



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

4 BACH

**Carina Blestad og Irja Lucie S. Danielsen**

Veileder Marie Dahlen Granrud

Å danse med diabetes

Dancing with diabetes

11861 ord, 42 sider

Bachelor i sykepleie BASY 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv

JA

NEI

Brage:

## **Sammendrag**

- Tittel:** Å danse med diabetes.
- Bakgrunn:** Ut fra våre erfaringer mener vi at diabetes type 1 er en aktuell sykdom. Norsk forskning fra 2012 bekrefter dette, med 32 tilfeller per 100 000 barn som får diagnosen hvert år (Frøisland, Årsand og Skårderud, 2012). Det er viktig at barn med kroniske sykdommer får god veiledning umiddelbart etter sykdomsdebut, for å gi barnet gode rutiner og trygghet i forhold til sykdommen (Grønseth og Markestad, 2009).
- Hensikt:** Hvordan kan sykepleiere veilede et barn til å forstå betydningen av riktig kosthold, og hvordan kan barnet selv påvirke blodglukosen.
- Metode:** Litteraturstudie med bruk av case.
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere veilede et barn på 12 år, i sykehus, med nyoppdaget diabetes type 1 til å mestre ernæring i dagliglivet?
- Sammendrag:** God veiledning tilpasset barnets behov og psykologiske utvikling er med på å påvirke mestring og god egenomsorg av sykdommen. Dette fører til økt velvære og mindre risiko for senkomplikasjoner.
- Nøkkelord:** Veiledning, barn, ernæring, mestring, diabetes type 1

# Innholdsfortegnelse

1 Innledning .....	4
1.1 Presentasjon av case og problemstilling .....	4
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....	4
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	5
1.4 Klargjøring av sentrale begreper i problemstillingen .....	6
1.5 Oppgavens hensikt .....	7
1.6 Oppgavens oppbygging .....	7
2 Metode .....	8
2.1 Litteraturstudie som metode .....	8
2.2 Innsamling av data .....	8
2.3 Kildekritikk .....	9
2.5 Anonymisering .....	10
3 Teori .....	11
3.1 En tolvåring utviklingspsykologi .....	11
3.2 Sykepleie til barn .....	12
3.2.1 Krise .....	13
3.2.2 Mestring .....	14
3.3 Veiledning .....	16
3.3.1 Sykepleiepedagogikk .....	18
3.3.2 Kommunikasjonsmetoder .....	19
3.4 Kari Martinsens sykepleieteori .....	20
3.5 Diabetes mellitus type 1 .....	22
3.5.1 Symptomer .....	22
3.5.2 Diagnostikk og innleggelse .....	23
3.6 Ernæring til diabetikere .....	23
4 Drøfting .....	25
4.1 Sykepleie til en tolvåring .....	25
4.2 Veiledning i forhold til ernæring .....	29
4.3 Kommunikasjon og veiledning .....	31
5 Oppsummering .....	35
Litteraturliste .....	37
Vedlegg 1 .....	42

# 1 Innledning

Det er en betydelig økning av antall tilfeller av diabetes i verden og det er beregnet en økende forekomst i mange land, også i Norge (Ribu, 2010). I 2002 var det i Norge 22,5 per 100 000 barn som fikk diagnosen diabetes, i alderen null til femten år (Graue, 2002). Tall fra 2012 viser at forekomsten av diabetes har økt de siste årene, og det er nå rapportert om 32 tilfeller per 100 000 barn. Tallene viser også at forekomsten av diabetes i Norge er en av de høyeste i verden (Frøisland, Årsand og Skårderud, 2012). Sykepleiere vil møte pasienter med nyoppdaget diabetes i alle aldre. En må være forberedt på å kunne behandle og lindre alvorlige diabetiske symptomer og senkomplikasjoner, både i akutte situasjoner og forebyggende (Ribu, 2010). For å kunne hjelpe barn med nyoppdaget diabetes type 1 til å mestre og leve med sykdommen, må sykepleieren ha kunnskaper om diabetes, veiledning og sykepleie til barn (Grønseth og Markestad, 2009). Dette er vår avsluttende oppgave i sykepleie.

## *1.1 Presentasjon av case og problemstilling*

*Ida er tolv år og har akkurat blitt innlagt på barneavdelingen. Hun ankommer med nedsatt allmenntilstand og forkjølelsessymptomer. Foreldrene synes datteren har gått mye ned i vekt. De synes også at Ida har drukket unormalt mye den siste tiden og har hørt henne oppe om natten for å gå på toalettet, noe hun ikke har gjort tidligere. På grunn av disse symptomene dro foreldrene sammen med Ida til fastlegen, der det blir påvist en blodglukose på 31 mmol/l, samt fire pluss på glukose og tre pluss på ketoner i urinen. Legen henviste Ida videre til sykehuset og hun får der diagnosen diabetes mellitus type 1.*

Ut fra casen har vi kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere veilede et barn på tolv år, i sykehus, med nyoppdaget diabetes type 1 til å mestre ernæring i dagliglivet?»

## *1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling*

Gjennom alle våre praksisperioder på studiet har vi kommet i kontakt med en eller flere diabetespasienter. Ut fra våre erfaringer mener vi at diabetes type 1 er en aktuell sykdom, og norsk forskning fra 2012 bekrefter dette (Frøisland, Årsand og Skårderud, 2012). De

teoretiske kunnskapene om sykdommen kan overføres til pasienter i alle aldersgrupper. Diabetes type 1 er en kronisk sykdom, og det er viktig at barn med kroniske sykdommer får god opplæring og veiledning umiddelbart etter sykdomsdebut. Dette for å gi barnet gode rutiner og trygghet i forhold til sin sykdom (Grønseth og Markestad, 2009). Vi har opplevd i praksis at sykepleieren ofte har bedre tid til hver enkelt pasient enn det legen har. Mye av kommunikasjonen og veiledningen med pasienten faller på sykepleieren. Vi har valgt temaet diabetes for en ser at sykdommen har en økende forekomst, og pasienter med nyoppdaget diabetes har behov for opplæring og mestring av sykdommen. Grunnen til at vi velger barn er fordi sykdomsdebuten av diabetes type 1 som oftest kommer i ung alder (Ribu, 2010). I oppgaven ønsker vi å fokusere på sykepleierens pedagogiske rolle i møte med barn. Det forventes som autorisert sykepleier at en kan veilede kollegaer, studenter og pasienter. Valget av temaet er tatt i samsvar med rammeplanen for bachelor i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Som sykepleier vil en ofte bli nødt til å forholde seg til barn, enten som pasient eller pårørende.

### ***1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen***

Diabetes type 1 er en insulinavhengig sykdom og insulin er derfor en viktig del av behandlingen (Ribu, 2010). Vi har likevel valgt å utelukke insulinbehandling med tanke på oppgavens begrensning.

Som barn på sykehus vil det være naturlig å ha med seg sine foreldre og det er lovpålagt at barn har rett til samvær med foreldrene under innleggelse på sykehus (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Det er vist at pasientens nærmeste er en viktig ressurs og at foreldrenes omsorg og involvering er viktig for at barn med diabetes skal mestre sin sykdom (Knutstad, 2010, Haram, 2002). I denne oppgaven velger vi å utelate foreldrenes betydning for barnet, på grunn av oppgavens begrensning på ord.

Bruk av muskulatur fører til at insulinfølsomheten, opptaket og forbruket av glukose øker. Fysisk aktivitet fører også til at blodglukosenivået stabiliseres på et lavere nivå (Vaaler, 2002). På tross av dette har vi utelukket fokuset på fysisk aktivitet og dens betydning på glukosenivået i blodet.

Fokuset på senkomplikasjoner ved diabetes har vi utelatt, da fokuset vårt i denne oppgaven ligger på ernæring.

Vi har utelatt fokuset på brukermedvirkning og empowerment grunnet oppgavens begrensning på ord. Etter samtale med sykepleier på barneavdelingen fikk vi forklart at det er begrenset hva barnet selv kan bestemme, på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad. Dette støttes også i lov om helsepersonell (1999) der det står at helsepersonell skal gi den hjelpen som er nødvendig selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

Vi har valgt bort kostveiledning til personer med forhøyet KMI da vi anser dette som mindre relevant for vår oppgave. I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på ernæring i forhold til normalvektige barn med diabetes. Dermed legger vi ikke vekt på diett for vektreduksjon som kanskje mange barn med diagnosen trenger.

Vi er klar over at vår problemstilling og våre avgrensninger ikke fanger problemet i hele sin bredde, men dette er valg vi har vært nødt til å gjøre for at oppgaven ikke skulle bli for omfattende og for at vi skulle klare å holde oss innenfor oppgavens retningslinjer.

#### ***1.4 Klargjøring av sentrale begreper i problemstillingen***

*Diabetes mellitus type 1* er faguttrykket for sykdommen, men vi har i oppgaven valgt å nevne sykdommen kun med diabetes. Hvis noe annet gjelder vil det være angitt. Med *mestring* mener vi at barnet selv kontrollerer og integrerer sykdommen i *dagliglivet*. Med det mener vi der barnet befinner seg, som på skolen, i hjemmet, med venner og under fritidsaktivitet. Et anbefalt glukosenivå for en tolvåring burde fastende ligge på 5-6 mmol/l. Fokuset i forhold til *ernæring* vil være hvordan sykepleieren på best mulig måte kan hjelpe barnet til å iverksette tiltak selv for å opprettholde et jevnt og anbefalt blodglukosenivå. Dette har vi tenkt å oppnå med en-til-en *veiledning* mellom sykepleieren og barnet. I drøftingen har vi valgt å bruke barnet og Ida om hverandre, med dette mener vi pasienten.

### ***1.5 Oppgavens hensikt***

Hensikten med denne oppgaven er å oppnå økte kunnskaper innen sykepleierens pedagogiske og veiledende rolle i forhold til pasientgruppen barn. Vi vil finne ut av hvordan sykepleiere kan veilede et barn til å forstå betydningen av riktig kosthold, og hvordan barnet selv kan være med på å påvirke blodglukosen. Temaet for denne oppgaven var valgfritt og valget er tatt ut fra personlig interesse for barn, og begge har senere et ønske om videreutdanning innen dette fagfeltet.

### ***1.6 Oppgavens oppbygging***

Oppgaven er delt inn i tre hovedkapitler; metode, teori og drøfting og består tilsammen av fem kapitler. I kapittel 1 har vi innledningen der vi presenterer case og problemstilling, begrunner valg av tema og hvor vi avgrensner og tolker problemstillingen. I kapittel 2 har vi beskrevet metodedelen, der vi tar for oss kildene vi har brukt og hvordan vi har kommet frem til dem. Vi sier også noe om kildekritikk og anonymisering. Kapittel 3 er teoridelen der vi tar for oss temaene utviklingspsykologi og sykepleie til en 12-åring, veiledning, Kari Martinsens sykepleieteori, diabetes og ernæring. I kapittel 4 drøftes temaene fra teoridelen opp mot problemstillingen og tilslutt i kapittel 5 oppsummerer vi oppgaven.

