

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

Marte Elise Ramstad &

Sina Bekkelund Sagbakken

Veileder: Cecilie Ruud Dangmann

Bacheloroppgave i  
sykepleie Barn og diabetes  
type 1

Children and type 1 diabetes

Antall ord: 13351

BASY2014

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA X NEI

## Sammendrag

**Tittel: Barn og diabetes.**

**Bakgrunn:** Vi har valgt denne problemstillingen fordi diabetes type 1 er svært utbredt hos barn i Norge. Videre har vi lite erfaringer med barn og ønsket å lære mer om denne pasientgruppen. Vi ønsket videre å se på hvordan vi kan undervise og veilede for å gi god og hensiktsmessig sykepleie til barn og deres familier.

**Hensikt:** Finne ut hvordan sykepleier kan fremme egenomsorg hos barn med diabetes gjennom veiledning og undervisning. Dette er noe som sykepleier er pliktig til å gjøre, og vi ønsker å se på hvordan vi kan gjøre dette på en mest mulig helsefremmende måte. Oppgaven fokuserer på å møte barna og foreldrene på medisinsk barneavdeling på sykehuset.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier veilede og undervise barn med diabetes type 1 for å fremme egenomsorg?

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på fag- og forskningslitteratur. Egne erfaringer, lovverk, retningslinjer, relevant pensumlitteratur og nettsider er inkludert.

**Konklusjon:** Barn med diabetes og deres familier har behov for veiledning og undervisning. Sykepleieteoretiker Dorothea Orems hjelpemetoder er dermed en fremgangsmåte for å ivareta dette. For å svare på denne problemstillingen har vi sett på tilnærmingen og hva den burde inneholde, hvilke rammebetingelser som må være på plass, og hvilke kunnskaper en sykepleier må inneha for å undervise og veilede for å kunne fremme egenomsorg.

# Innhold

<b>Sammendrag.....</b>	<b>3</b>
<b>Innhold.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Innledning.....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	7
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	8
1.4 Oppgavens disposisjon.....	8
<b>2. Teori.....</b>	<b>9</b>
2.1 Barn og diabetes.....	9
2.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	10
2.3 Sykepleierens rolle i forhold til barn.....	11
2.4 Brukermedvirkning og empowerment.....	12
2.5 Salutogenese .....	13
2.6 Dorothea Orem.....	14
<b>3. Metode.....</b>	<b>17</b>
3.1 Om metode og litteraturstudie.....	17
3.2 Kildekritikk og valg av litteratur.....	18

---

3.3 Litteratursøk.....	19
3.4 Etiske overveielser.....	20
4. Resultater av søk.....	21
5. Diskusjon.....	27
5.1 Tilnærming.....	27
5.1.1 Helhetlig tilnærming.....	27
5.1.2 Salutogenese og empowerment som virkemidler i tilnærmingen.....	29
5.1.3 Hvilke behov barnet og familien har.....	31
5.2 Rammebetingelser.....	32
5.3 Sykepleierens kunnskaper.....	34
6. Konklusjon.....	38
7. Litteraturliste.....	40
8. Vedlegg.....	45
Vedlegg 1 Søkehistorie.....	45
Vedlegg 2 PICO- skjema.....	47
Vedlegg 3 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning.....	49

# 1. Innledning

Tema for oppgaven er veiledning og undervisning til barn med diabetes type 1 med fokus på å fremme deres helse og egenomsorg. I hele Norden er forekomsten av diabetes type 1 høy. Hvert år er det omtrent 300 barn under 15 år i Norge som får diagnosen diabetes type 1. Dette er en folkesykdom som er tilknyttet alvorlige komplikasjoner, og Norge er ett av landene i verden som årlig har høyest statistikk for nye tilfeller av diabetes type 1 hos barn (Folkehelseinstituttet, 2015).

For barn med diabetes er behandlingen krevende, og et forhøyet langtidsblodsukker kan påvirke barns vekst og utvikling, og kan føre til langtidskomplikasjoner. I behandlingen er det hensiktsmessig at barn raskt får ta mye av ansvaret for sin sykdom (Endokrine sykdommer, 2017., avsnitt 1.4). Dette vil kreve god veiledning og undervisning av sykepleier ved sykdom. I den praktiske sykepleieutøvelsen har sykepleieren en rolle og et ansvar for å ivareta pasienters og pårørendes behov for undervisning og veiledning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014). Som sykepleierstudenter mener vi det er viktig at sykepleien til barn med diabetes type 1 har et helsefremmende og forebyggende fokus, slik at de kan ivareta sin egenomsorg og ha en god livskvalitet. Dette er også skrevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund[NSF], 2016).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om dette temaet på grunn av faglig og personlig interesse for selve sykdommen, og fordi dette er en pasientgruppe som vi vil møte på i vår yrkesutøvelse som sykepleiere. Vi har i tillegg lite erfaringer med denne pasientgruppen, og ønsker å tilegne oss mer kunnskap om dette slik at vi er mer forberedt når vi kommer ut i arbeidslivet. Formålet med denne oppgaven er at den skal bidra til at vi begge får mer kunnskaper om sykdommen, og hvordan vi skal utøve sykepleie til det enkelte barnet og foreldrene ved diabetessykdom. I vår praktiske yrkesutøvelse i fremtiden er vi klar over den rollen og det ansvaret vi har i forhold til undervisning og veiledning til pasienter og pårørende, og ønsker å ha fokus på dette med tanke på å fremme helse og forebygge komplikasjoner ved kronisk sykdom (Kristoffersen et al., 2014). Med denne oppgaven ønsker vi også å øke vår kunnskap om hvordan vi i praksis skal veilede og undervise

---

pasienter for å fremme helse. Underveis i studiet har vi fått erfart og praktisert pasienters og pårørendes behov for informasjon og kunnskap om deres sykdom og behandling. Som sykepleierstudenter er vi opptatt av sykepleiens helsefremmende og forebyggende fokus, og ønsker med denne oppgaven å øke vår kompetanse til å fremme helsen til barn med diabetes slik at de kan leve et liv som ”friske syke”.

Vi ønsker derfor å se nærmere på sykepleierens rolle i møte med barn som er innlagt med nyopplaget diabetes type 1 og barn med diabetes fra tidligere på sykehuset. For å sikre at barna og foreldrene mestrer den nye livssituasjonen best mulig er det vesentlig med veiledning og undervisning under oppholdet på sykehuset (Helsedirektoratet, 2017).

## 1. 2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pasientgruppen vi har valgt å legge fokus på er både gutter og jenter i 10-12 årsalderen. Vi velger å avgrense problemstillingen til dette fordi det er i denne alderen diabetes ofte debuterer (Jervell, 2000). Blodsukkeret og insulinbehovet kan påvirkes når barn kommer i puberteten, men vi velger å se bort i fra pubertetsutvikling i vårt valg av aldersgruppe (Diabetes mellitus, 2010., avsnitt 5). Vi ønsker å legge vekt på både barn med nyopplaget diabetes og de som har hatt diabetes fra tidligere.

En annen årsak til at vi har valgt denne aldersgruppen er fordi at vi har personlig erfaring med at disse barna i stor grad mestrer å ta ansvar for egen sykdom. Blant annet kan de måle sitt eget blodsukker og administrere insulin på egenhånd, og vi antar at de kan oppfatte og uttrykke kjennetegn på for høyt eller for lavt blodsukker. Videre har vi valgt denne gruppen på grunnlag av hvordan veiledningen og undervisningen skal tilpasses. De er utviklet i den grad at de får til å vurdere informasjon som de blir formidlet. Dermed er det viktig at barn får informasjon om sin helsesituasjon, og at de blir inkludert i beslutninger som omhandler deres behandling. Det blir også lagt like mye vekt på foreldrene, da de har krav på informasjon og har hovedansvaret for barnet (Granum, 2003). Barn blir mer avhengige av foreldrene når de blir syke, og foreldrene får dermed et ansvar av stor betydning for barnets fremtid. I oppgaven ønsker vi å vinkle det slik at veiledning og undervisning foregår til både foreldrene og barnet. Målet med oppgaven er at gjennom veiledning og undervisning skal begge parter styrke egenomsorgen og øke nivået av empowerment.

Vi har valgt å ta med både veiledning og undervisning i vår besvarelse av problemstillingen fordi vi mener at begge disse metodene vil hjelpe oss til å besvare den, og begge kan ha et helsefremmende fokus. Dette fordi vi mener at et barn med diabetes både vil ha behov for undervisning om selve sykdommen og opplæring i forhold til behandlingen, og veiledning for å fremme og ivareta sin egenomsorg (Helsedirektoratet, 2017).

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Vi fokuserer på å møte barn i 10-12 årsalderen med diabetes type 1 på medisinsk barneavdeling på sykehuset. Vi ønsker å se nærmere på vår veiledende og undervisende rolle, hva som fremmer helsen og egenomsorgen til barn, slik at de er bedre rustet til å takle sykdommen sin i hverdagen. Derfor har vi kommet fram til denne problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier veilede og undervise barn med diabetes type 1 for å fremme egenomsorg?*

### **1.4 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven består av en innledning, metode, resultat, teori, diskusjon og konklusjonsdel. Vi har benyttet oss av APA-standard etter Høgskolen i Innlandet sine retningslinjer.



## 2. Teoridel

I dette kapitlet presenterer vi den teoretiske forståelsesrammen. Her presenteres det ulike teorier som belyser problemstillingen, som vil gi leseren en forståelse av innholdet i oppgaven.

### 2.1 Barn og diabetes:

Diabetes som rammer barn er som regel type 1 diabetes, og skyldes mangel på produksjon av insulin (Markestad, 2016). Diabetes type 1 omtales som en autoimmun sykdom, og dette betyr at kroppen angriper seg selv og ødelegger betacellene. Det er betacellene som produserer insulin i bukspyttkjertelen, og når disse blir ødelagt har ikke kroppens vev lenger noe mulighet til å ta opp blodsukker fra blodet (Jenssen, 2014). Grunnen for at denne sykdommen rammer barn kan være både arv og miljø, og sjansen for å få sykdommen er høyere om en av foreldrene har diabetes type 1. Det er sjeldent at diabetes oppstår hos nyfødte og spedbarn, og det er økte tilfeller fra ettårsalderen med høyest forekomst i pubertetsalderen (Markestad, 2016).

Barn er preget av umodenhet, de vokser raskt, har muligheter til å utvikle seg, og de har sine spesielle behov. Det er umodenheten og den raske utviklingen som bidrar til at barn er sårbare, og sykdom, innleggelse på sykehus, undersøkelser, pleie og behandling kan skape stress som overgår barnets evne til mestring. Dette kan forårsake ettervirkninger som på sikt kan få negative konsekvenser i forhold til helsen til barnet. I ukjente og skremmende miljøer blir barn lett utrygge, og derfor er det viktig under et sykehusopphold at det tilrettelegges for en normal hverdag for barnet. Denne pasientgruppen er også mer avhengige av deres omsorgspersoner, og foreldre og familien er dermed en viktig ressurs. Sykepleierens virke rettes mot både barnet og foreldrene, og dette stiller høye krav til sykepleierens evne til å samarbeide (Grønseth & Markestad).

Når barn og unge får diabetes får foreldrene en viktig og sentral rolle i behandlingen. For foreldrene kan det oppleves som overveldende når barnet deres får diabetes. I boken til Oddmund Søvik (1996) beskriver han de psykologiske forholdene foreldrene kan gå igjennom. Mange foreldre stiller seg spørsmål om de har gjort noe galt, kunne det vært oppdaget tidligere, og om det kunne vært unngått. Det kan også bli en stor belastning for familielivet. Derfor er det viktig ved nyoppdaget diabetes type 1 at det enkelte barnet og foreldrene får god informasjon, undervisning, veiledning, hjelp og rådgivning for hvordan de skal imøtekomme sykdommen på

en best mulig måte (Markestad, 2016). På sidene til Diabetesforbundet (2015) står det at barn med en nyoppdaget diabetes ofte blir lagt inn i sykehus for en periode. Der har de i følge spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) krav på opplæring, informasjon og undervisning om sykdommen.

