



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgåve)

Kandidatnummer: 20

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær
(ordinær eller kontinuasjon)

Opplysningane finner du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding

Fagansvarlig : Benny Huser

Veileder: Gjertrud Husøy

Barn: diabetes mellitus type-1 og sykehus

Stord 2009
Antall ord: 7563

”Målet for behandlingen er at bringe barnet og familien til erkendelse, forståelse og accept af sygdommen og bibringe dem viden og færdigheder, så de kan leve så normal en tilværelse som mulig.” (Lind og Rasmussen, 1999, s. 300)

Sammendrag

Oppgaven fokuserer på tre hovedtema: barn, diabetes mellitus type-1 og medisinsk avdeling på sykehus. Tittelen på oppgaven ble derfor ”Barn: diabetes mellitus type-1 og sykehus”.

Formålet med oppgaven kommer frem av problemstillingen; Hvordan kan barn med diabetes mellitus type-1 på somatisk avdeling hjelpes til mestring av sin lidelse? Oppgaven er et litteraturstudie der kjent teori er presentert og deretter drøftet i lys av problemstillingen. Benner og Wrubel (2001) sin teori om stress og mestring er lagt til grunn for drøftinga. Drøftinga viste at sykepleier måtte ha omfattende kunnskaper for å kunne hjelpe barn til mestring, da med særlig vekt på barn, miljø, kommunikasjon og foreldre.

The assignment aims itself at three main themes: children, diabetes mellitus type-1 and the medical ward on hospitals. The title of the assignment was therefore “Children: diabetes mellitus type-1 and hospital”. The purpose of the assignment presents itself in the approach and problem; How can children with diabetes mellitus type-1 in a somatic ward be helped towards coping of their illness? The assignment is a study of literature where known theories are presented and then discussed in light of the approach and problem. Benner and Wrubels (2001) theory on stress and coping lay the foundation for discussion. Findings in the discussion showed that tremendous amount of knowledge is needed for the nurse in order to help children towards coping, especially concerning children, environment, communication and parents.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Innledning til problemstilling.....	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Presisering og utdypning av problemstilling.....	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Kildekritikk	8
2.2 Tidligere forskning	8
2.3 Etske aspekt.....	9
3.0 Teoridel	10
3.1 Sykepleieteori av Benner og Wrubel: Mestring.....	10
3.1.1 Omsorg	10
3.1.2 Stress og mestring	10
3.1.3 Transaksjon, lidelse og sykdom	11
3.2 Medisinsks aspekt: Om diabetes hos barn.....	11
3.2.1 Insidensen til diabetes mellitus type-1 hos barn i Norge	11
3.2.2 En innføring i diabetes mellitus type-1 hos barn.....	12
3.2.3 Hyperglykemi.....	12
3.2.4 Måling av blodsukker.....	12
3.2.5 Insulinbehandling	13
3.2.6 Hypoglykemi	13
3.3 Om barn på sykehus	14
3.3.1 Alders- og utviklingstrinn (4-14år)	14
3.3.2 Regresjon.....	16
3.3.3 Årsaker til stress hos barn under sykehusopphold	16
3.3.4 Kommunikasjon og samhandling.....	16
3.3.5 Atskillelse.....	17
3.3.6 Foreldre på sykehus.....	18
4.0 Drøftingsdel.....	18
4.1 Når barnet har diabetes.....	18
4.2 Når barnet blir innlagt på sykehus.....	19
4.3 Hvordan kommunisere og samhandle med barnet	20
4.4 Foreldres rolle når barnet er innlagt i sykehus	23
4.5 Konsekvenser for sykepleie	24
5.0 Avslutning	25
6.0 Litteraturliste	26

1.0 Innledning

Før denne oppgaven hadde jeg hatt to praksisperioder i Malawi, Afrika der store deler av praksisen var på pediatrik intensivavdeling. Det var en tøff og erfaringsrik opplevelse. Mitt ønske med denne oppgaven var å ta med meg noe av det jeg opplevde. Jeg satt da igjen med temaer som intensivsykepleie, tverrkulturell sykepleie og pediatrik sykepleie. Når det gjelder intensivsykepleie er det stor forskjell på hvordan den blir praktisert i Malawi og i Norge. I denne oppgaven utelates derfor tverrkulturell og intensivsykepleie mens fokuset rettes mot pediatrik sykepleie. Mine viktigste erfaringer fra Malawi, nemlig det å jobbe med barn, er således med. Valget om å fokusere på pediatri i denne oppgaven er også grunnet i at jeg mener det er for lite pediatri i grunnutdanningen. Dessuten møter en som sykepleier ofte barn utenfor pediatrik avdeling. Denne påstanden blir støttet av studieprogrammet for HSH der spesifisering av alder alltid er for eldre pasienter, barn blir bare nevnt en gang og da i forbindelse med videreutdanning (jf. studieprogram for HSH). I praksisen traff jeg flere barn med diabetes og befant meg således i vanskelige situasjoner fordi erfaringen min tilsa at det var flere og andre hensyn å ta til barn i sykehus. En må dessuten ta hensyn til foreldre som pårørende. Derfor valgte jeg å rette fokuset mitt mot pediatri og diabetes.

1.1 Innledning til problemstilling

Denne oppgaven er basert på "Incidence of Childhood Type 1 Diabetes Worldwide" (Karvonen m.fl, 2000), der det kommer frem at forekomsten av diabetes type-1 er stor hos barn i Norge.

Over halvparten av ikke-akutt innlagte barn på sykehus havner på en vanlig medisinsk avdeling, altså 40000 i året. På en vanlig medisinsk avdeling er ikke miljøet lagt til rette for barn og det jobber som regel ikke sykepleiere med spesialisering i pediatri der. Ansvarer står derfor hos grunnutdannet sykepleier (Sunndal, 2001). Som jeg påpekte i innledingen har ikke grunnutdannelsen som sykepleier gitt meg gode nok kunnskaper om barn i sykehus (jfr. studieprogram for HSH).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan barn med diabetes mellitus type-1 på somatisk avdeling hjelpes til mestring av sin lidelse?

1.3 Presisering og utdypning av problemstilling

Diabetes mellitus type-1

Det finnes to typer diabetes mellitus hvor hver av dem har forskjellig sykdomsforløp og behandlingsmetoder. Den absolutt hyppigste typen hos barn er type-1 (Monsen, 1999). I denne oppgaven fokuseres det derfor på diabetes mellitus type-1. Oppgaven tar dessuten for seg mestring allerede fra oppdagelsen av diabetes sykdom. På den måten vil oppgaven også gjelde de barn som er diagnostisert og trenger videre oppfølging i et lengre perspektiv.

