



Barn og diabetes type 1

*Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1?*

Kandidatnummer: 111

VID vitenskapelige høgskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Bis2016

Antall ord: 9236

Dato: 8. mars 2019

**Tittel:** Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyopplaget diabetes type 1?

**Introduksjon:** Hvert år forekommer det 300 nye tilfeller av diabetes type 1 av personer under 15 år i Norge. Mange blir rammet av denne sykdommen, og tallene øker stadig. Barna må etterhvert lære seg å mestre den ny-opplagte sykdommen sin, noe som kan by på utfordringer.

**Metode:** En litteraturstudie som bygger på å samle litteratur fra skriftlige kilder som fag- og forskningsartikler i tillegg til faglitteratur.

**Teori:** Studien har tre hovedtemaer for å belyse problemstillingen om hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos barn gjennom veiledning:

1. Barnets psykososiale behov
2. Kommunikasjon med mening
3. Dialogens ulike metoder

**Konklusjon:** Sykepleier kan bidra til mestringsfølelse hos barna ved å skape en relasjon til barnet gjennom et menneske-til-menneske-forhold, inkludere de i undervisningen, samt tilpasse informasjonen som blir gitt til barnet.

**Title:** How can nurses promote achievement to children with newly discovered type 1 diabetes?

**Introduction:** Every year, approx. 300 new cases of type 1 diabetes occur with persons under the age of 15 in Norway. Many are affected by this disease, and the numbers are constantly increasing. The children must eventually learn to master their newly-emerging disease, which can pose challenges.

**Method:** A literature study based on collecting literature from written sources such as academic- and research articles in addition to academic literature.

**Theory:** The study has three main themes to elucidate the issue of how nurses can help promote achievement at children through guidance:

1. The child's psychosocial needs
2. Communication with meaning
3. The different methods of the dialogue

**Conclusion:** Nursing can contribute to the children's achievement by creating a relationship with the child through a human-to-human relationship, including them in the teaching, and adapting the information provided to the child.

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>6</b>
1.1	<i>Begrunnelse for valg av tema .....</i>	6
1.2	<i>Problemstilling .....</i>	7
1.3	<i>Avgrensning .....</i>	7
1.4	<i>Begrepsavklaring .....</i>	7
1.5	<i>Oppgavens videre oppbygning .....</i>	8
<b>2</b>	<b>Metode .....</b>	<b>9</b>
2.1	<i>Beskrivelse av metoden .....</i>	9
2.2	<i>Søkeprosessen.....</i>	9
2.3	<i>Kildekritikk .....</i>	12
<b>3</b>	<b>Kort presentasjon av forskningsartikler .....</b>	<b>15</b>
3.1	<i>Artikkel en .....</i>	15
3.2	<i>Artikkel to.....</i>	16
3.3	<i>Artikkel tre .....</i>	16
3.4	<i>Artikkel fire.....</i>	17
3.5	<i>Artikkel fem.....</i>	18
<b>4</b>	<b>Teori.....</b>	<b>20</b>
4.1	<i>Diabetes type 1 .....</i>	20
4.2	<i>Barn 9-12 år .....</i>	21
4.3	<i>Mestring hos barn.....</i>	21
4.4	<i>Barn og kommunikasjon .....</i>	22
4.5	<i>Barns psykososiale behov .....</i>	23
4.6	<i>Sykepleieteori.....</i>	25
4.6.1	<i>Joyce Travelbee sin sykepleieteori .....</i>	25
4.7	<i>Lovverk og etikk .....</i>	26
4.7.1	<i>Barnets autonomi.....</i>	27

4.7.2	Yrkesetiske retningslinjer .....	27
4.8	<i>Sykepleierens veiledende funksjon</i> .....	28
<b>5</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>30</b>
5.1	<i>Barnets psykososiale behov</i> .....	30
5.2	<i>Kommunikasjon med mening</i> .....	32
5.3	<i>Dialogens ulike metoder</i> .....	34
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>37</b>
	<b>Bibliografi</b> .....	<b>38</b>

# 1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, problemstilling og avgrensning. Jeg vil også definere sentrale begrep, samt presentere oppgavens videre struktur.

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Med denne oppgaven ønsker jeg å fordype meg i et tema jeg finner interessant og lærerikt, nemlig sykepleie til barn med diabetes type 1. Siden jeg har få erfaringer med barn fra praksis har jeg lyst å lære mer om sykepleie i denne pasientgruppen. Jeg ønsker å utvikle og utfordre meg selv med et tema og en pasientgruppe jeg ikke er så kjent med fra tidligere.

Diabetes type 1 oppstår oftest hos barn og unge, men kan likevel forekomme i alle aldersgrupper (Diabetesforbundet, 2018). Det er i dag omtrent 28 000 personer som har diabetes type 1 i Norge. Omtrent 2500 av disse er under 15 år, og det forekommer 300 nye tilfeller av diabetes type 1 hvert år av personer under 15 år (Diabetesforbundet, 2018).

For barnet vil den første tiden etter diagnosetidspunktet oppleves som kaotisk, og kan innebære frykt, sorg og sinne. Barnet må lære seg å mestre livet med den ny-oppståtte sykdommen, og få en forståelse av hva sykdommen innebærer. En avgjørende faktor for livskvaliteten til barnet vil være den støtten, veiledningen og hjelpen sykepleieren gir (Allgot, 2011). Som sykepleier vil jeg i arbeidssammenheng møte på barn som både pasienter og pårørende. Sykepleierens veiledende funksjon mener jeg er veldig viktig, da dette er en del av sykepleierens grunnleggende ansvarsområder.

Å ha kunnskap om diabetes type 1 tror jeg vil komme meg til gode i min yrkesutøvelse i fremtiden, uavhengig av institusjon eller avdeling. Som man kan se på tallene, er det mange som blir rammet av denne sykdommen, og tallene øker stadig. Jeg vil derfor anse det som viktig at sykepleier har erfaring og kunnskap om denne diagnosen.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1?*

## **1.3 Avgrensning**

Oppgaven har jeg valgt å begrense til å omfatte barn i alderen 9-12 år på grunn av at i denne fasen har de evnen til å tenke logisk og se årsakssammenhengen mellom for eksempel diabetes og hvordan sykdommen påvirker kroppen (Håkonsen, 2014). Barna i denne aldersgruppen er også nysgjerrige og ønsker å lære. De stiller spørsmål, søker ny kunnskap og evner i større grad å systematisere kunnskapen de erverver (Håkonsen, 2014). På grunn av oppgavens omfang vil det ikke være rom for å diskutere språk- og kulturbarriere. Oppgaven vil derfor handle om etnisk norske barn.

Foreldre vil uten tvil ha en stor betydning for barnets mestring for å håndtere en nyoppdaget diabetessykdom. Jeg ønsker likevel på grunn av oppgavens omfang, å ha barnet som hovedfokus gjennom oppgaven. Jeg har også valgt å fokusere på sykepleierens oppgave i forhold til barnet, og ikke nevne de andre profesjonenes oppgaver. Jeg ønsker at oppgaven omhandler sykepleierne som møter barn med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus.

## **1.4 Begrepsavklaring**

Jeg ønsker å definere sentrale begreper i oppgaven. Disse blir gjennomgått grundigere i teoridelen.

**Barn:** I denne oppgaven velger jeg å omtale 9-12 år som barn.

**Mestring:** *Mestring handler om hvordan mennesker møter belastede livssituasjoner, og kan oppfattes som summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere indre og ytre krav og konflikter (Tveiten, 2016, s. 18).*

Veiledning: *En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (Tveiten 2016, s. 89).*

## **1.5 Oppgavens videre oppbygning**

Min fordypningsoppgave starter med en presentasjon av bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Jeg belyser deretter avgrensninger i oppgaven, og til slutt avslutter jeg med en begrepsavklaring.

Videre i kapittel to vil jeg gjøre rede for valg av metode, hvordan jeg har gått frem for å finne forskning og litteratur, samt kildekritikk av disse. I kapittel tre ønsker jeg å presentere fem utvalgte forskningsartikler som jeg vil ta for meg i drøftingsdelen. Kapittel fire er en gjennomgang av teori av det jeg mener er relevant for oppgaven min. I kapittel fem vil jeg drøfte teori og forskning. Avslutningsvis vil jeg i kapittel seks komme med en konklusjon av det som oppsummerer hovedfunnene fra drøftingen min. Helt til slutt presenterer jeg litteraturen som er brukt underveis i oppgaven.



