

Bacheloroppgave  
i  
sykepleie

SY 180 000H

Hvordan kan vi som sykepleiere møte, veilede og undervise foreldre til barn med nyopptaget diabetes?

[ Bendiksen, Silje Irén  
Johansen, Guri Karlsten ]

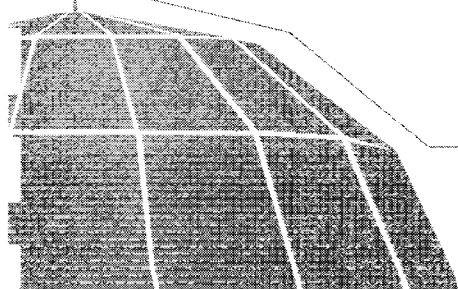
Kandidatnummer:

2

45

Innleveringsdato: 30.04.09

Kull 06H



## Innhold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE .....	2
1.2 HENSIKT .....	2
1.3 AVGRENSNING .....	3
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1 INTERVJUET .....	5
2.2 DATASAMLING .....	7
2.3 KILDEKRITIKK .....	8
<b>3.0 TEORIDEL</b> .....	<b>9</b>
3.1 HVA ER DIABETES TYPE 1?.....	9
3.2 BARN I ALDEREN ÅTTE TIL TI ÅR .....	10
3.3 KRISE.....	11
3.4 PEDAGOGISK TILNÆRMING .....	12
3.4.1 <i>Kommunikasjon</i> .....	13
3.5 DOROTHEA OREMS SYKELEIERTEORI .....	14
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	<b>16</b>
4.1 EN ALVORLIG SYKDOM .....	16
4.2 FØRELDRE I KRISE .....	17
4.3 PSYKISKE REAKSJONER .....	19
4.3.1 <i>Skyldspørsmål</i> .....	19
4.3.2 <i>Parforholdet</i> .....	19
4.3.3 <i>Psykisk støtte</i> .....	20
4.4 DET FØRSTE MØTET.....	22
4.5 UNDERVISNING OG VEILEDNING .....	23
4.5.1 <i>Undervisningens innhold</i> .....	25
4.5.2 <i>Barn og undervisning</i> .....	28
4.6 OPPFØLGING.....	29
<b>5.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>31</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>35</b>
<i>Intervjuguide</i> .....	35

## 1.0 Innledning

Antall ord i oppgaven: 9850

### 1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Som sykepleiere er det viktig å være bevisst på å gi foreldre god informasjon og veiledning i forbindelse med et barns sykdom. Gode kunnskaper hos foreldrene gir trygghet som gjenspeiles til barnet. Vi synes dette er svært viktig for å gi barnet det beste møte med sykdommen, og ønsker derfor å fordype oss i hvordan dette kan gjennomføres på en best mulig måte. Foreldrene er barnets viktigste støtte og omsorgspersoner (Hordvik og Straume, 1997).

Norge ligger blant verdensstoppe på forekomst av diabetes type 1, og sykdommen øker stadig (Førsund og Mosand, 2005). Derfor vil vi med stor sannsynlighet møte på denne problemstillingen i fremtiden. Kunnskapen vi innhenter gjennom arbeidet med oppgaven vil også kunne brukes i møte med foreldre som har barn med andre kroniske sykdommer, da fremgangsmåten ofte blir den samme. Som sykepleier er det svært viktig at man til enhver tid er oppdatert, da det stadig forskes på sykdommen.

Undervisning og veiledning til foreldre er et tema som vi har fått inntrykk av at det forskes lite på. Det foreligger lite litteratur om dette temaet, og vi håper andre kan ha nytte av oppgaven vår.

### 1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere bør møte, samt undervise og veilede foreldrene når barnet har fått diabetes type 1. Foreldrenes reaksjoner i en slik situasjon er svært forskjellig, dermed har de også forskjellige behov. Blir disse dekket?

### **1.3 Avgrensning**

Vi retter fokuset mot foreldrene i denne oppgaven, da det er disse som har ansvaret for barnet og dermed også behandlingen av sykdommen. Vi er klar over at det er barnet som skal fokuseres på og inkluderes, og vil derfor trekke barnet inn i oppgaven der det faller seg naturlig. Diabetes er en sykdom som krever kontinuerlig overvåkning, foreldrenes kunnskaper og handlinger kan være avgjørende for hvordan barnets helse utvikler seg. Foreldrene vil på sikt legge grunnlaget for barnets oppfatning av sykdommen, noe som vil hjelpe dem til å leve et normalt liv. Vi velger samtidig å avgrense temaet til barn i aldersgruppen åtte til ti år. Dette er på bakgrunn av at det er i denne alderen diabetes hos barn som regel oppstår. Videre velger vi å skrive om tiden de er innlagt på sykehuset. På Nordlandssykehuset i Bodø er dette omtrent 14 dager. Til slutt tar vi utgangspunkt i at barnet ikke har noen andre sykdommer fra før og at foreldrene er sammen.

