmengde. Akutt behandling av hypoglykemi er sukker, gitt enten gjennom mat, via glukagon subkutant eller glukose intravenøst dersom barnet er bevisstløst (Grønseth & Markestad, 2017).

Hyperglykemi er en tilstand med forhøyet blodglukosenivå. Ved sykdomsdebut har barnet hyperglykemi, fordi det ikke lenger har insulin i kroppen som sørger for opptak av glukose i cellene, og glukosen vil derfor forbli i blodomløpet. Etter etablert diagnose og oppstart med insulinbehandling kan det likevel utvikles hyperglykemi. Dette kan skje dersom matinntaket overstiger den gitte mengden insulin, det settes for lite insulin, eller dersom barnet blir behandlet med insulinpumpe, og denne slutter å fungere. Symptomer på hyperglykemi kan være tørste, økt vannlating og redusert allmentilstand, og dette behandles med insulin. Dersom barnet ikke får insulin vil tilstanden utvikle seg til en ketoacidose, som nevnt ovenfor i kapittels 2.1, og kan i verste fall føre til diabeteskoma og død (Mosand & Stubberud, 2016; Sagen, 2011).

2.3 Barnets modenhet og utvikling

Barn i alderen 9-12 år begynner å bli i stand til å skille mellom fantasi og virkelighet, de er i stand til å se sosiale sammenhenger, og forstå hendelser uavhengig av seg selv. De utvikler større forståelse for andres reaksjoner, og kan reflektere rundt moral og ansvar (Grønseth & Markestad, 2017). Psykologen Jean Piaget plasserer barn i denne aldersgruppen i det han beskriver som det konkretoperasjonelle stadiet i livet. Dette innebærer at barnet har utviklet evnen til å tenke logisk, samt forstå mer komplekse årsak-virkning-sammenhenger. Barn i denne aldersgruppen kan også forstå fenomener som smerte, og se sammenheng mellom sykdom og behandling. De evner også å skille mellom relevant og irrelevant informasjon

(Håkonsen, 2014). Barn i denne aldersgruppen er flinke til å holde oppmerksomheten om det de holder på med, i tillegg til å søke, systematisere og ordne informasjon de mottar (Sjøbjerg, 2013).

Psykologen Erik H. Erikson vil ut fra et psykososialt perspektiv plassere barna i denne aldersgruppen i en livsfase han betegner som kreativitet vs. underlegenhet (Håkonsen, 2014). Dette er en fase preget av arbeidslyst, og et ønske om kunnskap. Barn vil i denne sammenheng søke etter kunnskap hos sykepleieren, og gjerne stille spørsmål rundt prosedyrer eller sykdommen. Gjennom et stimulerende og støttende miljø vil barn i denne fasen oppleve en positiv utvikling, mens det i motsatt fall vil føre til en følelse av mindreverd og mislykkethet (Eide & Eide, 2013; Håkonsen, 2014).

Videre vil barna i denne aldersgruppen være i en fase hvor familie og foreldre fremdeles er viktig, men mest i form av at barnet vet at foreldrene er i nærheten (Sjøbjerg, 2013). Barnet er opptatt av jevnaldrende, og fokuserer mot å møte forventninger hos venner utenfor familien. Sosiale relasjoner blir viktig for utviklingen av barnets identitet, og venner og jevnaldrende blir benyttet som mål for egen utvikling (Sjøbjerg, 2013).

2.4 Barns psykososiale behov og opplevelse av krise

Menneskers grunnleggende behov kan inndeles i fysiske, åndelige, seksuelle og psykososiale behov (Stubberud, 2013). De psykososiale behovene innebærer de mentale behovene et menneske har, og kan deles inn i emosjonelle og relasjonelle behov. Den emosjonelle delen består av barnets forhold til seg selv, sin historie og sine omgivelser. Den relasjonelle delen omfatter barnets relasjon til menneskene rundt seg, samt behovet for sosial kontakt og støtte (Stubberud, 2013).

Det å få en kronisk sykdom som diabetes kan for mange oppleves som en livskrise.

Psykososiale behov har grunnlag i at sykdom er et opplevd fenomen, og går derfor ut på hvordan barnet opplever det å være syk (Stubberud, 2013). Sykehusinnleggelsen kommer uten forvarsel for barnet, og medfører utfordringer som kan overstige barnets mestringsevne (Sjøbjerg, 2013). Selv om barnet kanskje ikke har verktøyene til å forstå eller håndtere følelsene som kan oppstå i en slik situasjon, er det viktig at sykepleieren har kompetanse om vanlige reaksjoner i en slik krise for å gjenkjenne dem senere. Faktum er at en person med

diabetes er nødt til å ta ansvar for en av kroppens funksjoner. Det å forstå, og godta dette kan være en svært krevende og emosjonell prosess (Torgauten, 2011).

Kriseteori vil dele denne livskrisen inn i ulike stadier, og i perioden etter diagnostisering vil barnet kunne befinne seg i sjokkfasen. Denne fasen preges av angstfølelse, redsel og stress (Hummelvoll, 2014). Lazarus & Folkman (1984) vil kategorisere en slik krise som en tilstand hvor individet opplever en uoverensstemmelse mellom kravene i situasjonen og ressursene hos individet, noe som plasserer personen i en form for stress. Hvordan personen oppfatter en slik stressende situasjon er avgjørende for mestringen av situasjonen (Helsedirektoratet, 2017a). Dersom barnet vurderer egne evner til å takle situasjonen som gode, vil situasjonen oppleves som mindre stressende. På denne måten vil barnet oppleve mestring og positiv utvikling i situasjonen, fordi stress som mestres er utviklende for mennesker (Helsedirektoratet, 2017a). Når man er barn er både tanker, følelser og opplevelse av mestring sterkt knyttet til selve kroppen, og kroppsbeherskelse (Grønseth & Markestad, 2017). De emosjonelle behovene hos barnet i en sykdomssituasjon kan derfor være behov for trygghet, opplevelse av kontroll over eget liv og kropp, i tillegg til behovet for individuell sykepleie. De relasjonelle behovene kan være kontakt og støtte fra foreldrene, god relasjon med sykepleieren og det å opprettholde sitt sosiale nettverk av venner og familie (Stubberud, 2013).

Barnets opplevelse av situasjonen vil derfor påvirkes av de behovene han har i en slik tilstand, i tillegg til barnets vurdering av egne evner (Stubberud, 2013). Behovene kan endre seg fra dag til dag, eller fra time til time, og skifte mellom en tilstand av håp og trygghet til håpløshet og utrygghet på kort tid. Hvilke konsekvenser sykdommen har for barnets psykososiale behov vil også variere fra person til person, og avhenger bla. av alder, kjønn, tidligere erfaring, personlighet og kognitive utvikling (Stubberud, 2013).

2.5 Mestring hos barn

Mestring kan sees på som en vellykket håndtering av stressende opplevelser eller situasjoner (Helsedirektoratet, 2017a). Lazarus & Folkman (1984) definerer mestring som handlingsrettede forsøk på å håndtere utfordringer som oppfattes som krevende. Personens egne tanker om situasjonen han er i utgjør grunnlaget for opplevelsen av situasjonen. Disse

tankene, sammen med ulike faktorer i situasjonen personen befinner seg i, avgjør hvordan han mestrer situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984).

For å oppnå mestring finnes hovedsakelig to ulike strategier; en følelsesorientert strategi og en problemorientert strategi. Den følelsesmessige strategien tar sikte på å regulere, eller endre følelsene personen har knyttet til situasjonen. På denne måten vil personen forsøke å endre meningsinnholdet i situasjonen for å redusere stresset situasjonen medbringer. Denne strategien er nødvendig i situasjoner som ikke kan endres, men kan i visse situasjoner betraktes som et forsøk på å unngå eller flykte fra et problem (Lazarus & Folkman, 1984).

En mer hensiktsmessig strategi for barn med diabetes er problemfokusert mestring. Dette er en aktiv og direkte tilnærming til utfordringene som oppstår. Her må personen tilegne seg kunnskap og informasjon om hva som må gjøres i situasjonen, og handle deretter for å endre den problematiske utfordringen ved situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984). For barn med diabetes kan problemfokusert mestring eksempelvis være å snakke med foreldre, venner eller helsepersonell, være kunnskapssøkende og deltakende i veiledningen (Karlsen, 2011).