Barn

Artikkelen, "Incidence of Childhood Type 1 Diabetes Worldwide" (Karvonen, m.fl, 2000) avgrensner i forhold til alder da det er barn i alderen 14 og under som er undersøkt. I artikkelen "Mors uklare rolle når barnet er innlagt i sjukehus" (Sunndal 2001) er det mødrer med barn mellom 4 og 11 år som er intervjuet. I tillegg utvikles diabetes oftest i 5 – 7 års alderen (Monsen, 1999). Videre skiller Grønseth og Markestad (1998) mellom flere alders- og utviklingstrinn der to av dem kommer innenfor de overnevnte aldersgruppene. Med utgangspunkt i disse teoriene avgrenses oppgaven til å gjelde barn i alderen 4 – 12 år. Den fokuserer også på samspillet mellom barn med foreldre og sykepleier. Det må påpekes at oppgaven hadde vært svært annerledes hadde den tatt med det helt minste barna (0 - 2 år), da det i denne perioden må legges betydelig mer vekt på foreldrene (Grønseth og Markestad, 1998).

Somatisk avdeling

Med somatisk avdeling begrenses oppgavens omfang til å gjelde det stabile barnet som ikke er midt i en akutt innleggelse. Dette gjør det lettere å holde fokuset til barnets mestring og ikke den rent medisinske behandling. Som nevnt innledningsvis skjer 40000 innleggelser av barn på vanlig somatisk avdeling (Sunndal, 2001).

Mestring og lidelse

Mestring knyttes til Benner og Wrubel (2001) sin teori om stress og mestring. Mestring brukes i denne sammenhengen om hva barnet selv kan stille opp med mot diabetes sykdom (jfr. 3.1.3). Ordet lidelse i problemstillingen er også knyttet til Benner og Wrubel sin teori der lidelse er den subjektive opplevelsen av sykdom. I denne sammenhengen er det derfor barnets opplevelse av sykdommen som står i fokus (jfr. 3.1.2 og 3.1.3)

2.0 Metode

Metode har siden vitenskapens spe begynnelse i antikken vært gjenstand for debatt blant filosofer og ”vitenskapsmenn”. Først under opplysningstiden (1690 – 1800) ble det anerkjent et behov for å forklare prosessen og ikke bare resultatet av vitenskapelig forskning. Fra da og opp til våre dager har metoden vært igjennom en rivende utvikling og flere har oppstått innenfor vitenskapens forskjellige disipliner. Denne historien understreker at metode er i konstant utvikling og at det ikke finnes en spesifikk metode for å belyse et område (Rokstad, 2001).

Da denne bacheloroppgaven er et litteraturstudiet vil jeg ikke komme med ny kunnskap, men bearbeide den som allerede finnes. Med bearbeiding mener jeg at kunnskapen som finnes skal sees på i henhold til min problemstilling og dermed fremstå i nytt lys (Dalland, 2007).

Forsberg og Wengström (2003) definerer systematisk litteraturstudie på følgende måte; ”*att den utgår från en tydlig formulerad fråga som besvaras systematisk genom att indentifera, välja, värdera och analysera relevant forskning.*” (Forsberg og Wengström, 2003, s. 31). Jeg vil imidlertid påpeke at jeg ikke utelukkende vil bruke forskningsartikler, men også pensum og annen sekundærlitteratur. Pensumlitteraturen som brukes er sekundærlitteratur, men den bygger i mange tilfeller på vitenskaplig primærlitteratur. På grunn av at innholdet i sekundærlitteratur kan være mistolket av forfatteren, vil jeg prøve å finne flere tekster om samme tema. Samsvar mellom dem vil styrke sannhetsgehalten (Dalland, 2007).

2.1 Kildekritikk

Nedenfor følger kildekritikk av den mest brukte litteraturen i teoridelen.

Sykepleieteori står sentralt i denne oppgaven og jeg vil benytte Benner og Wrubel (2001) fordi de har en klar tilnærming til mestringsbegrepet. Boken jeg har valgt er imidlertid en oversettelse av deres originalverk og kan således inneholde feil som oppstår i oversettelsen.

Litteratur til den medisinske delen av oppgaven fant jeg hovedsakelig i Monsen (1999). Det kom imidlertid frem selvmotsigende data relatert til referanseverdiene for hva som er aksepterte verdier av glukose i blodet. Jeg fant derfor frem til www.legehandboka.no der jeg fant andre verdier for diagnostisering ved diabetes. Disse verdiene hadde flere referanser og virket derfor mer troverdige.

I gjennomgangen av litteratur fant jeg forskjellige teoretiske tilnærminger til barn. Et fellestrekk ved mange av dem er bruken av Erik H. Erikson sin psykososiale teori og Jean Piaget sin utviklingspsykologi. I tillegg til Grønseth og Markestad (1998) bruker også Eide og Eide (2007) de to samme teoriene i sin presentasjon av kommunikasjon til barn. Angående Piaget sin litteratur har jeg brukt en dansk oversettelse av hans originallitteratur (Piaget, 1992), som nevnt tidligere kan det av og til være uheldig å benytte overstelsen i stedet for originalværet. Erikson sin teori kommer eksplisitt frem av Grønseth og Markestad (1998) sin litteratur om psykososial utvikling, men er da sekundærlitteratur. Det viste seg å være svært vanskelig å få tak i originallitteratur av Erikson.

2.2 Tidligere forskning

Nedenfor vil forskningsartiklene som er brukt i oppgaven bli kort presentert. Søkeordene; barn, children, diabetes, sykehus og hospital ble brukt for å finne dem.

Fra 1990 til 1994 ble det gjort en vitenskaplig forskning av insidensen til diabetes mellitus type-1 hos barn (14 år og under) i hele verden. Over 75 millioner barn fra 50 forskjellige land var med i forskningen og resultatet kommer frem i artikkelen; "Incidence of Childhood Type 1 Diabetes Worldwide" (Karvonen, m.fl, 2000).

En forskning gitt ut i 2001 av Hildegunn Sunndal viser til mødrer sine uklare omsorgsroller når barnene deres er innlagt på sykehus. Forskningen tar for seg en vanlig somatisk avdeling som ikke er spesielt tilpasset barn. Seks forskjellige mødrer blir intervjuet om hvordan det er å være sammen med de syke barna. Barna hadde ukompliserte forløp og var i alderen 4 til 11 år. Resultatet av forskningen kommer frem i artikkelen; ”Mors uklare rolle når barnet er innlagt i sykehus”.

I 2008 ble det gjennomført en forskning der barn med diabetes deltok i sketsjer. Sketsjene tok i bruk tema som knyttet seg til diabetes sykdom. Målet var å la barna få uttrykke de følelsene de hadde knyttet til diabetes. 35 barn i alderen fra 4 til 12 år deltok i forskningen. Data ble samlet ved observasjon og intervju av barna. Forskingen er utgitt i to artikler; ”A creative arts intervention for children with diabetes: part 1: development” og ”A creative arts intervention for children with diabetes: part 2: Evaluation”. Den førstnevnte tar for seg forskningen sitt grunnlag og metode mens den andre tar for seg selve resultatet (Basso og Pelech, 2008).

2.3 Ethiske aspekt

Innenfor litteraturstudie er det avgjørende å referere til forfatter og litteratur. Å ta andre sine verk og fremstille som mitt eget kalles plagiering og er uetisk. Videre skal jeg unngå å trekke negative slutninger av det andre forfattere presenterer og ikke kan stå inne for. Dette kalles tendensiøs bruk av stråmenn og er også uetisk (Rokstad, 2000).