## 2.0 Metode

Aubert definerer metode på følgende måte:

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Siteret i Dalland, 2004:71).*

Metodisk har vi valgt å bruke litteraturstudie og kvalitativt intervju. Dette gjorde vi på bakgrunn av at man med kvalitativ metode kan finne meninger og reelle opplevelser. Gjennom denne metoden kan man gå i dybden på emner som er av interesse. Dette via intervju som preges av fleksibilitet ved å ikke bruke faste svaralternativer. Slik kan informanten utdype hvordan problemstillingen utføres i praksis. I tillegg får man muligheten til å drive datasamling i direkte kontakt med feltet man ønsker å forske på. Gjennom disse data kan man finne sammenhenger og eventuelle ulikheter ved teori og praksis. Kvalitativ metode kjennetegnes også ved at fremstillingen av dataen skal formidle forståelse. Kvantitativ metode kjennetegnes ved at data som samles inn kan måles, veies eller tallfestes gjennom statistikker (Dalland, 2004). Vi valgte å ikke bruke kvantitativ metode da denne metoden går i bredden. Vi ønsket å fordype oss i et tema, derfor ville kvalitativ metode belyse vår problemstilling bedre.

Hermeneutikk betyr fortolkningsvitenskap og handler om å forstå menneskets eksistens og fortolke meningsfulle fenomener. Den knyttes også til skillet mellom forklarende og forstående vitenskap. For at det skal være mulig å forstå meningen, er det derfor viktig å kunne beskrive vilkårene. Forforståelse er en viktig faktor for forståelse. Årsaken til dette er at vi må ha noen ideer om hva vi ønsker å tilegne oss kunnskap om. Dermed kan vi fortolke tekster (Aadland, 2004). Før vi startet med denne oppgaven hadde vi noen tanker om at diabetes type 1 er en alvorlig sykdom som krever kontinuerlig oppfølging. Vi trodde også at for mange foreldre vil det være et stort sjokk at barnet får diagnosen. Mennesker tolker verden slik man selv har opplevd den. Uten ideer vil undersøkelser i utgangspunktet ikke hatt noen hensikt. I oppgaven vår har vi fortolket et intervju. Vi hadde på forhånd lest en del om hvordan veiledning og undervisning burde foregå til foreldrene, og dermed også gjort oss opp

noen tanker rundt temaet. Det være seg tanker som empati og respekt overfor foreldrene da de er i en sårbar situasjon. I følge hermeneutikken kan forforståelsen sees på som en ressurs for å tolke og forstå det fenomenet vi sto ovenfor (Aadland, 2004).

## **2.1 Intervjuet**

Hensikten med vårt kvalitative forskningsintervju var å få tak i informantens beskrivelse av rutiner og oppgaver i forbindelse med veiledning og undervisning av foreldre, samt hva som vektlegges under utførelsen av disse. Målet med intervjuet var å få kvalitativ kunnskap gjennom et vanlig språk. For å få en dekkende beskrivelse, er det da viktig å stille utfyllende spørsmål. Derfor må man følge godt med på hva som blir sagt underveis, slik at informanten til enhver tid kan oppfordres til å gi en dekkende beskrivelse (Dalland, 2004).

Personen vi intervjuet er en sykepleier på barneavdelingen som har lang og bred erfaring med barn og diabetes. Hun har møtt mange foreldre som har vært innlagt sammen med barn som har fått diabetes type 1. Vi har valgt å bruke begrepet sykepleier når vi omtaler vår informant. Dette gjorde for å anonymisere henne.

Det første vi gjorde var å utarbeide en intervjuguide som til sammen besto av 11 spørsmål (vedlegg). Denne ble godkjent av veileder. Vi dro deretter ned til barneavdelingen personlig for å overlevere søknaden angående et intervju. Dette gjorde vi fordi vi da ville få en relasjon til avdelingslederen, som kunne henvise oss til en medarbeider med den riktige kompetansen rundt emnet. Avdelingslederen arrangerte straks et møte for oss med sykepleieren som vi skulle få intervjuet, der vi fikk utdypet vår intensjon.