## **2 Metode**

Dette kapittelet omhandler den metoden vi har valgt for å gi svar på problemstillingen. I følge retningslinjene til Høgskolen i Hedmark skal bacheloroppgaven bygges opp som en litteraturstudie. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den teorien vi trenger for å finne svar på problemstillingen (Dalland, 2007).

### ***2.1 Litteraturstudie som metode***

Det som kjennetegner en litteraturstudie er studier av litteratur om et spesielt fenomen, emne eller problemstilling (Lindseth, 2008). En metode er et verktøy for å løse et problem og komme frem til ny kunnskap på (Dalland, 2007). Vi har valgt å bygge oppgaven ut fra en case fordi vi mener det vil gjøre oppgaven mer personlig og teorien mer praksisnær. Dette kan også være med på å vekke interesse hos leseren.

### ***2.2 Innsamling av data***

I denne oppgaven skal vi benytte oss av pensumlitteratur, minst 400 sider selvvalgt litteratur og minst fire forskningsartikler, hvorav minst to av disse er på engelsk. Vi har lest andre bacheloroppgaver for å få inspirasjon i forhold til oppgavens oppbygging. Vi har også vært i kontakt med en sykepleier fra en barneavdeling. Informasjonen vi fikk av henne har vært med på å bekrefte våre funn i litteratur, og gitt inspirasjon til fokusområder i oppgaven. Informasjonen fra henne er ikke med i oppgavens teorigrunnlag.

Den selvvalgte litteraturen vi har benyttet oss av er i hovedsak bøker om diabetes, kroniske sykdommer og barn. Vi har funnet aktuelle bøker ved å søke i bibliotekets database, bibsys. Noen bøker har vi også funnet via kildehenvisninger til tidligere utgitte bacheloroppgaver. Det har vært god tilgangen på litteratur innen temaene barn, utviklingspsykologi, veiledning, mestring og ernæring. Forskningsartikler har det vært litt vanskeligere å finne, da det ikke er forsket så mye på veiledning spesifikt til barn, der foreldrene er utelatt. Det er heller ikke forsket så mye på diabetes i forhold til ernæring, det er mest i forhold til insulinbehandling. Vi har i hovedsak benyttet litteratur utgitt fra 2006 og utover, med unntak av noen bøker. Dette fordi vi har sett at denne litteraturen fortsatt kan være aktuell. I hovedsak har vi benyttet oss



av sekundærkilder, men primærkilder er brukt der vi har funnet det. I tillegg benyttet vi sekundærkilder for å belyse både Cullberg og Martinsen, da essensen var letter å forstå gjennom andre forfattere. I oppgaven har vi benyttet oss av flere bøker skrevet av Tveiten, dette er også primærkilder. Fra den selvvalgte litteraturen har vi benyttet oss mye av boken til Skafjeld og av Tveiten. Sykepleieteoretikeren vi har valgt å benytte oss av er Kari Martinsen. Hennes teorier om omsorg mener vi passer godt til å belyse og drøfte vår problemstilling. Disse har belyst mange av temaene vi har tatt for oss. Vi har også benyttet oss av retningslinjer fastslått av staten til hele Norges befolkning.

Vi har søkt på forskningsartikler i EBSCOhost og videre kun i databasen Cinahl og i PubMed. Vi avgrenset søket til kun artikler med «peer reviewed», «full-text» og kun artikler publisert i tidsrommet fra 2004-2013. Dette for at «peer reviewed» artikler har gått gjennom en fagfelle vurdering og er kontrollert av andre enn forfatteren. Vi har begrenset søket til «Full-text» for å kunne få tilgang til hele artikkelen på internett. For å få så aktuelle og nytteverdige artikler som mulig, tidsbegrenset vi søket til de siste ni årene. Vi har brukt søkeordene «child», «motivation», «diabetes», «self-care», «children», «diabetes type 1» og «nutrition». Vi har brukt disse i ulike kombinasjoner med AND i mellom søkeordene. Ut fra dette fant vi to aktuelle artikler. Vi har også søkt i Google med søkeordene «vitenskapelig forskning» og «diabetes». Fra dette søket ble vi linket videre til forskning.no, der vi fant en aktuell artikkel.

Vi har valgt å sette artiklene som vi har benyttet inn i en tabell, som et verktøy for å holde oversikt. Dette skjemaet har vi lagt ved som vedlegg 1.

### **2.3 Kildekritikk**

Ved søk etter vitenskapelige forskningsartikler må en være kritisk til artikkelens troverdighet (Dalland, 2007). Vi har benyttet oss av sjekklister for vurdering av forskningsartikler som ligger ute på [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no), slik at vi kritisk kan vurdere artiklene vi har funnet.

Vi vil hovedsakelig benytte oss av forskning og litteratur som er datert fra 2006 og frem til dagens dato. Dette for at vi mener nyere forskning er mer troverdig og aktuell. Vi vil velge artikler ut fra om de har oppsett etter IMRAD-prinsippet: I – introduction, M – method, R – results, A – abstract, D – discussion. Andre kriterier vi vil se etter er aktuell overskrift,

relevant sammendrag, og er resultatet aktuelt for vår oppgave. Vi har benyttet oss av både kvalitativ og kvantitativ forskning for å belyse problemstillingen.

I følge Dalland er nettstedet [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no) en troverdig kilde, som vi vil bruke for å innhente aktuell informasjon fra lover (2007).

## ***2.5 Anonymisering***

Casen er laget med utgangspunkt i den informasjon vi fikk fra en barneavdeling, slik at casen blir så virkelighetsnær som mulig. I tillegg har vi supplert med valg av kjønn, navn og noen symptomer. Vi har ivaretatt taushetsplikten da innholdet i casen er rent fiktivt og statistisk.

## 3 Teori

Diabetes er en sykdom som er «aktiv» 24 timer i døgnet, hver dag, året rundt, resten av livet. Det er stor forskjell på å ha en sykdom som en blir frisk av etter relativt kort tid, og å ha en kronisk sykdom. Diabetespasienten må lære seg å mestre livet med sykdommen og til en viss grad lære å behandle seg selv, noe som ofte krever livsstilsendringer (Allgot, 2002). Barn med diabetes må hele tiden planlegge sine aktiviteter. Mange kan oppleve at spontaniteten i hverdagen forsvinner (Ribu, 2010). Kronisk sykdom betyr endring i det en er vant til og for noen er endringene dramatiske (Vifladt og Hopen, 2004).

### *3.1 En tolvårings utviklingspsykologi*

Barnet gjennomgår bestemte kognitive utviklingsstadier og en serie av fundamentale forandringer i sine kognitive ferdigheter. Hvert stadium har sitt spesielle kjennetegn og følger en genetisk bestemt sekvens. I følge den Sveitsiske psykologen, biologen og filosofen Jean Piaget (1895-1980) deles den kognitive utviklingen inn i fire stadier og for hvert nytt stadium blir tenkningen mer logisk (Wyller, 2009). Det konkretoperasjonelle stadiet er fra syv til tolv år, og her kan barnet overføre kunnskap fra en sammenheng til en annen. Det utvikler bedre forståelse for tid og rom, og tenkningen er preget av konkrete tankeprosesser. Det formaloperasjonelle stadiet er fra tolv til femten år og her lærer barnet å tenke abstrakt og symbolsk, slik som en voksen kan (Håkonsen, 2010). En kan imidlertid lett stille for høye forventninger til at barn selv skal ordne opp. De er fremdeles barn og de trenger fremdeles aksept, støtte og hjelp (Eide og Eide, 2010).

Erik Homburger Erikson (1902-1994), er en tysk-amerikansk psykolog som er kjent for sin teori om personlighetsutvikling (Wyller, 2009). Han mener emosjonell utvikling kan deles inn i tre stadier og at kjønnsforskjeller har en betydning i forhold til når barnet er i de ulike stadiene. For jenter er tidlig ungdomstid mellom ti og tretten år og har ulike kjennetegn. Disse kjennetegnene er full pubertetsutviklingen, barnet utvikler en abstrakt men fremdeles primitiv måte å tenke på, det er svært opptatt av å fundere over tilværelsen og kroppsutvikling. Den kognitive utviklingen fører til økt oppmerksomhet for kroppslige signaler. Mange er misfornøyde med egen kropp, og spørsmål som «Er jeg normal?» og «Er jeg frisk?» kommer

frem. Barnet har et rikt fantasiliv, utviklet som følge av den abstrakte tenkningen, og mange preges av usårbarhetsmyten, «Jeg kan det jeg vil». Usikkerhet og selvkritikk er også vanlig. En psykologisk frigjøring fra familien begynner, og seksualiteten utvikles blant annet gjennom undersøkelse av egen kropp og sammenligning med andres kroppsutvikling (Graue, 2002).

### ***3.2 Sykepleie til barn***

Barn er ikke små voksne. De har særegne behov og det kreves spesialkunnskap for å ivareta sykepleierens funksjon for denne gruppen. Sykepleieren må ha kunnskaper om normal vekst og utvikling, og generelle kunnskaper om pediatrik sykepleie. Dette er nødvendig for å kunne opprette tillitsforhold til barn og kommunisere med dem på deres premisser. Det er også nødvendig for å kunne tolke og vurdere tegn og uttrykk for smerte og ubehag. Umodenhet og rask utvikling gjør barn sårbare for belastninger. Fokus på utvikling og modning er et av særtrekkene i sykepleie til barn. Dette er en forutsetning for å ivareta sykepleierens behandlende og lindrende rolle og for å kunne gi tilpasset sykepleie til barn. Dette er også avgjørende for å forebygge traumatiske opplevelser som følge av sykdom og innleggelse på sykehus (Grønseth og Markestad, 2011).

Den svenske professoren i psykiatri, Johan Cullberg (1934-) mener en hver innleggelse i sykehus fører til sterk integritetskrenking og tap av egen autonomi. Med autonomi menes opplevelsen av selvstyre, selvstendighet og uavhengighet. Ved innleggelse i sykehus mister pasienten en rekke ting som bidrar til å skape følelsen av personlig sosial identitet. Privat tøy blir byttet ut med sykehusets pasienttøy og pasienten har begrenset tilgang på private eiendeler. Pasienten blir utsatt for samtaler om personlige forhold som pasienten selv ikke har et ønske om å dele med andre, men som blir viktig med tanke på behandlingen. Pasientens personlige trygghet er avhengig av sykepleierens interesse og velvilje, og det er ikke opp til pasienten når behandling og undersøkelser blir utført. Pasienten er nødt til å forholde seg til det sykepleieren bestemmer (Cullberg, 2010).

Det er en stor andel øyeblikkelig-hjelp-pasienter som legges inn ved barneavdelinger. Sykdomsbildet hos barn er preget av raske svingninger. For og tidlig kunne gjenkjenne tegn på forandringer hos barnet må sykepleieren observere, planlegge og administrere arbeidsoppgaver. Dette er også nødvendig for å iverksette tiltak for å forebygge

komplikasjoner. Barn har begrenset autonomi, derfor stilles det store krav til sykepleierens moralske standard og refleksjon over eget arbeid. Sykepleiefagets verdier kommer til syne gjennom utførelse av praktiske gjøremål som kommunikasjon, engasjement, interesse, nærhet, blikk og hender (Grønseth og Markestad, 2011).