I tillegg til å være en respons på et stressende stimuli, er mestring også en viktig forutsetning for læring. Ved at barnet opplever å håndtere situasjonen, vil det oppnå en positiv følelse av mestring. Dette oppstår når barnet opplever situasjonen som passe utfordrende, på grensen til hva det kan takle, og det oppstår en indre, motivert form for læring (Helsedirektoratet, 2017a).

2.6 Kommunikasjon med barn

En sykdomssituasjon innebærer ofte en krise preget av følelsen av usikkerhet og engstelse. Det medfører brudd i rutiner, endrede kontaktforhold og nye personer å forholde seg til. Det å skape en trygghet i en slik situasjon blir viktig for barnet. Denne tryggheten handler i stor grad om det å ha kontroll, noe barnet tidligere har opplevd i sine kjente omgivelser, med kjente personer og forutsigbarhet (Eide & Eide, 2013).

Når barnet blir sykt og havner på sykehus vil alt dette forandre seg, og sykepleieren må finne en måte å skape en kontakt og bygge tillit til barnet på. Et fint sted å starte er ved å finne et felles område for oppmerksomhet med barnet. Dette kan sykepleieren oppnå ved å lytte til barnets interesser, og se hva barnet bryr seg om. Når dette området er etablert vil det være

enklere å ta i bruk hjelpemidler i kommunikasjonen. Gjennom lek, tegning eller fortellinger kan det være enklere for barnet å uttrykke seg, og ha samtaler om mer alvorlige temaer (Eide & Eide, 2013). I samtale med, og veiledning til barnet er det viktig at barnet holdes i hovedfokus, og snakker direkte og åpent. Sykepleieren må gi informasjon tilpasset barnets situasjon og utviklingsnivå, og møte barnet der det er. Barnet føler seg sett og anerkjent når sykepleieren lytter aktivt, responderer på det barnet sier, og er bekræftende i kommunikasjonen, både verbalt og non-verbalt (Tveiten, 2012).

Kommunikasjon med barn er et komplekst samspill mellom en voksen maktperson og et lite og uerfarent menneske. For å skape en god relasjon og kommunikasjon må tilliten bygges ved hjelp av et felles interesseområde, og bygges videre ved hjelp av respekt, anerkjennelse, empati, fantasi og kommunikasjonsferdigheter (Eide & Eide, 2013; Tveiten, 2012).

3. Sykepleiefaglig perspektiv

I dette kapittelet følger utdypninger av teori sett fra sykepleierens perspektiv. Dette er lovverk sykepleieren må forholde seg til, i tillegg til etiske refleksjoner som oppstår i møtet med barn. Videre beskrives sykepleierens funksjon, med beskrivelser av sykepleierens ansvar som profesjonell utøver av helsetjenester. Sammen med foregående kapittel utgjør dette teorien som legger grunnlaget for drøftingen av problemstillingen.

3.1 Juridisk rammeverk

Barna i denne oppgavens målgruppe er 9-12 år. Det betyr at barnet er mindreårig, og ikke har samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse innebærer pasientens rett til å samtykke til helsehjelp. Dersom barnet har fylt 12 år har det derimot rett til å samtykke til helsehjelp når det gjelder forhold foreldrene ikke vet om (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4). Likevel poengterer Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4) at barn som har fylt 7 år må få mulighet til å ytre sin mening før samtykket til helsehjelp avgjøres. Barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet, og når barnet har fylt 12 år skal det legges stor vekt på hva barnet selv mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver også forhold som pasientens rett til informasjon. Dette innebærer at pasienten skal ha informasjon som er viktig for å få innsikt i egen helsetilstand, og hvilken hjelp og behandling som tilbys. Når pasienten er under 16 år skal denne informasjonen både gis til barnet og foreldrene. Barnet har videre rett til å få tilpasset informasjon til individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring, og språk, og informasjonen må gis på en hensynsfull måte til barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Gjennom å få tilstrekkelig informasjon vil barnet være i stand til å medvirke i valg som omfatter han selv. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3) påpeker pasientens rett til å medvirke, og til å bli involvert i beslutningsprosesser. Også her poengteres det at barn skal gis informasjon, og bli hørt i sine meninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3).

Å informere pasienten er et viktig ansvar hos sykepleieren, og det er således ikke en oppgave sykepleieren kan velge bort. Helsepersonelloven (1999, § 10) peker på at sykepleieren har en plikt til å informere den som har krav på det, slik det er beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) ovenfor. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3)

understreker også at sykepleieren har plikt til å sikre seg at barnet har forstått informasjonen som blir gitt, og hva det innebærer.

I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) er det videre beskrevet en rekke bestemmelser som gjelder når mindreårige barn er innlagt i sykehus. Dette innebærer blant annet at barnet skal legges inn på egne barneavdelinger, ha oppfølging av det samme personalet, og at de har rett til å ha minst én av foreldrene sine til stede under oppholdet. Forskriften beskriver videre at foreldrene skal få avlastning, og egne oppholdsrom. Det understrekes også at helsepersonell som skal ta hånd om barn må ha kunnskap om barns utvikling og behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

3.2 Ethiske refleksjoner

Autonomi betyr selvbestemmelse, og retten til å bestemme over eget liv. Dette innebærer blant annet at barnet har rett til å bli informert om situasjonen, og rett til å delta i beslutninger som angår seg selv (Brinchmann, 2014). Tveiten (2012a) skriver at autonomi kan forstås som et prinsipp, en rettighet eller en egenskap. Som prinsipp kan det bety at barnet skal få uttale seg, og at barnets ønsker og behov bør prioriteres når avgjørelser skal tas. Autonomi som rettighet vil si at barnet har en rett til å uttale seg, og at foreldrene, siden barnet ikke er samtykkekompetent, har rett til å ta avgjørelser på vegne av barnet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2012a). Autonomi som egenskap betyr å handle i tråd med egne ønsker og behov, noe som gjør at barnet kontinuerlig befinner seg på en varierende grad av autonomi, avhengig av situasjon og kontekst barnet befinner seg i (Tveiten, 2012a).

Ethiske problemstillinger kan eksempelvis oppstå i tilfeller hvor barnet og foreldrene har ulike meninger om hva som er det beste, dersom foreldrene ikke er enige i helsepersonellens vurderinger eller dersom barnet motsetter seg prosedyrer (Tveiten 2012a). Det å ivareta autonomien hos barnet kan derfor være svært utfordrende. Siden barnet ikke har samtykkekompetanse, er det foreldrenes ansvar å samtykke på vegne av barnet. Barn har imidlertid rett til å uttale seg fra det er 7 år, og derfor må det legges vekt på barnets egne ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten 2012a). Sykepleieren må sørge for at barnet føler seg ivaretatt på best mulig. Dette kan gjøres ved at kommunikasjonen skjer på barnets premisser, tilpasset barnet, med foreldrene tilstede (Brinchmann, 2014).

Norsk sykepleierforbund (2016) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I disse retningslinjene er det blant annet også beskrevet at sykepleieren må fremme pasientens mulighet til å ta egne avgjørelser. For at barnet skal bli i stand til å ta slike avgjørelser er han avhengig av å få tilpasset informasjon som han kan forstå (Norsk sykepleierforbund, 2016). Videre er det i yrkesetiske retningslinjer blant annet beskrevet fokusområder som at sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Dette innebærer at sykepleieren må ivareta alle grunnleggende behov, noe som omfatter både fysiske, psykiske og åndelige behov hos barnet (Stubberud, 2013). Videre skal sykepleieren handle på en måte som understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016).

3.3 Sykepleierens veiledende funksjon

Som sykepleier er det å veilede pasienter og pårørende et grunnleggende ansvarsområde, og en viktig funksjon (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Å gi barnet informasjonen og grunnlaget det trenger for å fatte beslutninger og ta valg som fremmer egen helse er noe sykepleierne er lovpålagt å gjøre (Helsepersonelloven, 1999, §10; Norsk sykepleierforbund, 2016).