I følge retningslinjene for diabetes skal pasienter med diabetes type 1 få tilbud om behandling av spesialisthelsetjenesten, og barn under 18 år skal behandles på barneavdeling. Alle med nyoppdaget diabetes har rett på god opplæring, og får tilbud om dette på sitt nærmeste sykehus (Helsedirektoratet, 2017). Alle barn og foreldre har krav på undervisning om diabetes type 1. Oppfølgingen av diabetes hos barn består av konsultasjon hver 3 mnd., oftere ved dårlig regulert og muligens færre ved en godt regulert diabetes (Diabetes mellitus, 2010., avsnitt 4).

For barn med nyoppdaget diabetes er det viktig å sørge for en behandling som blant annet sikrer at de har lik vekst og utvikling som andre barn, at de mestrer å være selvstendige og at familien kan fortsette med å ha en normal hverdag ut ifra situasjonen. Siden diabetes type 1 vil være en sykdom som følger det enkelte barnet livet ut, så er det en forutsetning for å lykkes med behandlingen at barnet selv klarer å ta ansvar etter alder. Det enkelte barnet trenger derfor god kunnskap om hvordan det kan ivareta seg selv på en best mulig måte, og at hverdagslivet ikke påvirkes av sykdommen (Markestad, 2016).

## **2.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

Tveiten (2008, s. 157) skriver at ”veiledning og undervisning har til hensikt å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning.”

Veiledning og undervisning har mange fellestrekk, og begge er metoder som går fram for å skape læring. Undervisning går ut på å formidle kunnskap, mens veiledning er et middel for at den som veiledes selv skal oppdage hva den kan og hva den trenger å få nye kunnskaper om. For den som veileder er det nødvendig å være bevisst på når det er relevant å undervise i veiledningen. For barn med nyoppdaget diabetes vil det være nødvendig med undervisning i veiledningen da dette er noe de ikke har så mye kunnskaper om fra før (Tveiten, 2013). Forskjellen mellom veiledning og undervisning kan knyttes til hvordan formålet oppnås. Undervisning er ofte planlagt, vurdert og styrt, mens veiledning er å imøtekomme den andre i sitt ståsted og lytte til hva behovet er. Den

som veileder skal ikke svare for den som veiledes, men bidra til at den andre på egenhånd finner et svar. At personen finner et svar kan føre til en opplevelse av mestring (Tveiten, 2008).

Tveiten (2008) skriver i boka *Pedagogikk i Sykepleiepraksis* at undervisning og veiledning gjør det mulig for pasienter og pårørende å være selvstendige og medvirkende, og er også metoder som er relevante for å ivareta egenomsorg.

I tidligere tid har helsearbeidere hatt en rolle som eksperter i møte med pasientene sine, og ofte løst problemene pasienten har på egenhånd. Nå i senere tid har veiledningsrollen hatt mer fokus på å styrke pasientens egne ressurser, og legge til rette for at pasienten selv skal ta del i arbeidet, i stedet for at helsearbeideren løser problemene for dem. På denne måten er det nye veiledningsperspektivet et virkemiddel i empowerment prosessen (Tveiten, 2013).

Sykepleiere har som oppgave å veilede foreldre, og foreldre kan ha behov for veiledning når deres barn er innlagt på sykehuset eller har en akutt eller kronisk sykdom. Veiledning til foreldre kommer an på hvem de er, situasjon, formålet med veiledningen, og hvem som veileder. Det er flere hensyn man må forholde seg til. Å imøtekomme foreldrene på deres ståsted og lytte til deres interesser, tanker, følelser og behov bør være et utgangspunkt for veiledningen. Veiledning til foreldre har som formål å forbedre deres evner til å være foreldre, og tilrettelegge for god samhandling mellom de og barnet. Det er foreldrene som har det overordnede ansvaret for omsorgen til sitt barn. Ved sykdom deler foreldrene ansvaret om omsorgen med helsepersonell, men ved utskrivelse er det foreldrene som tar tilbake dette ansvaret. Derfor er det viktig å tilrettelegge for at de mestrer det ansvaret omfatter, og få frem foreldrenes ressurser. Sykepleiere er eksperter på sitt fag, men det er de enkelte foreldrene som har mest ekspertise når det gjelder eget barn og familie. I denne prosessen er det to eksperter som sammen må samarbeide. Empowerment betyr i denne sammenhengen at sykepleier tilrettelegger for at foreldrene på egenhånd tar ansvar for både seg selv og for omsorgen de har til sitt barn (Tveiten, 2008).

### **2.3 Sykepleierens rolle i forhold til barn**

I boka til Grønseth & Markestad (2011) står det at det å gi en helhetlig sykepleie til barn er en flersidig og vanskelig oppgave. Kriterier til sykepleierens rolle i forhold til barn og voksne er de samme, men med barn vil sykepleieren møte ekstra utfordringer som vil endre utøvelsen av sykepleie. Ved sykdom hos barn vil det ikke bare være en traumatisk opplevelse for barnet, men

også for foreldrene og eventuelle søsken. Helhetsbildet med både barnet og foreldrene vil dermed gjøre sykepleieutøvelsen mer utfordrende. Belastningen foreldrene opplever når barnet er sykt vil være stor, og det er viktig å se både foreldrene og barnet sine behov. Begge parter trenger å føle seg ivaretatt og sett, samt trygghet og tillit.

I sykepleie til barn har sykepleieren en forebyggende og helsefremmende funksjon. Det er vesentlig å inkludere foreldrene da barn vil trenge de for å ivareta sin helse og egenomsorg (Tveiten, 1998). I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund[NSF], 2016) står det at sykepleieren har ansvar for å jobbe helsefremmende og forebyggende, samt gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til den enkelte, og være sikker på at informasjonen er forstått. Uansett hvilken alder det er på barnet har det rett på informasjon, men det er viktig å tilpasse informasjonen til alderen. Barn i 10-12 årsalderen har en større forståelse for kroppens funksjon og forstår bedre sammenhengen mellom sykdom og behandling enn yngre barn. Barnets egne erfaringer rundt sykdom, øker også dens forståelse (Grønseth & Markestad, 2011). Når et barn blir lagt inn på sykehus er det uansett vesentlig å kartlegge både foreldrene og barnets forståelse. Forebygging og helsefremmende arbeid innebærer å informere, undervise og veilede begge. Ved å kartlegge dem kan vi bedre tilpasse og tilrettelegge sykepleien. Veiledning og undervisning til det enkelte barnet og foreldrene må rette seg mot sykdommens konsekvenser i forhold til barnet, og problemene de som en helhet kan komme til å møte på. Undervisning kan bidra til et økt kunnskapsnivå om sykdom, behandling og tilpasning i hverdagen. For at undervisningen skal komme til nytte og bidra til en ny livssituasjon så er det viktig at det legges vekt på brukermedvirkning, da dette vil inkludere både barnet og foreldrene i undervisningen. Manglende oppfølging kan på lengre sikt ha negative følger, dermed kan tilrettelagt undervisning og veiledning være helsefremmende (Grønseth & Markestad, 2011).

## **2. 4 Brukermedvirkning og empowerment**

Brukermedvirkning er en rettighet pasienter har. Dette innebærer å få informasjon om egen sykdom og retten til å medvirke i avgjørelser rundt sin egen behandling. Vedrørende barn under 16 år skal både pasienten og foreldrene informeres, og barn under 18 har rett til å si sin mening og bli hørt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). For barn med diabetes går brukermedvirkning ut på at både barnet og foreldrene får tilstrekkelig informasjon, veiledning og undervisning for å kunne mestre å leve med en kronisk sykdom. Det krever også at begge parter

får en reell deltakelse i prosessen (Vatne, 2011). For barn er foreldrene de nærmeste pårørende, og de er en viktig ressurs for barnet. Et samarbeid som inkluderer foreldrene er lovfestet og kan være til stor nytte. Ved sykdom og helsesvikt rammes ikke bare den enkelte pasienten, men også den nærmeste familien. De vil også kunne ha behov for informasjon og hjelp (Kristoffersen, 2014). Som sykepleier har man som oppgave å sørge for at barnet og foreldrene kan delta og være med på å ta avgjørelser omkring egen behandling, og deltagelsen skal være basert på deres individuelle evne til å ta til seg og avgi informasjon. Inkluderingen av begge fremmer muligheten for at den enkelte får et tilbud som er basert på individuelle ønsker og behov, og kan sørge for helsehjelp av god kvalitet (Kristoffersen, 2014). Målet med brukermedvirkning er å vektlegge barnet og foreldrenes virke, og styrke deres evner. Ved å gjøre dette vil vi bidra til å øke deres nivå av empowerment (Vatne, 2011). Begrepet empowerment går ut på å styrke enkeltindividets ressurser ved å øke deres kunnskaper, ferdigheter og selvbilde. Vi som sykepleiere kan gjøre dette gjennom å undervise og veilede. Sykepleiere må gå inn med respekt og fokus på samhandling i veiledningen. Det vi ønsker som sykepleiere er at barnet og foreldrene skal oppnå større kontroll og bli mer bevisste på hva som påvirker deres situasjon, og oppnå større kompetanse slik at de kan være mer delaktig i egen behandling. Ved å øke barnet og foreldrenes nivå av empowerment kan vi også øke deres delaktighet og brukermedvirkning. Videre kan det bidra til at barnet og foreldrene føler at de kan ta kontrollen over egen sykdom og liv, samt optimalisere deres livskvalitet, selv gjennom en kronisk sykdom (Askheim, 2011).

## 2.5 Salutogenese

Aaron Antonovsky utviklet salutogenesemodellen. Han valgte å fokusere på hva som fremmer og styrker helse, i motsetning til hva som fremkaller sykdom. Salutogenese er altså det motsatte av patologi, læren om sykdom. For Antonovsky var det vesentlig at fokuset skulle være på egenskaper mennesket har for å fremme helse, samt at det skal legges til rette for det (Sletteland & Donovan, 2014). Han mente videre at hvordan barn hadde det i barndommen var viktig for hvordan helsen utviklet seg videre i livet. Det at barnet kan føle en sammenheng i hva som skjer og en form for regelmessighet, er en viktig salutogen faktor. Det vil si at hvis barnet får en forståelse av hva som skjer rundt seg, samt har foreldre og kjente sykepleiere som trygghetspersoner, kan det være med på å skape regelmessighet for barnet (Mæland, 2012).

Tveiten (1998) skriver at for barn vil det å bli lagt inn i sykehus oppleves som en krisesituasjon. Videre skriver hun at ulike motstandsressurser vil være vesentlig for å takle en stresset og

uoversiktlig situasjon. For barn er foreldrene en viktig motstandsressurs. I en situasjon der barnet blir diagnostisert med diabetes type 1, er det en sykdom som er kronisk, men man kan lære seg å leve med den. Den er ikke uovervinnelig, så dette kan være med på å fremme modning hos barnet. Ved å ha trygghetspersoner som foreldrene rundt seg kan barnet oppleve en form for sammenheng. Under veiledning og undervisning kan barnet lære av sin egen sykdom og få en følelse av mestring. Det kan gi barnet mening og kontroll selv i en krisesituasjon. Det er derfor vesentlig for sykepleiere å legge til rette for mestring hos disse barna slik at de kan vokse, og oppleve at de har krefter og muligheter som barnet selv kanskje ikke var klar over. I tillegg sørge for en regelmessighet som igjen kan skape trygghet og gir fokus på helse fremfor sykdommen (Tveiten, 1998).