3.0 Teoridel

Dette avsnittet tar for seg det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven. Først vil jeg ta for meg sykepleieteorien til Benner og Wrubel (2006) som er sentral i denne oppgaven. Deretter vil jeg presentere teori knyttet til diabetes hos barn. Sist presenteres det teori om det å være barn på sykehus.

3.1 Sykepleieteori av Benner og Wrubel: Mestring

3.1.1 Omsorg

Mestringsbegrepet vil jeg som sagt knytte til Benner og Wrubel (2001) sin sykepleieteori. Benner og Wrubel (2001) skriver følgende i teorien sin; *”En af denne bogs grundsætninger er at omsorg er den essentielle forudsætning for mestring.”* (Benner og Wrubel, 2001, s. 24). Jeg vil derfor forklare hva de ligger i omsorg før jeg går videre til mestring. Omsorg er noe vi i mer eller mindre grad har til alt i verden rundt oss, det er den meningen vi finner i andre mennesker, objekter, prosjekter og begivenheter. Følgelig er omsorg det som betyr noe for mennesket. Et viktig poeng i denne sammenheng er at det som betyr noe for mennesket, avhenger av situasjonen. Jeg vil relatere dette til problemstillingen min. Når barnet har hyperglykemi (jfr. 3.3.3) vil det være viktigere, for barnet, å få insulinbehandling heller enn å bli lekt med. Skulle derimot samme barn ha normalt blodsukker vil lek være viktigere. Hva som er god omsorg avhenger derfor av situasjonen (Benner og Wrubel, 2001).

3.1.2 Stress og mestring

Omsorg er som sagt det som betyr noe for mennesket og gir mening i vår tilværelse. At noe betyr noe og i tillegg gir mening gjør det samtidig sårbart og utsatt for stress. Det ligger derfor implisitt i omsorgsbegrepet at stress kan oppleves (Benner og Wrubel, 2001). Benner og Wrubel (2001) bruker Lazarus sin definisjon av stress og er som følger; *”Stress er definert som forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med oplevelse af skade, tab eller utfordring som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder”* (Benner og Wrubel, 2001, s. 83). Mestring blir da de tre sistnevnte; sorg, fortolkning eller erhvervelse av nye ferdigheter. Enklere kan det sies at mestring er det mennesket stiller opp med mot stress (Benner og Wrubel, 2001).

3.1.3 Transaksjon, lidelse og sykdom

Videre ligger det i overnevnte definisjonen at stress, akkurat som omsorg, er avhengig av personen og situasjonen. ”*Stress er et resultat af personens vurdering af sin relation til situationen og sin evne til at tilpasse sig den*” (Benner og Wrubel, 2001, s. 83). Dette forholdet til relasjonen blir kalt transaksjon og viser til en holistisk tilnærming der fysiologiske, emosjonelle og intellektuelle forklaringer ikke alene kan forklare stress. Samtidig er det den subjektive opplevelsen av sykdommen som vektlegges. Dette underbygges av Benner og Wrubel (2001) sitt skille mellom lidelse og sykdom. Sykdom er et begrepet som forklarer de rent fysiologiske og patologiske forandringer i kroppen, men ikke sier noe om personens opplevelse av forandringene. Lidelse er derimot begrepet som brukes om personens subjektive opplevelse av forandringene (Benner og Wrubel, 2001).

3.2 Medisinsks aspekt: Om diabetes hos barn

Under dette kapitlet har jeg startet med en forskning for å vise problemets størrelse i Norge. Videre gir det en kort innføring i diabetes type-1 som har som mål å klargjøre de mest brukte medisinske begreper som brukes i denne oppgaven. Denne presentasjonen av diabetes har som mål å gi en forklaring for personer uten helsefaglig bakgrunn. Jeg vil imidlertid understreke at barn trenger en særegen måte å bli undervist på (jfr. 3.3.1 og 3.3.4).

3.2.1 Insidensen til diabetes mellitus type-1 hos barn i Norge

Type 1-diabetes er den hyppigste endokrine sykdommen hos barn i Norge (Monsen, 1999). Karvonene m.fl. (2000) tar i sin forskning for seg insidensen til diabetes mellitus type-1 hos barn. Insidensen blir regnet som nye tilfelle per 100.000 innbygger per år. Videre graderer artikkelen insidensen fra ”svært lav” (<1 per 1000.000 per år) til ”svært høy” (>20 per 100.000 per år). Resultatet viser at Skandinavia har en svært høy insidens der Finland er på verdenstoppen med 36,5 nye tilfeller per 100.000 per år. Mellom Finnland og Norge kommer Sverige og Canada, men Norge ligger på verdens fjerdeplass med 21,2 nye tilfeller per 100.000 per år. Resultatet viser at Norge ligger over graderingen svært høy og mer presist var det 409 nye tilfeller av diabetes type-1 hos barn per år i tidsrommet 1990 til 1994. Karavonnen m. fl. (2000) konkluderer med at diabetes hos barn er et betydelig større problem enn tidligere antatt og da særlig i Skandinavia.

3.2.2 En innføring i diabetes mellitus type-1 hos barn

Diabetes mellitus type-1 er en sykdom som rammer den hormonproduserende delen (endokrine del) av bukspyttkjertelen (pancreas). Dette fører til at insulinproduksjonen blir redusert. Insulin er et hormon som er nødvendig for glukoseopptaket (sukkeropptaket) til cellene og manglende insulin fører til redusert omsetning av karbohydrater, fett og proteiner. Fordi glukose ikke slipper inn i cellene vil det samle seg opp i blodet og føre til høyt blodsukker (hyperglykemi). Når blodsukkeret er lavt kalles det hypoklykemi (føling). Ved type-1 er insulinproduksjonen så redusert at det kreves insulinbehandling. Sykdommen er kronisk og vil vare livet ut (Monsen, 1999).

3.2.3 Hyperglykemi

Ved hyperglykemi hos barn er magesmerter, kvalme og oppkast vanlige symptomer og i tillegg er allmenntilstanden betydelig redusert. Hyperglykemi kan også føre til metabolske forstyrrelser der fettsyrer ikke blir riktig omsatt og videre fører til sure ketoner i blodet. Dette kalles ketoacidose og er en svært alvorlig tilstand. I tillegg til de øvrige symptomene for hyperglykemi får barnet også høy respirasjonsfrekvens og acetonlukt fra munnen. Ubehandlet vil tilstanden føre til koma og død (Monsen, 1999).

3.2.4 Måling av blodsukker

Måling av blodsukker tjener to formål i denne sammenheng. For det første er blodsukkermåling den viktigste redskapen til å diagnostisere diabetes. Fastende blodsukker over 7mmol/l indikerer diabetes og er en internasjonal grense som er satt. Er denne målingen usikker kan det også gjøres en sukkerbelastning. Sukkerbelastning vil si at barnet drikker (på fastende mage) en sukkeroppløsning (75 g) for så å måle blodsukkeret etter to timer. Viser sistnevnte måling over 11mmol/l i venøst blod eller over 12,2mmol/l arterielt så indikerer dette diabetes. Det andre formålet med blodsukkermåling er rettet mot insulinbehandlingen. Om morgenen før barnet har spist bør blodsukkeret ligge mellom 4 – 7mmol/l. Videre bør blodsukkeret ligge mellom 4 – 8mmol/l hele døgnet. Det handler da om å måle blodsukkeret for så å regulere med insulin (Monsen, 1999).