I følge Tveiten (2016) er veiledning er et paraplybegrep som brukes om det hun kallet en istandgjøringsprosess, som gjør barnet i stand til å ta egne avgjørelser og ta kontroll over faktorer som er avgjørende for egen helse. Denne prosessen inkluderer både informasjon, undervisning og veiledning, som er begreper som henger tett sammen (Tveiten, 2016). Hensikten med å informere barnet er å fjerne eller redusere usikkerhet. Informasjon kan gis på ulike måter, og tar utgangspunkt i å informere barnet om situasjonen det er i, og hva som skal skje (Sørbjerg, 2013). Videre er undervisning en arena hvor sykepleieren formidler sin kunnskap gjennom et godt planlagt undervisningsopplegg som tilpasses barnet. Veiledningen kan ikke planlegges på samme måte, men tar utgangspunkt i de aktuelle behovene barnet har, slik at barnet kan ta større del av styringen (Tveiten, 2016). Videre skriver Tveiten (2016) at veiledningen både er formell, relasjonell og pedagogisk. Det at veiledningen er formell vil si at den skjer i en formell setting, hvor sykepleieren har en funksjon som veileder for barnet, og at veiledningen skal foregå i henhold til lover, forskrifter og etiske retningslinjer. Det pedagogiske aspektet tilsier at det inngår læring i veiledningsprosessen, mens det relasjonelle aspektet understreker viktigheten av en god relasjon mellom sykepleieren og barnet. Denne

relasjonen må være støttende og utfordrende for å fordre utvikling og mestring på best mulig måte.

Hovedmålet for denne istangjøringsprosessen eller veiledningsprosessen, er å fremme trygghet, og hjelpe pasienten til en forståelse og mestring av sykdommen og behandlingen (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Det er sykepleierens oppgave å motivere barn med nyoppdaget diabetes til å lære om sykdommen, og mestre utfordringene både sykdommen og behandlingen kan by på (Karlsen, 2011). Dette krever kompetanse om pedagogikk, barns utvikling, veiledning og mestring hos sykepleieren, i tillegg til en relasjon bygget på tillitt og fortrolighet mellom sykepleieren og barnet (Tveiten, 2016).

4. Metode

I dette kapitlet beskrives metoden som er brukt for å besvare problemstillingen. I tillegg beskrives søkeprosess og valg av database. Til slutt vil jeg reflektere rundt kildekritikk, og valg av de anvendte kildene.

4.1 Litterær metode

Denne bacheloroppgaven er skrevet med en litterær metode. Det vil si at den i hovedsak bygger på aktuelle skriftlige kilder, som fag- og forskningsartikler, i tillegg til faglitteratur, for å belyse problemstillingen (Dalland, 2017).

Forskningen i artiklene som er brukt for å besvare problemstillingen er utført med kvalitativ metode. Dette er en metode som hjelper forskeren å gå i dybden av et problem, og får frem ulike perspektiver rundt det aktuelle problemet. Ofte omfatter dette et mindre antall deltakere, noe som gir hver enkelt deltaker en større mulighet til å utdype sitt perspektiv (Dalland, 2017).

4.2 Database og søkeprosess

I oppgaven har jeg benyttet relevant forsknings- og faglitteratur hentet fra pensumlisten for bachelorstudiet, høgskolens bibliotek og biblioteket på Rikshospitalet. Forskningsartiklene jeg har valgt for å belyse problemstillingen har klar sykepleiefaglig relevans, og er utgitt i anerkjente tidsskrifter. Jeg har anvendt ulike skjemaer fra høgskolens bibliotek for vurdering av de aktuelle artiklene, med hensikt i å forsikre meg om at søkene jeg har utført er relevante for min problemstilling.

I søkene etter relevant forskning har jeg i hovedsak benyttet Cinahl, som er en bibliografisk database for forskningsartikler innen sykepleie- og helsefag. I denne databasen har jeg foretatt mange ulike søk, hvorav to av disse søkene har gitt meg artikler med gode og ulike synspunkter jeg kan bruke i oppgaven. Nedenfor vil jeg detaljert forklare hvordan disse søkene ble utført.

Søk 1

Dette søket ble gjennomført før jeg avgrenset problemstillingen til å *ikke* inkludere foreldre.

1. Søkeord: «teaching» OR «counselling» OR «education»
2. “Child”
3. “Parents”
4. “Diabetes mellitus, type 1”
5. 1, 2, 3, 4, kombinert ved hjelp av AND.

Avgrensning: «research article», «2008-2018».

Dette ga et resultat på 62 artikler, hvorav jeg leste sammendraget til 15 stk. av disse. Videre skrev jeg ut 7 av dem, og leste dem nøye. Ut fra dette søket valgte jeg ut artikkel nr. 3, 4, 7 & 8 i artikkelmatrisen presentert i neste kapittel. Disse artiklene ble valgt ut grunnet deres relevans for min problemstilling, årstall de ble gitt ut, og holdninger presentert i artiklene.

Søk 2

Dette søket ble gjennomført etter avgrensningen, og er stort sett det samme, bare ekskludert foreldre.

1. Søkeord: «teaching» OR «counselling» OR «education» OR «patient education»
2. «Child»
3. «Diabetes mellitus, type 1»
4. 1, 2, 3, kombinert med AND

Avgrensning: «research article», «2010-2018», «Språk: engelsk, norsk, svensk, dansk», «Barn: 6-12 år» og «Full text».

Dette ga et resultat på 32 artikler, hvorav jeg leste sammendrag på 17 artikler. 6 av disse valgte jeg å skrive ut og lese mer nøye. Ut fra dette valgte jeg å bruke artikkel nr. 1, 2, 5 og 6. Disse artiklene ble valgt ut grunnet deres relevans for min problemstilling og holdninger presentert i artiklene.

4.3 Kildekritikk

I denne oppgaven har jeg benyttet mye forskjellig fag- og forskningslitteratur. Den ulike faglitteraturen er valgt ut grunnet oppgavens ulike fokusområder, og gjenspeiler det mest aktuelle innenfor dette fagområdet i nyere tidsperiode. Jeg har i oppgaven etterstrebet bruken av primærkilder, likevel vil det være noen teorier, blant annet Piaget og Eriksons

utviklingsteorier, hvor jeg har benyttet gjengivelse av Håkonsen (2014), og anser dette som en troverdig kilde med korrekt gjengivelse av teoretikerne budskap.

Videre har jeg i mitt søk etter forskningslitteratur valgt artikler basert på holdninger og fokusområder som gjenspeiler min problemstilling. Samtlige artikler er utgitt av anerkjente fagfelleverderte tidsskrifter, og er av nyere dato, i hovedsak skrevet etter 2010. Videre er artiklene med unntak av én review, utført med kvalitativ metode, som benyttes når en ønsker å gå i dybden av et fenomen, slik jeg ønsket i denne oppgaven. Artiklene hevder videre å være skrevet ut fra faglig interesse og fagområdets behov, med objektivt syn på problemområdet som utforskes. Det kommer ikke frem av noen artikler at de er skrevet for å selge noe eller overbevise leseren. Fire artikler utført i USA, to fra Brazil og resterende artikler fra Norden. Artiklene utført i andre verdensdeler kan påvirke overførbarheten til Norge, men på grunnlag av metode og funn i artiklene fremstår de likevel som relevante. Jeg er likevel ydmyk på at min oversettelse av engelske artikler ikke alltid vil være helt korrekt, og at dette også kan være potensielle feilkilder i min oppgave.

5. Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet følger en presentasjon av forskningsartiklene som har blitt benyttet i denne oppgaven, satt inn i en tabell for artikkelmatrise. Denne tabellen viser en sammenfattet oversikt over forfatter, årstall, tittel, tidsskrift, hensikt, metode og funn i hver artikkel.