## **2. 6 Dorothea Orems sykepleieteori**

Vi har valgt å bruke sykepleieteorien til Dorothea Orem da vi mener dette er mest relevant for vår oppgave. Orem beskriver gjennom sin teori hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten å ta vare på sin egenomsorg gjennom veiledning og undervisning. Vi ønsker derfor å se nærmere på hennes teorier om egenomsorg, helsesviktrelatert egenomsorg og hennes hjelpemetoder for sykepleiere for å bidra best mulig til å svare på vår problemstilling (Kristoffersen, 2014).

Egenomsorg er enkelt forklart menneskers evne til å ta vare på sine egne behov for å leve. Det gjelder ikke bare det fysiske, men de psykologiske og åndelige behovene i tillegg. I følge Orem har mennesker som tar vare på funksjonene som sørger for normal funksjon, opprettholder utvikling og modning, forebygger eller kontrollerer sykdom og skader, forebygger eller kompenserer for invaliditet, og fremmer velvære, tatt vare på egenomsorgsbehovene sine (Cavanagh, 1999). Videre i følge Orem skal sykepleierens overordnede mål være å sørge for normal funksjon hos det enkelte menneske, og det er da vesentlig å ta vare på egenomsorgsbehovene hos pasienten (Kristoffersen, 2014). I forhold til barn skriver Orem i sin sykepleieteori at evnen til egenomsorg øker med alderen og gjennom livserfaring, og barn er dermed ofte ikke modne nok til å kunne ta vare på egne behov. Foreldrene og sykepleieren er da de som må hjelpe barnet å ivareta sin egenomsorg (Grønseth & Markestad, 2011).

Orem beskriver tre forskjellige typer egenomsorgsbehov, de universelle egenomsorgsbehovene, de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene og helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Vi velger å beskrive det helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovet på grunn av at dette ligger nærmest vår

problemstilling. Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov omhandler mennesker som er skadde eller syke. Endringer i helsesituasjonen gjør at det blir store omveltninger for pasienten, og kan gjøre pasienten delvis eller helt avhengig av andre for å ta vare på sine egenomsorgsbehov. For et barn med nyoppdaget diabetes type 1 vil det være en livssituasjon som varer livet ut. Både barnet og foreldrene vil måtte tilegne seg nye kunnskaper og egenskaper og vil være avhengig av sykepleiere en periode for å tilfredsstille sine egenomsorgsbehov og ta tilbake sin uavhengighet. Det er vesentlig å utøve ulike egenomsorgshandlinger som er hensiktsmessig for både sykdommen og målene som settes i samarbeid med pasienten og pårørende. Ved en kronisk sykdom er det viktig at sykepleieren legger til rette for at både barnet og foreldrene fysisk og psykisk kan takle det sykdommen bringer med seg (Kristoffersen, 2014).

Pasienter har ulike egenomsorgsbehov som må tilfredsstilles for å sørge for helse, utvikling og bevaring eller gjenvinning av normalfunksjon. Orem sier noe om hvilke krav til handling som settes for at disse egenomsorgsbehovene skal imøtekommes. Dette kaller hun terapeutiske egenomsorgskrav. Det må gjøres konkrete handlinger for å ta vare på egenomsorgsbehovene og disse gjøres enten av pasienten selv eller ved hjelp av andre. De terapeutiske egenomsorgskravene vil være forskjellige fra pasient til pasient, og hvis kravene ikke tilfredsstilles vil egenomsorgsbehovene være truet. Sykepleier må derfor kartlegge hvilke egenomsorgsbehov pasienten har vansker med å dekke, og deretter bestemme hvordan behovene skal ivaretas og hvilke handlinger som må gjøres. Etter at dette er kartlagt er det nødvendig at sykepleieren vurderer pasientens egen evne til å opprettholde disse kravene. Orem beskriver denne evnen som pasientens egenomsorgskapasitet. Dette sier noe om pasienten har evnen eller muligheten til å forstå hvilke egenomsorgsbehov som har sviktet, og om den har evnen til å utføre handlinger for å kompensere for denne svikten. Det er ulike faktorer som spiller inn på pasientens egenomsorgskapasitet og noen av disse er; alder, kjønn, helsetilstand, familiesituasjon, livsstil og levemåte og utviklingstrinn (Kristoffersen, 2014).

Hvis pasienten har egenomsorgskapasitet til å utføre de terapeutiske egenomsorgskravene vil det ikke være behov for noe sykepleie, men hvis det er et misforhold mellom de to vil behovet være der. Dette er det vesentlig for sykepleieren å vurdere. For barn med diabetes og foreldrene vil misforholdet skyldes at egenomsorgskravene har økt. Barnet og antakelig foreldrene vil ikke ha kunnskaper eller ferdigheter til å ivareta de nye egenomsorgsbehovene, og sykepleieren må derfor gå inn å sørge for at de terapeutiske egenomsorgskravene blir møtt (Kristoffersen, 2014).

Orem beskriver videre ulike hjelpemetoder som sykepleieren kan bruke i møte med en pasient for å tilfredsstille egenomsorgsbehovene og møte de terapeutiske egenomsorgskravene. Disse består av å gjøre noe eller handle for en annen, å veilede og rettlede en annen, å sørge for fysisk og psykisk støtte, å sørge for omgivelser som fremmer utvikling, og å undervise. Vi velger å utdype å veilede og rettlede en annen og å undervise da dette er det vi har fokus på i oppgaven (Kristoffersen, 2014).

#### *Å veilede og rettlede en annen*

Sykepleieren går inn og veileder pasienten i handlinger som pasienten ikke har kunnskaper om, eller ikke vet hvordan skal utføres. Sykepleieren veileder gjennom instruksjon, råd og forslag. Det er også vesentlig at det er en dialog mellom pasient og sykepleier for at sykepleieren skal kunne ha en veiledende funksjon (Kristoffersen, 2014).

#### *Å undervise*

Denne hjelpemetoden brukes når pasienter opplever en kronisk sykdom eller havner i en situasjon som gjør at de er avhengig av å utvikle nye ferdigheter ,og få nye kunnskaper i forhold til sin nye livssituasjon. Sykepleieren må gå inn i undervisning med mål om å motivere pasienten slik at den er mottakelig for læring. Videre må sykepleieren ta hensyn til alder, bakgrunn og tidligere erfaringer for å tilpasse undervisningen til den enkelte. Barn lærer på en annen måte enn voksne og må tilpasses til barnets alder. Å lære et barn nye ferdigheter som ivaretar sin egenomsorg kan ta tid og det er viktig at sykepleieren er tålmodig og bruker undervisning i ulike situasjoner (Kristoffersen, 2014).



## 3. Metode:

### 3.1 Om metode og litteraturstudie

Metode er måten du går fram på for å finne forskning og litteratur for å svare på og belyse problemstillingen (Thidemann, 2015). Dalland (2014) skriver at metode er et verktøy som hjelper oss å undersøke, og bidrar til å hente den informasjonen som vi trenger. Metoden vi bruker i vår oppgave er litteraturstudie.

Litteraturstudie vil si at vi setter oss inn i allerede eksisterende litteratur og artikler. Det betyr at vi går igjennom alt på en systematisk måte og vurderer det kritisk. Til slutt vil vi kunne sammenfatte det vi har funnet, og bruke dette til å svare på vår problemstilling på en best mulig måte (Thidemann, 2015). I vårt litteraturstudie har vi skrevet oppgaven vår innenfor høgskolens retningslinjer. Det finnes både fordeler og ulemper med et litteraturstudie. Fordelene er at det ofte er masse god litteratur ute som man kan bruke. Dermed kan man gjennom søk finne gode svar på de spørsmålene man har. En ulempe kan være at det er vanskelig å finne noe litteratur som svarer spesifikt på vår problemstilling. Så hvis vi skulle forsket på egenhånd kunne vi kanskje kommet frem til andre svar (Øvern, 2014, lysbilde 5).

Vår oppgave er hovedsakelig basert på en kvalitativ studie, men den ene forskningsartikkelen er en blanding av kvantitativ og kvalitativ. Kvantitativ metode gir informasjon på grunnlag av enheter som kan måles, og den kvalitative metoden har som hensikt å fange opp erfaringer og meninger som det ikke er mulighet til å måle eller å sette tall på (Dalland, 2014). Inger- Johanne Thidemann (2015) beskriver også kvalitativ metode som å få resultater fra mennesker som forteller noe om deres holdninger, hva de føler, erfarer eller tenker. Kvalitativt studie er ofte basert på færre mennesker og man samler inn data ved bruk av intervjuer, dokumentanalyser, observasjoner eller feltarbeid. Vi har valgt å bruke hovedsakelig kvalitativ metode fordi vi ønsket å få fram følelser og meninger til barn med diabetes type 1 og foreldrene. Derfor vil en kvalitativ metode egne seg framfor en kvantitativ.

## 3.2 Kildekritikk og valg av litteratur

Dalland (2014) beskriver kildekritikk som å kunne vurdere kildene man har brukt, både om det er pålitelig og kunne forklare hvorfor kildene er relevante i forhold til oppgaven man skriver. Vi ønsker i dette kapitlet å presentere valg og kritikk av forskningsartiklene vi har valgt.

Vi har valgt å bruke forskningsartikler som ikke er eldre enn 5 år og ingen av artiklene er fra senere år enn 2013. Det er en del forskning på området, men vi ønsket det som var nyest og mest oppdatert. Studiene er utført i USA, Norden og Europa. Gjennom vår søkeprosess har vi kun anvendt helsefaglige databaser. Hovedsakelig har vi brukt tre databaser. Databasene vi har brukt er Cinahl, EBSCOhost og Swemed+. Dette er databaser skolen har listet opp, og disse knytter seg til sykepleie, medisin og helse. Chinal har i underkant av 3000 tidsskrifter innen helsefag fra 1981, og mange av tekstene i fulltekst. EBSCOhost er en søkeplattform for flere ulike databaser som Chinal og ERIC. ERIC er en database som inneholder tidsskrifter innenfor pedagogikk, noe vi anser som vesentlig da vi skriver om undervisning og veiledning. Ved å bruke EBSCOhost fikk vi opp flere og bredere søk enn i bare Chinal. SweMed+ er en nordisk database innenfor medisin- og helsefag. Denne databasen har referanser til artikler fra omtrent 140 nordiske tidsskrifter (Høgskolen i Innlandet, 2017).

Vi har selvfølgelig også sett på relevansen det har til vår oppgave. Videre mener vi at forskningen vi har funnet blant annet hjelper oss til å besvare problemstillingen fordi flere av artiklene omhandler egne erfaringer, meninger og persepsjoner fra foreldre og barn som lever med sykdommen diabetes type 1. Dette syntes vi legger et godt og troverdig grunnlag for å hjelpe oss med å besvare problemstillingen. Det kan også hjelpe oss å finne ut hvordan sykepleier blant annet kan imøtekomme denne pasientgruppen og foreldrene, samt hvilke holdninger og handlinger som har en positiv og negativ innvirkning på deres ivaretagelse, selvstendighet, egenomsorg og helse. Det å få barn og foreldres perspektiver vil spille inn på måten vi legger til rette veiledning og undervisning til dem. Selv om vi som sykepleierstudenter har kunnskaper om sykdommen, diagnostikk og den praktiske ivaretagelsen av pasientene, så er det pasientene og foreldrene som kjenner seg selv best, og som vet hvilken behandling og omsorg som er mest hensiktsmessig i forhold til deres hverdag og livsstil. Her er samarbeid, individualitet, pasientens og foreldrenes behov, samt bruk av fagkunnskaper, en viktig forutsetning for å svare på problemstillingen. I vårt søk har vi valgt å velge forskningsartikler som har en IMRAD struktur, det vil si at artikkelen skal bestå av en introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette er med på å sikre at artiklene er forskningsartikler (Dalland, 2014).

---

Vi har vurdert de vitenskapelige forskningsartiklene vi har brukt opp i mot kunnskapssenterets sjekklister for forskningsartikler (Kunnskapssenteret, 2017). Siden vi hovedsakelig har kvalitative studier har vi valgt å bruke den kvalitative malen, denne ligger som eksempel på vedlegg 3. Vi har vurdert kvaliteten på hver enkelt kilde og alle våre funn scoret ja på alle punktene i sjekklisten.