## 2 Metode

I dette kapitlet beskrives metoden som bli brukt for å svare på problemstillingen, samt søkeprosess og kildekritikk.

### 2.1 Beskrivelse av metoden

Vilhelm Auberts definisjon av metode:

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode (Aubert 1985, s.196).*

Denne oppgaven er skrevet som en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur, gå igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2015; Dalland, 2012). Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en god forståelse av kunnskapen på området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015).

### 2.2 Søkeprosessen

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av relevant sykepleiefaglig pensumlitteratur, samt egenvalgt litteratur som jeg har funnet aktuelt for oppgaven min om barn og diabetes. For å belyse problemstillingen min, har jeg plukket ut fem forskningsartikler som har en klar sykepleiefaglig relevans, og er gitt ut i anerkjente tidsskrifter.

For å finne relevante artikler har jeg i hovedsak benyttet meg av Cinahl, Academic Search Elite og Sykepleien.no. På Sykepleien.no fant jeg artikkelen «Barn så unge som fire år med type 1 diabetes forstod og var kompetente når det gjaldt håndtering av sin tilstand». Jeg søkte gjennom Google Scholar med forfatterne som søkeord ettersom jeg ønsket originaltittelen. Dette gav meg 465 treff og jeg fant originalartikkelen på kort tid. Jeg gjennomgikk deretter artikkelen for å se at det hadde det samme innholdet. Videre fant jeg forskningsartikkelen

«What Is It Like To Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?» i litteraturlisten til en annen bacheloroppgave.

Jeg har brukt følgende søkeord for å finne gode artikler: Diabetes mellitus, type 1, child, self care, self management, challenges, parents, teaching, education og patient education.

Søkeordene har jeg kombinert med AND eller OR for å begrense søkene. Videre har jeg haket av barn fra 6-12 år, engelsk språk og artikler som ikke er eldre enn 10 år. For å få gode artikler, har jeg også haket av for peer reviewed og research article.

Jeg vil i tabellene nedenfor vise antall treff jeg fikk på hvert enkelt søk, samt hvordan jeg kombinerte søkene med hverandre.

#	Søkeord	Avgrensninger	Database	Resultater
S1	(MH «Diabetes mellitus, type 1	Search mode – Boolean/phrase	CINAHL	20 126
S2	(MH «child»	Search mode-boolean/Phrase	CINAHL	551 272
S3	Challenges	Search mode-boolean/Phrase	CINAHL	87 150
S4	Self care	Search mode-boolean/Phrase	CINAHL	42 354
S5	Self management	Search mode-boolean/Phrase	CINAHL	10 726
S6	S4 OR S5	Search mode-boolean/Phrase	CINAHL	46 362
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S5	Limiters- Research article; peer reviewed; English language; limit 2009-2019	CINAHL	9

Etter å ha begrenset søkene til S1, S2, S3 og S5, fikk jeg til slutt 9 treff. Jeg leste abstraktene på disse, og fant til slutt én som» jeg mener er høyst relevant for min oppgave. Denne er:

«Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives»  
 (Freeborn, Dyches, Roper & Mandleco, 2013).

#	Søkeord	Avgrensninger	Database	Resultater
S1	Diabetes mellitus, type 1	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	20 121
S2	Child	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	561 183
S3	Parents	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	77 707
S4	Teaching	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	204 045
S5	Education	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	774 633
S6	Patient education	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	68 264
S7	S4 OR S5 OR S6	Search modes- boolean/Phrase	CINAHL	774 633
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S7	Limiters – per reviewed; research article; English language; age 6-12; 2010- 2018; Search modes – Boolean/Phrase	CINAHL	68

Etter å ha begrenset søkene mine til S1, S2, S3 and S7, fikk jeg til slutt 68 treff. Jeg valgte til slutt en artikkel, og leste denne i full tekst. Denne artikkelen oppfylte mine kriterier til oppgaven. Denne er: «Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents» (Eriksson, Eriksson & Kelo, 2012).

#	Søkeord	Avgrensninger	Database	Resultater
S1	Diabetes mellitus, type 1	Search modes- boolean/Phrase	Academic Search Elite	6 329
S2	Child	Search modes- boolean/Phrase	Academic Search Elite	1 472 066
S3	Patient education	Search modes- boolean/Phrase	Academic Search Elite	23 282
S4	Self management	Search modes- boolean/Phrase	Academic Search Elite	13 497
S5	Self care	Search modes- boolean/Phrase	Academic Search Elite	29 031
S6	S3 OR S4	Search modes- boolean/Phrase	Academic Search Elite	39 068
S7	S1 AND S2 AND S6	Limiters – Published date:2009-2019; English language; academic journals; Search modes – Boolean/Phrase	Academic Search Elite	44

Etter å ha begrenset søkene til S1, S2 og S6, fikk jeg til slutt 44 treff. Av disse treffene har jeg valgt ut 1 artikkel som jeg mener står innenfor mine kriterier til oppgaven, denne er: «How chronic disease affect children’s views on being ill and healthy: a comparative study” (Lima, Silva & Lemos, 2017).

### 2.3 Kildekritikk

For å fastslå om en kilde er sann, bruker en kildekritikk som metode. Det vil si at kildene som benyttes, blir vurdert og karakterisert (Dalland, 2012).

For å gjøre det enklere å vurdere om artiklene jeg har funnet er forskning eller ikke, har jeg sett etter om artiklene har benyttet seg av IMRaD-struktur. Dette er forkortelse for

introduksjon, metode, resultater og diskusjon, og er den mest vanlige strukturen når man skriver en artikkel (Dalland, 2012). Alle mine forskningsartikler har benyttet seg av denne strukturen.

I oppgaven min har jeg benyttet meg av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning som jeg ser på som relevant. Jeg har brukt både primær- og sekundær litteratur. Jeg er klar over at ved sekundær litteratur kan teksten være bearbeidet og blitt tolket av andre enn forfatteren selv (Dalland, 2012). Siden sekundærlitteraturen kan være fortolket og oversatt på en annen måte, har jeg vært kritisk til innholdet og stilt spørsmålstegn underveis. Til tross for dette mener jeg likevel at sekundærlitteraturen jeg har valgt å bruke i min oppgave er faglig holdbar. Jeg har derfor forsøkt å bruke mest mulig primærkilder, men har også benyttet meg av sekundærkilden når jeg ikke fikk tak i primærkilden.

Det var vanskelig å finne primærlitteratur til Erikssons teori om de åtte ulike psykososiale faser. Jeg har derfor valgt å benytte meg av Håkonsen (2014), som jeg ser på som en troverdig kilde da dette er pensumlitteratur. Eriksons teori kan kritiseres for å være en gammel teori og dermed ikke tilpasset barn og unge som lever i dagens samfunn. Erikson deler også barnas utvikling inn i statiske faser, og tar derfor lite hensyn til individuelle forskjeller hos barn (Bunkholdt, 2000). Likevel vurderer jeg at den fortsatt er et godt teoretisk rammeverk for barns utvikling. Jeg mener troverdigheten styrkes ytterligere siden nåtidens forfattere fortsatt tolker og bruker denne teorien.

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke jeg én kvantitativ og fire kvalitative forskningsartikler. Ifølge Dalland (2012) går kvalitativ metode inn i dybden, og man får mange svar på få undersøkelsesenheter. Denne metoden tar til sikte på å fange opp deltagerens opplevelser og meninger. En kvantitativ metode gir oss informasjon som er målbar. Kvantitativ metode går i bredden og får få svar på mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2012).

Forskningsartiklene jeg har benyttet meg av er av finsk, brasiliansk, amerikansk, portugisisk og engelsk opprinnelse. Alle artiklene jeg har funnet er skrevet på engelsk. Engelsk er ikke mitt førstespråk, noe som kan medføre at jeg mistolker og mister viktige elementer. Artiklene er utført i andre land og kan påvirke overførbarheten til Norge. Jeg mener likevel på grunnlag av metode og funn i artiklene at de fremstår som relevante. Deltakerne i studien av Alderson,

Sutcliffe, Curtis (2006) har en alder mellom 3-14 år, noe som ikke treffer helt med tanke på mitt valg av aldersgruppe. Jeg har likevel valgt å bruke artikkelen da den bekrefter at vilje og evne til injeksjon ikke er aldersrelatert.

### 3 Kort presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet ønsker jeg å gi en kort oppsummering av artiklene som vil bli benyttet i drøftingsdelen.

#### 3.1 Artikkelen

*Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives* (Freeborn, Dyches, Roper & Mandleco, 2013).