*Personregisterloven § 13 e sier om forskerens taushetsplikt at enhver som utøver tjeneste eller arbeid i forbindelse med en forskningsoppgave, plikter å hindre at andre får tilgang til eller får kjennskap til opplysninger undergitt taushetsplikt (Dalland 2004:222).*

Vi informerte om bruk av båndopptaker, samt at dette ville bli makulert etter endt oppgaveskriving. Dette for å ivareta sykepleierens integritet og vår taushetsplikt i forhold til uttalelser under intervjuet. For mange informanter er anonymisering en forutsetning for å delta. Derfor understrekte vi at dette ville bli ivaretatt både under utarbeidelsen av oppgaven og i ettertid. Grunnen til at vi valgte å bruke båndopptaker under intervjuet var for å ivareta alt som ble sagt, da en båndopptaker også fanger opp nyansene i språket og stemmen. Minuset med å bruke båndopptaker er at den ikke fanger opp kroppsspråket, det betyr at vi måtte observere dette under intervjuet. Mange kan føle seg utilpass i en situasjon der alt som blir sagt taes opp på bånd (Dalland, 2004). De kan kanskje være redde for at intervjuet skal bli brukt mot dem, både på godt og vondt. Dermed kan også svarene bli av dårligere kvalitet. På den andre siden kan svarene bli mer gjennomtenkte. Båndopptakeren ble plassert på en hylle ved siden av der vi satt. Denne var på størrelse med en mobiltelefon og sykepleieren virket uanfektet av den.

Sykepleieren ønsket å komme tilbake til passende sted og tidspunkt via e-post. Vi hadde på forhånd bestemt oss for å ikke gi intervjuguiden til henne, da det i følge Dalland fort kunne binde informanten fast til denne (2004). Vi endte likevel opp med å gi henne den, da hun ønsket dette.

Intervjuet foregikk på et kontor ved avdelingen, der vi kunne sitte uforstyrret. Dette tenker vi var en fordel for sykepleieren, da hun fikk være i kjente omgivelser. Dermed slappet hun kanskje mer av. Forstyrrelser kan føre til at man mister fokus og dermed forringer kvaliteten på intervjuet. Underveis observerte vi kroppsspråket til sykepleieren. Hun virket rolig og avslappet. Kroppsspråket kan være med på å avgjøre om svarene er pålitelige (Dalland, 2004). I dette intervjuet kunne vi ikke se at kroppsspråket avslørte noe annet enn det hun uttalte. Vi følte at svarene vi fikk var ærlige og gjennomtenkte. I følge Dalland ville er det en fordel å sette av mer tid enn beregnet intervjutid. Slik kan man unngå å få en stresset informant, med dårlige svar

avslutningsvis (2004). Vi var svært usikre på hvor lang tid intervjuet ville ta, men estimerte det til omtrent tre kvarter. Vi valgte derfor å skrive at informanten måtte sette av en time. Intervjuet tok 40 minutter, så vi fikk god tid til å avrunde. Det vi satt igjen med var av stor interesse for oppgavens innhold.

Vi ser i ettertid at det var en fordel at sykepleieren fikk intervjuguiden på forhånd, da hun virket godt forberedt med gjennomtenkte svar. Det falt oss helt naturlig å komme med påfølgende spørsmål underveis i samtalen, noe som sykepleieren taklet fint.

Intervjuet vil vi ta med oss i drøftingsdelen for å gi en pekepinn på om teorien vi har funnet praktiseres. Vi er klar over at siden vi kun har utført ett intervju kan vi ikke støtte oss for mye til dette. Intervjuet sier noe om hvordan det fungerer på bare en avdeling og fra en enkelt ansatt.

## **2.2 Datasamling**

Vi startet tidlig med å søke etter forskningsartikler på internett, noe som viste seg å være vanskelig. Vi søkte i bibsys, pubmed, medline og google (søkemotorer på internett). Søkeordene vi brukte var forskning, kronisk sykdom, barn, diabetes og foreldre. På engelsk søkte vi på ”parenting, chronic, illness, children, diabetes”. Vi fikk et treff på ”forskning+ barn+ diabetes” som vi syntes var særlig relevant. Dette er en norsk pågående forskning, der sykepleier og doktorgradstipendiat Anne Haugstvedt ønsker å kartlegge hvordan mor og fars helse utvikler seg når barnet deres får diabetes type 1 (2008). Problemet var bare at denne ikke var avsluttet, dermed hadde vi ingen resultater å vise til. Men i kildehenvisningen til artikkelen sto det flere relevante forskningsartikler som vi bestilte. Vi valgte likevel å sende en e-post til doktorgradstipendiat Anne Haugstvedt som står bak forskningsprosjektet i Bergen, der vi spurte om det forelå noe tilgjengelig litteratur. Hun var dessverre ikke kommet så langt at hun kunne gi oss noe litteratur, men foreslo andre forfattere som hadde skrevet om barn og foreldre. Dette ga oss flere forskningsartikler.