Artiklene vi har funnet er utgitt i ulike vitenskapelige tidsskrifter som *Journal of Pediatric Nursing*, *Scandinavian journal of Caring Science*, *Vård i Norden*, *Journal of Clinical Nursing* og *Health Expectations*. Alle disse tidsskriftene er helse og sykepleie relaterte og derfor vesentlig for oss å bruke. *Journal of Pediatric Nursing* er også sykepleie spesifisert til barn og familier. Forfatterne av artiklene har doktorgrader, er leger, sykepleiere, eller annen helsefaglig bakgrunn. Alle 5 artikler er også fagfellevurdert, det vil si at artiklene er av eksperter på området godkjent og vurdert (Dalland, 2014). Vi anser derfor artiklene som troverdige. Alle artiklene vi har valgt å bruke er på engelsk, på bakgrunn av dette ser vi kildekritisk på oss selv da noe oversettingen kan være feiltolket av oss.

Noe av det negative med enkelte av artiklene var at aldersspennet var så stort. Det er stor forskjellig i hva en 6 åring anser som utfordringer, og hva en 18 åring gjør. Synspunktene til foreldre vil kunne være annerledes for de som har barn under 10 og de som har barn over. En av artiklene handler om barn med kroniske sykdommer inkludert diabetes på sykehus og deres holdninger til pasientundervisning. Noe av kritikken til denne er at den omhandler flere kroniske sykdommer, ikke bare diabetes. Noen av synspunktene til barna og foreldrene kan derfor komme på et annet grunnlag enn fra de med diabetes.

Vi har i tillegg til forskningsartiklene anvendt relevant faglitteratur, lovverk, pensumlitteratur, nettsider og retningslinjer. Vi har sørget for å kontrollere teorien opp mot hverandre.

### 3.3 Litteratursøk

For å finne de ulike forskningsartiklene har vi benyttet ulike databaser og brukt søkeord som er relevant for vår problemstilling. Vi fikk opp mange artikler på de ulike søkene, og begrenset de ved å bruke AND for å få artikler med alle søkeordene vi brukte. Videre har vi lest igjennom mange abstrakter og artikler og plukket ut de vi ser som mest relevant for vår oppgave. Vi har valgt flere artikler som har pasient- og pårørende perspektivet. Dette fordi vi ønsker å legge vekt på deres ønsker og synspunkter i besvarelsen. Vi benyttet oss av PICO skjema i vårt søk, dette

ligger som vedlegg 2. For å gjøre det lettere for leseren å finne artiklene har vi valgt å sette opp en tabell som viser vår søkehistorie. Dette ligger som vedlegg 1.

### **3.4 Etiske overveielser**

Dalland (2014) skriver at de som deltar i et forskningsstudie må være der av frivillig natur, og personene må gis informasjon så de selv kan velge å trekke seg selv fra studiet. Alle artiklene vi har inkludert i vår oppgave er fra databaser som er anbefalt fra skolen. Taushetsplikten er overholdt i alle studiene, dette gjelder også våre egne erfaringer. Tre av studiene ble forelagt foran etisk komite og godkjent. I de to siste studiene ble det i den første studien brukt artikler fra de siste ti årene der artiklene de brukte var anonymisert. I den siste studien ble det forelagt et informert samtykke om å delta. I denne litteraturstudien har vi ikke på egenhånd forsket, men flere av våre artikler inneholder meninger og opplevelser som er uttrykt av barn. Barn har rett til å delta i forskning, men samtidig så har de en rett på at de skal beskyttes. Forskning som omhandler barn eller barns liv kan være av stor nytte, siden barns interesser eller behov ikke alltid kan fremkomme fra de voksne (Øverlien, 2013). Vi har sett at artiklene vi har brukt har ivare tatt barns anonymitet og konfidensialitet.

## 4. Resultater av søk

Her ønsker vi å legge fram fylldige oppsummeringer av de ulike artiklene vi har funnet, og som vi ønsker å benytte oss av i besvarelsen av problemstillingen vår.

### Artikkel 1

*Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review* (Pelicand, Fournier, Le Rhun & Aujoulat, 2015). Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan det helsefremmende begrepet egenomsorg ble brukt i undervisningsintervensjoner med diabetes type 1 barnepasienter og forholdet mellom helsearbeider og barnet. Studien ble gjennomført ved å søke etter artikler på databasene Medline og Psychinfo gjennom det siste tiåret. Gjennom søket fant de 151 artikler, 121 artikler ble ekskludert fordi de ikke hadde abstrakter eller ikke var på engelsk, de ikke hadde termen self-care i abstraktet, fordi self-care ikke var tilstede i teksten, eller fordi artikkelen ikke var spesielt om barn med diabetes type 1. De 30 gjenværende artiklene ble analysert gjennom kvalitative metoder for tematisk koding og kategorisering. Denne artikkelen er et systematisk litteraturstudie.

I analyseringen av artiklene fant de at termen egenomsorg hovedsakelig ble brukt i sammen med andre termer, f. Eks egenomsorgs aktiviteter, egenomsorgs oppgaver osv. Egenomsorg ble forklart som tre dimensjoner, det psykososiale, generell helse og evnen til å ta vare på behovene som sykdommen skaper. Hos de fleste artiklene ble egenomsorg oftest knyttet til sykdomsrelaterte aktiviteter, i motsetning til helsefremmende egenomsorgsaktiviteter som barnas psykososiale liv, selvbevissthet, sosial komfort og meningsfulle interaksjoner. I deres analyser av artiklene viser det seg at egenomsorg ofte er forstått som å ta vare på sin egen sykdom i stedet for å ta vare på seg selv. I funnene ønsket de også finne ut om hvilke faktorer som bidrar til egenomsorg hos barn med diabetes type 1. Barnas egenomsorgsansvar blir delt med foreldrene og helsearbeidere, de har derfor funnet ut hvilken innflytelse foreldrene har og hvilken innflytelse helsearbeidere har. I funnene fant de ut at faktorene økonomisk status, etnisitet og historie hadde noe å si, men at det hovedsakelig var de kognitive og psykososiale faktorene innenfor familien som hadde noe å si for barnas egenomsorg. Dette kan derfor bli støttet og styrket av helsearbeidere gjennom adekvat undervisning og veiledning til barna og foreldrene.

Helsearbeidere burde også gi foreldrene veiledning og problemløsende støtte for å kunne ta del og hjelpe barna i deres hverdag (Pelicand et al., 2015).

Studiene konkluderer med at helsearbeidere burde legge fokuset på å støtte og undervise barn for å gi dem autonomi og å bli ”friske syke”, i stedet for å bare hjelpe dem til å behandle egen sykdom. For helsearbeidere er det også viktig å veilede foreldrene slik at de bedre kan støtte barna i mål om å oppnå autonomi både i forhold til sykdom og det psykososiale (Pelicand et al., 2015).

## **Artikkel 2**

*Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents* (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013). Dette er en kvalitativ studie som inkluderte barn med kronisk sykdom og deres foreldre. Hensikten med studiet var å undersøke viktige deler av pasientundervisningssituasjoner under et sykehusbesøk, som en del av et prosjekt for å utvikle undervisning til pasienter. For å få varierte beskrivelser ble familier med barn som hadde forskjellige kroniske sykdommer, og i forskjellige aldersgrupper inkludert. Totalt var det 15 familier som deltok. De fleste av situasjonene beskrevet av foreldrene var når de var preget av sjokk, og beskrivelsene fra barna og foreldrene inkluderte konsekvenser som en følge av situasjonene. Det pedagogiske utfallet ble beskrevet som empowerment eller mangel på det. Funnene i artikkelen viser viktigheten ved god kompetanse som kreves av sykepleiere for at undervisningen skal være hensiktsmessig for familier som har barn med kroniske sykdommer. De burde inneha kompetanse i sykepleie, undervisningslære og i det mellommenneskelige. Sykepleiekompetanse innebar kunnskaper og evner til å ta vare på barnet og familien, fremme velvære ved å lindre smerte og frykt, tilby emosjonell støtte, og kunnskaper om sykdommen og hvordan den skulle mestres. Denne kunnskapen viste seg også som blant annet evnen til å tilpasse sykdommen til dagliglivet. Sykepleierens kompetanse på undervisningslære ble formet av hennes kunnskaper og evner til å gjennomføre pasientundervisningen. Dette dreide seg blant annet om å tilpasse seg barnets alder, finne aktiviteter som passet for barna, bruke kommunikasjon på en måte som barna forstod, og det å gi de ansvar for egen håndtering av sykdommen avhengig av alder. Det var også viktig å ha barnet i fokus, men involvere foreldrene for å skape trygghet for barna. Kunnskapen viste seg også i forhold til at deltagernes ønsker og behov ble tatt i betraktning, og at deres fysiske og

---

psykiske evner for læring ble vurdert. Den mellommenneskelige kompetansen innebærer sykepleierens ferdigheter til å ha en dialog, og dette var personlige egenskaper som blant annet vennlighet, evnen til å forholde seg rolig, ha tålmodighet, være oppmuntrende og ha en god sans for humor. Evnen til å ha en dialog viste seg ved at familiens privatliv ble ivaretatt, at de ble respektert og at sykepleier planla nok tid til dem (Kelo et al., 2013).

Denne studien gir flere praktiske eksempler på kompetanse som kreves i god pasientundervisning og hvordan sykepleiere kan handle i forhold til disse, og kunnskapene kan brukes for å utvikle pasientopplæring og sykepleieres kompetanse på dette området (Kelo et al., 2013).

### **Artikkel 3**

*Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives* (Freeborn, Dyches, Roper & Mandleco, 2013). Denne studien ble utført for å finne ut hva slags synspunkter unge har, og utfordringer de opplever med sin diabetes type 1 i hverdagen. Studien ble utført i USA på barn og unge mellom 6-18 år. Den ble utført i kvalitativt metode gjennom opptak av intervjuene de gjorde med barna over 4 mnd. Hensikten med studien var å finne ut hvilke perspektiver og utfordringer barn med diabetes type 1 opplever slik at sykepleieren kan tilpasse strategier til disse pasientene.

Det kom tydelig fram i studien at det var mye motgang i diabetes type 1 hos disse barna og ungdommene. Når det gjaldt utfordringene å leve med diabetes var det tre temaer de dro frem. Lavt blodsukker, egenomsorgsaktiviteter, følelsen av å være utenfor eller alene. Deltakerne i studiene kunne selv identifisere når blodsukkernivået var lavt, men de likte ikke følelsen av det. En gutt forklarte det som at det føltes som han hadde influensa, og da føler man seg dårlig. De likte heller ikke å måtte avbryte aktiviteter kun fordi de følte seg dårlig. Egenomsorgsaktivitetene som å sjekke blodsukkernivået eller administrere insulin likte de også dårlig. Deltakerne fortalte at de noen ganger ikke sjekket blodsukkeret eller administrerte insulin før måltider. Ei jente sa hun til og med lot være å spise for å slippe å sjekke og sette sprøyte. Samtidig gjorde det og hele tiden måtte sjekke seg selv eller sette insulin at de følte seg annerledes fra andre barn. Følelsen av å være annerledes var det siste tema barna så på som en utfordring. Dette var i tillegg med og bidro til at de ikke sjekket blodsukkeret eller ga seg selv insulin. Funnene i denne studien og relevansen den hadde til klinisk praksis ledet til konklusjonen at sykepleiere må se og respektere

disse utfordringene. Sykepleiere må se bekymringene barna har samt veilede og undervise i god egenomsorgsbehandling både til barna og foreldrene. Videre må de snakke med barna om dette å balansere blodsukkeradministrasjon og aktiviteter. Noen av barna trengte nok veiledning og undervisning av viktigheten å passe på blodsukkernivået, mens de fleste trengte å føle seg normal og at de hadde kontroll. Det var viktig at sykepleierne også tok tak i utfordringen med å føle seg utenfor og alene. Siden å føle dette kan øke sjansen for at barna unngår å måle blodsukker, administrere insulin eller å spise (Freeborn et al., 2013).