Læring og mestring av nye utfordringer er sentralt i barns liv. Det bidrar til at selvtilliten, innsikten og kontrollen over seg selv og omgivelsene øker. For større barn er mangel på selvbestemmelse og økt avhengighet av foreldrene spesielt truende for selvfølelsen. Følelsen av egenverd, tilhørighet og opplevelsen av å ha kompetanse hjelper barnet til å mestre utfordringer. Begrenset fysisk utfoldelse og begrenset mulighet til selvvalgte aktiviteter øker stressnivået. Stress øker metabolismen og krever energi. Dette kan være med på å forverre barnets tilstand, fordi stress kan være med på å gi forhøyet blodglukosenivå (Grønseth og Markestad, 2009, Sjöblad, 1996).

### **3.2.1 Krise**

Å få en diagnose som kronisk syk innebærer en personlig krise for det enkelte menneske. Pasienten stilles ovenfor krav om å godta diagnosen, og om å mestre behandlingsopplegget (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

Med krise menes den psykologiske reaksjonen som en opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig. En krise vil derfor oftest være både en stor utfordring for individet og et avgjørende vendepunkt i en vanskelig situasjon. En skiller mellom to typer kriser. En traumatisk krise er en krise utløst av ytre begivenheter, som alvorlig sykdom. En utviklingskrise er en krise utløst av begivenheter som er knyttet til normale livshendelser, som død og brudd i relasjoner (Håkonsen, 2010).

I følge Cullberg (2010) deles en krise inn i fire ulike faser: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen, nyorienteringsfasen. Hver av disse fasene har sine egenskaper og terapeutiske problemer, og det er ikke noe klart skille mellom dem. Tidvis kan en fase mangle fullstendig, eller være integrert i en annen fase. Hvis en ser nærmere på det psykologiske hendelsesforløpet ser en at hver krise egentlig er en serie kriser og på grunn av dette er inndelingen kunstig. Det er viktig å huske at krisefasene ikke kan betraktes som en fast

modell, men at inndelingen mer er et hjelpemiddel til å orientere seg i krisens forløp (Cullberg, 2010). Sjokkfasen varer ofte fra minutter til dager. I denne fasen er ikke pasienten i stand til å bearbeide opplevelsen, men bruker all sin psykiske energi til å forstå det som har skjedd. Det kan vise seg i angst og fortvilelse, og pasienten klarer ikke å forstå hensikten med det som har skjedd. Reaksjonsfasen varer gjerne fra dager til uker. Her begynner pasienten å ta virkeligheten innover seg. Krisen vil normalt vise seg i form av atferdsendringer. For eksempel som sorg, depresjon, gråt og fortvilelse, sammen med liten matlyst, søvnevansker og manglende initiativ. I bearbeidingsfasen søker pasienten tilbake til de grunnleggende elementene, som stabilitet og trygghet i tilværelsen. Det innebærer en aksept av det som har skjedd, og et forsøk på å gi livet et nytt innhold og en ny mening. Denne fasen kan vare opp til flere år. I nyorienteringsfasen har pasienten akseptert hendelsen og har skapt en ny plattform for livet sitt. Sorgen og fortvilelsen behøver ikke å være over, men opplevelsen dominerer ikke lenger oppmerksomheten (Håkonsen, 2010).

Den psykososiale kriseopplevelsen medfører ofte engstelse, hjelpeløshet og forventning om handling. Krise betegner en situasjon som er eller oppleves som truende for helse, liv, identitet, moralske verdier og livsgrunnlag. En krise medfører alltid et tidspress, der det ikke er tid til planlegging og større overveielser. Situasjonen krever handling innenfor et begrenset tidsrom. Pasienten kan samtidig oppleve stor hjelpeløshet ettersom situasjonen overstiger egne resurser og kompetanse. Krisesituasjoner fører til endringer i prioriteringer, adferd og i synet på livsperspektivet. Barn oppfatter mye av det som foregår rundt dem, og sammen med livlig fantasi kan de selv lage et feil bilde av situasjonen. Derfor er det viktig at barn som opplever kriser får god informasjon om hva som har skjedd. Denne informasjonen må tilpasses barnets alder og kunnskaper. Den som gir informasjonen må forstå situasjonen ut fra barnets perspektiv, og tilpasse språk etter alder og utviklingstrinn (Bugge, 2008).

### **3.2.2 Mestring**

Psykologen Richard S. Lazarus (1922-2002) og den amerikanske forskeren Moses Judah Folkman (1933-2008) definerer mestring som det å kunne vurdere den situasjonen en er i kognitivt, for så å vurdere hvilke muligheter den gir (Tveiten, 2008b). Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer og en følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper pasienten til å tilpasse seg den nye virkeligheten.

Det setter pasienten i stand til å se forskjeller på det den må leve med (Vifladt og Hopen, 2004). Tillit til egen mestringsevne har stor betydning for motivasjon og målsetting (Frank, 2013). For at pasienten skal få tro på egen mestring, må den også ha tillit til at egne erfaringer er nyttig og viktig kunnskap. Det er helt nødvendig at sykepleieren veileder pasienten til å opparbeide tillit (Vifladt og Hopen). Motivasjon kommer innenfra men påvirkes utenfra. Motivasjon for å bli bedre og holde ut er sterkest på områder som har betydning for oss (Frank, 2013). I stressituasjoner forholder en seg til problemet i en situasjon og forsøker å redusere stressopplevelsen på den måten. Først identifiseres problemet og så finner en måter å forandre og løse problemet på (Håkonsen, 2010).

En skiller mellom to hovedformer for mestring. Problemfokusert mestring, som innebærer å fokusere på den aktuelle situasjonen som pasienten vil endre, avslutte eller løse.

Følelsesmessigfokusert mestring innebærer at pasienten fokuserer på de følelsesmessige problemene knyttet til en hendelse. Pasienten prøver å redusere eller eliminere det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen. Begge mestringsstrategiene er nødvendig for å takle de påkjenninger og stressopplevelser som livet inneholder. Enkelte ganger er det mest hensiktsmessig å forholde seg direkte til et problem, andre ganger kan en ikke det fordi problemet er uforanderlig (Håkonsen, 2010).

En kan på forskjellige måter dempe eller omforme virkningen av krisen, ved hjelp av forsvarsmekanismer (Hummelvoll, 2004). Fortrengning innebærer å skyve tanker, følelser og impulser bort fra bevisstheten. Ved fornektning nekter pasienten å erkjenne visse realiteter. Ved regresjon forsøker pasienten metoder som tidligere i livet har vist seg å være vellykket. Ved rasjonalisering tillegger pasienten seg rasjonelle og aktverdige motiver for sine handlinger. Intelaktualisering innebærer at pasienten forholder seg intellektuelt til det som skjer, og lar være å forholde seg til følelsene. Reaksjonsdannelse betyr å skjule tanker, følelser, impulser ved å gi uttrykk for det motsatte. Ved projeksjon skyver pasienten tanker og følelser som en ikke ønsker å vedkjenne seg, ubevisst over på andre. Med forskyvning skyver pasienten følelsene sine til et annet menneske og eller et annet sted. Noen ganger benytter pasienter uhensiktsmessige mestringsstrategier. Eksempel kan være benektning, utkobling av tanker og følelser og utladning av følelser (Håkonsen, 2010).

Den vanligste rollen for den som har en sykdom er å legge problemene i hendene på sykepleieren. Pasienten blir passiv mottaker av sykepleierens valg og løsninger og forventer at sykepleieren kan gi svar. Noen ganger er det hensiktsmessig at sykepleieren tar en slik "svarerolle". Hvis sykepleieren tar denne rollen ofte, reduserer det muligheten for at pasienten kan løse problemene selv. Ved at sykepleieren gradvis går fra "svarerollen" til å bli mer spørrende, vil det gradvis hjelpe pasienten til å lete etter egne svar og muligheter. Sykepleieren skal ikke slutte å svare på spørsmål, men heller komme med råd og svar på riktig tidspunkt slik at pasientens egne valg støttes av sykepleieren. Ved læring og mestring av kronisk sykdom er det vesentlig å stimulere til at pasienten deltar aktivt og blir i stand til å finne svar på egenhånd (Vifladd og Hopen, 2004).

### ***3.3 Veiledning***

Veiledning er et helt sentralt begrep når en skal arbeide med læring og mestring av kronisk sykdom. Veiledningen skal bidra til at enkeltmennesket gjør selvstendige valg og får kraft til å mestre egen livssituasjon (Vifladd og Hopen, 2004). Vi mennesker lærer best på ulike måter. Noen lærer best ved å prøve ut ting i praksis, mens andre lærer best ved å observere og reflektere. Det er vist at læringen sitter bedre hvis en bruker kroppen, hjernen og følelsene i læreprosessen. Mennesker lærer generelt sett 20 % av hva de hører, 30 % av hva de ser, 50 % av hva de hører og ser og 90 % av hva de hører, ser og gjør. Derfor er det fornuftig og ha en blanding av metoder for å få stimulert flest sanser (Nordli, 2007).

Uansett hvilken type veiledning pasienten mottar, utfra definisjonen, dreier veiledningen seg om å hjelpe og ivareta et annet menneske (Dalland, 2010). «Veiledningen er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten 2008a, s. 19).

Ved pedagogisk istandsettingsprosess er det vekst, utvikling, mestring og læring som er i fokus for å øke mestringskompetansen hos pasienten. I veiledningen møter sykepleieren pasienten der den er, og lytter til dens behov. Ut fra dette behovet holdes veiledningen. Sykepleieren kan ikke planlegge veiledningen på forhånd, men sette opp et foreløpig tema for veiledningen, for eksempel ernæring i forholdt til diabetes. I en veiledningssituasjon er det



ikke meningen at sykepleieren skal gi pasienten svar. Det er meningen at sykepleieren skal hjelpe pasienten til selv å komme frem til svaret, på denne måten får pasienten både økt mestringskompetanse og opplever mestring (Tveiten, 2008a).

Veiledningen dreier seg om en eller flere samtaler over kort eller lang tid er det nødvendig å være seg bevisst og forholde seg til disse fasene. Veiledningen kan deles inn i fem faser. Disse fasene er planleggingsfasen, bli kjent-/bli trygg-fasen, kontaktfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. Varer veiledningen over tid, bør hver veiledningstime inneholde disse fasene (Tveiten, 2008a).

Veiledningen skal bidra til at pasienten ser sammenhengen mellom verdier, kunnskaper og egne erfaringer, slik at disse ressursene kan brukes i konkrete handlinger og til refleksjon over handlinger. Dette kan ses i et helhetsperspektiv, der både kropp, tanker, følelser og fornuft involveres i læringen (Dalland, 2010). Veiledningen har til hensikt å avdekke hvilke kunnskaper pasienten har fra før og hva som skal læres. I veiledningen er ansvaret delt mellom sykepleieren og pasienten. Sykepleieren har ansvaret for å legge til rette for veiledningen, og pasienten har ansvar for å velge tema for veiledningen (Tveiten, 2008a, Tveiten 2008b).