For å kartlegge hvilken alder diabetes type 1 oftest oppstår hos barn søkte vi på ”diabetes type 1+barn+prevalens”. Vi fikk et treff i pasienthåndboka som sa åtte til ti år. For å få bekreftet dette tok vi kontakt med Norges Diabetesforbund, men de kunne ikke hjelpe oss.

Vi startet med å samle inn alt av bøker vi fant om barn, foreldre, kronisk sykdom og diabetes. Når vi etter hvert gikk igjennom disse viste det seg at ikke alt var like relevant å inkludere i oppgaven vår. Vi jobbet en del med å finne litteratur omkring barns psykologisk utvikling i åtte til ti års alder. Det vi fant ble for vagt i forhold til oppgaven, derfor tok vi kontakt med en psykolog som anbefalte oss om bøkene av Stein Erik Ulvund. Her fant vi relevant litteratur.

### **2.3 Kildekritikk**

Vi valgte å bruke Cavanaugh's tolkning av Dorothea Orems sykepleieteori. Vi er klar over at vi da får Cavanaugh's tolkning av henne, men vi var redde for å tolke henne feil ved å lese på engelsk. I pasienthåndboken sto det at diabetes hadde hyppigst forekomst i åtte til tolv års alder. Vi var noe skeptisk til å bruke denne litteraturen som kilde, da den hovedsakelig retter seg mot pasienter, ikke helsepersonell. I tillegg kan de ikke garantere at alle opplysninger er korrekte og fullstendige (Johannessen, 2007). Vi fikk dette bekreftet i intervjuet, derfor valgte vi å bruke denne likevel.

## 3.0 Teoridel

### 3.1 Hva er diabetes type 1?

I Norge er det omtrent 25000 mennesker som har diabetes type 1. Når det gjelder barnediabetes ligger Norge på verdenstoppen. Diabetes type 1 er en av de vanligste kroniske sykdommene man kan få som barn (Skrivarhaug, 2008). Det er omtrent 250 barn under 15 år som får diabetes type 1 hvert år (Joner, 2008). Forskning viser at diabetes type 1 stadig øker.

Diabetes type 1 er en kronisk metabolsk (relatert til stoffskiftet) sykdom. Sykdommen skyldes at insulinproduserende celler i bukspyttkjertelen har sluttet å produsere hormonet insulin. Når en person utvikler diabetes type 1 ødelegges disse cellene gradvis og til slutt vil kroppens insulinproduksjon stoppe helt opp. Pasienten må da tilføres insulin gjennom injeksjoner for å overleve. Årsaken til diabetes type 1 er fortsatt ukjent. Noen forskere mener det kan være infeksjoner med Coxackie-virus<sup>1</sup>, stress, miljøfaktorer eller deler av kostholdet som kan være årsaken. Visse vevstyper disponerer også for type-1 diabetes. Insulinets oppgave i kroppen er å frakte glukose fra blodet og inn i cellene. Glukose er karbohydrater som vi får gjennom maten vi spiser. Når kroppen ikke produserer insulin øker konsentrasjon av glukose i blodet, og cellene i kroppen får dermed ikke tilført energi. Glukosen blir skilt ut gjennom urinen. Nedbrytingen av glykogen til glukose i leveren øker, dette fører også til økt glukose i blodet. Fettforbrenningen i kroppen blir ufullstendig. Symptomene på diabetes er som regel veldig tydelige. Vanlige symptomer er hyppig urinlating og økt tørste. På grunn av den hyppige urinlatingen blir det et økt væsketap i kroppen. Når bukspyttkjertelen ikke lenger produserer insulin får ikke kroppen næring til cellene. Nedbrytingen av proteiner øker og dermed vil kroppen få et vekttap. Trethet og nedsatt muskelstyrke blir konsekvenser av dette (Mosand og Førstund, 2005).

---

<sup>1</sup> Tilhører RNA-virusfamilien, kan forårsake blant annet hjernehinnebetennelse, smitter via dråpesmitte (Nylenna, 2008:65).