	<i>Forfatter/år</i>	<i>Tittel</i>	<i>Tidsskrift</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Metode</i>	<i>Funn</i>
1	da Silva, L. S. R., Correia, N. S., Cordeiro, E. L., da Silva, T. T., da Costa, L. T. O. & Maia, P. C. V. S. (2017)	Nursing angles: The playfulness as an instrument of citizenship and humanization in health	Journal of nursing UFPE On Line	Undersøke syn på "Nursing Angles" og bruk av lek i behandlingen av barn med kroniske lidelser.	Kvalitativ metode. Intervjuer med 38 veiledere/sykepleiere fra kreftavdelinger.	Alle deltakerne hadde utelukkende positive oppfatninger av en slik undervisningsmetode, og mente lek og latter bidro til å bedre barns opplevelse på sykehuset.
2	Ekra, E. M. R., Korsvold, T. & Gjengedal, E. (2015)	Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present experiences	BMC nursing	Identifisere potensielle kjennetegn ved å bli innlagt på sykehuset med en T1DM-diagnose i dag, og fra et retrospektivt perspektiv fra perioden 1950-1980	En hermeneutisk analyse av to fenomenologiske studier. Førstnevnte inkluderte dybdeintervjuer med 12 voksne, mens sistnevnte inkluderte 9 barn mellom 6-12 år som ble observert, intervjuet og vist fotografier.	Viktig å lytte til barns ønsker, og se ting fra barnets perspektiv. La barn være aktive deltakere.
3	Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. & Mandleco, B. (2013)	Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives	Journal of clinical nursing	Identifisere utfordringer barn og unge med diabetes type 1 møter, fra deres perspektiv	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuer med 16 barn mellom 6-18 år.	Tre hovedtemaer viste seg at var utfordrende for de fleste barna; lav blodglukose, egenomsorgsaktiviteter og følelsen av å være annerledes
4	Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. (2012)	Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents	Scandinavian journal of caring sciences	Utforske viktige faktorer i ulike pasientopplæringshendelser på sykehuset	Kvalitativ metode. 12 barn mellom 5-12 år og 19 foreldre ble intervjuet, og spurt om å gjenkalle én spesifikk pasientopplærings-situasjon.	Faktorer for positive opplevelser var bla. at deltakerne følte de hadde fått nok informasjon, at de forsto informasjonen og fikk til å kontrollere sykdommen.
5	Koller, D. (2016)	"Kids need to talk too": inclusive practices for children's healthcare	Journal of clinical nursing	Undersøke hvordan barn med kroniske lidelser ser på pasientopplæring og muligheten til å	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer med 26 barn i alderen 5-8 år, 9-12 år og 13-18 år.	Det blir ikke alltid tatt hensyn til barn, i valg som tas. Barn ønsker å delta i beslutningstakingen.

		education and participation		delta i beslutningstakingen.		
6	Schmidt, C. A., Bernaix, L. W., Chiapette, M., Carroll, E. & Beland, A. (2012)	In-hospital survival skills training for type 1 Diabetes: Perceptions of children and parents	The American journal of maternal/child nursing	Undersøke hvordan barnet og foreldrene opplever veiledningen de fikk etter barnet fikk T1DM.	Blandet kvalitativ og kvantitativ metode. 20 barn mellom 8-15 år ble intervjuet, og 25 foreldre svarte på et spørreskjema.	De var generelt fornøyde med veiledningen de fikk, spesielt satte barn pris på å bli demonstrert prosedyrer, i tillegg til et godt ordlag hos sykepleieren.
7	Sparapani, V. C., Jacob, E. & Nascimento, L. C. (2015)	What is it like to be a child with diabetes mellitus?	Pediatric nursing	Undersøke hvordan det er å være et barn med T1DM, samt hvilke faktorer som påvirker sykdomskontroll	Kvalitative intervjuer med 19 barn i alderen 7-12 år.	Beskriver viktigheten av å ta hensyn til barns psykososiale behov, i tillegg til de fysiske, i veiledning av barna.
8	Kelo, M., Martikainen, M. & Eriksson, E. (2011)	Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review	Journal of advanced nursing	Skape innsikt I muligheter for å utvikle pasientopplæring på en måte som fremmer empowerment	Litteraturgjennomgang av ulike studier om egenomsorg hos barn i skolealder.	Det må være en balanse mellom krav for diabetesomsorgen, og barnets modenhet. Sykepleierne må veilede på en måte som fører til mestring gjennom å benytte barnets ressurser, myndiggjøre barnet og hjelpe foreldre til å overgi mer av ansvaret til barnet.

6. Hvordan kan sykepleieren gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?

I dette kapitlet følger en drøfting av oppgavens problemstilling, utført ved hjelp av teorien presentert i kapittel 2 og 3, samt forskningslitteraturen presentert i kapittel 5. Drøftingen begrenses til fire ulike punkter; kommunikasjon med mening, barnets psykososiale behov, barnets behandlingsbehov og dialogens ulike metoder. Dette er punkter basert på teorien om at sykepleieren først og fremst må lære barnet og kjenne, gjennom kommunikasjon, før hun sammen med barnet kan definere barnets behov og videre skape mestring gjennom ulike veiledningsmetoder.

6.1 Kommunikasjon med mening

Kelo, Eriksson & Eriksson (2012) fant i sin studie at barn som innlegges i sykehus med kroniske lidelser legger stor vekt på relasjonen de får med sykepleieren når de skal vurdere oppholdet sitt på sykehuset. Sykepleieren ble av barna vurdert ut fra evnen til å opprette en dialog hvor barnet følte seg i fokus og ble ivaretatt (Kelo et al., 2012). Tveiten (2016) skriver at sykepleieren gjennom dialog med barnet kan lytte til barnet for å forstå hvordan barnet selv opplever og vurderer situasjonen. Videre kan sykepleieren gjennom dialog få frem barnets syn, prioriteringer av behov, vurdering av egne ressurser og eventuelle utfordringer eller hindringer barnet føler. Hensikten er å oppnå en felles forståelse av situasjonen for sykepleieren og barnet, og komme frem til ulike mål uten at sykepleieren overtaler eller bruker makt (Tveiten, 2016). Dette fordrer at partene i dialogen – sykepleieren og barnet, er så likeverdige som mulig. For å fremme likeverd er brukermedvirkning en forutsetning, og sykepleieren må verdsette kompetansen barnet har om seg selv (Tveiten, 2016). Christiansen (2013) hevder i denne sammenheng at det å anerkjenne barnet som en ekspert på seg selv vil bidra til at barnet føler seg verdsatt, sett og respektert. På den andre siden kan det kanskje aldri være mulig å oppnå total likestilthet i en slik relasjon. Sykepleieren er voksen, i en rolle som fagutøver, som gir makt i form av fagkompetanse, beslutningsmyndighet og kontrollfunksjon (Tveiten, 2016). Barnet vil sannsynligvis gå inn i situasjonen med usikkerhet og store forventninger til sykepleieren, og møtet mellom sykepleieren og barnet kan preges av at barnet er umyndig, sykt og hjelpetrengende mens sykepleieren er en som kan tilby hjelp og støtte (Karlsen, 2011). Således er det sykepleierens oppgave å omfordele makten. Dette oppnås når barnet selv får uttrykke sine behov, og blir anerkjent som ekspert på seg selv. Da

vil barnet føle seg verdig i situasjonen, og det vil oppstå en positiv relasjon. En slik maktfordeling skaper trygghet i situasjonen, og gjør at barnet får tillit til sykepleieren (Tveiten, 2016). Koller (2016) viser viktigheten av å bygge opp en slik relasjon, da hun i sin forskning fant at barn følte det var lettere å delta i samtaler og stille spørsmål dersom de følte seg trygge med sykepleieren.