3.2.5 Insulinbehandling

Insulinbehandling tar sikte på å regulere blodsukkeret med kunstig fremstilt insulin som injiseres subcutant (under hudens to øverste lag). På denne måten kan barnet få tilført insulin i situasjoner hvor blodsukkeret er for høyt. Å regulere blodsukkeret på denne måten er imidlertid ikke hensiktsmessig dersom glukoseverdien i blodet ikke er kjent. Derfor må blodsukkeret sjekkes regelmessig og reguleres dersom nødvendig. Dersom verdien viser høy glukose i blodet er det flere alternativer. Hos mindre barn er det vanlig å gi 1 – 2 sprøyter i døgnet, men da med et langtidsvirkende insulin. På lengre sikt er det fordelaktig å regulere blodsukkeret før hvert måltid da dette vil gi en bedre regulering av blodsukkeret, ulempen er at dette krever betydelig flere stikk (Monsen, 1999)

Diabetes type-1 er en kronisk sykdom som over tid kan føre til alvorlige senskader. For å hindre senskader er det avgjørende å holde blodsukkeret godt regulert. Barn skal leve med diabetes sykdommen i lang tid og må derfor kjapt erverve kontroll over langtidsblodsukkeret (Monsen, 1999).

3.2.6 Hypoglykemi

En av farene ved for streng regulering av blodsukkeret, altså mange injeksjoner med insulin, er at barnet kan få hypoglykemi. Under et hypoglykemisk anfall er blodsukkeret under 2 til 3 mmol/l. Symptomene er kaldsvetting, hjertebank, skjelving, irritabilitet, sultfølelse og synsforstyrrelse. Uten behandling vil barnet bli bevisstløst og det vil være nødvendig med intravenøs glukosebehandling. Når symptomene oppstår og barnet er bevist kan det gis noe søtt for å få opp glukosen. Om barnet ofte har hypoglykemi må det vurderes om insulin dosen bør reduseres. For at barn og foreldre skal være kjent med symptomene på hypoglykemi blir det under kontrollerte rammer foretatt en provosert hypoglykemi. Det vil si at barnet får en større dose insulin for å styre blodsukkeret ned. På den måten kan barnet stifte bekjentskap med følelsen og foreldrene observere symptomene. For å unngå både hypo- og hyperglykemi er det viktig at barnet lærer seg å ete riktig. Mat med langvarige karbohydrater er å foretrekke fordi dette ikke så lett fører til hypoglykemi (Monsen, 1999).

I følge Lind og Rasmussen (1999) er det sykepleiefaglige målet som følger: *”Målet for behandlingen er at bringe barnet og familien til erkendelse, forståelse og accept af sykdommen og bibringe dem viden og færdigheder, så de kan leve så normal en tilværelse*

som mulig.” (Lind og Rasmussen, 1999, s. 300). Dette betyr at sykepleier må ha kunnskap om barn og foreldre for å i det hele kunne tilnærme seg dem (Grønseth og Markestad, 1999). Etterfølgende kapittel skal ta for seg dette.

3.3 Om barn på sykehus

Nedenfor følger flere punkter om hvordan barn påvirkes under oppholdet på sykehus, da særlig med tanke på stress og mestring. Teori om kommunikasjon og særlig hensyn til barn er også tatt med. Når det gjelder barn på sykehus kan ikke foreldrene forbli unevnt. Foreldrene har en stor rolle i barnas liv, fordi de er nærmeste omsorgsgivere (Grønseth og Markestad, 1999). Denne oppgavens fokus gjelder imidlertid barnet, foreldrene vil dermed bli et underpunkt til dette kapitlet.

3.3.1 Alders- og utviklingstrinn (4-14år)

I 1960 -70 årene ble foreldre frarådet å besøke barna sine på sykehus. Nyere innsikt i barns emosjonelle, psykososiale og kognitive utvikling har imidlertid ført til at foreldre skal involveres mer. Dette understreker viktigheten av å forstå barns alders- og utviklingstrinn (Grønseth og Markestad, 1999).

Kognitiv og emosjonell utvikling

I alderen fra 2 til 6 år er barnet i en utvikling der språket utvikles. Dette fører i følge Piaget (1992) til at barnet bedrer sin forståelse av hendelser og mennesker. Barnet har fremdeles vansker med å sette hendelser i sammenheng, spesielt når de skjer i forskjellig tid og rom (Piaget, 1992). I følge Grønseth og Markestad (1998) kan dette føre til at barnet ikke ser sammenheng mellom utredning, behandling og sykdom. I samme alder er barnet preget av en egosentrisk tankegang der de setter seg selv som utgangspunkt for alle hendelser og i følge Piaget viser en; *”... manglende evne til at decentrere, til at skifte et givent erkendelsesmessigt perspektiv.”* (Piaget, 1992, s. 142). Piaget (1992) eksemplifiserer dette med to barn der den ene prøver å forklare seg selv til den andre: *”Når de forsøker at forklare sig selv for hinanden, kan de kun med stor vansklighet sætte sig i den ukyndige parts situation og det er somom de taler til sig selv.”* (Piaget, 1992, s. 23). Denne manglende forståelsen av hendelser og mennesker utenfor seg selv kan føre til at barnet oppfatter seg selv som årsak til egen sykdom og dermed får skyldfølelse (Grønseth og Markestad, 1999).

Piaget (1992) mener at egosentrismen fører til animisme hos barn. Med animisme mener han barns evne til å gjøre alt besjelet og levende, også ikke-levende gjenstander (Piaget, 1992). Grønseth og Markestad mener videre at animismen sammen med fantasi og oppholdet på sykehus kan føre til skumle opplevelser. Før en intubering kan for eksempel utsagnet; ”du skal få en slange i munnen” være svært skummelt fordi barnet tolker det bokstavlig og gir slangen liv (Grønseth og Markestad, 1999). Videre har barnet en begrenset evne til å forstå tid og da særlig forskjellige tidsbegrep som ”i ettermiddag” og ”i morgen”. Dette sammen med manglende forståelse for sammenheng i hendelser gjør at barnet kanskje ikke forstår når og hvordan det skal få komme hjem igjen. (Grønseth og Markestad, 1999).

I alderen fra 6 til 12 år vil den egosentriske tankegangen avta og barnet vil gradvis være i stand til å forstå andre mennesker og hendelser som noe uavhengig av selvet. (Piaget, 1992). Barnet vil også gradvis lære seg reversibel tenkning, for eksempel kunne forestille seg hvordan det var å være frisk mot nå å være syk. Videre vil barnet kunne skille mellom viktig og uviktig informasjon. Det er imidlertid vert å påpeke at barn fra 6 til 12 år utvikler seg og at enkelte element fra 2 til 6 års alderen vil kunne være der enda (Grønseth og Markestad, 1999).