Land: USA

Hensikt: Finne ut hvilke perspektiver og utfordringer barn og unge opplever med diabetes type 1, slik at sykepleiere kan tilpasse strategier til disse pasientene.

Metode: En kvalitativ studie hvor det var totalt 16 barn fra 6-18 år med i studien hvor det ble tatt opptak av intervjuene som ble gjort med barna i en periode på 4 måneder.

Funn: Det var tre hovedfunn som kom frem i studien: 1) Lavt blodsukker – deltakerne i studien klarte å identifisere symptomer på lavt blodsukker. I tillegg var det viktig å ha en person i nærheten dersom blodsukkeret ble for lavt. 2) Egenomsorgsaktiviteter – å måle blodsukker og å sette insulin ved aktiviteter kunne være utfordrende på grunn av smerter og fordi de ikke ønsket å avbryte aktiviteten som de andre kan fortsette med. 3) Følelsen av å være annerledes – å sette insulin og måle blodsukker vil kunne resultere i at en føler seg annerledes enn andre barn. Barna i undersøkelsen uttrykte bekymringer for om de kom til å miste venner på grunn av sykdommen, eller at vennene tror at barna med diabetes trenger ekstra beskyttelse og må utestenges fra aktiviteter.

Konklusjon: Sykepleiere må se og respektere utfordringene barn og unge har i forhold til diabetes, samt veilede og undervise i god egenomsorgsbehandling både til barna og foreldrene. Det er viktig at sykepleierne tar tak i utfordringen med å føle seg utenfor og alene. På grunn av dette kan det øke sjansen til at barnet unngår å måle blodsukker, administrere insulin eller å spise.

### **3.2 Artikkel to**

*Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents* (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2012)

Land: Finland

Hensikt: Undersøke og utforske ulike hendelser som oppsto under pasientopplæring av barn med en kronisk sykdom, beskrevet av barna og deres foreldre.

Metode: En kvalitativ studie som inkluderte 19 finske foreldre og deres 12 barn. Barna som deltok i undersøkelsen hadde en kronisk sykdom, og var i aldersgruppen 5-12 år. Deltakerne ble intervjuet under et sykehusopphold.

Funn: Artikkelen viser hvor viktig god kompetanse av sykepleierne for at undervisningen skal være hensiktsmessig for familier som har barn med en kronisk sykdom. Sykepleierne bør ha erfaringer fra lignende situasjoner, være didaktiske og ha mellommenneskelig kompetanse. Funnene i studien er basert på få deltakere og selvrapporing fra tidligere pasient-undervisning. Disse rapportene ble beskrevet slik pasienten og foreldrene husket dem, og ikke nødvendigvis slik de ble gjennomført av helsepersonellet.

Konklusjon: Kunnskapen basert på funnene i studien, kan brukes til å fremme sykepleiers yrkesopplæring og å utvikle pasientopplæring videre.

### **3.3 Artikkel tre**

*How chronic disease affect children's views on being ill and healthy: a comparative study* (Lima, Silva & Lemos, 2017)

Land: Portugal



Hensikt: Forstå hvordan opplevelsen av en kronisk sykdom påvirker begrepene helse og sykdom hos barn. Sammenligner syke og sunne barns oppfatninger og forskjeller mellom barn som har astma, diabetes og kreft.

Metode: En kvantitativ studie hvor det var 82 barn fra alderen 8-12, hvor 31 hadde astma, 27 med diabetes og 24 hadde kreft. Det ble brukt en tegne- og skrive-teknikk som ble brukt til å samle barnas syn på hva de mente kjennetegnet å være syk og det å være frisk.

Funn: En større forståelse av barns syn på helse og sykdom tyder på at barns oppfatning på dette er knyttet til natur og terapeutiske implikasjoner av ulike sykdommer. Videre uttrykte de kronisk syke barna en smalere definisjon av å være sunn og syk enn sine sunne jevnaldrende.

Konklusjon: Helsepersonell bør oppmuntre pasientenes deltakelse i håndtering av sykdommen. Resultatene kan bidra til å veilede sykepleierne når de tar vare på pasientene og deres familier.

### **3.4 Artikkel fire**

*What Is It Like To Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus?* (Sparapani, Jacob & Nascimento, 2015)

Land: Brasil

Hensikt: Øke forståelsen av barns opplevelse av å leve med type 1 diabetes, fra barnets perspektiv. I tillegg til dette var hensikten å finne ut hva som virker inn på sykdomshåndteringen.

Metode: Kvalitativ studie, intervjuet 19 barn i alderen 7-12 år på et lokalt sykehus i Brasil.

Funn: Det er blitt funnet flere funn i artikkelen som er av betydning: 1) Motstridende ønsker – Barna ønsker gjerne å delta på aktiviteter, men dette krever at barnet avbryter aktiviteter for å følge opp blodsukker og matinntak, selv om barnet bare ønsker å leke. 2) Usikkerhet, frykt og smerte – barna forteller de hadde negative opplevelser knyttet til måling av blodsukker og

sette insulin. Dette påvirker barnets evne til å ta kontroll over blodsukkeret og sette insulin. 3) Bekymringer ved senkomplikasjoner og liten innsikt – Barna i studien viser liten innsikt i sykdomsbildet sitt ved at de ikke har nok kunnskap om sykdommen og hvordan det påvirker kroppen. Barna unnlater å stille spørsmål når de lurer på ting. Bekymringer for å ikke ha kontroll over sykdommen fremmer en frykt for senkomplikasjoner. 4) Fordommer, avvisning og skam – usikkerheten rundt det å ha diabetes fører til at barna ikke tar like mye initiativ til kontakt utover deres eget sosiale nettverk, da de føler skam over sin kroniske sykdom.

Konklusjon: Sykepleiere må inkluderes i både opplæring av det fysiske ved diabetes, samtidig som sykepleieren tar tak i emosjonelle aspekter som barn opplever gjennom å ha type 1 diabetes.

### **3.5 Artikkel fem**

*Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition* (Alderson, Sutcliffe, & Curtis, 2006)

Land: England

Hensikt: At barna forteller om erfaringer og man ser hvor mye barnet faktisk forstår ut ifra alderen.

Metode: Kvalitativ studie hvor 15 barn i alderen 3-12 år ble intervjuet på lokale sykehus i London og i en liten by i Storbritannia.

Funn: Barna forteller om egne erfaringer ved håndtering av sykdommen sin, ut ifra alder. Evnen og viljen til å bruke nåler er ikke relatert til alder. Noen fireåringer satte sine egne sprøyter og tok sine egne blodprøver, mens andre elleveåringer ønsket at mødre deres skulle sette sprøytene. Flere av barna i undersøkelsen sa det var mindre vondt å sette sprøytene selv enn om foreldre eller helsepersonell skulle gjøre det. Barn så unge som fire år hadde forstod for at «insulin er nøkkelen som gjør sukker til energi» og at kostholdet ikke burde inneholde så mye sukker. Barna nevnte to hovedmål: å «leve et liv» og å være «normal».

Konklusjon: Barn med type 1-diabetes helt ned til fireårs-alderen, forstod prinsippene for å mestre tilstanden og evnen til å ta avgjørelser som er fornuftige i beste egeninteresse.

## 4 Teori

I denne delen ønsker jeg å ta for meg praktisk teori om diabetes mellitus, samt barn og deres mestring. Videre i kapitlet ønsker jeg en redegjørelse for etikk og jus som er aktuell ved ytelse av sykepleie til barn. Til slutt har jeg valgt å beskrive sykepleierens veiledende funksjon.

### 4.1 Diabetes type 1

Diabetes type 1 er forårsaket av en autoimmun reaksjon der det blir dannet antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i pankreas (Mosand & Stubberud, 2016).

Kroppens immunforsvar ødelegger de insulinproduserende betacellene i pankreas som gjør at kroppen slutter å produsere insulin. Insulinbehovet dekkes ikke, noe som vil føre til at blodsukkeret stiger (hyperglykemi), og pasienten må da tilføres insulin for å overleve (Mosand & Stubberud, 2016).

Diabetes type 1 vil utvikle seg når insulinreservene blir lave, og barnet får symptomer som økt urinlating og tørste og etterhvert tretthet og avmagring. I situasjoner hvor barnet ignorerer eller glemmer å sette sine vanlige insulindoser, kan barnet utvikle ketoacidose (Jenssen, 2011). Dette er en alvorlig medisinsk tilstand som kommer av manglende eller nedsatt insulinbehandling i forhold til behovet. Denne tilstanden debuteres ofte hos barn og unge med nyopptaget diabetes (Jenssen, 2011).