I veiledningen blir våre verdier avdekket gjennom våre handlinger, og vårt menneskesyn preger vår veiledning og den måten vi møter pasienten på. Hvilke spørsmål vi stiller, hvordan relasjon vi får og hvordan vi tolker pasientens situasjon, vil være påvirket av fire faktorer. Disse er våre moralske og religiøse verdier og av egen oppdragelse og erfaringer (Dalland, 2010).

Når veiledningen evalueres, vurderer en om forventningene er innfridd, om hensikten er oppnådd og hvordan innsatsen til pasienten og sykepleieren har vært. Det kan også være bevisstgjørende å sette ord på hva som har bidratt til at hensikten er nådd eller ikke nådd. Evaluering handler om å vurdere læringsutbyttet eller resultatet av veiledningen, og effektiviteten av de strategier som er benyttet som vurdering eller bedømmelse. Evaluering innebærer å sette en verdi på noe, eller å vurdere noe. Veiledning og evaluering henger sammen. Veiledningens mål er å styrke pasientens mestringskompetanse og i arbeidet mot å

nå målet må pasientens mestringskompetanse evalueres for å se hvor det er behov for mer veiledning (Tveiten, 2008a).

I veiledningen er det viktig at sykepleieren fokuserer på pasientens forventninger til egen læring og mestring. Dette kan være til hjelp både for sykepleieren og pasient når en skal evaluere om pasienten har forstått opplæringen. Spørsmål en kan stille er: ”Har pasienten klart for seg hvilke krav som stilles ved behandling av sykdommen?” og ”Har pasienten forstått betydningen av å ta ansvar for sykdommen og egen tilstand?” (Vifladt og Hopen, 2004).

### **3.3.1 Sykepleiepedagogikk**

Kunnskaper, ferdigheter og noen grunnleggende verdier kan knyttes til sykepleierens funksjon i forbindelse med gjennomføring av veiledning. Til sammen utgjør dette en kompetanse som kalles pedagogisk kompetanse. Det er lovfestet at pasienter har rett på opplæring (Allgot, 2002). I lov om spesialisthelsetjenesten, § 3-8.4, står det at opplæring av pasienter er en av sykehusenes hovedoppgaver.

Pedagogisk veiledning består av ulike trinn som retter seg mot et mål. I det første trinnet er det viktig å bruke tid på å finne ut hva problemet er. Neste trinn handler om å hjelpe pasienten til å oppdage hva som er målet. Det siste trinnet handler om å hjelpe pasienten til å oppnå målene (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

I kontakt med barn ligger det en stor pedagogisk utfordring i å lære dem å kombinere et godt liv med en god diabetesregulering. De fleste barn opplever seg ikke som syke da diabetesen kun har gitt symptomer i perioder. Derfor er det lurt å gi barnet forståelse om sykdommens behandling. Veiledning til diabetespasienten spiller en overordnet rolle, for det er gjennom læring at pasienten lærer seg å ta ansvar og får kjennskap til riktig behandling i mange nye situasjoner som vil oppstå i hverdagen (Borrild og Musaeus, 2001).

Det er beskrevet flere komponenter i moderne diabetesbehandling, for eksempel bruk av mobiltelefon og automatisert telefonkontakt (Ribu, 2010). I en studie utført av Frøisland, Årsand og Skårderud (2012) kommer det frem at det anbefales å bruke ny teknologi og pedagogiske modeller når en skal drive med pasientopplæring i forhold til barn med diabetes.

Disse har i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin utviklet en applikasjon for mobiltelefoner kalt *Diamob*. Denne applikasjonen er tilpasset barn med mulighet for en mer visuell fremstilling av sammenhengen mellom mat, insulin, fysisk aktivitet og blodglukose. Gjennom denne applikasjonen kunne deltakerne kommunisere via SMS med helsepersonell, der de kunne stille spørsmål og ble garantert svar i løpet av 30 minutter. Deltakerne rapporterte at dette var en praktisk og enkel måte å få hjelp og informasjon av helsepersonell i dagliglivet. De syntes dette var et positivt instrument for toveiskommunikasjon. En vet at 95 % av alle barn og unge mellom tretten og nitten år har sin egen mobiltelefon. I følge Frøisland, Årsand og Skårderud (2012) viser internasjonal litteratur at ungdom med diabetes ønsker en mer mobilbasert oppfølging. Denne nye teknologien kan være med på å bidra til å mestre egen sykdom.

Sykepleiepedagogikk handler om å utløse handlinger som styrker pasientens egne krefter og motvirker forhold som kan føre til passivitet og uheldig avhengighet. Den pedagogiske utfordringen ligger i å flytte oppmerksomheten fra sykepleieren til pasientens selvforståelse og egeninnsats. Det kan være vanskelig for pasienten å komme ut av avhengighetssporet, da sykepleierpleier- og pasientrollen er sterkt etablert i vår kultur. Pasienten har ofte et innlært uttrykk som å ”få behandling” når den er på sykehus. Bak det utsagnet ligger det en forventning om å bli gjort frisk av andre. I ordet ”behandling” ligger noe passivt mottakende, mens i ordet ”mestring” ligger noe aktivt handlende. Sykepleierens oppgave blir å få pasienten til å yte egeninnsats og selv ta ansvar for sykdommen (Vifladt og Hopen, 2004).

### **3.3.2 Kommunikasjonsmetoder**

Kommunikasjon er en toveisprosess der budskapet sendes frem og tilbake mellom en mottaker og en sender. Måten barn uttrykker seg på er veldig forskjellig og noen ganger er det den voksne sier det som er det viktigste. Barn er i blant tilbakeholden med å snakke og hvis de presses til å snakke virker det ofte motsatt av hva en vil oppnå. Større barn har ofte større behov for informasjon, og trenger også av og til hjelp til å uttrykke opplevelsen og følelsene sine verbalt (Grønseth og Markestad, 2009). Alle barn er forskjellige og det kan derfor ikke gis noen entydig oppskrift på hvordan en best kommuniserer med barn (Eide og Eide, 2010).

Barn har begrenset evne til å sette seg inn i andres tankeverden, og dette gjør det vanskelig for barn å forstå at sykepleieren ikke alltid skjønner hva de mener eller sier. Den voksne er ansvarlig for den tilpasningen som kreves for å føre en vellykket samtale. Det forutsetter et bevisst ønske om å forstå og lære av det barnet formidler. Barn må betraktes som ekspert på hvordan det er å være akkurat «meg», og det trenger hjelp til å forstå og å finne mening i det som blir sagt. Det skaper avstand og får barn til å føle at de kommer til kort, hvis de får spørsmål de ikke har forutsetning for å forstå. Barn setter liten pris på utspøringer, og mister konsentrasjonen hvis de ikke anser temaet som meningsfullt. I samtale med barn kan man benytte seg av hjelpemidler, da barn uttrykker seg både via språk og atferd. Hjelpemidler kan være tegninger, leker, bilder, eventyr, metaforer, sang og regler. Bruk av hjelpemidler i samtalsituasjoner kan gjøre det lettere å snakke om vanskelige opplevelser og følelser (Grønseth og Markestad, 2009).

Lek er en stor del av barns liv og en viktig del av deres utvikling. Lek er med på å gjøre så barn oppdager verden og sin egen kapasitet. Lek kan bidra til å støtte personligheten, oppmuntre til relasjoner, fremme kreativiteten og øke innlæringen. Dette hjelper barnet til psykisk, emosjonelt, fysisk og intellektuelt å mestre og lære seg å takle nye situasjoner. Å leke er naturlig og alle vet hvordan man gjør det. Barn i tolvårsalder er ofte nysgjerrige og entusiastiske og ivrer etter å lære seg nye ferdigheter og øke kunnskapsnivået. I samtale med disse er det viktig å utrede misforståelser og korrigere barnet hvis det har feiloppfatning av en prosedyre som skal skje. Det er viktig å oppmuntre barn til å spørre og aktivt delta i informasjonen som blir gitt (Månsson, 2008).

### ***3.4 Kari Martinsens sykepleieteori***

Å vise omsorg er funnet å være den mest innflytelsesrike faktoren for å få pasienten til å utøve egenomsorg. I tillegg har det vist seg i forskning at omsorg også bidrar til færre bekymringer, økt livskvalitet og mindre symptomer hos diabetikere (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

Omsorg handler om engasjement og innlevelse i andre menneskers situasjoner og det handler om å knytte bånd og inngå relasjoner. En grunnleggende verdiforutsetning for mennesker er å ta vare på hverandre, dette bygger på tillit, som i følge Martinsen (2005) er fundamentalt og

bærende innen omsorg. Martinsen sier at omsorg er et mål i seg selv. Det er viktig å gjøre det så godt som mulig for pasienten i her og nå situasjonen. Hun legger vekt på å styrke pasientens selvhjulpenhet (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

Martinsen tar utgangspunkt i et ikke-fagspesifikt omsorgsbegrep når hun beskriver sitt syn på sykepleieren som omsorgsarbeider. Hun mener at omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelige samhandlinger. Dette utgjør dermed grunnlaget for utøvelsen av sykepleie. Videre sier hun at omsorg omhandler hvordan mennesker forholder seg til hverandre og hvordan mennesker viser omtanke for hverandre i det praktiske dagligliv (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

Martinsen vektlegger også menneskers likeverd, og hun fremhever at et hvert menneske, uavhengig av status, ytelse og andre ytre kjennetegn, når som helst kan komme i en situasjon der det trenger omsorg fra andre. Mennesker som har noe til felles deler en dagligverden, og denne dagligverden utgjør grunnlaget for den forståelsen mennesker har for hverandre og den omsorgen de gir hverandre (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

Martinsen deler omsorgsbegrepet inn i tre dimensjoner. Omsorgsbegrepet er i følge henne relasjonelt, praktisk og konkret, og moralsk (Martinsen, 2005). Omsorgen er relasjonell, med det menes at hvis det skal være mulig å utøve omsorg vil det alltid forutsette minst to parter. Omsorg handler om å ta vare på den andre personen i en situasjon. Den ene personen viser omtanke for den andre, hjelper den andre med pleien eller smerten, eller hjelper den andre til større selvstendighet. Praktisk og konkret omsorg handler om at omsorg vises gjennom handlinger i omsorgsrelasjoner. Omsorgen er moralsk og viser seg gjennom måten vi er tilstede på i relasjonen, og måten vi utfører handlinger på (Alvsvåg, 2010). Det moralske i omsorgen er i følge Martinsen (2005) overordnet, og det viser seg i måten arbeidet utføres på. Hun sier at moralen ikke er i oss, men den er mellom oss.