Christiansen (2013) beskriver det som at kommunikasjon omfatter både relasjon og innhold. Relasjonen baserer seg på faktorer som trygghet og tillit, mens innholdet er det som skal formidles. Disse to forholdene står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre, da det for barnet er nødvendig med en god relasjon til sykepleieren for å beherske situasjonene og delta i læringen (Christiansen, 2013). Koller (2016) fant bevis på dette i sin forskning, hvor barna uttrykte at de ønsket å kjenne sykepleieren, og føle seg komfortabel med henne før de ville delta i samtaler med henne. Videre fant Koller (2016) at det å bygge en tillitsfull relasjon med sykepleieren var signifikant for alle deltakerne i studien. Sykepleierens faglige og pedagogiske kompetanse er viktig, i tillegg til ulike personlige egenskaper hos sykepleieren (Kelo et al., 2012). Kelo et al. (2012) diskuterer videre at sykepleierens faglige kompetanse burde inkludere evne til å ta vare på barnet, og forstå hvilke belastninger en innleggelse i sykehus kan ha for barnet, i tillegg til kompetanse om sykdommen og behandling av den. Pedagogisk kompetanse innebærer kunnskap om læringsprosesser, og evnen til å veilede, mens personlige egenskaper som ble verdsatt var blant annet evnen til å føre en dialog, vennlighet, tålmodighet, en oppmuntrende atferd og god sans for humor (Kelo et al., 2012). Denne kunnskapen må sykepleieren klare å overføre til situasjonen, eksempelvis ved å skape åpen kommunikasjon gjennom en lyttende holdning, ved å stille åpne spørsmål og gjengi sammenfatninger av det barnet sier (Eide & Eide, 2013). Sykepleieren må videre benytte ord barnet forstår, og tilpasse informasjonen til den enkeltes alder, erfaringer og språk, slik det også er poengtert i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Koller (2016) understreker dette, da hun i sin studie konkluderer med at barn setter pris på å motta informasjon på en måte de forstår, med et språk og en tone de selv benytter. Ved at sykepleieren tilpasser både informasjon og kontekst til barnets individuelle behov vil barnet føle mestring i situasjonen (Kelo et al., 2012).

Når sykepleieren gjennom kommunikasjon og dialog har opprettet en god relasjon til og blitt kjent med barnet, kan læringsprosessen begynne. Læring av teori og ferdigheter er sådan nødvendig for at barnet skal kunne mestre utfordringene livet med T1DM kan by på (Karlsen,

2011). Motivasjon er en viktig forutsetning for læring, og motivasjonen genereres gjennom god kommunikasjon mellom sykepleieren og barnet (Karlsen, 2011). I følge Karlsen (2011) påvirkes motivasjonen av to hovedkomponenter; forventningen om å kunne mestre en utfordring, og balansen mellom utfordringens verdi og kostnad. Når barnet føler seg trygg i situasjonen, vil han kunne bruke sin energi på å utvikle sin selvforståelse og tro på egne evner. I tillegg vil barnets forventninger og tro på egne evner øke i takt med kompetanseutviklingen som oppstår gjennom veiledning og undervisning fra sykepleieren (Karlsen, 2011). I motsatt fall vil barnet kunne få en negativ assosiasjon til egne evner dersom sykepleieren unnlater å gi tilstrekkelig informasjon, eller handler på en måte som gjør at barnet føler seg oversett (Kelo et al., 2012). Sjøbjerg (2013) understøtter dette da hun skriver at det å gi barnet mulighet til å delta i avgjørelser, og sådan gjøre barnet til en aktiv deltaker i kommunikasjonen, øker barnets velvære. Det vil også redusere angstfølelser hos barnet fordi barnet føler en større personlig kontroll (Sjøbjerg, 2013). Selvstendighet og mestringsevne hos barnet styrkes derfor ved å la barnet delta i avgjørelser (Koller, 2016).

Barnet er således avhengig av sin autonomi og medbestemmelse for å føle at han har kontroll i situasjonen. Dette poengteres av Brinchmann (2014) som påpeker at det å få delta i beslutninger som angår en selv, og retten til å bli informert er et sentralt prinsipp for ivaretagelsen av barnets autonomi. Tveiten (2012a) utdyper dette når hun konstaterer at barnet kontinuerlig befinner seg på en varierende grad av autonomi, avhengig av hvilken situasjon og kontekst barnet befinner seg i. Autonomien hos barnet blir på den andre siden også ivaretatt når barnet kan bestemme seg for å ikke delta eller ha ansvar i situasjonen. Ekra, Korsvold & Gjengedal (2015) diskuterer at det å gi barnet en stemme og et valg ikke er det samme som å gi dem alt ansvaret i situasjonen. Funnene i deres forskning pekte på at barn ønsker å flyte mellom å være en aktiv deltaker og en passiv tilskuer i kommunikasjonsprosessen. Likevel kan ikke barnet fraskrive seg alt ansvar, da det er nødvendig for sykdomskontrollen at barnet er delaktig i behandlingsprosessen. Gjennomføringsevnen og motivasjonen vil være større dersom barnet erkjenner situasjonen, og innfinner seg med det som skal skje (Karlsen, 2011). Sykepleieren må derfor se barnet som et individ, og ta hensyn til barnets ønsker, rettigheter og behov (Ekra et al., 2015). Koller (2016) oppgir at alle deltakerne i hennes studie påsto at god kommunikasjon var essensielt for god omsorg. Schmidt et al. (2012) konkluderer med at sykepleieren aldri må undervurdere innvirkningen sykepleierens ord har for barnets mestring. En kan derfor påstå at kommunikasjon med grunnlag i dialog mellom sykepleieren og barnet er fundamentalt for å

komme frem til en felles forståelse og en felles målsetting for både barnet og sykepleieren (Tveiten, 2016).

Sykepleieren kan ved bruk av kommunikasjonsferdigheter som åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatninger bidra til at barnet føler seg sett, anerkjent og motivert (Karlsen, 2011). Ved å stille åpne spørsmål vil barnet selv kunne formidle egne opplevelser av situasjonen. Ved å reflektere over det barnet uttrykker vil sykepleieren bekrefte det barnet sier, og vise barnet at det er i fokus (Eide & Eide, 2013). Sammenfatninger vil videre bidra til å oppsummere det barnet sier, skape mer oversikt, og samtidig gi barnet mulighet til å rette opp i eventuelle misforståelser hos sykepleieren. Gjennom kommunikative ferdigheter kan sykepleieren altså bidra til at barnet med diabetes får utforsket og styrket sin motivasjon til å lære og mestre sin sykdom (Karlsen, 2011). Når sykepleieren har opprettet en trygg og tillitsfull situasjon, og gjort seg kjent med barnet vil det videre være enklere å se hvilke behov det enkelte barnet har.

6.2 Barnets psykososiale behov

Psykososiale behov kan deles inn i emosjonelle og relasjonelle behov. Den emosjonelle delen omfatter barnets forhold til seg selv, barnets erfaring og omgivelsene rundt barnet (Stubberud, 2013). Stubberud (2013) skriver videre at de emosjonelle behovene hos barnet innebærer behovet for å oppleve trygghet, tilfredshet og velvære, i tillegg til å være orientert og oppleve kontroll over eget liv. Ekra et al. (2015) fant i sin forskning at barn synes det å bli innlagt i sykehus kan være en svært skremmende og traumatisk opplevelse. På den ene siden har barn ofte liten eller ingen tidligere erfaring fra sykehus, og er dermed nødt til å tre inn i et ukjent miljø med nye rutiner, medisinsk utstyr og ukjente mennesker (Ekra et al., 2015).

Usikkerheten rundt det ukjente kan skape følelser av bekymring, angst og frykt, og danne en opplevelse av underlegenhet og rådløshet (Hummelvoll, 2014; Sparapani, 2015). På den andre siden må ikke sykepleieren undervurdere barnets evner til å forstå, og tilpasse seg situasjonen han har havnet i. Håkonsen (2014) påstår at barn i aldersgruppen 9-12 år er vitebegjærlige, søker kunnskap og ønsker å forstå hva som skjer. Sykepleieren må derfor tilpasse informasjonen hun gir slik at barnet kan forstå situasjonen, og delta i beslutningstakingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ved at sykepleieren retter fokus mot barnet, og tar utgangspunkt i hans modenhet og mulighet til å forstå vil barnet oppleve situasjonen som stimulerende. Ved å få medvirke i valg som skal tas vil barnet føle seg ivaretatt og støttet, og

til sammen vil disse faktorene føre til at barnet opplever mestring i den nye og ukjente situasjonen (Eide & Eide, 2013; Håkonsen, 2014). Ekra et al. (2015) konkluderer med at sykepleieren må lytte til barnet, og ta hensyn til barnets modenhet og erfaring når hun møter barnet. Ved å fokusere på barnets perspektiv og anerkjenne barnet som en aktiv deltaker i veiledningen vil barnet oppleve mestring (Ekra et al., 2015).