Behandlingen av diabetes har som mål å forsinke senkomplikasjonene som kan oppstå, samt unngå hypo- og hyperglykemi (Sagen, 2011). Diabetes type 1 er regnet som den mest alvorlige av diabetestypene på grunn av de alvorlige akutte komplikasjonene og senkomplikasjonene som kan oppstå som igjen kan gi nedsatt alder (Mosand & Stubberud, 2016). Diabetes kan gi senkomplikasjoner som for eksempel retinopati, sykdom i netthinnen på øyet, og nevropati som er sykdom i nervene (Jenssen, 2011). Behandlingsmetodene og undersøkelsesmetodene har i de senere år blitt stadig bedre, og personer med denne sykdommen har mulighet til å leve et godt og langt liv, mot at de faktisk tar imot behandling (Mosand & Stubberud, 2016).

## **4.2 Barn 9-12 år**

Barnets alder er en viktig faktor for hva og hvordan barn og ungdom forstår. De klarer etter hvert å se hendelser og sosiale forbindelser uavhengig av seg selv, i tillegg til å skille mellom fantasi og virkelighet (Eide & Eide, 2007). Venner og skolekamerater spiller en sentral rolle hvor barnet vil sammenligne seg selv med dem, og bruke dette som en målestokk for egen utvikling (Håkonsen, 2014). De sosiale relasjonene barnet har vil være viktig for utviklingen av barnets identitet (Søbjerg, 2013). Diabetesforbundet (2016) har også utarbeidet hefter og plakater som «Elev med diabetes på skolen», som har til hensikt å gi informasjon om hva klassekameratene og lærerne må gjøre dersom barnet med diabetes får føling. Barna i denne aldersgruppen er i tillegg i en fase hvor de har løsrevet seg mer fra foreldrene, selv om de fortsatt spiller en stor rolle i livet deres. Familien er fortsatt viktig, men mest i form av at barnet vet at de er i nærheten (Søbjerg, 2013).

Psykologen Erik H. Erikson skiller mellom åtte ulike psykososiale faser i menneskets utvikling. I hver av disse fasene stiller omgivelsene nye krav som vi må tilpasse oss. De ulike fasene medfører ulike utfordringer som kan løses på en gunstig eller ugunstig måte (Håkonsen, 2014). Barn i alderen 9-12 år tilhører i følge Eriksons teori en livsfase han betegner som kreativitet versus underlegenhet (Håkonsen, 2014). I denne fasen er barnet preget av arbeidslyst og et ønske om kunnskap. I denne positive utviklingen antar en at barnet med diabetes har et ønske om å få økt kunnskap om diabetessykdommen, samt stille spørsmål rundt eventuelle prosedyrer og sykdommen. Barnet vil gjennom et støttende miljø kunne få en positiv utvikling, mens det motsatte vil føre til en følelse av mindreverd. Hjelp til mestring er med andre ord viktig (Håkonsen, 2014; Eide & Eide, 2007).

## **4.3 Mestring hos barn**

Mestring handler om hvordan hvert individ tilpasser seg for å møte indre og ytre krav som oppleves som vanskelige og kan virke truende og uoverkommelige (Lode, 2016).

Mestring kan være vanskelig å definere, ettersom det ikke finnes noe enhetlig definisjon. Ifølge Eide & Eide (2007) består mestring av komplekse og uoversiktlige prosesser. Ifølge Håkonsen (2014) beskrives derimot mestring om hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet.

Håkonsen (2014) referer til Lazarus og Folkman (1984) som skiller mellom to hovedformer for mestring; problemfokustert mestring og følelsesmessig fokustert mestring. Problemfokustert mestring innebærer at barnet fokuserer på den aktuelle situasjonen og sitt ønske om å endre, avslutte eller løse problemene som er forbundet med situasjonen (Håkonsen, 2014). For personer med diabetes kan problemfokustert mestring være å snakke med familie og venner, søke informasjon og kunnskap, utveksle erfaringer, lage en plan for hvordan dagliglivet med diabetes skal takles og å forberede seg til samtale med sykepleieren (Karlsen, 2011).

Følelsesmessig fokustert mestring innebærer at individet fokuserer på de følelsesmessige problemene som er knyttet til situasjonen eller hendelse, og ønsker å redusere eller eliminere det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen (Håkonsen, 2014). Dette kan for eksempel gjøres ved å unngå alvorlige situasjoner, bagatellisere alvoret i situasjonen eller benekte hendelsen (Karlsen, 2011).

Motivasjon, læring og mestring virker til å ha en betydelig forbindelse med hverandre. Et barn som ønsker å kunne håndtere sykdommen sin på egenhånd, vil være motivert, og mestringen vil være optimal. Mestring starter med motivasjon for ny læring. Motivasjonen blir stimulert gjennom kommunikasjon, og læringen fremmes gjennom veiledning (Karlsen, 2011).

#### **4.4 Barn og kommunikasjon**

Når sykdom inntreffer, innebærer dette ofte en krise med mye usikkerhet og engstelse. Det medfører brudd på rutiner, endrede kontaktforhold og ukjente personer som man må forholde seg til. Når barnet havner på sykehus på grunn av sykdom, er det viktig at barnet kjenner på trygghet og kontroll. Ved at barnet er i nærheten av familie eller helsepersonell som er varme og omsorgsfulle, vil bidra til at barnet får en økt følelse av kontroll. Ved at sykepleier viser at man forstår, og informerer og forklarer slik barnet skjønner hva som kommer til å skje, vil kunne bidra til denne tryggheten (Eide & Eide, 2007). Torgauten (2011) skriver at en viktig rolle for diabetessykepleieren i den ny-oppståtte fasen av sykdommen er å være en god samtalepartner. Når barnet møter en lyttende, omsorgsgivende og aksepterende holdning som peker framover og formidler håp, får barnet hjelp til å sortere kaotiske tanker. Dette vil øke opplevelsen av kontroll (Torgauten, 2011).

Når barnet havner på sykehus på grunn av sykdom, må sykepleier komme i kontakt med barnet og skape en trygghet og bygge tillit (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjonen mellom de to partene må skje på barnets premisser. Som sykepleier kan det være vanskelig å vite om man har vært konkret nok, eller om barnets evne til å tenke kommer overens med nivået i kunnskapsformidlingen (Tveiten, 2016). En måte å gjøre dette på er rollelek (Tveiten, 2016). Gjennom leken kan barnet uttrykke følelser og opplevelser som det bærer på (Eide & Eide, 2007). Sykepleieren kan spille rollen som et barn som har diabetes, og barnet kan så forklare hva som innebærer å ha en sykdom som diabetes mellitus. Gjennom rolleleken kan sykepleieren få kunnskap om barnets videre behov (Tveiten, 2016).

Ord har ikke samme mening for barn som for voksne. Det vil derfor være nødvendig at barnet kan uttrykke seg ved hjelp av hjelpemidler (Eide & Eide, 2007). En kombinasjon av ord og hjelpemidler fungerer godt ved kommunikasjon blant barn. Ved å bruke hjelpemidler i samtalediskusjoner, vil barnet skape en distanse til sykdommen sin, og gjøre det å lettere å snakke om opplevelser og følelser. Det kan være alt fra tegninger, leker, sang og regler. Det kan være lettere å fortelle om skremmende prosedyrer ved hjelp av en dukke hvor barnet forteller om sin opplevelse ut ifra den. Sykepleieren må da tolke denne tegningen eller rollespillet sammen med barnet for at forståelsen skal bli så riktig som mulig (Grønseth & Markestad, 2011).

I samtale og veiledning med barn er det viktig å holde barnets hovedfokus, samt snakke direkte og åpent. Sykepleieren må møte barnet der det er, i forhold til situasjon og utviklingsnivå. Barn føler seg anerkjent og sett når sykepleieren aktivt lytter og responderer på det barnet sier, og er bekreftende ved å bruke verbal og non-verbal kommunikasjon (Tveiten, 2012a). Et hvert barn er unikt og der finnes derfor ingen fasit på hvordan man kommuniserer best med dem (Eide & Eide, 2007; Tveiten, 2012a).