Omsorg handler om å ta ansvar for og ikke om å ta ansvar fra. Omsorg oppøves og læres gjennom praktisering. En kan lære omsorgshandlinger på flere måter. Som ved å erfare og få omsorg fra andre, se at andre opplever å få omsorg, ved selv å gi omsorg til andre, og ved å se mangel på omsorg. Mangel på omsorg kan vise seg ved at sykepleieren iakttar at den andre

ikke får omsorg, eller at sykepleieren bevisst ikke gir omsorg eller ikke gir riktig omsorg. Omsorg er allmenn, pleie er spesifikk (Alvsvåg, 2010).

### ***3.5 Diabetes mellitus type 1***

Diabetes er en kronisk sykdom forårsaket av en auto-immun reaksjon mot betacellene i de langerhanske øyene i pankreas. Årsaken til diabetes er sviktende insulinvirksomhet eller insulinsekresjon, eller en kombinasjon (Wyller, 2009). En auto-immun reaksjon vil si at kroppens immunforsvar går til angrep på seg selv (Haram, 2002). Diabetes er en sykdom karakterisert ved høy konsentrasjon av glukose i blodet over tid, altså kronisk hyperglykemi. Referanseverdiene for blodglukose hos fastende yngre burde være 5-6 mmol per liter, og ikke-fastende 4,5-10 mmol per liter. HbA1c, langtidsblodglukosenivå, bør være mindre enn 7 % og avspeiler det gjennomsnittlige blodglukosenivået de siste seks til ti uker. Målene for metabolsk kontroll er beskrevet av Norsk Selskap for Allmenntilleggsmedisin (Ribu, 2010). Den vanligste debutalderen for sykdommen er mellom ti og fjorten år (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

#### **3.5.1 Symptomer**

Ubehandlet vil diabetes gi symptomer som vekttap, tørste og polyuri (Sjöblad, 1996). Barn kan begynne å tisse på seg igjen og må gjerne opp på natten for å drikke og gå på do (Grønseth og Markestad, 2009). Den vanligste akutte komplikasjonen som kan oppstå ved diabetes er hypoglykemi, også kalt føling. Føling fungerer som et faresignal som forteller at tiltak må iverksettes øyeblikkelig slik at tilstanden ikke får utviklet seg til å bli alvorlig. Ved føling bør barn få i seg matvarer som gir rask økning i blodglukosen. Dette kan være ett glass juice, sukkerholdig brus, søt saft, ett til to glass melk, honning, druesukker eller sukkerbiter. Barnet vil normalt føle seg bedre etter ti til femten minutter (Ribu, 2010). Symptomer på føling er sult, uro, konsentrasjonsvansker, hodepine, skjelving, svette og humørendringer. En sier at føling oppstår når blodglukosenivået faller under 3 mmol/l, men følingsymptomer kan også oppstå før dersom blodglukosenivået faller raskt. Ubehandlet føling kan utvikle seg til insulinsjokk, der pasienten får nedsatt bevissthet, kramper, lammelser og til slutt faller i koma (Arsky, 2006).

### **3.5.2 Diagnostikk og innleggelse**

Diabetes diagnostiseres ut fra påvisning av glukose i urinen, og påvisning av forhøyet blodglukosenivå. Ved akutte febersykdommer og andre stress-situasjoner kan en også få glukose i urinen, selv om en ikke har diabetes. Når diabetes påvises hos et barn, skal barnet øyeblikkelig innlegges ved en barneavdeling, for å forhindre ketoacidose. Hurtig sykehusinnleggelse er viktig med tanke på sykdommens alvorlige karakter, kompleksitet og raske forløp og fordi alvorlig ketoacidose kan inntre raskt (Grønseth og Markestad, 2009). Når syreproduksjonen er høy, vil nedbrytningen av fettsyrer til ketonlegemer øke, dette kalles metabolsk ketoacidose (Wyller, 2009).

Vanlig prosedyre ved påvisning av diabetes er at barnet er innlagt på sykehuset i to uker etter at diagnosen er stilt. Disse ukene brukes til å gi veiledning om sykdommen til barnet, slik at det får grunnleggende forståelse om den og kan iverksette tiltak ved hypo- og hyperglykemi. Fokuset for veiledningen er å lære barnet om blant annet ernæring og valg av matvarer for å kontrollere blodglukosen (Grønseth og Markestad, 2009). Etter at barnet er utskrevet fra sykehuset blir oppfølgingen ivaretatt enten poliklinisk eller av fastlegen. Det kommer an på hva som er mest praktisk for barnet med tanke på reisevei og skolegang (Ribu, 2010).

### **3.6 Ernæring til diabetikere**

Væske og ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og velvære. Det er lett å dekke ernæringsbehovet hvis en vet hva en skal spise og vet hva en har lyst på. En tenker ikke over at det for mange er et problem å finne ut hva en skal og kan spise. Feil matvalg kan føre til sykdom hos diabetespasienter. En sykdom kan påvirke en persons forhold til mat, og det er mange årsaker til at næringsinntaket hos diabetespasienter kan være utilstrekkelig (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

Barn med diabetes har relativt stor frihet i forhold til hva de kan spise, men de kan ikke spise helt fritt. Det er anbefalt at personer med diabetes skal ha et kosthold likt normalbefolkningens (Ribu, 2010). Å telle karbohydrater er en viktig del av ernæringsbehandlingen av sykdommen (Nansel, Haynie, Lipsky, Laffel og Mehta, 2012). Det

anbefales at minst 55 % av det daglige energibehovet dekkes av karbohydrater. Karbohydrater deles inn i raske og langsomme, avhengig av hvor raskt de gir stigning i blodglukosen. De raske karbohydratene har ofte et svært høyt sukkerinnhold og går raskt over i blodbanen, men metter lite og kosten bør innholde lite av disse (Sortland, 2004 og Ribu, 2010). Kunstige søtstoffer som sukralose, aspartam, acesulfam-K påvirker ikke blodglukosen og gir ikke energi. Sukkeralkoholer som sorbitol, xylitol og lignende gir mindre økning i blodglukosen enn sukker, men vil i større mengder gi diaré (Helsedirektoratet, 2009). Fiberrike og grove matvarer og umettet fett i stedet for mettet fett er gunstig og gir mindre blodglukosestigning (Ribu, 2010).

Måltidsmønsteret må tilpasses den enkeltes dagsrytme. Et regelmessig måltidsmønster med hyppige måltider er gunstig for blodglukosekontrollen. Matinntakene kan fordeles på tre til fire hovedmåltider og opp til tre mellommåltider (Helsedirektoratet, 2009). I følge tallerkenmodellen bør middagsmåltidet bestå av to fjerdedeler av frukt, grønnsaker eller rotfrukter, en fjerdedel av poteter, pasta, ris eller brød og en fjerdedel av kjøtt, fisk eller egg. Kjøtt og fisk kan erstattes med belgvekster. Denne modellen sikrer riktig sammensetning av middagsmåltidet, og begrenser energiinntaket som fører til stabilisering av blodglukosenivået (Ribu, 2010). Optimal kontroll av blodglukosenivået krever blant annet en konstant balanse av kostholdet (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

Blodglukosenivået stiger etter hvert måltid, men hos diabetikere stiger ikke insulinnivået slik det skal. Derfor må personer med diabetes vite hvordan ulike matvarer påvirker blodglukosenivået. Kosten er en av de tre hjørnesteinene i egenbehandlingen av diabetes, sammen med aktivitet og medisiner. Pasienter med diabetes må hele tiden forholde seg til disse (Ribu, 2010). Ulike næringsmidler gir forskjellig blodglukose-respons, og det er viktig å ha kunnskaper om hvordan ulike matvarer innvirker på blodglukosenivået. Hvor raskt blodglukosen stiger etter et måltid avhenger av oppsugningshastigheten i tarmen, matens konsistens, energitetthet, osmolaritet, viskositet og partikkelstørrelse. Det er komplisert og en vet at det er sammensetning av matvarer som gir ulike nivåer i blodglukosen (Sortland, 2004). Ved høyt blodglukosenivå klarer ikke immunforsvaret å jobbe optimalt. Dette betyr at et stabilt lavt blodglukosenivå er viktig for å opprettholde et sterkt immunforsvar (Andersen, 2013).



## **4 Drøfting**

Etter at Ida var hos fastlegen ble hun umiddelbart innlagt på sykehuset for utredning. Med tanke på utslagene på urinprøven var det grunn til å reagere raskt for å unngå mulig ketoacidose.

### ***4.1 Sykepleie til en tolvåring***

Sykehusmiljøet er helt annerledes enn det barnet er vant til fra hjemmet, og derfor betyr mottakelsen mye for barnet. Under stress kan barn oppleve en trussel om at de blir forlatt av foreldrene og de engster seg over dette. De kan også engste seg for at de ikke klarer å ivareta de sosiale rollene, som gir dem status i skolesammenheng og blant venner (Grønseth og Markestad, 2009). I følge Martinsen skal sykepleieren sørge for pasienten uten å forvente noe tilbake, engasjere seg i pasientens situasjon og handle ut fra sin faglige merforståelse på en måte som gagnar pasienten best mulig. Sykepleie bør hele tiden utøves fra pasientens behov. Når pasienten er innlagt i sykehus er pasienten i en situasjon der hun ikke er selvhjulpen (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Videre sier Martinsen at som sykepleier skal en alltid vurdere situasjonen pasienten er i og dens evne til selvhjulpenhet. Sykepleieren skal verken overvurdere eller undervurdere pasientens evne til selvhjulpenhet. Å vurdere situasjonen er viktig for å kunne gi riktig pleie. Å gi relasjonell, praktisk og moralsk omsorg, er å gi pleie med omsorg (Alvsvåg, 2010).

Fremmede voksne virker lett truende på små barn, spesielt i situasjoner der alt er nytt og ukjent (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Det er tidkrevende og utfordrende å utvikle tillitsforhold til barn (Grønseth og Markestad, 2009). Derfor bør sykepleieren holde litt avstand til barnet i starten slik at barnet kan ta henne i øyesyn. Da kan barnet bli vant til sykepleierens stemme, utseende og fremtreden. Ofte lønner det seg for sykepleieren å henvende seg til omsorgspersonene først, for deretter og gradvis dra barnet mer inn i samtalen. Martinsen sier at sykepleieren skal gjennom sin omsorg til pasienten opprettholde et vist funksjonsnivå og unngå forverring. For at mennesker skal kunne forstå hverandre og hjelpe hverandre, må det være noe som binder partene sammen i et fellesskap (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Ved å sitte på barnets nivå, lytte, spørre og se på ting det har med seg hjemmefra, kan en skape kontakt. Selv om du som sykepleier på barneavdelingen er både tillitsvekkende og grei, utfører du skremmende og ubehagelige prosedyrer som svekker

barnets tillit (Grønseth og Markestad, 2009). Ofte krever det at en prøver seg frem med litt forskjellige metoder (Eide og Eide, 2010).