Psykososial utvikling

I 4 til 6 års alderen blir barnet mer selvstendig fra sine foreldre enn tidligere, men omsorg og nærhet med dem er enda svært viktig. Barnet opplever i økende grad at det har stor innvirkning på sine omgivelser og fører til at barnet vil bestemme og få egen vilje gjennomført. I denne prosessen lærer barnet seg å mestre forskjellige nye utfordringer og det strekker seg etter å stå på egne bein. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at barnet enda trenger klare grenser for hva som er akseptabel atferd, dette for å styrke sosiale ferdigheter. Evnen til å vurdere konsekvenser av egne handlinger er ikke godt utviklet og det må også her settes grenser. Grensesettingen må imidlertid ikke være for streng fordi det leder barnet til å føle seg utilstrekkelig, udugelig og skamfull (Grønseth og Markestad, 1999).

Fra 6 til 12 år vil barnet i ytterligere grad minske avhengigheten sin til foreldrene. Dette skjer gjerne i kombinasjon med skolealder der kontakt med jevnaldringer blir viktigere enn før. Men den nære omsorgen og støtten søker barnet fremdeles hos sine foreldre.

Utfordringene barnet møter kan oppleves som store og medføre at det svinger mellom håp og

fortvilelse, noe som gjør humøret skiftende. Fra 7 års alderen kan barnet dessuten forklare presist hvor det har vondt og hvordan det føles (Grønseth og Markestad, 1999).

3.3.2 Regresjon

Regresjon oppstår hos barn når det opplever for mye stress i forhold til hva de kan håndtere. Resultatet er en forsvarsmekanisme der barnet går tilbake til et tidligere utviklingstrinn. For eksempel kan et barn som behersker språk kunne gå tilbake til babylyder og et tørt barn kan begynne å væte seg igjen. Når barnet ikke lever opp til forventet alders- og utviklingstrinn kan dette være en indikasjon på regresjon. I møtet med barn er det derfor viktig å ta med seg en forventning til alders- og utviklingstrinn, men likevel være åpen for at barnet ikke lever opp til forventningene (Grønseth og Markestad, 1998).

3.3.3 Årsaker til stress hos barn under sykehusopphold

Grønseth og Markestad (1998) peker på flere ting som kan fremkalle stress hos barn under sykehusopphold. For det første er miljøet viktig for barnet fordi faste rammer og en forutsigbar hverdag skaper trygghet. For det andre er barnet inne i en utvikling der det trenger å utforske sine omgivelser ved hjelp av sansene sine. En av måtene barn gjør dette på er ved å være fysisk aktive. Fysisk utfoldelse for barn er derfor svært viktig. En annen måte barnet utvikler sin forståelse på er ved å utvikle sin autonomi. Ved å utvikle sin medbestemmelse og videre få egen vilje gjennomført, lærer barnet at det kan påvirke sine omgivelser og medmennesker. Ethvert skifte av miljø, restriksjon av fysisk utfoldelse eller marginalisering av autonomi kan derfor føre til stress hos barnet (Grønseth og Markestad, 1998).

3.3.4 Kommunikasjon og samhandling

Basso og Pelech (2008) (jfr. 2.2) fant i sin forskning at barn hadde mange følelser knyttet til diabetes. ”Some children expressed fears that their illness resulted from misdeeds or wrongdoings.” (Basso og Pelech, 2008, s. 26). Etter de hadde fått uttrykt sine følelser igjennom organiserte sketsjer hadde de lettere for å rette fokus mot sykdommen og hva de måtte lære for å kunne mestre den. Det kom også frem av forskningen at barna ble svært avhengig av helsepersonellet de hadde med å gjøre under sykehusoppholdet og at de hadde

sterke følelser til dem. ”... *we directly observed that the children often presented their dependencies on caregivers by enacting plays that focused on the powerfull figures in their lives, such as (...) nurses and parents*” (Basso og Pelech, 2008, s. 26). Videre viste forskningen at barn hadde lite kunnskap om diabetes i forhold til hva som var forventet, dette med hensyn til alders- og utviklingstrinn (Basso og Pelech, 2008).

Kommunikasjonen mellom voksen og barn er avhengig av at barnet føler tillit til den voksne (Eide og Eide, 2007). Å oppnå tillit skjer ved å dele et berøringspunkt, som i følge Eide og Eide (2007) betyr å ta del i noe som barnet er opptatt av. Dette kan skje via fortellinger, leker og bilder som også er en form for kommunikasjon i følge Eide og Eide (2007). Barns oppmerksomhet er løpende og ofte trekker de seg ut av samtaler fordi fokuset deres skifter. Barn er gode på å tolke kroppsspråk og forstår om voksne er ekteføyte eller ikke (Eide og Eide, 2007). Barn er unike og aldri helt like hverandre ”*Derfor kan det ikke gis noen entydig oppskrift på hvordan man best kan kommunisere med barn og unge.*” (Eide og Eide, 2007, s. 358). Barn trenger dessuten tid på å bli kjent og vant med nye autoritetspersoner i livene deres og kontakt oppnås ved hjelp av foreldrene deres (Grønseth og Markestad, 1998).

Voksne som er fremmede for barnet kan ofte oppfattes som truende og barnet blir dermed skeptisk. I starten kan det derfor være lurt å ikke direkte henvende seg til barnet, men i stedet bare være til stede og la barnet bli vant med nærværet, stemmen, utseende og vesenet. Det kan også være lurt å først henvende seg til foreldrene og gradvis trekke barnet inn i samtalen (Grønseth og Markestad, 1998).

3.3.5 Atskillelse

Et annet særtrekk hos barn er frykten for å bli atskilt fra sine foreldre. Selv om foreldrene er tilstede under hele sykehusoppholdet kan det skje at de er ute for å ete, stelle seg eller gå på toalettet. Dessuten kan foreldre bli bedt om å gå ut under enkelte prosedyrer og undersøkelser. Under slike omstendigheter er det derfor viktig at barnet har en primærsykepleier å forholde seg til. En primærsykepleier vil gjøre rammene rundt sykehusoppholdet tryggere fordi barnet slipper å forholde seg til mange ukjente blant helsepersonellet. Videre bør foreldrene avtale med barnet og primærsykepleier når de er ute og når de vil være tilbake (Grønseth og Markestad, 1998).

3.3.6 Foreldre på sykehus

Sunddal (2001) (jfr. 2.2) tar som sagt opp at det er uklare roller hos foreldre med barn på sykehus. Med uklare roller mener hun grensen mellom oppgaver som hører foreldre til og de som hører sykepleier til. Videre skiller hun mellom ansvar for vanlig omsorg og ansvar utover den vanlige omsorg. Med vanlig omsorg mener Sunddal (2001) de omsorgsoppgaver som representerer en kontinuitet fra hjemmet. Ansvar utover den vanlige omsorg er den som sykepleier skal beherske. Hun påpeker imidlertid glidende overganger i begge skillene. Tall som kommer frem i forskningen viser at 40000 barn blir lagt inn på en vanlig somatisk avdeling.

Barn er svært vare og oppdager lett engstelse hos foreldrene og ofte blir foreldrene engstelige når barnet havner på sykehus. Derfor er det viktig å stimulere foreldrenes mestring i tillegg til barnets. Foreldre under stress er dessuten dårligere omsorgsgivere fordi de ikke lenger tolker barnets signal og behov. Det er derfor viktig at foreldrene får informasjon om praktiske forhold og hvem som har ansvar for dem. Videre blir foreldre til kronisk syke barn etter hvert svært flink til å tolke og dekke barnets behov (Grønseth og Markestad, 1998).