#### **4.5 Barns psykososiale behov**

Menneskers grunnleggende behov kan inndeles i psykososiale, fysiske, seksuelle og åndelige behov. Barnas psykososiale behov inndeles i to deler, emosjonell- og relasjonelt behov, og tar utgangspunkt i hvordan barnet opplever å være syk (Stubberud, 2013). Den emosjonelle delen består av barnets omgivelser, forholdet til seg selv og sin historie. Det kan for eksempel være

barnets behov for trygghet og kontroll over egen kropp og eget liv, samt behovet for individuell sykepleie (Stubberud, 2013). Den relasjonelle delen består av barnets behov for relasjon til andre mennesker, samt behovet for sosial kontakt og støtte. Det kan være en god relasjon med sykepleieren, kontakt og støtte fra foreldrene, og det å opprettholde sitt sosiale nettverk av familie og venner. Felles for disse, er at de psykososiale behovene ved sykdom tar utgangspunkt i hvordan det oppleves å være syk for barnet (Stubberud, 2013).

Barn er emosjonelt og kognitivt umodne, noe som vil påvirke barns forståelse av sykdom. De fleste barn har ingen eller få forestillinger om hvordan det er på et sykehus. Smerter og ubehag som barnet kanskje må forholde seg til, vil kunne oppleves som stressende uansett alder og erfaring (Stubberud, 2013).

En sykehusinnleggelse kommer ofte uten forvarsel for barnet og familien. En sykehusinnleggelse vil medføre nye rutiner for barnet, i tillegg til stress for barnet og familien. Dette kan overstige deres mestringsevne (Sjøbjerg, 2013). Hvordan barnet opplever en stressende situasjon, er avgjørende for mestringen av situasjonen (Helsedirektoratet, 2017). Forståelse, opplevelse og vurdering av egen sykdom og behandling har grunnleggende betydning for psykososial tilpasning ved somatisk sykdom (Sjøbjerg, 2013). For at barnet skal oppleve at det psykososiale behovet blir ivaretatt, må barnet oppleve å få ivaretatt sine grunnleggende behov generelt. De grunnleggende behov omfatter både psykiske, fysiske og åndelig behov hos barnet (Stubberud, 2013). Et barn med diabetes må selv stå i ansvar over å ta vare på kroppen og sykdommen sin. Å forstå og akseptere dette kan være en slitsom og emosjonell prosess. Det vil være viktig at sykepleieren har kompetanse om vanlige reaksjoner ved kriser da barnet ikke klarer i like stor grad som voksne å forstå eller håndtere følelsene som oppstår (Torgauten, 2011). Ved å lytte og være tilgjengelig, kan sykepleier skape trygge rammer og bidra til en riktig balanse i kontakt med barnet som har diabetes. Samtidig kan barnet oppleve at en har rett til å bestemme over eget liv (Torgauten, 2011). Hvilke konsekvenser sykdommen har for barnets psykososiale behov vil variere fra hvert individ, og avhenger av blant annet kjønn, alder, personlighet, tidligere erfaring og kognitiv utvikling (Stubberud, 2013).



## 4.6 Sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin teori ettersom jeg synes hennes teori passer bra til min problemstilling. Travelbee nevner i sin definisjon av sykepleie at sykepleierne skal hjelpe personer med å mestre sine erfaringer med sykdom og lidelse.

### 4.6.1 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Travelbee's definisjon på sykepleie:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor profesjonelle sykepleiere hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene»*  
(Travelbee, 2001, s.29)

Travelbee fremhever begrepet «mellommenneskelig prosess» fordi sykepleie alltid dreier seg om og påvirkes av mennesker. En sykepleier står ovenfor pasienter, pårørende, familie, kollegaer eller andre helsearbeidere (Travelbee, 2001). Forholdet mellom sykepleieren og barnet bygger på å se hverandre som individuelle mennesker som kan skape en relasjon til hverandre gjennom menneske-til-menneske-forholdet. Relasjonen oppstår først når de klarer å se hverandre som mennesker. Dette må jobbes for, da menneske-til-menneske-forholdet ikke kommer av seg selv (Travelbee, 2001).

For å bygge relasjoner og skape et godt forhold mellom sykepleieren og barnet, er det ulike faser som må ligge til grunne for at dette skal skje på en god måte (Travelbee, 2001):

*Det innledende møtet:* Her vil førsteinntrykket etableres. En utfordring for både sykepleier og barnet vil være å legge fra seg forutinntatte oppfatninger og klare å se hverandre som unike mennesker. Klarer man å se forbi hverandres roller, kan man lære hverandre å kjenne som unike mennesker (Travelbee, 2001).

*Framvekst av identiteter:* Sykepleieren begynner å fange opp hvordan pasienten oppfatter omstendighetene, tenker og føler som et unikt menneske. Sykepleieren og barnet vil i denne fasen knytte seg til hverandre og danne et kontaktforhold (Travelbee, 2001).

*Empatifasen:* Evnen til å leve seg inn i eller forstå den andres situasjon og psykiske tilstand. Det vil her dannes kontakt mellom sykepleieren og barnet hvor hver av partene erkjenner at noe meningsfylt blir formidlet. Barnet blir mer sårbar ettersom at han eller hun viser tillit til sykepleier ved å utlevere seg. Sykepleier vil da ha en større forpliktelse ovenfor barnet (Travelbee, 2001).

*Sympati og medfølelse:* Denne fasen springer ut fra empatiprosessen. Sykepleier formidler sympati gjennom at hun deler og forstår barnets fortvilelse. Sykepleieren vil også kunne avlaste barnet for byrden det er å bære dette alene (Travelbee, 2001).

*Gjensidig forståelse og kontakt:* Det overordnede målet for all sykepleie er etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen er et resultat av de tidligere fasene. Sykepleieren må i denne fasen ha formidlet sin forståelse og sitt ønske om å hjelpe barnet. Sykepleieren må bruke kunnskap og ferdigheter for å iverksette tiltak for å dekke barnets sykepleiebehov.

## **4.7 Lovverk og etikk**

I oppgaven har jeg valgt å fokusere på aldersgruppen 9-12 år. Barna i denne aldersgruppen er mindreårige og har ikke samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse innebærer pasientens rett til samtykke til helsehjelp. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §4-4) poengterer at barn som har fylt 7 år skal få ytre sin mening og danne egne synspunkter før samtykket til helsehjelp avgjøres. Barnets mening skal bli lagt vekt på, i samsvar med barnets alder og modenhet. Når barnet er fylt 12 år, skal det i stor vekt legges vekt på hva barnet selv mener, og sykepleieren må sørge for at barnet får mulighet til å sin mening (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §4-4).

Pasientens rett til informasjon blir beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-4). Loven tydeliggjør at både foreldre og barn har rett til informasjon dersom barnet er under 16 år. Informasjonen som blir gitt skal være tilpasset individuelt i samsvar med alder, modenhet, erfaringer og eventuelle kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonell skal så godt det lar seg gjøre, sikre at barnet har forstått innholdet og betydningen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

I følge Helsepersonelloven (1999, §10) har sykepleieren har en plikt til å gi informasjon til den som har krav på det, slik det er beskrevet i Pasient og brukerrettighetsloven §3-2 til 3-4 (1999). Denne oppgaven kan sykepleieren ikke velge bort. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3) poengterer også at man som sykepleier har en plikt til å se etter at barnet har forstått informasjonen som blir gitt (Helsepersonelloven, 1999).

#### **4.7.1 Barnets autonomi**

Autonomi kan forstås som retten til å bestemme over eget liv. Dette innebærer blant annet at barn har rett til å selv avgjøre hva som er best for seg, og rett til å bli informert og sin situasjon (Brinchmann, 2014). I henhold til loven har barn rett til å uttale seg, og sykepleier plikter dermed å ivareta denne rettigheten hvor barnet skal både bli sett og hørt. Sykepleier har samtidig ansvar for at kunnskapen som blir formidlet, er tilpasset barnet både med tanke på alder, utvikling og situasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2012b).

Tveiten (2012a) beskriver at autonomi kan forstås som en egenskap, rettighet eller et prinsipp. Autonomi som egenskap betyr å kunne handle i tråd med egne planer og ønsker. Barnet vil ut ifra denne forståelsen ha en varierende grad av autonomi, alt etter hvilken kontekst, situasjon og tilstand barnet er i (Tveiten, 2012b). Autonomi som rettighet betyr at barnet har rett til å uttale seg, og at foreldrene har rett til å ta en avgjørelse på vegne av barnet. Som prinsipp betyr det at barnet har rett til å uttale seg, og at dette skal prioriteres når avgjørelser skal tas (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999; Tveiten, 2012b) Sykepleier må sørge for at barnet blir ivaretatt på best mulig vis. Kommunikasjonen skal skje på barnets premisser, tilpasset barnet, med foreldrene til stede (Brinchmann, 2014).