Insulinbehandlingen de siste årene er blitt stadig bedre. Dette gjør det mulig for den enkelte pasient å finne den typen insulinbehandling som er best tilpasset han eller henne. Det som blir mest brukt av barn i dag er insulinpenn eller insulinpumpe. Nålen på en insulinpumpe bør skiftes omtrent hver tredje dag (Bangstad, 2004). Det betyr at det blir mange færre stikk enn ved bruk av insulinpenn.

Hvis pasienten lever med en godt regulert diabetes er sannsynligheten for å forebygge senkomplikasjoner stor. Det gjør de ved daglig egenkontroll av blodsukkeret, fysisk aktivitet, tilstrebe normalvekt, unngå røyking, god fotpleie, sunt kosthold og regelmessig legekontroll. Senkomplikasjoner er forandringer i de små blodkarene i øynene, nyrene, og i nervesystemet. Dette kan føre til blindhet, nyresvikt og nevropati. Sistnevnte er en samlebetegnelse på en rekke organiske nervesykdommer. Det kan også skje forandringer i de store blodkarene. Dette kan føre til dårlig sirkulasjon som igjen kan gi hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig sårheling som i verste fall kan føre til amputasjon. Dårlig regulert blodsukker er hovedårsaken til komplikasjoner på lang sikt. Skadene på nervene og blodkar skjer sakte, men kan få alvorlige konsekvenser (Hanås, 2000).

Mennesker som får diabetes type 1 vil få mange utfordringer i hverdagen. Sykdommen følger pasienten døgnet rundt, og for å få et godt og langt liv må pasienten passe på blodsukkeret sitt (Mosand og Førstund, 2005). For å få en vellykket behandling av sykdommen må man ta hensyn til flere faktorer som barnets egenart, alder, familiens struktur og deres sosiale liv. En forståelse av sammenhengen mellom kostholdet, den fysiske aktiviteten og insulinbehov er svært viktig for å kunne leve godt med sykdommen (Bangstad, 2004).

### **3.2 Barn i alderen åtte til ti år**

Barn i denne alderen har stor tillitt til foreldrene sine, og de trenger den tryggheten som en familie kan gi. De trenger rutiner og klare regler, men behovet for å bestemme selv vil gradvis komme fram. I denne perioden i livet vil barnet være mer sårbare for

vonde følelser, men samtidig vil de ha et roligere følelsesliv enn tidligere. Barnet vil ha ekstra behov for noen å snakke med og noen som kan lytte til dem. I denne alderen vil barnet stadig bli påvirket av venner og miljøet rundt dem, men som foreldre kan man fortsatt gjøre mye for at barnet skal få en godt selvbilde og bli trygg på seg selv. Barn som er overkontrollerte er de som er stille og forsakte, disse vil kanskje ikke klare forandringer like bra som et barn som er motstandsdyktig. Når barnet er fra åtte til ti år vil det klare å tenke mer logisk, men bare på konkrete oppgaver som man viser og demonstrerer for dem. Forskning viser at barn som blir oppfattet som flinke og som læreren har større tro på, har større forutsetninger for å ta til seg læring. Dette er på bakgrunn av at de ofte får mer positiv oppmerksomhet (Ulvund, 2007).

### **3.3 Krise**

En krise kan oppstå når det skjer alvorlige hendelser som sykdom, traumer, katastrofer, vold, dødsfall eller andre store endringer i livet. Ting blir plutselig annerledes og verden vil føles mindre trygg og forutsigbar. En person som opplever en krise vil ha behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Gjennom en god dialog og kommunikasjon vil mennesker ha bedre forutsetninger for å mestre sykdom og kriser. Vi deler kriser inn i to grupper, livskriser og traumatiske kriser. Livskriser kommer gradvis, for eksempel i forbindelse med puberteten, mens traumatiske kriser er noe man rammes av plutselig, for eksempel en ulykke eller en sykdom. I sorg og krise får mange hukommelsesproblemer og konsentrasjonsvansker, derfor skal informasjon og viktige beskjeder alltid gjentas senere. Mange som får dårlige nyheter vil kanskje ikke høre etter eller fortrenge. Fortrengningen hjelper oss mennesker til å ta vanviddet gradvis inn (Eide og Eide, 2000).