4.0 Drøftingsdel

I denne drøftingen skal teoriene presentert i foregående kapittel drøftes og settes opp mot hverandre. Målet er å sette kjent teori i nytt lys og i forhold til problemstillingen (jfr. 1.2 og 2.0)

4.1 Når barnet har diabetes

Ved diabetes hos et barn kan det sies at flere element fra Benner og Wrubel (2001) sin definisjon av stress er treffende (jfr. 3.1.2). Mer presist fører diabetes hos barn åpenbart til forstyrrelse av normal funksjon, men også mening og forståelse blir forstyrret. Fordi Benner og Wrubel bruker mening for å forklare det som betyr noe for oss, vil forstyrrelse av normal funksjon også påvirke en kropp som betyr noe for barnet. Altså vil meningen bli forstyrret på en negativ måte. Her vil jeg dra inn foreldrene som også opplever en forstyrrelse i mening fordi barnet som betyr noe for dem er sykt.

Videre kommer det frem av definisjonen at skade, tap eller utfordring oppleves som en følge av det overnevnte. Også her kan det sees som åpenbart at barnet vil oppleve skade og tap som følge av nedsatt insulinproduksjon og påfølgende hyperglykemi. At dette blir en utfordring for både barn og foreldre kan også være åpenbar. Jeg sier "kan være åpenbar" fordi Benner og Wrubel (2001) skiller mellom lidelse og sykdom. Når diabetes sykdom er diagnostisert vil den være konstant. Men lidelsen består her i barnet og foreldrene sin subjektive opplevelse av situasjonen, en opplevelse som gjerne kan være forskjellig fra barn til barn og hos forskjellige foreldre. At transaksjonen kan variere fører til et stort spenn i evnen hos forskjellige barn og foreldre til hvordan de tilpasser seg situasjonen. Det jeg vil få frem i denne sammenheng er at det ikke kan lages noen mestringsstrategi som vil være gjeldende for alle. Men for å oppnå mestring må det stilles noe opp mot stresset. Videre i definisjonen til Benner og Wrubel (2001) kommer det frem at sorg, fortolkning og ervervelse av nye ferdigheter kreves. Det er denne siste delen av stressdefinisjonen som sammenfaller med mestringsbegrepet og jeg vil gå nærmere inn på det.

4.2 Når barnet blir innlagt på sykehus

Det er svært mye et barn må lære seg for å kunne leve med diabetes. I første omgang er gjerne barnet sykt og slapt etter en ketoacidose som i utgangspunktet er grunnen for innleggelsen. Deretter skal barnet lære hvordan hypoglykemi føles, hvordan det skal stikke seg i fingeren for å måle blodsukker, hvor og hvordan insulin skal injiseres og hvordan kosten bør være (jfr. 3.2). Når dette settes opp mot mestringsbegrepet som faktisk betyr hva barnet kan stille opp med mot sykdommen, skulle en tro at det overnevnte stimulerte til mestring? Det viser seg derimot at barn blir stresset. Ved innleggelse på sykehus blir miljøet dramatisk forandret. Grønseth og Markestad (1998) peker på at kjente og trygge rammer som finnes hjemme med foreldre og i barnehagen med venner, forsvinner. Det blir erstattet med sykehuset der ukjente personer i hvitt tøy tar over deler eller hele omsorgen. Det tekniske miljøet på sykehuset kan utsette barnet for maskiner og nye lys og lydinntrykk. Hos et barn kan alt dette være svært overveldende og føre til stress (jfr. 3.3.3).

Jeg ser selvsagt at diabetes er grunnen for innleggelsen og at den på et medisinsk plan må tas hensyn til og behandles. Det er imidlertid ikke diabetes som er den direkte årsaken til stress hos barnet. De faktorene jeg nevner i avsnittet over representerer miljøet på sykehuset og alt

barnet blir utsatt for. Fra et medisinsk ståsted skal et barn med godt regulert blodsukker føle seg friskt, men under et opphold på sykehus kan dette vise seg å ikke stemme. Kan det derfor sies at miljøet på sykehuset og ikke diabetes er grunnen til stress hos barnet? Det sammenfaller i alle fall med Benner og Wrubel (2001) sin teori der lidelsen her er barnets transaksjon av miljøet og prosedyrene. Lidelsen knytter seg til barnets egen opplevelse av omgivelsene, her miljø, og må nødvendigvis ikke ha noe med selve diabetes sykdom å gjøre (jfr. 3.1.3).

På den andre siden kan lidelsen knyttes mer direkte til sykdommen. I en situasjon hvor barnet har hypoglykemi og fremdeles er bevist vil det være høyst nødvendig å gi barnet noe søtt, slik at blodsukker går opp og stabiliserer seg. Under hypoglykemi kan imidlertid barnet være irritert og ikke ha noe særlig lyst på den søte drikken. Alternativet er å administrere glukose intravenøst, noe som gjerne er enda verre i barnets øyner. Det jeg vil ha frem i denne sammenheng er at behandlingen er av så viktig art at barnets autonomi blir tilsidesatt. Barnet kan ikke velge om prosedyren skal utføres eller ikke og kan i verste tilfelle føre til at barnet blir holdt under prosedyren. *"Fysiske restriksjoner, som å bli holdt fast under en prosedyre, kan true barnets selvkontroll og skape panikk"* (Grønseth og Markestad, 1998, s. 60). Det er fremdeles barnets opplevelse av situasjonen som utløser stresset, men her knyttet mer direkte til sykdommen.

En måte å forebygge tap av autonomi vil være å la barnet få bestemme småting relatert til prosedyren. For eksempel kan barnet få bestemme hvor det skal stikkes vist det er snakk om insulin eller hvilken arm dersom det er snakk om intravenøs glukose. Når det gjelder miljøet på sykehuset vil det være viktig for sykepleier å skape tillit og relasjon til barnet (jfr. 3.3.3).

4.3 Hvordan kommunisere og samhandle med barnet

Lidelsen hos barnet, slik den kommer frem av Basso og Pelech (2008) sin forskning, knytter seg til barnets følelser til diabetes. Når barnet i tillegg har problemer med sykehusoppholdet (jfr. 3.3.3) i seg selv blir det et paradoks. Lidelsen, slik Benner og Wrubel (2001) presenterer den, kan da knyttes til både diabetes og sykehusoppholdet. Kan det derfor sies at barnets lidelse står i veien for å kunne mestre sykdommen, og videre at sykdommen står i veien for mestring av lidelsen? (jfr. 3.1.3). Dette er et paradoks fordi det er vanskelig å vite hvor en skal bryte inn for å gjøre forbedringer. Eide og Eide (2007) peker på at sykepleier bør rette seg

etter barnets oppmerksomhet (jfr. 3.3.4). Dersom barnet uttrykker følelser til det å ha diabetes bør også sykepleieren ta tak i nettopp dette. Basso og Pelech (2008) viste som sagt (jfr. 3.3.3) i forskningen sin at barn hadde behov for å uttrykke følelsene sine for så å kunne rette fokus mot undervisning og behandling av sykdommen. Etter undersøkelsen ble foreldrene intervjuet og følgende kom frem (Basso og Pelech, 2008, s. 27):

Almost universally, the caregivers reported that the children "spoke up more directly" and asked more questions about the illness and its management (...) the children increasingly expressed a willingness to accept responsibility for monitoring their health and made suggestions about how to manage their own illness.