#### **4.7.2 Yrkesetiske retningslinjer**

De yrkesetiske retningslinjene er grunnlaget for all sykepleie, respekten iboende verdighet og for den enkelte menneskets liv. Sykepleie skal bygge på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskeheten (Norsk sykepleierforbund, 2016). I retningslinjene er det blant annet beskrevet at sykepleier skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige valg. For at barnet skal kunne gjøre dette, er det viktig med tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at

barnet kan forstå det som blir sagt (Norsk sykepleierforbund, 2016). Videre er det viktig at sykepleier ivaretar pasientens behov for helhetlig omsorg. Samtidig skal sykepleier understøtte både håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016).

#### **4.8 Sykepleierens veiledende funksjon**

Et grunnleggende ansvarsområde og en viktig funksjon som sykepleier har, er å veilede pasienter og pårørende (Nortvedt & Grønseth, 2016). I følge Helsepersonelloven §10 (1999) er sykepleierne lovpålagt å gi barnet informasjon og et grunnlag for å ta beslutninger og valg som fremmer egen helse.

Veiledning er ifølge Tveiten (2016) et paraplybegrep som kan brukes som en istandsettingsprosess som innebærer at kunnskap og makt omfordeles fra sykepleier til barnet. Dette innebærer at barnet gjennom veiledning klarer å ta egne valg og ta kontroll over faktorer som har innvirkning på egen helse. Denne prosessen består av at barnet får både informasjon, veiledning og undervisning (Tveiten, 2016). For å fjerne usikkerhet hos barnet, er det viktig å gi god informasjon. Informasjonen kan gis på forskjellige måter, og det tar utgangspunkt i å informere barnet om situasjonen det er i, og videre forløp (Sjøbjerg, 2013). Videre kan sykepleier formidle sin kunnskap gjennom et undervisningsopplegg som tilpasses barnet. Denne type veiledning kan ikke planlegges på samme måte, men vil ta utgangspunkt i barnets aktuelle behov. På denne måten kan barnet ta en større del av styringen selv (Tveiten, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2016). Videre skriver Tveiten (2016) at veiledningen både er formell, pedagogisk og relasjonell. Dersom veiledningen skjer i en formell setting, skal veiledningen foregå i henhold til etiske retningslinjer, lover og forskrifter. Det relasjonelle aspektet fastslår betydningen av en god relasjon mellom barnet og sykepleieren, mens det pedagogiske aspektet tilsier at det inngår læring i veiledningsprosessen. Relasjonen mellom de to partene må være både utfordrende og støttende for å skape mestring og utvikling på best mulig vis.

Hovedmålet med veiledningsprosessen er at sykepleier skal hjelpe pasienten til å forstå og mestre sykdommen sin, samt fremme trygghet (Nortvedt & Grønseth, 2016). Det er sykepleierens oppgave å motivere barn til å mestre egen sykdom og hverdag (Karlsen, 2011). Dette krever kompetanse om barns utvikling, mestring, veiledning og pedagogikk hos

sykepleieren, i tillegg til en relasjon mellom barnet og sykepleieren, bygget på tillit og fortrolighet (Tveiten, 2016).

## 5 Drøfting

Så; *hvordan kan sykepleier gjennom veiledning fremme mestring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1?* I dette kapitlet vil problemstillingen min drøftes ut ifra teorien som er presentert i kapittel fire, samt forskningslitteraturen som er presentert i kapittel tre.

### 5.1 Barnets psykososiale behov

Barnets psykososiale behov kan deles inn relasjonelle og emosjonelle behov. Den relasjonelle delen omfatter barnets behov for en relasjon til mennesker rundt seg. Dette innebærer også barnets behov for følelsesmessig støtte og sosial kontakt, i tillegg til behovet for en relasjon til en sykepleier (Stubberud, 2013). En forskningsstudie viser at barn som har fått en kronisk sykdom avhengig av tilstedeværelse, emosjonell støtte og underbygning av håp for å kunne håndtere sykdommen (Kelo, Eriksson, & Eriksson, 2012). Dette samsvarer med Allgot (2011) som hevder at en avgjørende faktor for livskvaliteten til barnet vil være veiledningen, støtten og hjelpen sykepleieren gir. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fastslår at et viktig ansvar sykepleieren har ovenfor barnet, er å fremme håp og mestring gjennom kommunikasjon, samt å bygge en relasjon med barnet (Norsk sykepleierforbund, 2016). I likhet med Kelo et al. (2012), viser en studie fra Alderson, Sutcliffe & Curtis (2006) at støtte fra sykepleiere og foreldre vil kunne hjelpe barna med å håndtere og mestre sykdommen sin for å oppnå god glukosekontroll. Selv med en kronisk diabetessykdom gav foreldrene og sykepleierne barnet håp om å leve et normalt liv som mulig (Alderson et al., 2006).

Den emosjonelle delen består av barnets forhold til seg selv, historien sin og omgivelsene rundt barnet (Stubberud, 2013). Stubberud (2013) skriver videre at dette innebærer at barnet har behov for trygghet, opplevelse av kontroll over kropp og liv, samt behov for individuell sykepleie. Lima, Silva & Lemos (2017) hevder i sin forskning at barn med kroniske sykdommer kan kreve lange sykehusinnleggelse, noe som legger store begrensninger på barnets liv. Barnet er nødt til å tilpasse seg sykdommen sin, både psykisk og fysisk (Lima et al., 2017). Barn har ofte få eller ingen forestillinger av hvordan det er å være på sykehus, og vil derfor tre inn i et ukjent miljø med nye rutiner (Stubberud, 2013). Dette kan være en skremmende opplevelse for barnet hvor det på den ene siden kan skape forvirring, angst, frykt og usikkerhet rundt den ny-oppståtte sykdommen (Sparapani, Jacob, & Nascimento, 2015). På den andre siden er det viktig at sykepleierne ikke undervurderer barnas

tilpasningsdyktighet og evnen til å forstå. Håkonsen (2014) hevder at barna i denne aldersgruppen oppsøker kunnskap og ønsker innsyn i egen livssituasjon. Informasjonen sykepleieren gir må tilpasses barnet slik at barnet både kan forstå situasjonen og delta i beslutningstakingen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Det vil oppleves som stimulerende for barnet at sykepleieren retter fokuset mot barnets utvikling og modenhet. Følelsen av å bli ivaretatt ved at han får medvirke vil føre til at barnet opplever mestring i den ukjente situasjonen (Eide & Eide, 2007; Håkonsen, 2014). Dette støtter også Kelo et al. (2012) i sin artikkel som konkluderer med at barnet vil oppleve mestring i form av at sykepleieren tar seg tid til å lytte til barnet, samt tilpasser informasjonen som blir gitt ut ifra barnets individuelle behov.

Selv om foreldrene spiller en viktig rolle, søker barnet samtidig bekreftelse utenfor familien (Sjøbjerg, 2013). Barnet vil sammenligne seg selv med venner og skolekamerater og vil bruke dette som målestokk for egen utvikling (Håkonsen, 2014). På den ene siden kan barnet bruke denne sammenligningen som en motivasjon for å lære seg ferdigheter og kunnskap slik de kan delta på aktiviteter sammen med de andre barna (Sjøbjerg, 2013). På den andre siden kan barnet lett føle seg annerledes sammenlignet med de jevnaldrende (Sjøbjerg, 2013). Følelsen av å være annerledes blir trukket fram som en utfordring for barn med diabetes (Freeborn, Dyches, Roper, & Madleco, 2013; Sparapani, Jacob, & Nascimento, 2015). Å ha diabetes skaper fordommer og avvisning blant andre barn (Sparapani et al., 2015). Videre skriver Sparapani et al. (2015) at dette kan føre til at barna som har diabetes kan få problem med å danne vennskap med andre barn. Dersom barnet føler seg annerledes, vil dette kunne føre til at barnet unngår aktiviteter som å måle blodsukker, administrere insulin og spise, noe som påvirker sykdomsreguleringen på en negativ måte (Freeborn et al., 2013). Sparapani et al. (2015) bekrefter dette og skriver at barna skammer seg over å være annerledes og unnlot derfor å fortelle nye venner om sykdommen. En konsekvens av kan være at barnet i verste fall får hypo- eller hyperglykemi med følgende redusert bevissthet (Sparapani et al., 2015). Som sykepleier er det viktig å snakke med barnet om følelsene en sitter inne med. Videre kan sykepleier fremme strategier hos barnet som reduserer følelsen av å være annerledes (Freeborn et al., 2013). Både Freeborn et al. (2013) og Kelo et al. (2012) trekker frem i sine studier at sykepleier kan hjelpe barnet med å undervise skolekamerater om sykdommen. Barnet er sårbart og jeg vurderer det som viktig at sykepleier har empatiske evner, forstår og kan leve seg inn i barnets situasjon, slik også Travelbee (2001) mener det er viktig for å yte

god sykepleie. Gjennom empati og sympati kan sykepleier dele barnets fortvilelse og avlaste barnet for byrden det er å føle seg annerledes (Travelbee, 2001).