I en normal krisereaksjon skiller man mellom fire faser, sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kommer først og kan vare fra sekunder til dager. Mange opplever et indre kaos og en uvirkelighetsfølelse. Atferden kan variere fra apati til sinne og panikk. Noen opplever

som om de er uanfektet av det som har skjedd. Etter sjokkfasen kommer reaksjonsfasen. Denne fasen er preget av gråt, håpløshet, engstelse, søvnforstyrrelser og mareritt. Mange leter etter en mening med det som har skjedd, andre leter etter syndebukker. I denne fasen kommer fortregningen inn. Noen stenger ute omgivelsene. Reparasjons- og bearbeidingsfasen er at man begynner å akseptere det som har skjedd og bruker mindre tid til grubling. Forsvarsreaksjonene blir gradvis mindre framtreddende. Nyorienteringsfasen kjennetegnes med at man retter fokuset mot fremtiden. Man får overskudd til å engasjere seg i gamle interesser og nye utfordringer (Kringlen, 2006). I en krisesituasjon bør mestring stå i fokus. For å styrke mestringskompetansen må man ofte både informere, undervise, instruere og gi råd (Tveiten, 2008).

### **3.4 Pedagogisk tilnærming**

Hensikten med veiledning og undervisning er i følge Tveiten å *legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forbygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for medvirkning* (Tveiten, 2008:157). Det er viktig at de som skal undervises er klar over hensikten og ikke minst hva målet med undervisningen er. Er disse to realistiske vil det kunne bidra til en mestringsfølelse.

Undervisning kan defineres som *formidling av kunnskap* (Tveiten 2008:116). Hensikten med undervisning er at vi som sykepleiere skal formidle vår kunnskap som vi vet at pasienten trenger for å mestre sin situasjon. Undervisning kjennetegnes ved at kunnskapen som skal formidles, på forhånd er planlagt. Man må ta hensyn til flere momenter når man skal undervise. Dette være seg lærerforutsetninger, hensikt, rammefaktorer og metoder. Med lærerforutsetninger menes det hvem som skal undervises og hvilke forutsetninger de har for å lære. Man må være bevisst på hva som er hensikten med undervisningen. Dette kan for eksempel være informasjon om sykdommen eller hvordan behandlingen virker. Rammefaktorene relateres til omstendighetene rundt undervisningen. Dette kan være tid, sted, rom og eventuelt hvilke hjelpemidler som er tilgjengelig. Det fins flere metoder å undervise på. Dette

kan være samtaler, rollespill, vise bilder og film, forelesning og demonstrasjon (Tveiten, 2008).

Hensikten med veiledning er å styrke mestringskompetansen gjennom en dialog som er basert på kunnskap og menneskelige verdier. Der legger man til rette for at pasienten selv skal finne svarene gjennom en formell, relasjonell og pedagogisk prosess. Den som veiledes deltar med sin egen opplevelse og forståelse. Ved hjelp av dette og andre kommunikasjonsformer vil veileder kunne tilrettelegge for hva pasienten selv oppdager, lærer, hvilke aktuelle handlinger som må til og hva som eventuelt hindrer forandring (Tveiten, 2008).

Leino-Kilpi med flere hevder gjennom Tveiten at informasjon og undervisning

- *har positiv effekt for muligheten til å mestre stress og helseproblemer*
- *gjør at pasienter takler medisinske kriser bedre*
- *reduserer symptomer*
- *har positiv effekt på egenomsorg*

(Tveiten 2008:16)

### **3.4.1 Kommunikasjon**

Kommunikasjon blir ofte formidlet på to forskjellige måter. Dette er verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon kjennetegnes ved at man formidler gjennom tale eller skrift. Ved nonverbal kommunikasjon er det kroppsspråket som står i sentrum. For å forstå pasienten og for å kunne gi bedre omsorg er det viktig med en dialog. Slik finner man ut hvem pasienten er og detaljer som er viktige for å kunne planlegge tiltak som kommer pasienten til gode. God kommunikasjon kan også gi en økt følelse av trygghet. God kommunikasjon og profesjonalitet i helsefaglig kommunikasjon kjennetegnes ved kunnskap, ferdigheter, etikk, empati og målorientering. Våre kunnskaper og ferdigheter er grunnlaget for utøvelsen av sykepleie. Man må vite hvorfor og hvordan man utfører blant annet prosedyrer, slik at man kan informere om dette. Slik kan pasienten få en opplevelse av trygghet og ro i situasjonen. I etikken legger man vekt på evne til etiske refleksjoner.

I yrket som sykepleier dukker etiske dilemmaer stadig opp. Hvordan formidler man dårlige nyheter på en skånsom og hensynsfull måte? Det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon er kanskje empati. Det kan forklares som evnen til å kunne sette seg inn i en annens situasjon og de følelsene en situasjon kan skape for en annen. Å kunne lytte er også svært viktig. Som sykepleier er det også viktig å være bevisst på å jobbe mot klare mål. Dette innebærer å utnytte sine evner, kunnskaper, empati og etikk slik at man ivaretar pasientens helse og behov (Eide og Eide, 2000).