Kommunikasjonen mellom sykepleieren og barnet bør derfor i første omgang ta sikte på å la barnet få uttrykke seg. Hvor skal en så begynne for å få kontakt med barnet? Til å begynne med er det gjerne lurt å ikke direkte ta kontakt med barnet fordi det trenger tid på å bli kjent med nye personer (jfr. 3.3.4). En måte å gjøre dette på, i følge Grønseth og Markestad (1998), er ved å bare være tilstede og la barnet bli kjent med vesenet og stemmen til sykepleier. For å styrke kommunikasjonen bør den starte med foreldrene der barnet gradvis trekkes inn. Igjennom foreldrene vil barnet, i følge Piaget (1992), kjenne igjen trygge og kjente rammer (jfr. 3.3.1).

I følge Eide og Eide (2007) bør sykepleier rette seg etter barns oppmerksomhet, en oppmerksomhet som ofte er løpende (jfr. 3.3.4). Å følge et barns løpende oppmerksomhet betyr ofte i praksis å leke med barnet. Under leken kan praten gå fritt, men barnet må få holde styringen i samtalen. Dette er på grunn av den egosentriske tankegang der barnets egen verden er den eneste og absolutt viktigste (jfr. 3.3.1). Piaget (1992) mener i denne sammenheng at barnet kan forklare seg, men ikke forstå sykepleierens ståsted og dermed hva andre mener er viktig å fokusere på (jfr. 3.3.1). Derfor må sykepleieren være forberedt på at barnet brått kan skifte fokus. En 5 åring kan gå fra å snakke om redselen angående sprøytetikking til hvor snill og god bamsen hans er. For sykepleieren står de to temaene selvsagt i skarp kontrast, den ene mer triviell enn den andre, men for barnet er de gjerne viktige. Sykepleieren sin oppfatning vil vanskelig la seg overføre til barnet på grunn av egosentrismen. Tålmodighet er derfor viktig. Grønseth og Markestad (1998) mener dessuten at barn alltid bør ha en fast primærsykepleier å forholde seg til (jfr. 3.3.5). Barnet slipper på denne måten å ha stadig nye

og ukjente mennesker å forholde seg til. I tillegg til å være et mellomledd mellom barn og foreldre, vil primærsykepleieren også fungere som barnets mellomledd til sykehusmiljøet

Når det gjelder å formidle informasjon er det viktig å ta barnets alders- og utviklingstrinn i betraktning (jfr. 3.3.1). Dette fordi et yngre barn vil ha vanskelig for å forstå det som blir sagt. Et barn på 5 år vil ikke kunne forstå at det er mye eller for lite sukker i blodet og at dette kan ha noe med hvordan det føles å gjøre. Her vil ikke bare egosentrisk tankegang spille inn, men også animisme. Barnet tar sukker bokstavelig og assosierer det gjerne med noe som er søtt, noe som ikke gir mening til det en prøver å forklare. Sykepleieren må derfor "vakte" sine ord når det er snakk om små barn. Derimot vil et barn på 11 år forstå betydelig mer. Poenget er at sykepleier må vite hva som er forventet av barnet i den gitte alderen og på den måten tilpasse informasjonen slik at den kan forstås av barnet. Dette er også viktig for å kunne avdekke en eventuell regresjon hos barnet (jfr. 3.3.2). På den andre siden må informasjonen også tilpasses det enkelte barnet. Hvert barn er i følge Eide og Eide (2007) unikt, noe som medfører variasjoner i hvordan sykepleier bør formidle informasjon til hvert enkelt barn.

Det må være en ektefølt interesse fra sykepleierens side å ville skape en relasjon til barnet. I følge Grønseth og Markestad (1998) vil barn kjapt oppfatte et kroppsspråk som sier noe annet (jfr. 3.3.4) Språket som brukes bør være naturlig og dagligdags, dersom det trekker ut og brukes babyspråk vil mindre barn miste interessen før poenget kommer. Eldre barn vil dessuten sterkt mislike å bli snakket til som barn (Grønseth og Markestad, 1998). Dette sammenfaller dessuten med Piaget (1992) som beskriver hvordan barn gradvis utvikler språket (jfr. 3.3.1). Når noen da snakker babyspråk til et barn med godt utviklet språk, er det enkelt å skjønne at barnet føler seg undervurdert.

I følge Piaget (1992) fører barns egosentriske tankegang til at de føler skyld for egen sykdom (jfr. 3.3.1). Dette sammenfaller med funnene i Basso og Pelech (2008) sin forskning der skyldfølelsen også kom frem hos barn med diabetes (jfr. 3.3.4). Som sagt tidligere er det derfor viktig at barn får uttrykt seg og fortalt om sine følelser. Benner og Wrubel (2001) sier det må sorg og ervervelse av ny ferdigheter til for å kunne oppnå mestring (jfr. 3.1.2). Sorg blir her at barnet får snakket om sine følelser og ervervelse av nye ferdigheter kan for eksempel være å spise rett eller lære seg å måle blodsukkeret (jfr. 3.2).

4.4 Foreldres rolle når barnet er innlagt i sykehus

Omsorg er i følge Benner og Wrubel (2001) det en føler for alt som betyr noe (jfr. 3.1.1). At foreldrene føler at barnet deres betyr noe er selvsagt enkelt å forestille seg, det samme er det at foreldrene betyr noe for barnet. Denne omsorga mellom barn og foreldre er derfor svært viktig å ivareta og stimulere til det positive. Benner og Wrubel (2001) sier dessuten at omsorg er avgjørende for å kunne nå mestring og at omsorg avhenger av situasjonen (jfr. 3.1.1). Når barnet er på sykehus vil det i følge Grønseth og Markestad (1998) lett oppdage om foreldrene er engstelige, noe som vil stresse barnet (jfr. 3.3.6). Barnet er dessuten redd for atskillelse fra foreldrene. For å oppnå mestring hos barnet, må derfor foreldrene også føle mestring. Videre vil jeg derfor drøfte foreldrenes rolle på sykehuset.

Sunndal peker på at mødrene fortsatte å gi den vanlig omsorgen på sykehuset (jfr. 3.3.6). Slike omsorgsoppgaver kan være å vaske barnet og å gi mat. Sunndal (2002, s. 39) sier det slik:

... medan personalet gjorde dei meir tekniske oppgåvene som å måle temperatur, ta puls og telje respirasjon. Ei mor seier det slik: Det var dei som tok temperaturen. Eg styrte med stikkpiller og premedikasjon og sånn. For det er meir sånn, han ville kanskje synes det var ekkelt at andre gjorde det. Eg trur det var der det låg.