#### **Artikkel 4.**

*The Role of Advanced Nurse Practitioners in Offering Brief Therapeutic Conversation Intervention for Families of Children and Adolescents with Diabetes Type 1* (Konradsdottir & Svavarsdottir, 2013). Denne studien ble gjort på Island med 14 familier. Barna til familiene hadde alle diabetes type 1. Denne studien er kvalitativ og fikk gjennom samtaler med de enkelte fram erfaringer og følelser. Målet med studien var å finne ut om familiene fikk noen fordeler eller nytte av terapeutiske samtaler med spesialsykepleier. Sykepleieren skulle i samtalene fokusere på følelsesmessig støtte, undervisning, og styrkene til familiene i stedet for å fokusere på svakhetene. Dette skulle gjøres over to individuelle samtaler med familiene. Under samtalene kom det frem at familiene følte et stort stress i hverdagen, og frykten for at barnet ikke ble tatt godt nok vare på i hensyn til sin diabetes type 1. Etter samtalene følte både mødre og fedre i studien at familiens styrker ble dratt fram sammenlignet med før samtalene, og de følte selv de var blitt styrket etterpå. En av mødre sa hun satte så pris på samtalene og at hun endelig fikk det hun trengte, at hun har følt seg så alene med barnets sykdom og behøvde å få snakket om det.

Konklusjonen på denne studien ble at foreldre bør bli gitt muligheten til å uttrykke følelsene og bekymringer en kronisk sykdom hos et barn gir. Sykepleieren må lytte, gi dem støtte og veiledning for at de bedre kan takle hverdagen hjemme. Det var også vesentlig å fokusere på styrkene familiene har for å gi dem trygghet til å forstå at de kan takle dette på daglig basis. Videre mener de at det burde gjøres en større undersøkelse rundt dette for å se effektiviteten den terapeutiske samtalen har med spesialsykepleier (Konradsdottir & Svavarsdottir, 2013).



## Artikkel 5

*"Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes"* (Howe, Ayala, Dumser, Buzby & Murphy, 2012, s. 119-126). Dette er en studie fra USA som både er kvalitativ og kvantitativ, og den viser hva foreldre ønsker i samhandling med helsepersonell i deres liv med barn som har diabetes. Hensikten med studiet var å få en oversikt over hva foreldre som har barn med diabetes type 1 sa om deres forhold med helsepersonell. Det var 63 foreldre som til sammen deltok i undersøkelsen, og det var både gutter og jenter i aldersgruppen 5 til over 15 år.

Resultatene fra forskningen viste tre temaer som foreldrene beskrev som karakteristiske i deres forhold til helsepersonell som hjalp dem til økt mestring i forhold til utfordringer med det å leve med diabetes. Det første temaet handlet om hvordan helsepersonell la grunnlaget for å skape en god eller dårlig allianse med familien, og foreldrene beskrev at det var viktig at helsepersonell anstrengte seg for å bli godt kjent med pasienten og fikk en følelsesmessig kontakt med familien. Foreldre responderte blant annet godt på behandlere som utstrålte varme, som viste at de brydde seg, og de som ble oppfattet som oppriktige og gode. De verdsatte også de som viste at de hadde god tid til dem selv om de var travle eller opptatte, og de syntes det var positivt når de følte at helsearbeideren personlig viste forståelse og kjente både barnet og hele familien. Foreldrene syntes det var positivt når helsearbeidere kjente til både barnas ulike behov, og når de samtidig var oppmerksomme på deres interesser (Howe et al., 2013).

Det andre temaet knytter seg til den kliniske pleien, foreldrene forventet gode råd fra deres helsearbeider. At helsepersonell hadde god kompetanse og kunnskap førte ikke bare til at de fikk god klinisk omsorg, men også at familien følte tillit til helsearbeideren og at barnets medisinske behov ville bli dekket. Foreldrene hadde behov for mer enn medisinske råd, og de ønsket en diabetesbehandlingsplan som knyttet seg til familiens livsstil og sammensetning. Det kom også blant annet fram at en forelder anerkjente verdien av kontinuitet (Howe et al., 2013).

Det siste temaet som dukket opp som resultat i studien sier noe om samarbeidet mellom helsepersonellet og familien. Når foreldrene følte de ble tatt med i beslutninger og følte de fikk ta del i omsorgen og behandlingen til barnet, beskrev de samarbeidet som en dans. Etter hvert som foreldrene følte de kunne ta mer ansvar endret rytmen seg. Handlinger fra helsepersonell som førte til at de bedre mestret å håndtere diabetesen var en viktig måte å engasjere foreldre som partnere på. Empowerment ble et viktig virkemiddel i å engasjere foreldrene, og samarbeidet

mellom dem. Ved å styrke egenskaper foreldrene har både ved å lære de det tekniske med diabetes, og styrke egenskaper til å ta ansvar for diabetesbehandlingen på egenhånd da de kommer hjem. Foreldrene ga også innblikk i hva som var negativt og fikk foreldrene til å føle seg ute av kontroll. Dette knyttet seg til helsepersonell som hadde dømmende eller avvisende holdninger, var ufleksible eller ga oppskrift på en behandling som ikke var hensiktsmessig for familiens liv. Foreldrene framhevet behovet for å bli behandlet med gjensidig respekt som en grunnleggende nødvendighet for å etablere et tillitsfullt partnerskap. De ønsket at helsearbeiderne skulle se deres levde erfaringer med diabetes, og stole på deres dømmekraft når det kom til beslutninger (Howe et al., 2013).

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet vil vi diskutere ut ifra teorien vi har presentert, og sette det opp mot funnene og resultatene i de empiriske studiene, samt våre egne erfaringer fra praksis. For å gjøre dette ønsker vi å gå i dybden i hvordan vi kan svare på problemstillingen å fremme egenomsorg til barn med diabetes gjennom veiledning og undervisning.

### 5.1 Tilnærming

Vi tar utgangspunkt i at det første møte sykepleieren har med barnet og foreldrene er på medisinsk barneavdeling. Det vi først ønsker å se på er hvordan sykepleiere burde møte dem for å opprette et tillitsforhold for videre samarbeid. For at sykepleier skal kunne legge et godt utgangspunkt for veiledning og undervisning er det viktig at hun lytter til barnet og foreldrenes tanker, følelser og behov (Tveiten, 2008). Studiene til Howe et al. (2013) underbygger dette. I deres studier kom det fram at foreldrene hadde et sterkt behov for å bli hørt og de responderte godt på sykepleierne som la et godt grunnlag for videre samarbeid gjennom å utstråle varme, ved å vise at de bryr seg, samt å vise interesse og forståelse for både foreldre og barnet. Orem legger også vekt på i sin hjelpemetode viktigheten av å ha en god dialog med pasienten under veiledning (Kristoffersen, 2014).

#### 5.1.1 Helhetlig tilnærming

I møte med familien er det vesentlig at sykepleieren ser helheten. Orem har beskrevet egenomsorg som mer enn å bare ta vare på egen sykdom, men også ta vare på seg selv (Kristoffersen, 2014). Retningslinjene for diabetes sier at man også må se på de psykologiske aspektene av det å få en kronisk sykdom (Helsedirektoratet, 2017).

Barn med diabetes type 1 kan få følelsen av å føle seg utenfor. De trekkes ut fra aktiviteter med venner, eller fra timer i klasserommet for å måle blodsukker eller administrere insulin. Barn kan på denne måten føle seg ulik og annerledes. Andre barn kan spise uten å tenke noe videre på det, mens barn med diabetes må utføre egenomsorgsaktiviteter som barn uten diabetes ikke behøver å bekymre seg for. Det var dette barna i studien til Freeborn et al. (2013) beskrev som grunner til at

de følte seg utenfor. Studien konkluderer med det at det er viktig for sykepleier å ta tak i disse utfordringene barna har om å føle seg utenfor. Orem sin teori underbygger dette ved at man skal se på menneske som en helhet. Egenomsorg handler om å ta vare på hele mennesket ikke bare de fysiske utfordringene (Kristoffersen, 2014). Så for at sykepleier på best mulig måte skal kunne fremme helse og egenomsorg hos barn med diabetes må sykepleier veilede, støtte og komme med råd som kan bidra til å forebygge og forhindre at barn føler seg annerledes enn andre barn. Studien viste også at barna noen ganger unngikk å sjekke blodsukkeret eller å sette insulin fordi det fikk dem til å føle seg annerledes (Freeborn et al., 2013). Gjennom dette ser man at hvis den psykososiale delen av et menneske ikke har det bra, går det ofte utover den fysiske helsen og egenomsorgen. Studien til Pelicand et al. (2015) støtter opp under dette. Egenomsorg blir ofte bare brukt i sammenheng med sykdomsrelaterte oppgaver, derfor burde helsearbeideren ha større fokus på det helsefremmende fokuset i egenomsorg. Sykepleier burde ha fokus på støtte pasienten, og huske det psykososiale, ikke bare de fysiske utfordringene sykdommen bringer med seg. Vi er enig med det de legger frem i studien og mener det vil være viktig å ta tak i dette med en gang.

I studiene til Pelicand et al. (2015) trakk de frem at sykepleier burde gi veiledning, undervisning og problemløsende støtte til barna og til foreldrene slik at de kan hjelpe og ta del i barnas hverdag. Vi ønsker å ta tak i dette. En ting vi tenker er vesentlig er å gi pasientene råd om å informere de fleste som er involvert rundt barnet. Dette gjelder selvfølgelig lærere, eventuelle trenere, venner og foreldre. Videre kan lærerne snakke med klassen om hvorfor denne eleven må ut av klasserommet før matpauser eller tas ut av timer eller andre aktiviteter. Vi tror jo mer åpenhet det er rundt sykdommen, jo mindre utenfor vil barnet føle seg. I enkelte situasjoner kan til og med klassekameratene delta eller være med barnet da det utfører egenomsorgsaktivitetene som å måle blodsukker eller administrere insulin. Kun hvis alle parter er komfortable med det. Det vil også kunne være en læresituasjon for barna å kunne få mer kunnskap om en sykdom som er økende i befolkningen (Helsedirektoratet, 2017). Hvis barnet eller foreldrene føler de har behov for flere samtaler og tettere oppfølging kan vi henvise de videre til dette (Diabetes mellitus, 2010., avsnitt C). Diabetesforbundet arrangerer i tillegg en årlig leir for barn med diabetes. Det kan være nyttig og helsefremmende for barnet å møte andre som har sykdommen. Hvis barnet ikke har kjennskaper til andre som har diabetes, kan det være nyttig å møte andre barn med samme diagnose. Det å kunne høre andre barns erfaringer og møte disse kan gjøre at det føler seg mindre alene. Det er også mye å lære på ulike kurs, men ikke minst er det mye fokus på å ha det gøy (Diabetesforbundet, 2017). Derfor tenker vi dette er noe sykepleier burde informere og oppmuntre

---

dem til å vurdere. Videre mener vi dette er tiltak som støtter mer den psykososiale biten og ikke bare den fysiske sykdommen.

### **5.1.2 Salutogenese og empowerment som virkemidler i tilnærmingen**

I samhandlingen med barnet og foreldrene må sykepleier sørge for at de gjennom hele prosessen får delta aktivt slik at de kan ha et bedre utgangspunkt for å mestre den nye situasjonen som de befinner seg i (Vatne, 2011). Dette er også en lovpålagt plikt i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) som sykepleier må overholde i sin utøvelse av sykepleie til familien. Det at de får delta, ta avgjørelser, uttrykke egne ønsker og behov basert på deres livssituasjon og livsstil, kan bidra til et individuelt behandlingstilbud av god kvalitet som er hensiktsmessig for både barnet og foreldrene (Kristoffersen, 2014). Dette påpeker de også i forskningen til Howe et al (2013), der foreldrene ønsker behandlingstilbud som er tilpasset dem og ikke bare behandlingen av sykdommen.