Ved at du som sykepleier virker kompetent og trygg i din rolle, kan du dempe engstelsen hos barnet (Grønseth og Markestad, 2009). Ut fra egenerfaring har vi sett at dette er viktig, og pasientene føler seg ivaretatt og trygge sammen med sykepleiere som vet hva de skal gjøre, og kan det godt. Ved å gi Ida ros, oppgaver hun kan mestre, informere om sykdommen, stille krav og sette grenser til henne kan sykepleieren bidra til at Ida føler seg kompetent i forhold til sykdommen sin. Sykepleieren bør gi hjelp til å tolke symptomer, oppklare hva barnet engster seg for, spørre om smerter, unngå blotting, respektere private grenser og privatliv, og unngå bemerkninger om kropp og utseende som kan tolkes negativt. Private klær og mobiltelefon er viktig, og Ida bør skjermes mot skremmende inntrykk. Sykepleieren bør også involvere Ida i beslutninger, valg og utforming av behandlingsstrategier der det er mulighet for det (Grønseth og Markestad, 2009). Forskning viser at barn som blir møtt med omsorg ved sykehusinnleggelse har en høyere tilfredshet og færre bekymringer rundt sin sykdom (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

Sykdom og sykehusinnleggelse kan medføre stress som overstiger barnets mestringsevne. Når stresset blir for stort forsvaret barnet seg, gjerne ubevisst, ved å gå tilbake til tidligere utviklingstrinn. Ved regresjon reduseres den kognitive kapasiteten slik at tidsbegrepet blir dårligere og det blir vanskeligere å huske og å forstå informasjon. Høyt stressnivå kan også vise seg som aggresjon, separasjonsangst, tilbaketrekking eller spise- og søvnproblemer (Grønseth og Markestad, 2009). I møte med Ida må sykepleieren observere tegn på ulike forsvarsmekanismer som vil være avgjørende for hvordan vi legger opp sykepleien og veiledningen til henne.

For å få tillit hos barn må sykepleieren like og respektere barn, vise interesse for dem, bruke tid og gjøre hyggelige ting sammen med dem. Det er viktig å bli kjent med Ida som person og ikke bare som pasient. Sykepleieren bør tørre å bli følelsesmessig involvert, gi litt av seg selv, være ærlig, forklare og hjelpe Ida til å forstå hva som foregår. Martinsen påpeker at i møte med den andre må vi forstå situasjonen som den andre befinner seg i, for å kunne vite hva som vil være det rette å gjøre i akkurat denne situasjonen. Å forstå den andre tilegnes gjennom å gjøre ting sammen med den andre, og å utvikle en felles erfaring. Ut fra dette kan sykepleieren

og barnet forstå hverandre (Alvsvåg, 2010). I samtaler med barn er det best å bruke et naturlig og dagligdags språk, og manglende samsvar mellom nonverbale og verbale signaler hemmer kommunikasjon. Gjennom praksiserfaring har vi også erfart at bruk av enkle ord og samsvar mellom kommunikasjons-signaler er viktig. Større barn misliker å bli snakket til som små barn. God kommunikasjon er nøkkelen til å skape et godt tillitsforhold og for å bli kjent med barnet. Dette er en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe Ida til å bearbeide opplevelser, som følge av sykdom og sykehusopphold (Grønseth og Markestad, 2009).

Møte med mennesker i krise stiller store krav både til sykepleierens faglige innsikt og personlige egenskaper. Ofte er den nære og personlige kontakten det viktigste bidraget til at sykepleieren kan hjelpe barn i krise. Det er viktig å være oppmerksom på situasjoner som kan utløse krisereaksjoner. Å være tilstede, og å lytte vil ofte være den beste hjelpen en kan gi til et barn i krise. Krisen avløses etter hvert av voksende bevissthet om sykdommen (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

Barn svever mellom å være barn og voksen. I denne fasen kan det oppstå utfordringer som kan øke Idas behov til å demonstrere personlig autonomi. Dette kan oppstå som følge av at foreldrene avhører og dømmer hennes selvledelse av sykdommen. Noe som kan føre til at Ida opptrer umodent og barnslig (Karlson, Aram og Wikblad, 2008). Barn med diabetes krever derfor hyppigere revurdering av deres terapeutiske behov enn det voksne med samme diagnose gjør (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

For å fremme mestring må sykepleieren samle data om forhold som innvirker på barns kognitive vurdering. Etter det har sykepleieren mulighet til å iverksette konkrete tiltak for å styrke barnets muligheter til å mestre situasjonene på en aktiv og direkte måte (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Når Ida fikk diagnosen diabetes ble hun rammet av en traumatisk krise og hun er nå sannsynligvis et sted mellom sjokkfasen og reaksjonsfasen. Mestring er med på å bidra til at Ida klarer å yte egenomsorg. God egenomsorg er bra i forhold til å opprettholde en forsvarlig metabolsk kontroll, og det vil igjen minimere risikoen for senkomplikasjoner. Studier av barn med diabetes viser at det ofte er et problem i forhold til egenomsorg (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007). Egenomsorg i diabetes er avhengig av samordning av tanker og atferd (Frøisland, Årsand og Skårderud, 2012).

Følelsesfokustert mestring vil ikke endre en ubehagelig hendelse, men vil enten bidra til at Ida kan akseptere eller leve med en vanskelig situasjon, eller hjelpe henne gjennom en vanskelig situasjon. Noen følelsesmessige mestringsstrategier kan være hensiktsmessig og gode fordi de hjelper Ida til å akseptere, og å leve med noe vanskelig. Andre mestringsstrategier kan være umodne og uhensiktsmessige, og har mest til hensikt å hjelpe Ida til å overleve (Håkonsen, 2010). I barneårene er følelser, tanker og opplevelser av mestring sterkt knyttet til kropp og kroppsbeherskelse. Immobilitet, skader og inngrep i kroppen kan derfor oppleves som truende (Grønseth og Markestad, 2009).

Det er i dagliglivet og i vante omgivelser at Ida skal regulere sin sykdom. Derfor er hun innlagt i kortest mulig tid på sykehuset. Ved innleggelse er Ida utmattet og trett på grunn av dehydrering og vekttap. Sykepleieren må forsøke å hjelpe Ida til å se fremover og til å innstille seg på de utfordringene som vil komme. Under sykehusoppholdet hjelper sykepleieren Ida til å få erfaringer som kan brukes etter utskrivelsen. Utfordringene for Ida og for helsepersonellet er størst etter at hun er utskrevet og skal lære å leve resten av livet med sin sykdom. Veiledningen må tilpasses etter hva hvert enkelt barn klarer å tilegne seg av kunnskap. Det er viktig at helsepersonell ikke moraliserer, men at arbeidet er preget av kunnskap og profesjonalitet (Ribu, 2010).

Det er funnet ut at det er en forskjell mellom gutter og jenter når det gjelder å leve med sykdommen. Det finnes faktorer som påvirker blodglukosen og som Ida hele tiden må vurdere med tanke på sin sykdom. Disse er menstruasjon for jenter, individuelle forskjeller knyttet til vekst, deltakelse i idrett og humørsvingninger (Chien, Larson, Nakamura, og Lin, 2007). Jenter kjenner mer uro, er mindre fornøyd med livet og synes selv at de er dårligere. En studie ved det Karolinska Universitetssykehuset viser at den fysiske helsen er bedre jo lavere HbA1c barnet har, men ingen har kartlagt hvordan forholdene henger sammen (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist og Östenson, 2010).

Veiledning og støtte er viktig for at Ida skal lære å mestre sin sykdom. Disse faktorene har betydning for hennes livskvalitet (Allgot, 2002). Vi har sett i praksis at pasienter med kroniske sykdommer som har mestret egenbehandling av sykdommen selv, har virket mer tilfreds og mindre bekymret. Helsetjenestens oppmerksomhet har i første rekke vært rettet mot behandling, men medisinsk behandling kan ikke avhjelpe alle helseproblemer. Ved kronisk

sykdom er god opplæring en minst like viktig oppgave som medisinsk behandling.

Veiledningen vil være rettet mot Idas behov for å mestre en ny livssituasjon og for å legge om livsstilen for å unngå forverring av sykdommen. I arbeidet rettet mot læring og mestring har sykepleieren en sentral rolle. Sykepleierens sammensatte kompetanse og nærhet til barn er et naturlig grunnlag for å vektlegge samtale og veiledningsoppgaver (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). For å mestre et liv med en kronisk sykdom trenger barn et optimalt veiledningstilbud som kombineres med et godt tilrettelagt og kontinuerlig læringstilbud. Læring om egen sykdom er en forutsetning for mestring av det nye livet etter at diagnosen er stilt (Allgot, 2002). Kvaliteten på veiledningen mener vi har sammenheng med kvaliteten på sykepleien som blir gitt. Veiledningen vil i denne situasjonen være en stor del av behandlingen, da pasienten skal lære å behandle seg selv. Hvis sykepleieren gir Ida dårlig veiledning vil det få konsekvenser for hvordan hun takler sykdommen senere i livet. For å kunne gjennomføre veiledningen må sykepleieren kunne etablere gode relasjoner og ha kunnskap om faktorer som innvirker på barns læreprosess. Å hjelpe et barn til økt kontroll over sin helse innebærer at sykepleieren må gi informasjon og veiledning (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005).

#### ***4.2 Veiledning i forhold til ernæring***

Målet med veiledningen til Ida er å oppnå god blodglukosekontroll, unngå hypoglykemi og ketoacidose, oppnå normal vekst og utvikling, selvstendighet og et så normalt levesett som mulig. Dersom Ida kan oppnå en HbA1c-verdi på 7 % eller lavere uten at det går utover hennes livskvalitet bør dette tilstrebes (Ribu, 2010). Et stabilt lavt blodglukosenivå er også viktig for å styrke immunforsvaret (Andersen, 2013). En premiss for suksess er at Ida selv lærer å ta ansvar for sykdommen sin, og at opplæring og informasjon gjentas og tilpasses hennes behov (Grønseth og Markestad, 2009).

Ida må finne sin egen toleransegrense for ulike matvarer. Generelle anbefalinger for diabetikere er grovbrød, grove frokostblandinger og havregrøt, fet fisk, fiskepålegg og sukkerfrie varianter av brus og saft. Kalsiumbehovet kan dekkes med lettmelk, eller andre magre meieriprodukter som en brødslike med hvitost. Frukt og bær gir mindre utslag på blodglukosen og er energirike matvarer som gir mye vitaminer og fiber. Diabetikeren bør unngå sjokolade, søtsaker, snaks, kaker og desserter fordi slik mat vil gi rask økning av

blodglukosenivået (Ribu, 2010). Dette betyr ikke at Ida aldri kan spise godteri og kaker, men at hun ikke gjør dette daglig og at hun tar forhåndsregler før inntak, som for eksempel å spise en brødslike først også kan hun ta noe søtt etter det. Dette vil ikke gi like stor økning i blodglukosen som ved motsatt rekkefølge.