Sunndal problematiserer imidlertid hva som kan kalles vanlig omsorg og hvor linjen til det som er profesjonelt går. Hva er mor sin rolle og hva er sykepleiers? Det mødrene opplevde var at de fikk hovedansvaret for barna sine og at de var delaktige i det meste som skjedde under oppholdet. *"Eg følte kanskje at det var eg som hadde ansvaret. Det kan vere fordi eg tok ansvaret. Eg gav dei andre kanskje ikkje sjansen, eg veit ikkje. Det er no eg som kjenner han best."* (Sunndal, 2001, s. 39). Dette styrkes av Grønseth og Markestad (1998) som peker på viktigheten av å avklare ansvarsfordelingen (jfr. 3.3.6). Videre i undersøkelsen til Sunndal (2001) følte mødrene for mye ansvar ble tillagt dem og følgelig at de måtte strekke seg for langt. Det skal imidlertid være sagt at de forskjellige mødrene tegnet et komplekst bilde av hva de ønsket å ha ansvar for og hva de faktisk hadde ansvar for (Sunndal, 2001).

Hvor går skillet til det som er profesjonell omsorg og ansvar? Dette er et vanskelig spørsmål, men det vil være viktig at primærsykepleier setter seg ned med foreldrene og snakker med dem. Det vil da være hensiktsmessig å få klarhet i hva de forventer under oppholdet og videre hva som kan imøtekommes. Praktiske forhold må avklares og foreldrene må under samtalen og videre i oppholdet kunne stille spørsmål (jfr 3.3.6). I følge Grønseth og Markestad (1998) vil foreldre med kronisk syke barn, slik som diabetes, etter hvert bli svært gode å hjelpe barna.

4.5 Konsekvenser for sykepleie

Karvonene m.fl. (2000) viste i sin forskning (jfr. 3.2.1) at Norge lå på verdenstoppen når det gjaldt forekomst av diabetes hos barn. Videre viste Sunndal (2001) at 40000 barn ble innlagt på vanlig somatisk avdeling (jfr. 3.3.6). Dessuten viste Basso og Pelech (2008) at barn kunne lide om sin egen diabetes sykdom (jfr. 3.3.4). Sett under ett viser de tre forskningene en enorm utfordring for sykepleiere på en somatisk avdeling. Av de 40000 barn Sunndal (2001) peker til er det selvsagt ikke alle som lider av diabetes, men skal forskningene tolkes i sin ytterste konsekvens betyr det at foreldre og barn med diabetes havner på vanlige somatiske avdelinger med et stort behov for omsorg, kunnskap og ferdighetstrening.

Sunndal (2001) peker på at mødre ikke fikk avlastning når de hadde behov for det. I slike situasjoner var det ingen av personalet som tok initiativ. I tillegg var det et hovedinntrykk at sykepleiere ikke involverte seg tilstrekkelig i mor og barn. Sunndal (2001) drar videre paralleller til en engelsk undersøkelse som viste at foreldrene følte moralske forventinger fra personalet som gikk på å være gode foreldre. Dette førte til skyldfølelse når de gikk fra barna i små perioder (Sunndal, 2001). I diskusjonen av funn sier Sunndal; *”Det er naudsynt med ei avklaring på ansvars- og arbeidsdeling i kvar enkelt situasjon fordi mødre har ulike ynskjer og behov. Det initiativet om avklaring må liggje hos sjukepleiarane.”* (Sunndal, 2001, s 40).

Hva er så sykepleiers rolle oppi alt dette? I følge Benner og Wrubel (2001) er omsorg utgangspunktet for mestring. Den omsorgen som finnes mellom barn og foreldre er nevnt tidligere (jfr. 4.4), men også sykepleier må føle omsorg for barnet og foreldrene. Under kommunikasjon hevder både Eide og Eide (2007) og Grønseth og Markestad (1998) at sykepleier må være ektefølt for å kunne nå frem til barnet (jfr. 3.3.4). Altså må sykepleieren ha en genuin interesse for å hjelpe barnet. Denne genuine interessen kaller Benner og Wrubel

(2001) for ”det som betyr noe for mennesket” (jfr. 3.1.1). Barnet må derfor bety noe for sykepleier.

5.0 Avslutning

I drøftingen kom det frem at barn var utsatt for en rekke stressfaktorer på avdelingen som knyttet seg til miljø, prosedyrer og diabetes type-1. Forskningsartiklene av Basso og Pelech (2008) viste videre at barn hadde behov for å snakke om disse følelsene. Kommunikasjon ble derfor vektlagt i drøftingen og viste at sykepleier måtte ha kunnskap om barns alders- og utviklingstrinn, samt kommunikasjonsteori og regresjon for å kunne kommunisere på en hensiktsmessig måte. Barns tilknytning til foreldrene gjorde det nødvendig å drøfte hvordan foreldre taklet oppholdet på en somatisk avdeling. Det kom frem at foreldre trengte hjelp til mestring for så å kunne styrke barnets mestring. Ansvar for dette lå hos sykepleier. Benner og Wrubel (2001) sin teori ble satt opp mot det overnevnte og viste at barn trengte å bearbeide sine følelser og erverve seg kunnskap og ferdigheter for å oppnå mestring. Oppgaven viste derfor at sykepleier må ha omfattende kunnskap for å kunne hjelpe barn til mestring.

6.0 Litteraturliste

Basso, R. V. J. & Pelech, W. J. (2008). A creative Arts Intervention for Children with Diabetes: Part 1: Development [elektronisk versjon]. *Journal of Psychosocial Nursing* 46(10), 25-29.

Basso, R. V. J. & Pelech, W. J. (2008). A creative Arts Intervention for Children with Diabetes: Part 2: Evaluation [elektronisk versjon]. *Journal of Psychosocial Nursing* 46(12), 25-28.

Benner, P. & Wrubel, J. på dansk ved Steinicke, H. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje : stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark

Dalland, O. (1993). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm : Natur och kultur

Grønseth, R. & Markestad, T. (1998). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

HSH Studentportal (u.å). *Studieprogram forbachelor i sjukepleie*. Hentet 4. februar 2009 fra <http://www.hsh.no/studentportal/studiekvardagen/studiehandbok/program.htm?db=Studiebok08&code=SYKSB>

Karvonen, M., Viik-Kajander, M., Moltchanova, E. & Libman, I. (2000) Incidence of childhood type 1 diabetes worldwide [elektronisk versjon]. *Diabetes Care* 23(10), 1516-1526

Lind, B. & Rasmussen, H. N. (1999). *Børn: sundhed og sygepleie*. København: Munksgaard

Monsen, A. N. B. (1999). *Pediatri: Vekst, utvikling og sykdommer hos barn*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Norsk Elektronisk Legehåndbok (u.å.). *Pediatri og diabetes*. Hentet 10. februar 2009 fra <http://www.legehandboka.no/>

Piaget, J. på dansk ved Uhrskov, M. & Jensen, J. P. (1992). *Barnets psykiske utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag

Rokstad K. (2000). *Saklighet og akademisk arbeid* (kompendium). Bergen: Universitetet i Bergen

Sunddal, H. (2001). "Mors" uklare rolle når barnet er innlagt i sykehus [elektronisk versjon]. *Vård i Norden* 21(3), 39-42.