Den relasjonelle delen av de psykososiale behovene hos barnet omfatter barnets behov for fellesskap og relasjon med mennesker rundt seg. Dette innebærer barnets behov for sosial kontakt og følelsesmessig støtte, i tillegg til behovet for gode relasjoner med sykepleieren og andre omsorgspersoner (Stubberud, 2013). Barn er avhengig av emosjonell støtte, et tett nærvær og underbygning av håp for å mestre sykdommen (Kelo et al., 2012). Sykepleieren har derfor et viktig ansvar for å bygge en relasjon til barnet, og kommunisere på en måte som understøtter barnets håp om fremtiden (Norsk sykepleierforbund, 2016). Schmidt, Bernaix, Chiappetta, Carroll & Beland (2012) fant i sin forskning at barna oppga at sykepleieren bidro til oppmuntring og håp ved at de kom med oppløftende ord og utsagn. Ord som bekreftet at de kunne leve et normalt liv, og fortsette med aktiviteter de hadde satt pris på tidligere gjorde at det var lettere å tilpasse seg og godta diagnosen (Schmidt et al., 2012). Schmidt et al. (2012) konkluderer med at sykepleierens oppmuntrende ord fører til at barnet mestrer daglige diabetesrelaterte utfordringer, i tillegg til at det gir barnet et håp om fremtiden.

I tillegg til behovet for en god relasjon til sykepleieren har barnet behov for å ha nærhet til foreldre (Sjøbjerg, 2013). Kelo et al. (2012) påpeker at barna hadde negative erfaringer med veiledning i tilfeller hvor de ble tvunget til å skilles fra foreldrene sine. Barnet finner trygghet i å ha foreldrene sine i nærheten, og redselen for å separeres fra dem øker når barnet opplever en stressende situasjon som sykehusinnleggelse og sykdom kan være (Sjøbjerg, 2013). I forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000) er det beskrevet at barnet skal ha minst én av foreldrene sine hos seg under oppholdet. På den andre siden har foreldrene rett til å få avlastning, og tilgang på eget oppholdsrom. Sykepleieren må derfor legge til rette for at foreldrene kan være hos barnet, når barnet har behov for det. Dette innebærer at sykepleieren må samhandle med foreldrene for å avklare i hvilken grad foreldrene kan bidra (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Siden barnet er under 12 år skal foreldrene uansett ha informasjon om barnets helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det kan derfor være en trygghet for barnet å vite at foreldrene får informasjon, selv om de ikke alltid er med i veiledningssituasjonene.

Barnet i alderen 9-12 år søker samtidig bekreftelse utenfor familien (Sjøbjerg, 2013). Identiteten bygges og jevnaldrende venner blir mer viktige i barnets liv. Barnet sammenligner seg med sine jevnaldrende, og bruker venner og skolekamerater som målestokk for egen utvikling. På den ene siden kan denne sammenligningen med andre bidra til at barnet opplever en motivasjon for å lære seg kunnskap og ferdigheter slik at de kan delta på aktiviteter med, og besøk hos venner (Sjøbjerg, 2013). På den andre siden kan en sykdom som T1DM medvirke til at barnet føler seg annerledes fra sine jevnaldrende, og således være en ødeleggende faktor for barnet (Sjøbjerg, 2013). Både Freeborn, Dyches, Roper & Mandleco (2013) og Sparapani et al. (2015) trekker frem følelsen av å være annerledes som en utfordring hos barna med diabetes. Sparapani et al. (2015) skriver at det å ha diabetes skaper fordommer og avvisning fra andre barn. Dette fører til at barnet med diabetes kan få problemer med å danne vennskap og relasjoner med jevnaldrende uten kunnskap om sykdommen (Sparapani et al., 2015). Freeborn et al. (2013) diskuterer videre om at det å føle seg annerledes fører til at barnet unngår aktiviteter som å spise, måle blodglukose eller administrere insulin, og dermed påvirker sykdomsreguleringen på en negativ måte. Dette bekreftes av Sparapani et al. (2015) som skriver at barna ofte unnlot å fortelle nye venner om sykdommen, fordi de skammet seg over å være annerledes. Dette er derimot veldig uheldig, da venner og personer rundt barnet med diabetes er viktig hjelp for barnet dersom det får hypo- eller hyperglykemi med påfølgende redusert bevissthet (Sparapani et al., 2015). En viktig funksjon for sykepleieren er derfor å snakke med barnet om disse følelsene. Sykepleieren kan videre fremme strategier som reduserer følelsen av å være annerledes (Freeborn et al., 2013). Freeborn et al. (2013) nevner tiltak som støttegrupper, lokale diabetesforeninger, arrangerte vennskap med andre barn med diagnosen, eller ved at sykepleieren hjelper barnet med å undervise skolekamerater og venner. Også Kelo et al. (2012) trekker frem i sin forskning at barn fikk møtt det relasjonelle behovet når sykepleieren presenterte dem for ulike støttegrupper og lokale diabetesforeninger med likesinnede barn. Eksempelvis har Diabetesforbundet (2018c) tilbud som likefamilie, eller arrangerte møter med likesinnede barn. Disse tilbudene er det sykepleierens ansvar å presentere for barnet. I tilfeller hvor sykepleieren utgir informasjon om slike tilbud skriftlig er det viktig at hun etterspør om informasjonen er forstått, og om barnet har spørsmål til tilbudene som finnes (Kelo et al., 2012).

6.3 Barnets behandlingsbehov

Stubberud (2013) hevder at fysiske og psykiske komponenter påvirker hverandre, og er som en helhet i et menneske. Ut fra dette kan en forstå det dithen at de psykososiale behovene henger sammen med barnets fysiske behov for å regulere sykdommen, og at det å leve et godt liv med sykdommen ikke kan oppnås før både de psykososiale og fysiske behovene blir møtt. Det er derfor sykepleierens oppgave å ivareta det enkelte barnets behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). I følge Jenssen (2015) er det viktig at det allerede ved diagnostisering er nødvendig å diskutere hvilke tilpasninger barnet må gjøre i dagliglivet. Helsedirektoratet (2017) har beskrevet generelle behandlingsmål som gjelder alle pasienter med T1DM. Dette innebærer blant annet en HbA1c (langtids-blodglukosenivå) $\leq 7\%$ (53mmol/mol). En intensivert behandling for å oppnå dette målet kan på den ene siden gi barnet et lengre liv, hvor risikoen for å utvikle senkomplikasjoner kan reduseres med opptil 76% (Helsedirektoratet, 2017). På den andre siden vil et slik behandlingsregime gi høyere risiko for hypoglykemi. Det vil i tillegg kreve tettere oppfølging med hyppigere blodglukosemålinger per døgn (Helsedirektoratet, 2017). Sparapani et al. (2015) fant i sin forskning at barn følte frykt og usikkerhet i forbindelse med nåler og stikk. Også Freeborn et al. (2013) påpeker at barn synes det å stikke seg selv i forbindelse med insulininjeksjoner eller blodglukosemålinger var en stor utfordring i hverdagen med diabetes.

Det er viktig for barnets helse at det oppnår en så god blodglukoseregulering som mulig (Mosand & Stubberud, 2016). Samtidig vil langtidseffektene av de ulike komplikasjonene som kan oppstå hos barnet med T1DM være størst hos pasienter som ennå ikke har utviklet komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2017). Det vil med andre ord være en desto større fordel for barnet dersom reguleringen av blodglukosen optimaliseres helt fra begynnelsen av. Helsedirektoratet (2017) skriver likevel at risikoen for å utvikle senkomplikasjoner må veies opp mot belastningen barnet opplever ved en intensivert behandling. Siden barn opplever frykt i forbindelse med nålestikk vil det å intensivere behandlingen med hyppigere stikk og målinger føre til ytterligere frykt. Sparapani et al. (2015) hevder at sykdomsregulering kan tilføre barnet stress, og øke barnets risiko for å utvikle depresjon og angst. For å unngå de negative følelsene behandlingen medfører kan barnet være fristet til å unngå og gjøre nødvendige tiltak for sykdomsreguleringen (Freeborn et al., 2013). Det fremkommer også av funnene i forskningen utført av Freeborn et al. (2013) at barn kunne bli fristet til å unngå å spise eller forlate aktiviteter for å avverge en situasjon med måling av blodglukose. Selv barn