Stubberud (2013) hevder at psykiske og fysiske komponenter påvirker hverandre, og er som en helhet i et menneske. Ut ifra dette kan en forstå at de fysiske behovene barnet har til å regulere sykdommen, henger sammen med de psykososiale behovene. For å kunne leve et godt liv som mulig, må de fysiske og psykososiale behovene bli møtt. De yrkesetiske retningslinjene slår fast at sykepleierens oppgave er å ivareta barnets behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2016). Behandlingen av diabetes har som mål å forsinke senkomplikasjonene som kan oppstå, samt unngå hypo- og hyperglykemi (Sagen, 2011). Freeborn et al. (2013) og Sparapani et al. (2015) hevder i sine forskningsartikler at mange av barna kjente på en følelse av usikkerhet, frykt og smerte knyttet til å måle blodsukker og insulininjeksjoner. Studien kan peke på usikkerhet, smerte og frykt som kan stamme fra manglende kunnskap (Freeborn et al., 2013; Sparapani et al., 2015). En annen forskning viser derimot at barn helt ned til 4-års alderen klarte å måle blodsukkeret og sette insulin uten hjelp (Alderson et al., 2006). Disse barna uttrykte at de ikke hadde synes det var skummelt med nåler. Flere av barna mente det gjorde mindre vondt å sette sprøytene selv enn om foreldrene eller sykepleierne gjorde det (Alderson et al., 2006). Sykepleierens viktigste rolle vil være å fokusere på å lære barnet de nødvendige kunnskapene det er behov for etter utskrivelse, samt å fremme trygghet hos barnet (Norsk sykepleierforbund, 2016; Sparapani et al., 2015). Sparapani et al. (2015) viser til at noen av barna ga uttrykk for at de følte de ikke hadde kontroll over diabetesen i frykt for senkomplikasjoner. Dette kan for øvrig skyldes at barna har for lite kunnskaper om hvordan en skal unngå senkomplikasjoner.

## **5.2 Kommunikasjon med mening**

I en av studiene uttrykker barna at de setter stor pris på sykepleiere som er vennlige, tålmodige, åpne, respektfulle og inkluderende (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2012). Barna vurderte sykepleierne ut ifra hvor flinke de var til å opprette en dialog hvor de følte seg ivaretatt og trygg (Kelo et al., 2012). Travelbee (2001) legger stor vekt på at forholdet mellom sykepleieren og barnet ikke kommer av seg selv, det må opparbeides av både sykepleieren og barnet. Gjennom å opprette et menneske-til-menneske-forhold kan en gå ut ifra at relasjonen mellom barnet og sykepleieren blir inkluderende og mer åpent, i stedet for å se på hverandre



som roller med bestemte oppgaver (Travelbee, 2001). Torgauten (2011) bekrefter dette hvor han skriver at en de viktigste rollene sykepleieren har, er å være en god samtalepartner for barnet, hvor en lytter og gir omsorg. Sykepleieren hjelper barnet til å sortere kaotiske tanker og formidler håp. Dette øker opplevelsen av kontroll for barnet (Torgauten, 2011). Dersom sykepleieren ser barnet kun som en «pasient» og ikke som en individuell person, kan dette føre til at barnet føler seg lite verdsatt. Barnet vil mest sannsynlig være preget av usikkerhet rundt den nye situasjonen i utgangspunktet (Karslen, 2011). Blir ikke barnet møtt av sykepleieren, vil dette kunne påvirke mestringsfølelsen til barnet på en negativ måte. Dette støtter for øvrig Erikssons teori opp hvor han hevder at gjennom et støttende miljø, vil barnet få en stigende utvikling, mens det motsatt vil føre til en følelse av mindreverd (Håkonsen, 2014; Eide & Eide, 2007).

Læringsprosessen kan begynne når sykepleier har opprettet en god relasjon til barnet gjennom kommunikasjon. For å skape en så god relasjon og kommunikasjon med barnet som mulig, er et godt samarbeid viktig (Tveiten, 2012a; Travelbee, 2001). Motivasjon for å lære blir stimulert gjennom kommunikasjon mellom sykepleier og barnet, og motivasjon for læring fremmes gjennom veiledning (Karslen, 2011). Veiledning og kommunikasjon må skje på barnets premisser, og ta hensyn til språklig forståelse og barnets utvikling. Ved å respondere og lytte på det barnet sier, vil barnet føle seg anerkjent og sett (Tveiten, 2012a). Kelo et al. (2012) hevder i sin studie at sykepleierens evner til å kunne ha en dialog er en viktig ferdighet for at barnet skal føle seg respektert og ivaretatt.

Flere av barna i studiene forteller om usikkerhet, smerte og frykt knyttet til blodsuktermåling og insulininjeksjon. Dette kan stamme fra manglende kunnskap om sykdommen (Freeborn et al., 2013; Sparapani et al., 2015). På den ene siden forteller barna i studien at de opplevde situasjonen som skremmende fordi de etter hvert må håndtere sykdommen sin alene (Freeborn et al., 2013; Sparapani et al., 2015). På den andre siden var det en trygghet for barna å kunne få hjelp familie og venner om det skulle være nødvendig (Freeborn et al., 2013). Freeborn et al. (2013) skriver videre at dersom det skulle oppstå noe uforutsett, vil barnet kunne føle seg i mer beroliget dersom familie og venner har fått god opplæring i hva de skal gjøre dersom barnet får for høyt eller for lavt blodsukker. Ved at barnet føler på en trygghet ved at en klarer håndtere sykdommen sin i tillegg til at familie og venner kan bistå dersom det skulle skje noe uforutsett, vil kunne bidra til at barnet oppnår en mestringsfølelse knyttet til den nyoppdagede

sykdommen.

Brinchmann (2014) poengterer at barn som får delta i beslutninger som angår en selv, vil føre til at barnet føler mer kontroll over situasjonen. Retten til å bli informert og det å få delta i bestemmelser som angår seg selv, er sentrale moment for ivaretagelsen av barnets autonomi (Brinchmann, 2014). Barnet befinner seg stadig på en varierende grad av autonomi, avhengig av hvilken kontekst og situasjon barnet befinner seg i (Tveiten, 2016). Å gi barna en aktiv rolle i styringen av sykdommen, vil kunne fremme barnas autonomi, og gi en økt mestringsfølelse (Lima et al. 2017). Dette støtter imidlertid Alderson et al. (2006) i sin forskning hvor sykepleier ønsker at barnet skal få mer kunnskap, ferdigheter og ta et større ansvar over egen sykdom. Barnets autonomi avhenger av relasjonen mellom barnet og sykepleieren (Alderson et al., 2006). En god dialog mellom barnet og sykepleieren vil være avgjørende for at barnet skal kunne oppnå mestring og kontroll over situasjonen (Tveiten, 2016).

Hvor mye informasjon og kunnskap barnet har tilegnet seg om sykdommen sin, påvirker hvordan sykepleiepraksisen kan bidra til at barna får mestringsfølelse. Sykepleier skal påse at barnet har tilstrekkelig kunnskap til å klare seg på egenhånd, samt legge til rette for trygge omgivelser for å lære og tilegne seg kunnskap (Freeborn et al., 2013; Kelo et al., 2012; Sparapani et al., 2015). Diabetesforbundet (2016) har i Norge utarbeidet hefter, informasjonsfilmer og plakater som er tilgjengelig for alle gjennom deres nettside. Disse skal være til hjelp for alle sykepleierne i Norge som skal formidle informasjon og kunnskap til barna, og deres familie og skole (Diabetesforbundet, 2016).