### **3.5 Dorothea Orems sykeleierteori**

I oppgaven vår som handler om veiledning og undervisning har vi valgt å bruke Dorothea Orems sykeleierteori. Grunnen til at vi har valgt Orem er at hun legger stor vekt på egenomsorg i sin teori. I følge Cavanaghs tolkning av Orem kan egenomsorg enklest defineres som menneskets evne og vilje til å utføre aktiviteter på egne vegne som er nødvendige for å leve og overleve. Egenomsorg betyr at omsorgen skjer frivillig og krever at man er bevisst på sin helsetilstand, slik at man kan ta fornuftige valg og tiltak.

For å utøve egenomsorg må den enkelte være i stand til å utøve de åtte egenomsorgsbehovene som er felles for alle mennesker, og som er viktig for at et menneske skal fungere. Disse omhandler de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet. Hun har delt egenomsorgsbehovene i to undergrupper, som er utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte behov. Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er forskjellige behov, som ses i sammenheng med menneskers modning og utvikling. Det kan plutselig oppstå negative hendelser i livet, disse kan føre til at det blir endringer i levevilkår.

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov er når en person blir syk, skadet, får funksjonssvikt eller har behov for behandling av lege. Det kan være behov som å søke råd og veiledning hos helsepersonell som kan gi dette. Forbyggende helsearbeid er

noe Orem legger stor vekt på. Her nevner hun henholdsvis primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primær er i følge Orem den mest hensiktsmessige måten å forebygge sykdom. Sekundærforbygging er at man avverger, gjennom tidlig oppdagelse og rask behandling, uheldige konsekvenser eller komplikasjoner av sykdom eller langvarig funksjonssvikt. Tertiærforebygging vil si å rehabilitere etter skade eller funksjonssvikt.

Det er tre sykepleiersystemer Orem legger vekt på i sin teori, det helt kompenserende, det delvis kompenserende og det støttende og undervisende systemet. Når pasienten er ute av stand til å ta vare på sine egenomsorgsbehov må sykepleieren ivareta disse, samt støtte og beskytte. Dette kalles det helt kompenserende system. I det delvis kompenserende systemet er pasienten til en viss grad i stand til å ta vare på sine egenomsorgsbehov. Det støttende og undervisende sykepleiersystemet vil være aktuelt for pasienter som midlertidig trenger assistanse. Her er sykepleierens oppgave å undervise og tilrettelegge for at pasienten selv skal kunne ivareta sin egenomsorg.

Orem nevner fem hjelpemetoder sykepleiere kan bruke for å hjelpe pasienter. Å handle eller gjør noe for en annen er kanskje den mest innlysende funksjonen sykepleiere har. Videre nevner hun å veilede en annen. Å veilede en pasient krever at sykepleieren gir informasjon og råd som er relevant for at pasienten kan møte og ivareta sine omsorgsbehov. Orem nevner også å støtte en annen fysisk eller psyksisk, å tilrettelegge omgivelser og til slutt å undervise (Cavanagh, 1999).



## 4.0 Drøfting

### 4.1 En alvorlig sykdom

Diabetes type 1 er en alvorlig sykdom som i verste fall kan få en dødelig utgang. Sannsynligheten for alvorlige senkomplikasjoner er stor dersom man ikke tar hensyn til viktige faktorer som blodsukker, aktivitet og kosthold. Diabetes type 1 er en sykdom som vil følge barnet og foreldrene døgnet rundt. Blodsukkeret påvirkes av alt man gjør og ikke gjør, blant annet fysisk aktivitet, insulindoser, kosthold og følelser. For eksempel kan mye fysisk aktivitet gi lavere blodsukker og et mindre insulinbehov. Lite aktivitet kan bidra til at det blir for høyt og dermed vil kroppen kreve mer insulin. Videre kan inntak av hurtige karbohydrater gi store svingninger i blodsukkeret. Mange opplever at humøret påvirkes av blodsukkeret, hvis dette er ustabil kan det føre til at man blir irritabel (Hanås, 2000). Dette er noen faktorer som viser at diabetes type 1 er en alvorlig sykdom som krever kontinuerlig kontroll. Det fins en rekke flere momenter som spiller inn på blodsukkeret, men vi velger å ikke utdype disse. Vi kan tenke oss til at når barnet får en slik diagnose vil det følge med en rekke utfordringer i hverdagen for foreldrene, både psykisk og fysisk. Dette være seg blant annet parforholdet mellom foreldrene, bekymringer for at noe kan skje med barnet og våkenetter ved nattlige følinger.