For barna og foreldrene i studien til Kelo et al. (2013) var det viktig for dem at sykepleierne hadde kunnskap om sykdommen og hvordan den kunne mestres. Vi mener det allikevel er viktig at sykepleieren ikke går inn i ekspertrollen og bare løser problemene for dem. Dette understreker de også i studien til Howe et al. (2013). Foreldre som har opplevd at avgjørelser har blitt tatt uten å snakke med dem først, har følt seg ute av kontroll og hindret fra å ta avgjørelser i deres barns omsorg. Men da sykepleier inkluderte foreldrene, og underviste og veiledet dem følte de seg styrket, og som at samarbeidet ble som en dans. Dette førte til at foreldrene tok mer og mer over føringen etter hvert som deres empowerment ble styrket. Tveiten (2008) skriver at sykepleier har kompetanse på sitt område, men det er foreldrene som har mest kunnskaper om deres barn og familie. Det er derfor viktig at sykepleier ikke overtar eller styrer situasjonen, men heller lytter eller hjelper de i et felles samarbeid slik at de på egenhånd kan finne løsninger eller tiltak som vil være hensiktsmessige for hele familien. Vi mener derfor i likhet med Tveiten (2008) og Howe et al. (2013) at sykepleier kan veilede og undervise barnet og foreldrene for å styrke deres ressurser ved å øke deres kunnskaper, ferdigheter og selvbilde. Det kan føre til at både barnet og foreldrene får en bedre kontroll om deres kompetanse øker, og det blir enklere for de å samarbeide med sykepleier om de er mer bevisste på situasjonen og hvordan de påvirkes av den. Noe som også kan føre til at de ved utskrivelse kan ta styring over sykdommen og deres liv, og at de opplever en best mulig livskvalitet til tross for kronisk sykdom (Askheim, 2011).

Funn fra andre forskningsartikler støtter opp om bruk av empowerment som et virkemiddel for å fremme foreldres deltagelse, og hvordan det har en positiv effekt på samarbeidet og deres evne til å ta ansvaret for barnets diabetes (Konradsdottir & Svavarsdottir, 2013).

Hvis barnet og foreldrene har en aktiv deltagelse, så mener vi at de over tid kan føle seg bedre rustet og ressurssterke til å mestre sykdommen, og ta et selvstendig ansvar for behandlingen på egenhånd etter utskrivelse. Samtidig tenker vi at det er viktig at sykepleier lar barnet og foreldrene være med på å bestemme hvordan behandlingen burde tilrettelegges etter deres behov og livssituasjon, da funn fra forskning viser at foreldre ønsker å ha en behandlingsplan som passer til deres livsstil (Howe et al., 2012). Vi mener at det enkelte barnet og foreldrene skal ha en mulighet til et så normalt liv som mulig, slik at de ikke skal føle mangel på livsutfoldelse eller føle seg annerledes slik Freeborn et al. (2013) la vekt på i sin forskning.

Orem nevner lite konkret om brukermedvirkning og empowerment i sin sykepleieteori. Allikevel mener vi at hvis sykepleier bruker hjelpemetodene som omhandler veiledning og undervisning, så vil både barnet og foreldrene bli delaktige og øke sin mestringsevne. Dette er en måte hun kan velge å utføre sammen barnet og foreldrene for å gjøre de mer ressurssterke. Handlingene sykepleier utfører i situasjonen sammen med dem blir delvis kompenserende, og vi tenker at det kan bidra til at de både får økt kunnskap og mer ferdigheter til at de på egenhånd kan ta mer selvstendig ansvar for sykdommen og dens utfordringer (Kristoffersen, 2014). Dette er også bevist som en handling å øke foreldres empowerment på i artikkelen til Howe et al. (2012).

Vi velger å konkludere med at hvis sykepleier anvender både veiledning og undervisning til barnet og foreldrene så kan det bidra til både inkludering, medvirkning og en økt grad av empowerment. Samtidig tror vi at det enkelte barnet vil øke sine ressurser for å ivareta sin egenomsorg ved hjelp av disse hjelpemetodene, men vil over lengre tid ha behov for foreldrenes tilstedeværelse og støtte på veien til uavhengighet. Dette underbygges av Orem's egenomsorgsteori i forhold til barn (Grønseth og Markestad, 2011).

Antonovskys salutogenesemodell beskriver stress som noe positivt dersom familien mestrer det på en hensiktsmessig måte. Sykepleieren må derfor hjelpe både barnet og foreldrene gjennom det som oppleves som en stressende situasjon (Tveiten, 1998). I forskningen til Konradsdottir og Svavarsdottir (2013) viste det seg at foreldrene følte mye stress i hverdagen når det kom til å takle barnets liv med diabetes. Det kom fram der at virkningen på disse foreldrene var positiv da sykepleieren lyttet og fokuserte på det som bra var i motsetning til sykdom. Vi mener dermed at

---

sykepleieren kan hjelpe familien med å takle stress ved å trekke fram familiens styrker gjennom å oppmuntre og bekrefte følelser de har, og fortelle dem hva de gjør bra (Tveiten, 1998). Det må også legges til rette for mestring i ulike situasjoner. Et eksempel på dette er utførelsen av å måle blodsukker og administrere insulin.

Den emosjonelle støtten sykepleieren i forskningen til Konradsdottir og Svavarsdottir (2013) ga gjorde at de følte seg styrket etterpå. En av foreldrene i undersøkelsen underbygget viktigheten med å dra fram det som var positivt. Han sa etter sykepleieren hadde rost han for den gode jobben han gjorde, at ingen hadde sagt at han gjorde en god jobb med å kontrollere barnets blodsukker. Når sykepleieren sa dette følte han seg tryggere, og mer styrket på at det han gjorde i det daglige livet med diabetes var bra. Vi mener og tenker på grunnlag av dette at det er nødvendig at sykepleieren legger vekt på det positive barnet og foreldrene gjør, for å få dem styrket ut av innleggelsen på sykehuset.

Styrker som familien har innad må også trekkes frem. Hvis barnet og familien selv ikke er klar over eller ser evnene sine for å kunne lykkes i det daglige livet, kan det gi mestring hvis sykepleieren bidrar til å hjelpe dem med å se disse evnene (Sletteland & Donovan, 2014). Vi mener at sykepleieren må se nødvendigheten med å gjøre dem oppmerksomme på dette. Dermed konkluderer vi med at salutogenese er en helsefremmende metode sykepleieren burde ha fokus på. Sykepleieren gjør dette ved å fremheve det som skaper helse og med fokus på det som er bra.

### **5.1.2 Hvilke behov barnet og familien har**

Når barn blir lagt inn på sykehus vil behov for trygghet og informasjon være økt.

Alle som blir lagt inn på sykehus har behov for trygghet, men for barn blir dette enda viktigere. Ved nyoppdaget sykdom kan det være traumatisk både for barnet og for foreldrene (Grønseth & Markestad, 2011). For å skape trygghet og legge til rette for at barnet skal føle mestring og øke sitt nivå av egenomsorg er det vesentlig at både barnet og foreldrene blir hørt og lyttet til. Salutogenese er en viktig helsefremmende faktor, der sykepleieren må trekke fram styrkene og motstands ressursene som barnet og foreldrene har (Tveiten, 1998). Det er som nevnt tidligere foreldrene som kjenner barnet sitt best og de må hjelpe barnet å dekke sine egenomsorgsbehov den dagen de reiser hjem. For barnet er foreldrene en motstandsressurs og en trygghet som sykepleier kan bruke i samarbeid med barnet. Ved å ha foreldrene tilstede, samtidig som de har et fåtall av

sykepleiere å forholde seg til vil tryggheten øke hos barnet (Tveiten, 1998). Studien til Howe et al. (2013) støtter opp under dette ved at familiene så på kontinuitet som en trygghet og viktig faktor for samhandling. Andre funn fra forskning støtter blant annet opp om at barn synes det er bra at foreldrene er tilstede når de veiledes, da foreldrenes tilstedeværelse bidro til at de ikke følte seg alene, eller at de slapp å tenke over hvordan ting ville bli om de ikke husket alt på egenhånd (Kelo et al., 2013).

I det første møtet med barnet og foreldrene er det viktig at sykepleier viser omsorg ved å vurdere hele familiens situasjon, og tilbyr emosjonell støtte og oppfordrer de til å uttrykke sine følelser. (Kelo et al., 2013). Orem beskriver i sin teori støtte som en viktig del av grunnlaget som bygger opp mot veiledning og undervisning i veiledningen. Sykepleier kan i møte med familien utøve støtte ved å være tilstede for de både fysisk og psykisk (Kristoffersen, 2014). Dette vil være en viktig del av å bygge et tillitsforhold til familien. Orem mener også at et forhold mellom sykepleier og pasient som inneholder tillit, trygghet og respekt vil kunne fremme fysisk funksjon og etablering av nye ferdigheter (Kristoffersen, 2014). Hvis sykepleier er tilstede og tar kontroll kan dette roe ned situasjonen, og kan bidra til at både barnet og foreldrene føler en form for trygghet i en uoversiktlig situasjon (Kelo et al., 2013).

Behovet deres for informasjon vil også være økt i en slik situasjon. Dette er noe vi har opplevd fra tidligere praksiserfaringer der pasienter har mye spørsmål og behov for informasjon. Derfor er det vesentlig for sykepleier å snakke med dem på et nivå som er forståelig i en sann setting. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3) står det at sykepleier har et ansvar for å sørge for at informasjon som blir gitt også blir forstått. Gjennom informasjon og samtale med barnet og foreldrene kan sykepleier få svar på de ulike behovene de trenger å få dekket. I et tidlig stadiet er det derfor vesentlig at sykepleier kartlegger hva de allerede vet, og hva de trenger undervisning og veiledning om (Grønseth & Markestad, 2011). Dette er også en måte å bli kjent på, som var en viktig egenskap hos sykepleierne og et behov familiene hadde (Howe et al., 2013).

## **5.2 Rammebetingelser**

For at veiledning og undervisning skal utføres er det enkelte faktorer som må være på plass. Vi ønsker å se på noen av rammebetingelsene som tid og hvordan dette skal gjøres.



---

Foreldrene i forskningen til Howe et al. (2013) la vekt på at det var viktig at sykepleierne anstrengte seg for å bli kjent med familien, og at de viste de hadde tid til dem selv om det var travle dager. Det er vesentlig at sykepleier legger til rette for et godt utgangspunkt for veiledningen for å kunne fremme helse og egenomsorg hos disse barna og foreldrene, og tid er en viktig faktor for dette.

Dette med tid og travle dager er noe vi vet er store utfordringer i hverdagen til sykepleiere fra tidligere praksiserfaringer. En sykepleier som er travel eller som har mye å gjøre vil kanskje ikke ha god nok tid til å samtale, veiledning eller undervisning med barnet og foreldrene, og de kan føle seg ignorert, eller at det hemmer læring (Tveiten, 2008). Dette kan oppfattes som at sykepleier ikke er interessert, og oppleves som ubehagelig for barnet og foreldrene (Kelo et al., 2013). Vi tenker også at mangel på tid kan påvirke veiledningen og undervisningen med at den ikke imøtekommer barnets og foreldrenes behov. Dette tenker vi kan føre til at barnet og foreldrene kanskje ikke får den informasjonen, veiledningen og undervisningen som de burde få og som de har krav på i henhold til spesialisthelsetjeneste loven (1999, § 3-8). Dette kan ha en negativ effekt på barnets evne til å mestre sykdommen og ivareta sin egenomsorg etter utskrivelse. Orem skriver også dette i sin hjelpemetode ”undervisning”, at det kan ta tid og tålmodighet å lære barn nye ferdigheter og egenskaper for å ta hånd om sin egen egenomsorg (Kristoffersen, 2014). Det er derfor nødvendig at sykepleier planlegger slik at det ikke blir tidsnød i møte med barna og foreldrene.