Svensk forskning viser at barn følte seg sunne og trygge ved stabilt blodglukosenivå, og denne følelsen økte motivasjonen til å opprettholde et stabilt nivå. Ved varierende blodglukoseverdier følte barna håpløshet og var mer avhengig av foreldrene. Ved emosjonell støtte fra jevnaldrende og venner ble det lettere for barna å kontrollere sykdommen i hverdagen, med tanke på å velge lettprodukter og følge anbefalt måltidsmønster (Karlson, Aram og Wikblad, 2008). Barn kan ha behov for undervisning om hva det bør spise (Ribu, 2010). Forskning viser at utvikling av en individuell måltidsplan med tanke på måltidsrutiner og valg av matvarer må tilpasses familiens tidligere livsstil, med tanke på å mestre utfordringer i dagliglivet (Nansel, Haynie, Lipsky, Laffel og Mehta, 2012).

For å få ett grunnlag for å iverksette kostholdsendringer må sykepleieren sammen med Ida kartlegge hva hun vanligvis spiser og drikker, antall måltider per dag og tidspunkter. Andre forhold som også bør kartlegges er forskjellen mellom hverdag og helg, Idas spesielle ønsker og eventuell legemiddelbehandling som påvirker blodglukosenivået (Ribu, 2010).

Sykepleieren må huske på at det kan være forskjeller innen kultur og tradisjoner, med tanke på behovet for veiledning om alternative matvarer (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007). Ida er en norsk jente, og hennes måltidsplan vil mest sannsynlig basere seg på norske matvarer.

En Amerikansk studie viser at mindre enn 1 % av 252 deltakere i en studie blant barn med diabetes har matvaner tilsvarende det som er anbefalt. Videre i studien gjort av Nansel, Haynie, Lipsky, Laffel og Mehta (2012) kommer det frem at de fleste deltakende barna trengte forbedring, da de i gjennomsnitt spiste mindre enn halvparten av det som er anbefalt for inntak av frukt, grønnsaker og fullkornsprodukter. Barn i alderen åtte til tolv år hadde et høyere inntak av frukt og fullkornsprodukter, sammenlignet med ungdommer. Studien til Frøisland, Årsand og Skårderud (2012) viser at bare 17 % av norske barn med diabetes oppnår internasjonale behandlingsmål i forhold til HbA1c. Det er en utfordring for barn i hverdagen å velge det som er best for sykdommen. Det er mange fristelser i dagliglivet til en tolvåring. Viktige begivenheter som bursdager, familieselskaper, ferier og høytider er eksempler på

situasjoner der det kan bli vanskelig for Ida å tenke på sykdommen. Her blir det viktig det hun har lært om rekkefølgen på matvareinntaket og sammenhengen med blodglukosestigning.

Nå som Ida har begynt med behandling for sykdommen sin kan hun få symptomer på hypoglykemi. Det er derfor viktig at hun alltid bærer med seg noe som gir rask økning i blodglukosenivået, for eksempel sukker (Grønseth og Markestad, 2009). Barn kan ha problemer med å bli oppmerksom på symptomer ved føling. Etter hvert når Ida lærer seg å kjenne kroppen og sykdommen sin bedre, registrerer hun letter symptomene selv, slik at hun kan unngå føling (Arsky, 2006).

I situasjoner der nye ferdigheter prøves ut, er det viktig at sykepleieren gir støtte. Dette er en viktig side ved veiledningen (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Martinsen mener at hvis omsorgen skal være ekte, må sykepleieren forholde seg til pasienten med en holdning som godtar den andre ut fra dens situasjon. Det er ikke omsorg hvis en hjelper for mye eller for lite, eller hvis en hjelper feil, for eksempel ved å hjelpe for mye der en burde hjulpet barnet til å hjelpe seg selv (Alvsvåg, 2010). Ved diabetes må Ida bli bevisst på sitt eget kosthold. Hun har behov for støtte og oppmuntring for å forstå viktigheten av sammensetningen av måltider (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Barn bør få en gradvis overgang fra å være totalt avhengig til å bli uavhengig av sykepleiere i forholdt til egenomsorg og mestring av sin sykdom. Dette er spesielt viktig for Ida, hun er i en fase der hun går fra å være barn til å bli voksen. Ida gjennomgår en prosess som medfører at hun blir mer individualisert og får en mer autonom livsstil (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

### ***4.3 Kommunikasjon og veiledning***

I pedagogisk veiledning gjør sykepleieren bruk av seg selv som person og sine egne ferdigheter i kommunikasjon og samhandling (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Det finnes ulike modeller og teorier for kommunikasjon og veiledning og det forskes på hva som er den mest virksomme metoden og i forhold til hvem. Uavhengig av valg av metode, er det mest effektivt å være fleksibel, ha empati, ha en god relasjon og å rette seg mot den en skal hjelpe. Ut fra dette kan en si at hvis en prøver en strategi som viser seg ikke å virke, er det viktig og ikke gjøre mer av det samme, men forsøke nye strategier og løsninger (Eide og Eide, 2010).

I en samtaleteknikk omtalt av Grønseth og Markestad (2009) tar sykepleieren utgangspunkt i det barnet sier og viser for å starte en samtale. Et eksempel kan være å be Ida fortelle og beskrive om et emne og ut fra dette starte en samtale med henne. Sykepleieren kan si hva det forventes av Ida, gi råd og godta hvis hun forneker eller bruker andre forsvarsmekanismer. Underveis stiller sykepleieren åpne spørsmål, der Ida kan svare om hun vil. Støtt hele tiden Idas følelser og vis at du forstår opplevelsen hun formidler. Dra inn eksempler der du generaliserer: «Jeg kjenner en gutt som er redd for å stikke seg i fingeren...». Si at du har tenkt på henne, still hypotetiske spørsmål som «hvis det var slik at...». Du kan også få Ida til å fortelle om ønsker og drømmer, og om hvordan hun kunne ønske det var. Barns spørsmål sier mye om hva de er opptatt av. Disse spørsmålene bør bli tatt på alvor, og sykepleieren bør svare barnet enkelt og direkte.

Visuelle inntrykk har vist seg å øke forståelsen og selvledelsen hos barn med kroniske sykdommer. I studien utført av Frøisland, Årsand og Skårderud (2012) kunne deltakerne fortelle at mobilbaserte diabetesdagbøker var bedre enn papirbaserte. Større forståelse for egen sykdom gir eierskap til egenbehandling, noe som er svært viktig for en som skal leve med diabetes. Resultatene fra studien viser at denne applikasjonen med fordel kan benyttes i førstegangs opplæring av barn med diabetes. Resultatet viste også at barn fant applikasjonen nyttig, som en støtte til deres selvledelse av diabetes. Tidligere arbeid har vist at helsevesenet i Norge er dårlig designet for å møte behovene til barn med kroniske sykdommer, og at web-baserte programmer og ikt-verktøy er nyttige for å møte deres krav.

Barn kommuniserer best og forstår enklest når ord og handling kombineres (Grønseth og Markestad, 2009). Ord og språk har ikke alltid samme mening for barn som for voksne. Det kan være nødvendig å bruke hjelpemidler slik at barn får hjelp til å uttrykke seg og sine følelser. I samtaler med barn er kunsten å la barnet beholde føringen uten at sykepleieren overtar initiativet. Sammen med Ida kan dere oppnå god kontakt over et spill eller et blad og dette kan brukes som utgangspunkt for videre samtale. Å tegne kan fortsatt være en vei inn til vanskelige temaer og følelser (Eide og Eide, 2010).

I følge Erikson og Piaget sine utviklingsteorier er kroppen i endring, og det er vanlig at barn engster seg for ikke å være som andre. Når barnet er i tidlig ungdomstid vil det være relevant



å snakke om hva som er normal kroppsutvikling i puberteten og om hormonelle forhold. Gjennom samtale med konkrete spørsmål om hvordan barnet opplever at kroppen endrer seg kan en rette fokus mot det den enkelte finner vanskelig eller uforståelig (Graue, 2002).

Å ta egne beslutninger er en prosess som styres av psykologisk modenhet. Dette skaper muligheter for økt ansvar og frihet, og motivasjonen øker med vellykket selvledelse. Mangel på kunnskap om fysiske prosesser i kroppen knyttet til diabetes og usikkerheten om riktig kosthold reduserer barns evne til å ta totalt ansvar for egen sykdom. Svensk forskning viser at barn ønsker å ta ansvar for egen sykdom og er villig til å lytte og lære av andre. Ansvar og kunnskaper øker parallelt med tid og alder, og gir barn en mer fleksibel hverdag (Karlson, Aram og Wikblad, 2008).

Etter at diagnosen er stilt kreves det at Ida aksepterer sykdommen, tilegner seg kunnskap om den og motiveres til å mestre sin nye livssituasjon og gjennomfører en god egenbehandling. Svensk forskning viser at barn finner det vanskelig å forholde seg til anbefalinger fra helsepersonell, fordi dette ikke er tilpasset barns livssituasjon (Karlson, Aram og Wikblad, 2008). Dette bekreftes også gjennom annen litteratur der vi finner at utfordringene er for store og at enkelte velger ikke å møte opp til kontrolltimer fordi de er lei diabetesreguleringen (Selle, 2002).

En-til-en-kommunikasjon er viktig for å få barnet til å reflektere over mulige utfordringer som kan oppstå i dagliglivet. Dette som et ledd i egenomsorgen. For å møte Ida der hun er tilgjengelig, må sykepleieren ha innsikt i hennes virkelighetsoppfatning og jevnlig kontrollere at hun forstår det sykepleieren sier (Chien, Larson, Nakamura og Lin, 2007).

Når en skal formidle et budskap må sykepleieren tilpasse budskapet etter barnets alder og utviklingstrinn. Det er viktig å forberede informasjonen, presentere budskapet kort og konsist og bruke kjente ord og begreper. Deretter bør en repetere og be barnet gjenfortelle det som har blitt sagt. På den måten kan sykepleieren vurdere om barnet har forstått den informasjonen som er gitt. Sykepleieren bør bevisst tenke på at det skal være samsvar mellom nonverbale og verbale signaler. I samtaler med barn kan en som et hjelpemiddel stimulere flere av barnets sanser samtidig, for å gjøre det enklere for barnet å forstå og uttrykke seg. Eksempler kan være lukt, berøring, filmer, bilder og leker sammen med verbale utsagn. Lytt ordentlig til Ida,

for hvis du later som vil hun raskt gjennomskue dette. Reflekter sammen med Ida, lytt aktivt og la deg imponere over hva hun sier. Ikke avbryt eller avslutt Idas spørsmål mens hun snakker. Ikke still mange spørsmål etter hverandre, spørsmål om selvfølgeligheter eller spørsmål uten svaralternativer (Grønseth og Markestad, 2009).