som hadde en inneliggende sensor som målte blodglukose følte en belastning med de jevnlig målingene. Ett barn uttrykte at hun følte at livet hennes innimellom ble styrt av blodglukosesensoren (Freeborn et al., 2013). Diabetesbehandlingen kan således være både svært krevende i fysisk og psykososial forstand. Det er derfor viktig at sykepleieren snakker med barnet om hvordan han håndterer situasjonen, både tankemessig og følelsesmessig (Helsedirektoratet, 2017). Barnet må få uttrykke hvilke ønsker og behov han har, slik at sykepleieren og barnet kan oppnå en felles forståelse for hvilke behov som må dekkes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Behov vil variere fra barn til barn, og fra situasjon til situasjon (Helsedirektoratet, 2017). Dette fremmes av Stubberud (2013), som skriver at barnets opplevelse av situasjonen, sammen med barnets vurdering av egne evner, vil påvirke hvilke behov han har. Sykepleieren kan derfor ikke sette mål ut fra ett enkelt behov, men se det som en dynamisk prosess hvor behovene vil variere sammen med progresjonen i veiledningen og forståelsen av sykdommen og behandlingen. Ved å møte behovene og følelsesmessige reaksjonen barnet har, vil barnet kunne håndtere de ulike utfordringene knyttet til behandlingsregimet på en bedre måte (Torgauten, 2011). Somatisk sykdom og psykososiale behov vil alltid påvirke hverandre, og for at barnet virkelig skal oppleve at hans psykososiale behov blir ivaretatt, må han også oppleve å få ivaretatt sine fysiske behov (Stubberud, 2013).

6.4 Dialogens ulike metoder

I globale retningslinjer for diabetes hos barn og ungdom står det at det etter diagnostisering må være fokus på kunnskapsbasert læring og veiledning av praktiske ferdigheter, før læringen forsterkes ved hjelp av skriftlige brosjyrer, bilder, eller andre visuelle medier (International Diabetes Federation, 2011). Informasjon, undervisning og veiledning er tre begreper som henger tett sammen (Tveiten, 2016). Informasjon er opplysninger sykepleieren gir til barnet, og sikter mot å redusere usikkerheten hos barnet ved å opplyse om situasjonen og det som skal skje (Tveiten, 2016). Sjøbjerg (2013) deler informasjon i to deler; den generelle informasjonen som gjelder for alle barn som innlegges i sykehuset, og den strukturerte, individuelle informasjonen. Den generelle informasjonen omfatter omvisning på avdelingen og sengerommet. Sykepleieren må vise barnet hvor det skal sove, hvor foreldrene kan oppholde seg, og eventuelle leke- og aktivitetsrom barnet kan oppsøke. Den individuelle informasjonen omhandler derimot opplysninger sykepleieren gir i forbindelse med prosedyrer

eller behandling (Søbjerg, 2013). Kelo et al. (2012) viser et eksempel på individuell informasjon, hvor sykepleieren brukte tid på å gi detaljerte opplysninger om medisiner barnet skulle få. Den individuelle informasjonen er ønsket av barnet, og er viktig for at barnet skal føle kontroll og mestring (Koller, 2016). Undervisningen tar informasjon et hakk videre, da det innebærer at sykepleieren forbereder et mer omfattende undervisningsopplegg tilpasset barnet (Tveiten, 2016). I undervisningen er det sykepleieren som har styringen og bestemmer temaet, mens det i veiledning er barnet som har større del av styringen, ved at sykepleieren tar utgangspunkt i de aktuelle behovene barnet ønsker veiledning i (Tveiten, 2016). Undervisning og informasjon er to begreper som står alene, men som også inngår i veiledningsbegrepet. Christiansen (2013) hevder at undervisning og informasjon alene vil bære preg av at sykepleieren holder en monolog for barnet. På den ene siden er dette hensiktsmessig i begynnelsen, da sykepleieren formidler kunnskap og grunnleggende informasjon om sykdommen og behandlingsforløpet. Søbjerg (2013) påpeker videre at barnet ønsker å være en passiv deltaker i begynnelsen, og øke deltakelsen gradvis i takt med kompetansehevingen. Dette poengteres også av Koller (2016) som i sin studie fant at barn ønsker å bli involvert tidlig i sykdomsprosessen, og gradvis erverve mer og mer ansvar.

På den andre siden kan sykepleieren, gjennom en dialog med barnet forstå barnets utgangspunkt og sørge for at informasjonen blir forstått i større grad. Således blir informasjon og undervisning implementert som en del av veiledningsprosessen, hvor barnet har større kontroll (Christiansen, 2013). Graue & Haugstvedt (2011) beskriver tre hovedformer for informasjonsformidling; aktiviteter med fokus på kunnskapsformidling og teoretisk forståelse av sykdom og behandling, aktiviteter med fokus på håndtering av praktiske ferdigheter og aktiviteter rettet mot psykososial tilpasning og følelsesmessige forhold. Aktiviteter med fokus på kunnskapsformidling og teoretisk forståelse kan, som nevnt, være aktiviteter hvor sykepleieren lager et muntlig undervisningsopplegg for barnet, med utgangspunkt i det som er nødvendig for barnet å lære seg i forbindelse med forståelse av, og regulering av sykdommen (Graue & Haugstvedt, 2011). Det er i denne sammenhengen viktig at sykepleieren på forhånd har gjort seg kjent med barnet, og er klar over barnets individuelle behov og tidligere erfaringer. Tveiten (2016) påpeker at sykepleieren må tilpasse veiledningen etter barnets interesser, behov og utvikling, og at veiledningen må utføres som en dialog mellom sykepleieren og barnet. Dialogen kan videre kombineres med skriftlig eller billedlig materiale, eller integreres i lek. Skriftlig materiale innebærer brosjyrer eller informasjonshefter barnet kan lese. Noen barn liker å ha skriftlige ting å forholde seg til, som

de kan gå tilbake til og lese på når de vil (Tveiten, 2016). Billedlig materiale kan være billedbøker eller filmer. Diabetesforbundet (2018) har utarbeidet flere ulike filmer som sykepleieren kan vise barnet, som et supplement til skriftlig og muntlig informasjon. Likevel må sykepleieren huske at skriftlig eller billedlig informasjon alene ikke er nok til å tilfredsstille barnets behov for kunnskap i forbindelse med sykdommen. Kelo et al. (2012) skriver at familien ikke opplevde å få redusert sitt behov for veiledning ved at sykepleieren ga dem en brosjyre uten å forklare innholdet. Det bør derfor være en forutsetning at sykepleieren setter seg ned med barnet og snakker om det som blir formidlet.

Aktiviteter med fokus på å håndtere praktiske ferdigheter kan være at sykepleieren viser barnet filmer eller billedbøker som viser hvordan prosedyrene utføres, men mest aktuelt er at sykepleieren demonstrerer ferdigheten (Graue & Haugstvedt, 2011). Slike praktiske ferdigheter kan være måling av blodglukosenivå eller injeksjon av insulin. Tveiten (2016) viser til at sykepleieren kan gjennomgå prosedyren teoretisk ved å forklare hva som skal skje og hvilket utstyr som skal brukes før hun utfører prosedyren samtidig som hun gjentar teorien underveis for å øke barnets grad av mestring i situasjonen. Smerter og angst kan være grunn til at barn vegrer seg for, eller motsetter seg slike prosedyrer (Tveiten, 2016). Schmidt et al. (2012) hevder at smertefulle prosedyrer kan være opprørende på kort sikt, mens det på lang sikt kan gi traumatiserende minner og negative assosiasjoner til både prosedyrer og sykehuset. Freeborn et al. (2013) løfter også frem smerter ved prosedyrer som en daglig utfordring for barn med T1DM. Det er derfor grunnlag for å påstå at det er svært viktig å ta seg god tid med denne prosessen, og la barnet få gjøre ting i eget tempo slik at det får en positiv assosiasjon til egenomsorgsaktiviteter helt fra begynnelsen av. Barn synes det å observere at sykepleieren utfører prosedyren, før de får prøve seg selv, gir mest utbytte (Schmidt et al., 2012). Schmidt et al. (2012) hevder også at barna opplever en større grad av mestring dersom de får tid til å øve på å sette injeksjoner på andre ting, som bamser eller skumfotballer, før de gjør det på seg selv. Eksempler som å la barn og foreldre øve på å måle blodglukose på hverandre ble også trukket frem som positive opplevelser som økte barnas mestringsfølelse i praktiske håndtering av sykdommen (Schmidt et al., 2012).