### **5.3 Dialogens ulike metoder**

Informasjon, veiledning og undervisning er tre begreper som henger tett sammen (Tveiten, 2016). Informasjonen som blir gitt skal fjerne usikkerhet hos barnet og opplyse barnet om situasjonen det er i, og veien videre (Sjøbjerg, 2013). Ved en sykehusinnleggelse trenger barnet to ulike typer informasjon; en generell- og en individuell informasjon. Den generelle delen består av en omvisning på avdelingen og sengerommet. Sykepleier viser barnet hvor foreldrene kan oppholde seg, hvor barnet kan sove, og eventuelle aktivitetsrom på sykehuset. Den individuelle informasjonen går derimot ut på opplysninger sykepleier gir barnet i

forbindelse med prosedyrer eller behandling (Søbjerg, 2013). Kelo et al (2012) viser til et eksempel i sin studie på individuell informasjon hvor sykepleieren brukte god tid på å gi barnet detaljerte opplysninger om medisiner det skulle få. For at barnet skal forstå det som ble sagt, er det viktig at sykepleieren tar hensyn til barnets bakgrunn, alder og meninger, slik at barnet har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som blir gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Undervisningen tar informasjonen et steg videre, og innebærer at sykepleieren formidler sin kunnskap gjennom et undervisningsopplegg som tilpasses barnet (Tveiten, 2016). Sykepleierne er i følge Helsepersonelloven §10 (1999) lovpålagt å gi barnet tilstrekkelig informasjon. Ved undervisning er det sykepleieren som har styringen, mens ved veiledning tar barnet større del av styringen selv, ved at sykepleier tar utgangspunkt i barnas behov for veiledning (Tveiten, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2016). Barnet vil gjerne være en passiv deltaker i starten, for så å øke gradvis deltagelsen i takt med kompetansehevingen (Søbjerg, 2013). Dette samsvarer med studien til Kelo et al. (2012) hvor det poengteres viktigheten av at sykepleieren involverer barnet tidlig i sykdomsprosessen, og justere kommunikasjonen på barnets nivå, og gi barna et større ansvar i takt med kompetansehevingen.

Ord har ikke samme mening for barn som for voksne. Det kan derfor være nødvendig å implementere lek som verktøy for å skape en inngang til åpen kommunikasjon hos barnet. Dette vil skape en trygghet hos barnet og bygge tillit til sykepleier (Eide & Eide, 2007). Eide & Eide (2007) mener forøvrig at barnet kan lettere snakke om opplevelser og følelser ved å distansere sykdommen ved bruk av hjelpemidler i samtale med sykepleier. Tveiten (2016) skriver at en måte å komme i kontakt med barnet på, er under rollelek. Gjennom leken kan barnet uttrykke seg gjennom følelser og opplevelser barnet bærer på (Eide & Eide, 2007). Sparapani et al. (2015) oppfordret barna i sin studie til å bruke dukker som representerte seg selv, familien eller sykepleierne. Barna uttrykte gjennom dukkene sine egne tanker og følelser ved å leke rollelek basert på realistiske hendelser. Skribentene i studien fikk da et godt innsyn i hvordan barna opplevde rollen sin som syk i sykdomsbehandlingen (Sparapani et al., 2015). En annen måte på å se om barnet har forstått kunnskapen som har blitt gitt, er at sykepleier skal spille barnet som har diabetes, og barnet skal så forklare hva til sykepleier hva denne sykdommen innebærer (Tveiten, 2016). På denne måten kan sykepleier vurdere barnets behov videre (Tveiten, 2016). Kelo et al. (2012) påpeker at lek i kombinasjon med skriftlige, muntlige og billedlige veiledningsmetoder er det beste. I en av studiene brukte de tegne-og-

skrive-teknikken hvor de ba barna om å tegne og skrive om hva de mente de to ordene «syk» og «frisk» innebar etter en endt undervisning (Lima et al. 2017). De skulle på den første delen tegne og skrive hva de mente order syk innebar og betydde, og på den andre delen hva frisk betydde. På denne måten fikk forfatterne et innblikk i hva barna i studien følte om det å være syk versus å være frisk. Ved å bruke tegne-og-skrive-metoden fikk de barna til å reflektere over sykdommen sin i tillegg til at barna. Sykepleier vil på denne måten se om barnet forstår informasjonen som blir gitt, samt barnets tanker og følelser rundt dette. Barnet er avhengig av å bli anerkjent som en aktiv deltaker veiledningen for å føle på kontroll og mestring i situasjonen. Gjennom dialog tillates det at barnet kan stille spørsmål, være aktiv og ta del i styringen av veiledningen (Tveiten, 2016). Barnet vil slik oppleve å håndtere situasjonen, og oppnå en følelse av mestring (Helsedirektoratet, 2017).

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven er å finne svar på hvordan sykepleier gjennom veiledning kan fremme mestring hos barn med nyopplaget diabetes mellitus type 1. Jeg har i denne oppgaven på bakgrunn av teori og funn fra fem forskningsartikler kommet frem til flere viktige faktorer.

Mestringsfølelse blant barn vil komme dersom sykepleieren er inkluderende og lar barna aktivt delta i undervisningsopplegget. Gjennom et menneske-til-menneske-forhold vil barna føle seg ivaretatt og verdsatt av sykepleieren, noe som kan føre til en styrket mestringsfølelse hos barnet. Ved å skape en trygg og tillitsfull relasjon til barnet vil sykepleier finne ut av hvilke behov barnet har i forhold til de emosjonelle, psykososiale, relasjonelle og fysiske behov. Alle disse behovene må møtes for at barnet skal kunne oppnå mestring.

Videre er det viktig at sykepleier tilpasser informasjonen som blir gitt til barnet, samt at sykepleier ser etter om barnet har forstått budskapet som blir gitt. Det vil derfor være hensiktsmessig at sykepleier tilpasser veiledningsmetoden og sørger for at barnet mestrer situasjonen det er i. Mestring oppnås når barnet føler seg trygg på situasjonen og omgivelsene rundt, samtidig som at barnet har tro på egne evne. I tillegg er sykepleierens kunnskap avgjørende for at barnet skal kunne føle på trygghet, tillit og være selvstendig i behandlingen. Skammen som er barnet knytter til sykdommen er en stor belastning. Ved at sykepleier klarer å veilede og støtte barnet, vil dette kunne styrke mestringsfølelsen til barnet, samt redusere følelsen av skam. Barnet vil oppnå mestring når det føler seg trygg i situasjonen, har troen på seg selv og opplever at en klarer å kontrollere sykdommen sin selv.

## Bibliografi

- Alderson, P., Sutcliffe, K., & Curtis, K. (2006). Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition. (91), ss. 300-303. Hentet fra: [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no): <http://ebn.bmj.com/content/10/1/28.full>
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes - forebygging, oppfølging og behandling* (ss. 205-215). Oslo: Akribe.
- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinchmann, B. S. (2014). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (ss. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Diabetesforbundet. (2018). *Barn*. Hentet fra <https://www.diabetes.no/barn/>
- Diabetesforbundet. (2016). *Min skoledag med diabetes*. Hentet fra <https://www.diabetes.no/barn/minskoledagmeddiabetes/>
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S. O., & Madleco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of clinical nursing* (22), ss. 1890-1898. Doi: 10.1111/jocn.12046
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatri og pediatrisk sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/243515.cms>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2017). *Stress og mestring*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jenssen, T. (2011). Diabetes Mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 379-392). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? I A. Skagjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes - forebygging, oppfølging og behandling* (ss. 216-236). Oslo: Akribe.

- Kelo, M., Eriksson, E., & Eriksson, I. (2012). Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27 (4), ss. 894-904. Doi: 10.1111/sca.12001
- Lima, L., Silva, V., & Lemos, M. S. (2017). How chronic disease affects children's view on being ill and healthy: a comparative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(31), ss. 922-929. Doi: 10.1111/scs.12415
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 40-54). Oslo: Cappelen damm.
- Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (ss. 51-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund.* (2016). Hentet fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for>
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funskjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., ss. 17-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient og brukerrettighetsloven.* (1999). Hentet fra Lov om pasient og brukerrettigheter: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes forebygging, oppfølging og behandling* (ss. 19-73). Oslo: Akribe.
- Sørbjerg, I. L. (2013). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 114-151). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sparapani, V. d., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015). What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus? *Pediatric nursing* 41 (1), ss. 17-22.
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 13-37). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torgauten, J. O. (2011). Følelesmessige reaksjoner ved type 1-diabetes. I A. Skafjeld, & M. Graue (Red.), *Diabetes - forebygging, oppfølging, behandling* (ss. 172-184). Oslo: Akribe.

- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2012a). Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (ss. 157-204). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2012b). Etisk perspektiv på sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie. I S. Tveiten, A. Wennick, & H. F. Steen (Red.), *Sykepleie til barn* (ss. 205-212). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk; pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.