Hvordan undervisning og veiledning skal utføres er også vesentlig å se på. Sykepleier må ved diabetessykdom hos et barn ivareta og imøtekomme både barnet og foreldrene, og det kan være en utfordrende rolle for sykepleieren å skulle dekke alles behov (Grønseth & Markestad). Selv om det er barnet som har fått diabetes, så er det nødvendig at foreldrene inkluderes siden barnet vil trenge de for å ivareta sin egenomsorg og helse etter utskrivelse (Tveiten, 1998). Sykepleieteoretikeren Dorothea Orem mener i sin sykepleieteori at barn ofte ikke er modne nok til å kunne ta vare på egne behov da evnen til egenomsorg øker med alderen, og derfor må foreldrene og sykepleier hjelpe barnet med å ivareta sin egenomsorg (Grønseth & Markestad, 2011). Ved nyopplaget diabetes vil barnets egenomsorgskrav øke, da barnet og foreldrene kanskje ikke innehar tilstrekkelig med kunnskaper eller ferdigheter til å ivareta egenomsorgsbehovene som har oppstått. Orem mener at sykepleier da skal imøtekomme egenomsorgskravene, og utnytte den undervisende hjelpemetoden for å hjelpe de med å tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper for å bedre kunne mestre sin nye livssituasjon (Kristoffersen, 2014).

Hvordan undervisningen og veiledningen skal utføres må gjøres ut ifra det enkelte barns og foreldres utgangspunkt og situasjon (Grønseth & Markestad). Av egne erfaringer har vi erfart at pasienter i starten ønsket at vi var tilstede da de på egenhånd skulle utføre en prosedyre, og at dette ga dem en følelse av trygghet. Som tidligere nevnt viste funn fra forskningen at enkelte barn synes det var betryggende å ha foreldrene tilstede under undervisning og veiledning (Kelo et al., 2013). En annen fordel kan være at foreldrene får et innblikk i hva barnet føler og tenker (Tveiten, 2008). Vi mener derfor at en situasjon som barnet opplever som trygg vil gjøre at barnet lettere åpner seg og setter ord på følelser som det måtte ha. I en slik situasjon vil barnet og foreldrene være mer mottakelige for læring gjennom undervisning og veiledning. Ved å øke sitt kunnskaps- og ferdighetsnivå vil kapasiteten til å ivareta sin egen egenomsorg øke, men det er allikevel viktig å se familiene individuelt. Det kan også være ulemper med å veilede barnet med foreldrene tilstede. Det kan være mulig at barnet ikke får uttrykket sine ønsker eller behov, fordi foreldrene tar stor plass. Barnet kan også unngå å fortelle hvordan det egentlig har det i situasjonen i frykt for å såre eller skremme foreldrene (Tveiten, 2008). Videre tenker vi at barnet kan føle seg mer i fokus alene med sykepleier.

Det kan være nødvendig å undervise og veilede foreldrene alene også i ulike emner som kanskje er for komplekst for barnet å forstå på grunn av sin alder. Dette kan gjøre barnet utrygt og redd (Tveiten, 2008). Forskningen til Howe et al. (2013) viser også at det er betryggende for foreldrene å få undervisning alene i forhold til barnets sykdom, i tillegg til at det er et behov de har. En forelder opplevde blant annet at hun mestret bedre å ta ansvar for barnets diabetes når hun hadde økt sine ferdigheter på det å justere insulindosen til hva barnet spiste.

Vi mener da på grunnlag av teorien og forskningen at både barnet og foreldrene vil ha behov for veiledning og undervisning. Det må ta hensyn til det enkelte barn og foreldrene, og sykepleier må tilrettelegge for at dette skjer hensiktsmessig for begge parter for å fremme egenomsorg.

### **5.3 Sykepleierens kunnskaper**

For at sykepleieren skal kunne fremme egenomsorg og helse hos barn er det nødvendig med gode kunnskaper og ferdigheter. Slik vi ser det er det mye i Orems sykepleieteori som er hensiktsmessig og helsefremmende å bruke i møte med barnet og foreldrene med mål om å øke deres egenomsorgskapasitet. En bakside med Orems hjelpemetoder er at sykepleieren kanskje ikke besitter kunnskapene eller muligheten til å undervise og veilede dem (Kristoffersen, 2014). I

---

forskningen til Kelo et al. (2013) kom det frem at da sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig med kunnskaper, ikke underviste nok, eller ikke ga informasjon som var god nok, gjorde foreldrene bekymret for å reise hjem. Vi tenker det kan være flere grunner til at sykepleieren ikke dekket disse behovene til foreldrene. Tidsnød kan være en grunn, det er mulig at ting blir glemte bort da tiden ikke alltid strekker til. En annen mulighet er at sykepleieren kanskje ikke har gode nok kunnskaper i forhold til sykdommen og ikke har kompetanse til å gi råd, informasjon og veiledning. I løpet av våre egne praksisperioder har vi merket hvor kompleks en sykdom som diabetes er. Vi har selv opplevd at vi trenger å lese oss opp og tilegne oss nye kunnskaper for å tilstrekkelig kunne veilede og undervise pasienter. Dette tror vi gjelder både andre studenter og sykepleiere. Vi mener derfor at alle må oppdatere seg gjennom studiet og arbeidslivet, dette står også skrevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2016). En ting som er viktig at sykepleiere ikke glemmer er at når informasjon blir gitt, har den ansvar for å sørge for at det blir forstått, dette er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3). Dette understøttes i artikkelen til Kelo et al. (2013) ved at det i pasientundervisning ble oppfattet som positivt at sykepleier ga informasjon både muntlig og skriftlig, og at informasjonen ble repetert.

For å kunne jobbe helsefremmende mener vi sykepleiere må se sine egne begrensninger og søke råd hos kollegaer og andre instanser for å kunne gi tilstrekkelig og god behandling. Barn og foreldre som opplever en forandring i livssituasjonen kan trenge støtte som sykepleiere ikke har kompetanse til å dekke. Sykepleieren må derfor se dette behovet og jobbe tverrfaglig med andre instanser (Diabetes mellitus, 2010., avsnitt C). I forskningen til Kelo et al. (2013) la de også fokus på at sykepleieren jobbet mest mulig helsefremmende ved å jobbe tverrfaglig. Sykepleier kan koordinere med andre faggrupper for å tilfredsstille de ulike behovene familien kan ha. I enkelte tilfeller har familien et større behov for å snakke og mer oppfølging rundt dette. Om sykepleier ikke har kompetanse eller kapasitet til å gjøre dette kan hun engasjere barnepsykolog etter behov. Ernæringsfysiolog kan hos noen familier også være aktuelt for å sette i gang undervisning og veiledning rundt familiens livsstil (Diabetes mellitus, 2010., avsnitt C). Dette må kartlegges for å gi barnet og foreldrene best mulig utgangspunkt og rustet til å håndtere sykdommen da de kommer hjem til det daglige livet. Å dekke disse behovene vil også være med på å fremme helse og øke egenomsorg.

I studiene til Freeborn et al. (2013) kom det frem ulike temaer barna så på som utfordringer i sin hverdag med diabetes. Vi ser på det som vesentlig at sykepleier har kunnskaper om dette og legger vekt på disse utfordringene under veiledningen og undervisningen siden dette var

utfordringer et flertall av barna hadde. Ved å gjøre barna og foreldrene forberedt og obs på disse kan det være med på å bedre egenomsorgen og helsen til disse barna fremover.

Studiene viste at barna som deltok i undersøkelsen selv kunne identifisere når de hadde lavt blodsukker, men at de ikke likte følelsen det ga dem (Freeborn et al., 2013). Dette var barn som hadde hatt diabetes en periode, så for et barn med nyoppdaget diabetes vil det være nødvendig for sykepleier å snakke om hvilke symptomer et lavt blodsukker gir. Innledningsvis er det greit å la barnet snakke om hvordan det har følt seg i det siste, og bekrefte de følelsene barnet sier det har hatt. Har barnet følt seg slapt, sliten eller svimmel, kan sykepleier bekrefte til barnet at dette er følelsen av å ha et lavt blodsukker. På denne måten kan barnet gjenkjenne disse symptomene på lavt blodsukker bedre på grunn av egne erfaringer, i tillegg kan det føle en trygghet på å vite hvorfor det har disse følelsene. Å kjenne igjen dette er også kritisk for å kunne handle hensiktsmessig (Freeborn et al., 2013). Dette vil også spille inn på å øke barnets egenomsorgskapasitet.

Egenomsorgsaktivitetene som å sjekke blodsukkernivået og administrere insulin er essensielle aktiviteter å undervise og veilede om. Barna i studien synes dette var utfordrende fordi det holdt de borte fra andre ting de ønsket å gjøre (Freeborn et al., 2013). For barn med nyoppdaget diabetes vil det først og fremst være en utfordring å lære seg nye ferdigheter for å utføre disse aktivitetene. For sykepleier vil det i første omgang være nødvendig å undervise barnet i teknikker i å gjøre dette (Freeborn et al., 2013). I det første møtet med barnet og foreldrene har sykepleier kartlagt hvilke kunnskaper barnet og foreldrene har, og kan ut ifra det sette et grunnlag for veiledningen og undervisningen. Våre egne erfaringer og resultater fra studiene viser at barn i alderen ti år ikke har store utfordringer med å lære seg teknikker og utføre disse aktivitetene. I følge Orems teori vil sykepleierens oppgave være å undervise og vise barnet hvordan man utfører disse aktivitetene. Deretter må sykepleier la barnet forsøke på egenhånd, og sykepleieren går i stedet inn i rollen som veileder ved å støtte og rettlede barnet i sitt forsøk på å utføre oppgavene. Orem skriver også at det kan ta tid å lære barn nye ferdigheter som ivaretar sin egenomsorg. Det er derfor nødvendig og vesentlig at sykepleier er tålmodig og støttende (Kristoffersen, 2014). For barnet kan det være skummelt og ubehagelig å skulle stikke seg selv. Derfor mener vi at det er viktig at sykepleieren er oppmuntrende og bekrefter de følelsene som måtte komme. I tillegg må sykepleieren legge til rette for at barnet skal lykkes. Når barnet etterhvert får til oppgaven på rett måte kan det kunne føre til mestring og glede selv i en ubehagelig situasjon. Mestringen av denne aktiviteten vil også være et steg mot at barnet kan ta tilbake sin selvstendighet, og ta vare på sin egenomsorg. Det at barnet opplever en følelse av mestring i oppgaver som sykepleier tilrettelegger for vil også være en

---

helsefremmende salutogen faktor (Tveiten, 1998). Vi tenker at hvis sykepleier har fokus på å fremme deres ressurser, og gir dem mulighet til å oppdage disse, så vil de kunne føle seg tryggere i selve samarbeidet.

Vi konkluderer derfor med for at sykepleier skal bidra til et inkluderende samarbeid og fremme barnets og foreldrenes egenomsorg er det hensiktsmessig at hun underviser om selve sykdommen. Samtidig må sykepleier lære og veilede de i ferdighetene som kreves for å fremme helsen og evnen til egenomsorg hos barnet. De vil alle ha behov for å få opplæring i å måle blodsukkeret, administrere insulin korrekt, og til å variere og observere innstikkstedet. De må også kjenne igjen symptomer på for høyt eller for lavt blodsukker, justere mengden av insulin etter matinntak, sykdom og aktivitet, og de kan trenge kostholdsveiledning (Markestad, 2016). Dette mener vi også er viktige elementer som kan bidra til å fremme barnets egenomsorg og helse, og at det er viktig med disse kunnskapene og ferdighetene for å leve et godt liv med den kroniske sykdommen.