Dersom sykepleieren i tillegg til å kombinere ulike veiledningsmetoder som er beskrevet ovenfor, greier å implementere lek som et verktøy for å skape åpen kommunikasjon, glede og latter hos barnet vil barnets mestring økes (da Silva et al., 2017). Bruk av lek i sykehuset er en måte for barnet å bli kvitt stress og angst, og samtidig uttrykke følelsene sine (da Silva et al.,

2017). Sjøbjerg (2013) skriver at barn i alderen 9-12 år er opptatte av å vise selvstendighet og ikke miste kontrollen over egne følelser. Det kan derfor være fint å få barn til å stille spørsmål og gjenfortelle sin oppfattelse av situasjonen (Sjøbjerg, 2013). Sparapani et al. (2015) benyttet dukker til dette formålet da de utførte sin forskning. Barna fikk lage dukker som representerte dem selv, sykepleierne eller familien sin. Gjennom rollespill basert på realistiske hendelser fikk barna uttrykt sine tanker og følelser gjennom dukkene. Forfatterne av studien fikk da et unikt bilde på hvordan barna opplevde situasjonen og oppfattet seg selv og sin egen rolle i sykdomsbehandlingen (Sparapani et al., 2015). Da Silva et al. (2017) hevder at barn, gjennom å leke, føler seg mer hjemme på sykehuset, samt skaper et tettere bånd med sykepleieren. I tillegg vil barnets frigjørelse av stress og negative følelser føre til at de blir mer positive og åpne for å lære mer om sykdommen og behandlingen (da Silva et al., 2017). En annen måte for barna å uttrykke følelser på kan være å snakke med jevnaldrende barn med samme diagnose. Graue & Haugstvedt (2011) hevder at gruppebaserte mestringstiltak har positive effekter både på livskvalitet, psykososiale forhold og blodglukosereguleringen på lengre sikt. Et slikt tiltak vil på den andre siden komme på et senere tidspunkt i oppfølgingen av barnet, fordi barnet i begynnelsen har størst behov for individuell veiledning med fokus på kunnskap og mestring av praktiske ferdigheter (Graue & Haugstvedt, 2011).

Barn opplever at en variasjon mellom muntlige, skriftlige og billedlige veiledningsmetoder, i kombinasjon med demonstrasjon og lek er det beste (Kelo et al., 2012). På denne måten blir informasjonen gjentatt flere ganger, på ulik måte, og det blir lettere for barnet å få med seg og forstå informasjonen som blir gitt. Schmidt et al. (2012) bekrefter dette, da de, basert på svar fra deltakerne, konkluderer med at ingen grad av repetisjon ble kategorisert som for mye. Videre er barnet avhengig av å bli anerkjent som en aktiv deltaker i veiledningen for å føle mestring og kontroll i situasjonen. Dialogen tillater barnet å ta del i styringen av veiledningen, til å stille spørsmål og være aktiv (Tveiten, 2016). Slik vil barnet oppleve å håndtere situasjonen, og oppnå en positiv følelse av mestring (Helsedirektoratet, 2017a).

7. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvordan sykepleieren gjennom veiledning kunne fremme mestring hos barn med nyoppdaget Diabetes mellitus type 1. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått forståelse for hvor stor rolle sykepleieren spiller for det usikre barnet, og hvor stort ansvar sykepleieren har i dette møtet.

I utgangspunktet må sykepleieren bruke god tid på å skape en tillitsfull og trygg relasjon som åpner for at sykepleieren og barnet kan bli kjent med hverandre. På denne måten kan sykepleieren, sammen med barnet, avklare hvilke behov det enkelte barnet har i den stressende situasjonen en sykehusinnleggelse ved akutt sykdom er. Behovene omfatter både psykososiale, emosjonelle, relasjonelle og fysiske behov, hvorav alle aspektene må møtes for at barnet skal oppnå mestring. Videre må sykepleieren se på barnets individuelle behov, erfaringer og interesser når hun tilpasser veiledningen til barnet. Gjennom en kontinuerlig dialog med barnet vil sykepleieren oppfatte barnets aktuelle behov og ønsker, og på denne måten velge tilpasset veiledningsmetode og sørge for at barnet mestrer situasjonen. Mestring oppnås når barnet føler seg trygg i situasjonen, har troen på egne evner og opplever situasjonen som passe utfordrende. Det er sykepleierens oppgave å fremme mestring gjennom veiledning, med utgangspunkt i elementene beskrevet ovenfor.

Litteraturliste

- Brinchmann, B. S. (2014) De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.) *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Christiansen, B. (2013). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.) *Helseveiledning* (s. 42-63). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- da Silva, L. S. R., Correia, N. D., Cordeiro, E. L., da Silva, T. T., da Costa, L. T. O. & Maia, P. C. D. S. (2017). Nursing angles: The playfulness as an instrument of citizenship and humanization in health. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 11 (6), s. 2294-2301. Doi: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201706
- Diabetesforbundet (2018). *Barn*. Hentet fra: <https://www.diabetes.no/barn/>
- Diabetesforbundet (2018a). *Diabetes type 1*. Hentet fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-1/>
- Diabetesforbundet (2018c). *Kvalitetssikret informasjon og sosialt fellesskap*. Hentet fra: <https://www.diabetes.no/om-oss/medlemsfordeler/kvalitetssikret-informasjon-og-sosialt-fellesskap/>
- Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ekra, E. M. R., Korsvold, T. & Gjengedal, E. (2015). Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present experiences. *BMC nursing*, 14 (4), s. 2-10. Doi: 10.1186/s12912-014-0051-9

- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon m.v. av 1. desember 2000 nr. 1271. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O. & Mandleco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of clinical nursing*, 2013 (22), s. 1890-1898. Doi: 10.1111/jocn.12046
- Graue, M. & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 237-250). Oslo: Akribe
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 1. juli 1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Stress og mestring* (8). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk

- International Diabetes Federation (2011). *Global IDF/ISPAD guideline for diabetes in childhood and adolescence*. Hentet fra http://c.ymcdn.com/sites/ispad.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/idf-ispad_guidelines_2011_0.pdf
- Iversen, M. M. & Skafjeld, A. (2011). Organisering av helsetjenesten og tverrfaglig samarbeid. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 254-264). Oslo: Akribe
- Jenssen, T. (2015) Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Grandsmo (Red.) *Sykdom og behandling* (s. 379-392). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes - forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-233). Oslo: Akribe
- Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. (2012). Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2013 (27), s. 894-904. Doi: 10.1111/scs.12001
- Kelo, M., Martikainen, M. & Eriksson, E. (2011) Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67 (10), s. 2096-2108. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05682.x.
- Koller, D. (2016). ‘Kids need to talk too’: inclusive practices for children’s healthcare education and participation. *Journal of Clinical Nursing*, 2016 (26), s. 2657-2668. Doi: 10.1111/jocn.13703
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 51-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 101-119). Oslo: Akribe
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-37). Oslo: Gyldendal akademisk
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. (s. 19-67). 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. *Lippincott Williams & Wilkins*, 37 (2), s. 88-94. Doi: 10.1097/NMC.0b013e318244febc
- Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. & Drivvoll, A. K. (2017). *Barnediabetesregisterets årlige årsrapport 2016*. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/Årsrapport%202016%20BDR.pdf>
- Sparapani, V. C., Jacob, E. & Nascimento, L. C. (2015). What is it like to be a child with Type 1 Diabetes Mellitus? *Pediatric nursing*, 41 (1), s. 17-22.
- Stubberud, D-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D-G. Stubberud (Red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-37). Oslo: Gyldendal akademisk

Søbjerg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D-G. Stubberud (Red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 114-151). Oslo: Gyldendal akademisk

Torgauten, J. O. A. (2011). Følelsesmessige reaksjoner ved type-1 diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.). *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 172-184). Oslo: Akribe

Tveiten, S. (2016) *Helsepedagogikk*. Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2012). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick & H. F. Steen (Red.). *Sykepleie til barn – familiesentrert sykepleie* (s. 158-202). 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.