Veiledningens innhold er utformet etter Idas behov. Veiledning innebærer først og fremst at sykepleieren er en samtalepartner (Kristoffersen, Nordtvedt og Skau, 2005). Ut i fra Tveitens (2008) modell om veiledning er det beskrevet fem faser som sykepleieren og Ida burde ta med i en veiledningstime. Planleggingsfasen er tiden før veiledningen finner sted. Sykepleieren må vurdere hvem som skal motta veiledning og ut fra dette reflektere over hvordan en kan legge til rette for tillitt. Bli kjent- /bli tryggfasen starter når sykepleieren og Ida møtes. Det første møtet har betydning for om Ida får tillitt til sykepleieren. Opplevelsen av å bli sett, hørt, bli tatt på alvor og få oppmerksomhet fra sykepleieren har betydning for tillitten. I arbeidsfasen foregår selve veiledningen. Refleksjon og bearbeidelse skal hjelpe barnet til å lære, erkjenne og oppdage hva det ønsker å forandre. Dette er den fasen som blir tillagt mest tid i veiledningen. Underveis i arbeidsfasen er det viktig å legge til rette for evaluering av veiledningens innhold, læringsutbyttet og metoder. Samarbeidet mellom sykepleieren og barnet bør også evalueres slik at eventuelle endringer kan gjøres. I avslutningsfasen oppsummeres læringsresultater og læringsprosessen, og en ser på mulige veier videre. Evaluering av veiledningen har til hensikt å ta med seg det positive videre.

## 5 Oppsummering

Mottakelsen på sykehuset er viktig for barnet og sykepleie bør utøves fra barnets behov. Sykepleieren skal utøve sykepleie uten å forvente noe tilbake og vurdere sykepleien riktig så pasientene får det de trenger. Det er viktig at sykepleieren skaper kontakt fra første stund for å oppnå tillit hos pasienten. Sykepleieren må iblant utføre ubehagelige prosedyrer og da er viktig med en god relasjon for å minske ubehaget og engstelsen hos barnet. Pasienten er i en sårbar situasjon og det er viktig at du som sykepleier lar pasienten beholde det som er mulig av personlige eiendeler og ikke unødig berører intimsone. En viktig oppgave for sykepleieren er å sørge for at barnet inkluderes i beslutninger som tas rundt behandling der det er mulig.

Å få en kronisk sykdom kan utløse en krise hos barnet og når barnet blir innlagt tiltar krisen gjerne ytterligere. For å takle påkjenningen kan ulike forsvarsmekanismer tre i kraft hos barnet. Sykepleieren bør være klar over at dette er en vanlig reaksjon. Ved store påkjenninger kan barnet gå tilbake til tidligere utviklingsstadier. Selv om barnet er tolv år, er det viktig at sykepleieren observerer barnets fremtreden og tilpasser sykepleien etter det.

Barn har behov for tettere oppfølging og tilpassing enn voksne med samme diagnose. Gjennom veiledning kan sykepleieren bidra til at pasienten opplever mestring. Mestring av egen sykdom er viktig for å opprettholde god egenomsorg. Dette med tanke på at det er i hverdagen pasienten skal regulere sykdommen på egenhånd og da må pasienten mestre de utfordringene sykdommen byr på. For å hjelpe barnet til mestring kan sykepleieren gå fra aktiv veilederrolle til observatør etter som barnet får mer kontroll over sykdommen.

Ulike fysiske forhold knyttet til kjønnsforskjeller spiller inn på blodglukosen og dette må sykepleieren ha kjennskap til for å kunne iverksette og veilede til rett behandling. Sykepleieren må sammen med pasienten kartlegge matvaner og ut fra dette sette opp en tilpasset måltidsplan. Dette vil gjøre det lettere for barnet å følge anbefalinger og opprettholde god blodglukosekontroll.

Sykepleieren bør tilpasse kommunikasjonen ut fra barnets forutsetninger. Kommunikasjon med barn bør kombineres med både ord og handling. Dette har vist seg å gjøre innlæring av ny informasjon lettere. Det er ikke valg av metode som har noe å bety så lenge en viser

empati, er fleksibel og fokuserer på hva pasienten trenger hjelp til. Ved at sykepleieren bygger samtalen ut fra konkrete spørsmål kan en få tak i, og bygge videre på det den enkelte har behov for. Kunsten blir for sykepleieren å la barnet snakke fritt, men samtidig styre samtalen.

## Litteraturliste

\*Allgot, B. (2002). Diabetes og samfunnet. I: Skafjeld, A. (red.) (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag. (5 sider)

\*Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E. og Östenson, C-G. (2010). *Diabetes*. Stockholm: Karolinska Institutet UNIVERSITY PRESS. (8 sider)

Alvsvåg, H. (2010). Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I: Knutsad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (2010). 3 utg. Oslo: Akribe AS.

\* Andersen, C. (2013). Oppskrift på sunnere barn. *Dette bør du vite om barnets kosthold*. Oslo: J. M. Stenersens Forlag AS. (44 sider)

\*Arsky, G. H. (2006). Barn & diabetes – hverdagsråd for diabetesfamilier. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS. (20 sider)

\*Borrild, L. K. og Musaeus, L. (2001). *Sygepleje til mennesker med diabetes*. København: Munksgaard Danmark. (6 sider)

\*Chien, S. C., Larson, E., Nakamura, N. og Lin, S. J. (2007) *Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in southern Taiwan*. Journal of pediatric nursing, Vol 22, No 5. 404-409. (5 sider)

Cullberg, J. (2010). Mennesker i krise og utvikling. 3. utg. Oslo: Universitetet.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2010) *Pedagogiske utfordringer for helse- sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. og Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

\*Frank, K. (2013) Motivasjon for endring. I: Frank, K. og Hanssen, K. T. (2013) *Du ser jo så godt ut! Kronisk sykdom bak fassaden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (13 sider)

\*Frøisland, D. H., Årsand, E. og Skårderud, F. (2012) *Improving diabetes care for young people with type 1 diabetes through visual learning on mobile phones: Mixed-methods study*. Journal of medical internet research 14(4), SIDETALL doi: 10.2196/jmir.2155. (18 sider)

\*Graue, M. (2002). Sykepleie til ungdommen. I: Skafjeld, A. (red.) (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag. (17 sider)

Grønseth, R. og Markestad, T. (2009). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Haram, L. (2002). Sykepleie til barn. I: Skafjeld, A. (red.) (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag. (11 sider)

\*Helsedirektoratet (2009). *Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling. Nasjonale kliniske retningslinjer*. Lokalisert på: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Sider/default.aspx>  
(47 sider)

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, K. M. (2010). *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

\*Karlson, A., Arman, M., og Wikblad, K. (2008) *Teenagers with type 1 diabetes – a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management*. International Journal of Nursing Studies 45. 562-570. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.022. (8 sider)

Ribu, L. (2010) Sykepleie til pasienter med diabetes mellitus I: Knutstad, U.

(2010). *Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. og Skau, E. A. (2005). *Grunnleggende sykepleie – Bind 3*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. og Skau, E. A. (2005). *Grunnleggende sykepleie – Bind 4*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Lindseth, O. H. (2008). *Skriving av faglige tekster – En guide for studenter*. Lokalisert på <http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp/SAFT-Skriving-av-faglige-tekster>

Lov om barn og foreldre, LOV-1981-04-08-7. § 30 -33. (1981, 2010). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/hl-19810408-007.html>

Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64. § 7. (1999, 2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 6-1 til § 6-5. (02.07.1999 og 14.12.2012). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-007.html>

Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61. § 3-8.4. (1999, 2012). Lokalisert på <http://lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>

\*Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS. (31 sider)

\*Månsson, M. E. (2008). *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Författarna och Studentlitteratur. (13 sider)

\*Nansel, T. R., Haynie, D. L., Lipsky, L. M., Laffel, L. M. og Mehta, S. N.(2012). Multiple Indicators of Poor Diet Quality in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Are Associated with Higher Body Mass Index Percentile but not Glycemic Control. *Journal of the*

*Academy of Nutrition and Dietetics*. 112(11) 1728-1735. doi: 10.1016/j.jand.2012.08.029 (8 sider)

\*Nordli, M. (2007). *Kunsten å lære bort*. Oslo: Forlaget Baibooks. (28 sider)

\*Selle, H. (2002). Opplæring av voksne med diabetes – bruk av sjekklister. I: Skafjeld, A. (red.) (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag. (13 sider)

\* Sjöblad, S. (red.) (1996). *Barn- och ungdomsdiabetes*. Lund: Studentlitteratur. (20 sider)

\*Sjøvoll, N. (2002) Følelsesmessige reaksjoner på kroniske somatiske lidelser. I: Skafjeld, A. (red.) (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag. (15 Sider)

Sortland, K. (2004). *Ernæring – Mer enn mat og drikke*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Tveiten, S. (2008a) *Veiledning – mer enn ord*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget. (40 sider)

Tveiten, S. (2008b). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik, Å og Larsen, T. (red) (2012) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (21 sider)

\*Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I: Skafjeld, A. (red.) (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag. (26 sider)

\*Vifladdt, E. H. og Hopen, L. (2004) *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*. Valdres trykkeri. (53 sider)



\* Wyller, V. B. (2009) *Det friske mennesket III. Cellebiologi, anatomi, fysiologi. Fordøyelsesorganene og utskillelsesorganene. Kapittel 9-11.* 2. utg. Oslo: Akribe AS. (22 sider)

\* Wyller, V. B. (2009) *Det friske mennesket VI. Cellebiologi, anatomi, fysiologi. Barn og gamle. Biologi og medisin i et helhetsperspektiv. Kapittel 22-24.* 2. utg. Oslo: Akribe AS. (32 sider)

\*Wyller, V. B. (2009) *Det syke mennesket I. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. Grunnleggende biologi og medisin. Kapittel 1-4.* 2. utg. Oslo: Akribe AS. (100 sider)

\*Wyller, V. B. (2009) *Det syke mennesket IV. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin. Hormonsystemet og nervesystemet, bevegelsesapparatet. Kapittel 12-16.* 2. utg. Oslo: Akribe AS. (42 sider)

\*Selvvalgt litteratur: Totalt 666 sider

## Vedlegg 1

Dato	Database	Søkeord og AND, OR, NOT	Begrensninger	Antall treff	Utvalgt artikkel og link	Forfatter(e) og årstall
31.01 .2013	EBSCOhost.com	Self-care AND children AND diabetes	Full text	60	1 Self-care problems of adolescents with type 1 diabetes in southern Taiwan <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596306002673#">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596306002673#</a>	Chien, Larson, Nakamura, Lin (2007)
01.02 .2013	Forskning.no	Vitenskapelig forskning AND (og) diabetes		3	1 Improving diabetes care for young people with type 1 diabetes through visual learning on mobile phones: Mixed methods study <a href="http://www.jmir.org/2012/4/e111/">http://www.jmir.org/2012/4/e111/</a>	Frøisland, Årsand, Skårderud (2012)
31.01 .2013	PubMed – Fulltext.	child AND diabetes type 1 AND nutrition	Full text, Siste fem år	91	1 Multiple Indicators of Poor Diet Quality in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes Are Associated with Higher Body Mass Index Percentile but not Glycemic Control <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267212015122">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267212015122</a>	Nansel, Haynie, Lipsky, Laffel, Mehta (2012)
05.02 .2013	EBSCOhost.com, videre i Cinahl with full text	type 1 diabetes AND self-management AND child	Peer reviewed, Full Text, Abstract Available, Publiseringsdato fra 2005-2013	26	1 Teenagers with type 1 diabetes – a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074890600264">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074890600264</a>	Karlson, Arman, Wikblad (2008)