Det er fort gjort at fokuset rettes mot sykdom og behandling, og vi mener derfor at sykepleier burde bruke sine kunnskaper om helhetlig sykepleie og anvender Orems støttende hjelpemetode i veiledningen og undervisningen til barnet og foreldrene (Kristoffersen, 2014). I studiene til Pelicand et al. (2015) mente de det var viktig å se helheten rundt barnet og at egenomsorg også har fokus på det psykososiale. Vi mener derfor at helheten hos et barn innebærer også foreldrene, og det er nødvendig at de også får den støtten de har behov for. Foreldrene i studien til Kelo et al. (2013) påpekte at de kunne trenge mental støtte, spesielt da sykdommen kom som lyn fra klar himmel. I forskningsartikkelen til Howe et al. (2012) rapporterte foreldrene et behov for støtte når det gjaldt evner i å være foreldre, og hvordan de skulle bruke de i sammenheng med diabetes. En mor sa at det kunne være vanskelig å sette grenser, og dette tenker vi også kan være en av utfordringene som foreldre som har barn med diabetes imøtekommer. Dorothea Orem (Kristoffersen, 2014) skriver i sin teori at støtte ofte utføres i sammenheng med veiledning, og at dette kan hjelpe pasienten til å tilfredsstille egenomsorgskravene sine. Det er selve barnet som har en diagnose, men vi mener foreldrene likevel har en stor og viktig rolle, og et behov for psykisk støtte. Dermed tenker vi at denne hjelpemetoden også kan anvendes av sykepleier til de pårørende, selv om Orem retter den direkte mot pasientens tilfredsstillelse av egenomsorgskrav.

## 6. Konklusjon

For å oppsummere hovedpunktene våre i diskusjonen, ser vi at sykepleierens oppgave under veiledning og undervisning til barn med diabetes og deres familier er kompleks. Det er mye som skal være på plass for at dette skal foregå på en hensiktsmessig og helsefremmende måte. Vi mener at alt vi har beskrevet burde være tilstede for at sykepleier skal kunne fremme egenomsorg hos barnet og familien gjennom veiledning og undervisning.

*Hvordan kan sykepleier veilede og undervise barn med diabetes type 1 for å fremme egenomsorg?*

For å fremme egenomsorg gjennom undervisning og veiledning hos barn med diabetes og deres familier må en først se på tilnærmingen. Det er vesentlig at sykepleier er åpen, varm og viser interesse for barna og familien. Dette for å legge et grunnlag for et helsefremmende samarbeid. Videre konkluderer vi med at for å kunne fremme egenomsorgen til barna og familien er det viktig å se helheten. Det krever mer enn bare å ta vare på egen sykdom for å ta vare på sin egenomsorg. Dette skriver både Orem og Pelicand et al. (2015) om. Egenomsorg handler om å ta vare på alt fra den fysiske helsen til den psykiske (Kristoffersen, 2014). Barn med diabetes påpekte i studien til Pelicand et al, (2015) at de følte seg annerledes og utenfor i forhold til andre barn. Så for å kunne fremme egenomsorg må man ta tak i psykososiale også ikke bare behandle sykdommen. Familiene har også ulike behov, men behovet for trygghet og informasjon vil alltid være vesentlig, og det er viktig at sykepleier tar tak i dette.

I undervisning og veiledning er virkemidlene som empowerment og salutogenese vesentlig å ta i bruk. Sykepleier må også sørge for å ivareta barnets og foreldrenes rettighet til å medvirke, og la de ytre sine ønsker og behov. Ved å bruke empowerment og salutogenese kan sykepleier gjøre familiene mer inkludert og medvirkende i behandlingen av barnets diabetes. Gjennom undervisning og veiledning vil sykepleier også øke deres nivå av empowerment, som igjen kan føre til bedre evner til å ta vare på egenomsorgen. Sykepleier må styrke familiens egne egenskaper og fremheve det som er bra for å jobbe helsefremmende og fremme egenomsorgen i møte med disse pasientene og familiene.

For at undervisning og veiledning skal være mulig er det enkelte rammebetingelser som må være på plass. Tid er en viktig faktor for dette. Det er travle dager på et sykehus, men sykepleier må legge til rette for at det blir brukt tid på disse pasientene og familiene. Dette påpekte også

familiene i forskningsartiklene (Howe et al., 2013). Videre må sykepleier se familiene individuelt når hun legger opp undervisningen og veiledningen. Enkelte familier kan ha godt av å kun veiledes sammen, mens for andre er det mer hensiktsmessig å gjøre dette individuelt.

Sykepleierens egen kunnskap og kompetanse er sentralt for å fremme egenomsorg. Sykepleieren må i møte med barnet og foreldrene inneha tilstrekkelig med kunnskaper om selve sykdommen og behandlingen, barnets og foreldrenes psykiske behov, og hun må ha gode evner til å gi råd, informasjon, veiledning og undervisning basert på deres behov. Sykepleier må allikevel ikke bare ha fokus på sykdommen, men også sørge for at de blir helhetlig ivaretatt. Dette forutsetter at sykepleier har tilstrekkelig med tid i samhandlingen med barnet og foreldrene. Det er viktig at sykepleier sørger for å gi tilstrekkelig og forståelig informasjon og kvalitetssikre om informasjonen er forstått, og holde seg faglig oppdatert for å utvikle og fornye egen praksis (NSF, 2016). Sykepleier må også vurdere sitt eget kompetansenivå i møte med den enkelte familien, og eventuelt støtte seg på tverrfaglig arbeid for å kunne sørge for en helhetlig behandling.

## 7. Litteraturliste

\*Askeheim, O.P. (2011). Pasient opplæring og empowerment. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis* (1. Utg., s. 71- 86). Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Cavanagh, S. j. (1999). *Orems model i praksis*. København: Munksgaard

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Diabetesforbundet. (2015). *Rettigheter for barn, 2015*. Hentet fra <https://www.diabetes.no/leksikon/r/rettigheter-for-barn/>

\*Diabetesforbundet. (2017). *Sommerleir for barn 2017*. Hentet fra <https://diabetes.no/pamelding-kurs-og-konferanser/sommerleir-for-barn-2017/>

\*Diabetes mellitus (2010). Njølstad, P. R., Bangstad, H-J. & Hodnekvam, K (Red.), *Norsk barnelege forening- Generell veileder i pediatri*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/endokrinologi/diabetes-mellitus>

\*Endokrine sykdommer. (2017). *Norsk legemiddelhandbok*. Hentet fra <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/?frid=ID-318939>



\*Folkehelseinstituttet. (2015). *Diabetes i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge---folkehelse-erappor/#forebygging-og-utfordringer>

\*Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. & Mandleco, B. (2013) Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 22:13/14, 1890-1898.  
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12046>

\*Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (3 utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

\*Howe, C. J., Ayala, J., Dumser, S., Buzby, M. & Murphy, K. (2012). Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 27:2, 119-126.

<http://doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1016/j.pedn.2010.10.006>

Høgskolen i Innlandet. (2017). *Databaser- Hedmark*. Hentet fra <https://www.inn.no/bibliotek/soeke-og-vurdere/databaser/databaser-hedmark>

Jenssen, T. (2014). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s. 380-391). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Jervell, J. (2000). Diabetes i et internasjonalt perspektiv. *Tidsskriftet den norske legeforening*. 120(22), 2686- 2689. Hentet fra <http://tidsskriftet.no>

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

<http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1111/scs.12001>

\*Konradsdottir, E. & Svavarsdottir, E.K. (2013) The Role of Advanced Nurse Practitioners in Offering Brief Therapeutic Conversation Intervention for Families of Children and Adolescents with Diabetes Type 1. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studie*, 33:3, 44-47. <https://doi.org/10.1177/010740831303300310>

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (2. Utg., s. 208- 280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (2014). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (2. Utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (2. Utg., s. 281-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.

---

\*Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

\*Markestad, T. (2016). *Klinisk pediatri*. (3. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*(3. Utg). Oslo: Universitetsforlaget

Norsk sykepleieforbund.(2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

\*Pellicand, J., Fournier, C., Le Rhun, A., & Aujoulat, I. (2015). Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review. *Health Expectations*, 18:3, 303-311.

<http://dx.doi.org/10.1111/hex.12041>

\*Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2014). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

\*Søvik, O. (1996). *Barn med diabetes: En praktisk veiledning for foreldre og barn- og for helsepersonell, førskolelærere og lærere*. (2. Utg.). Oslo: Aschehoug.

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

\*Tveiten, S. (1998). *Barnesykepleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

\*Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Tveiten, S. (2013). *Veiledning- mer enn ord*. (4. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

\*Vatne, S. (2011). Brukermedvirkning utfordrer sykepleierens pedagogiske funksjon i psykisk helsearbeid. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis* (1. Utg., s. 123- 135). Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Øverlien, C. (2013). ”Nå følte jeg meg som Jens Stoltenberg, jeg!”. I H. Fossheim, J. Hølen & H. Ingierd (Red.), *Barn i forskning: Etiske dimensjoner* (s. 9-44). De nasjonale forskningsetiske komiteene.

\*Øvern, K. M. (2014). *Litteraturstudie som metode* [PowerPoint lysbilder]. Hentet fra NTNU Biblioteket Gjøvik:

<https://www.slideshare.net/higbibl/litteraturstudie-som-metode>

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1 søkehistorie. Side 1/2.

**Tabell 1.** Søkehistorie i databasen EBSCOhost.

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
19/4 2017	1	Child AND diabetes type 1 AND nursing	1143	2	0	0
19/4 2017	2	Child AND diabetes type 1 AND perception, education	101	2	2	Artikkel nr. 7.
26/4 2017	4	Child AND diabetes type 1 AND childrens perspectives	338	3	1	Artikkel nr. 6
26/2017	5	Child AND diabetes type 1 AND nursing AND Self-care	800	4	0	0

**Tabell 2.** Søkehistorie i databasen Cinahl. **Søkehistorie. Side 2/2.**

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
20/4	1	Patient guidance	61	1	1	0
26/4	2	Child AND diabetes Type 1 AND guidance	34	4	1	Artikkel nr. 11
26/4	3	Child AND diabetes Type 1 AND Self-care	590	3	1	Artikkel nr 7.

**Tabell 3.** Søkehistorie i databasen Swemed+.

Søkedato	Søk nummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
19/4	1	Child AND diabetes type 1	193	3	0	0
19/4	2	Child AND diabetes type 1 AND nurse role	1	1	1	Artikkel nr. 1
20/4	3	Child AND diabetes type 1 And guidance AND education				

---

## Vedlegg 2 Pico-skjema. Side 1/2.

<b>Tittel/arbeidstittel på prosedyren:</b>			
Barn og diabetes			
<b>Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:</b>			
Hvordan kan sykepleier fremme helse og egenomsorg hos barn med nyoppdaget diabetes?			
<b>Hva slags type spørsmål er dette?</b>		<b>Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?</b>	
<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:





---

## Vedlegg 3 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Side 1/4.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Side 2/4.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
	<b>Kommentar:</b>		
<b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b> <i>TIPS:</i> <p>I <b>strategiske utvalg</b> er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>• Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>• Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
	<b>Kommentar:</b>		
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b> <i>TIPS:</i> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<b>Ja</b> <b>O</b>	<b>Uklart</b> <b>O</b>	<b>Nei</b> <b>O</b>
	<b>Kommentar:</b>		

## Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Side 3/4.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><b>Nei</b></p> <p>0                      0                      0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><b>Nei</b></p> <p>0                      0                      0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p><b>Ja</b></p> <p><b>Uklart</b></p> <p><b>Nei</b></p> <p>0                      0                      0</p> <p><b>Kommentar:</b></p>

## Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. Side 4/4.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>• Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p> <p><b>Kommentar:</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>• Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p><b>Ja</b></p> <p>O</p> <p><b>Kommentar:</b></p>	<p><b>Uklart</b></p> <p>O</p>	<p><b>Nei</b></p> <p>O</p>
--	--	-------------------------------	----------------------------

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>• Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p>
---	--------------------------