Mange foreldre føler en lettelse over at barnet deres får en diagnose, mens andre opplever det som et sjokk. De fleste foreldrene har i følge sykepleieren som vi intervjuet fått en formening om diagnosen hos fastlegen. Der hadde de målt et høyt blodsukker og funnet sukker i urinen. Deretter henvises de til sykehuset, for videre diagnostisering. Noen foreldre har tatt barnet sitt med til legen av helt andre årsaker, kanskje tror de barnet har fått en blærekatarr, da de er begynt å tisse seg ut igjen. Derfor er de helt uforberedt på beskjeden fra legen. Det er en stor overgang fra en antatt infeksjon til en livsvarig sykdom. Dette tror vi er tøft for de aller fleste foreldre.

## 4.2 Foreldre i krise

Når barn rammes av diabetes type 1, rammes også foreldrene. Foreldrenes krisereaksjoner må møtes og forstås av sykepleiere. I en slik situasjon er det stor sannsynlighet for at de vil oppleve en traumatisk krise. En sykepleiers hjelp og støtte til både barnet og foreldrene kan være avgjørende for hvordan familien vil mestre situasjonen. Når man møter foreldrene vil det være hensiktsmessig å kartlegge hvilken krisefase de er i. Dermed kan man få en pekepinn på hvilke behov som trengs å dekkes. Slik vi tolker Orems teori, kan endringer i levevilkår føre til en krise. Når et barn får diabetes type 1, krever situasjonen ekstra egenomsorg. Sykdommen krever ekstra selvinnsikt, noe et barn i alderen åtte til ti år ikke vil være i stand til å ha. Som nevnt tidligere vil de kunne tenke logisk, men bare på konkrete oppgaver som demonstreres for dem. Derfor vil foreldrene være en viktig del av barnets egenomsorg, da barnet ikke er i stand til å ivareta dette selv.

Man må også danne seg et bilde av hvordan familiens sosiale situasjon er. Er det mulighet for støtte og hjelp fra familie og venner? I tillegg er det viktig å kartlegge hvilken betydning situasjonen har for foreldrene emosjonelt. Mange har behov for å snakke om sine følelser og reaksjoner. Som sykepleier vil det derfor være viktig å lytte i tillegg til å stille spørsmål om hvordan de opplever situasjonen. Slik kan man hjelpe dem over fra sjokkfasen til reaksjonsfasen og bearbeidelsesfasen. Under oppholdet vil det være nærliggende å tro at de er innom disse tre fasene. Nyorienteringsfasen vil som regel oppstå etter at familien har forlatt avdelingen. Som sykepleiere bør man være bevisst på at disse fasene kan variere i varighet, og at de ofte kan gå inn i hverandre (Kringlen, 2008). Å gi en tilfredsstillende informasjon er ofte den mest vesentligste kommunikative utfordringen når det gjelder selve sykdommen. Det være seg informasjon om sykdommen og behandlingen. En forutsetning er at man oppretter en trygg og god relasjon og at man i tillegg gir emosjonell støtte med tanke på å samarbeide om best mulig resultat. Mestring skal stå i fokus, det er barnet med foreldrene som er hovedpersonene og det er disse som skal utføre arbeidet som situasjonen krever (Eide og Eide, 2000) I forhold til et barn som har fått diabetes type 1 er det foreldrene og barnet selv som har ansvaret for sykdommen og alt den krever i hverdagen. Vi tenker at vi som sykepleiere får en

viktig oppgave med å hjelpe familien til å mestre sykdommen ved hjelp av støtte, motivasjon, veiledning og undervisning. Vi kan hjelpe dem med å tilpasse sykdommen den livsstilen de hadde før barnet fikk diagnosen, der det er forsvarlig. Med dette mener vi for eksempel å forklare dem hvordan aktivitet virker inn på blodsukker og insulinbehov. Slik kan foreldrene forstå sammenhengen mellom ulike faktorer og dermed ha muligheten til å regulere insulindosene ved behov.

Alle mennesker er forskjellige, og vi reagerer derfor ulikt. Mange kan tilsynelatende se rolig og fattet ut, på grunn av en følelse av uvirkelighet. De beskytter seg selv ved gradvis å ta inn sannheten om sykdommen. Dette kan gjøre at de selv blir overrasket over sin egen manglende reaksjon. Andre foreldre reagerer med gråt, fortvilelse og redsel. Hvordan vil fremtiden bli med tanke på utfordringer som sykdommen og behandlingen gir? Foreldrene opplever dette som et sjokk. I denne fasen vil de ha problemer med å konsentrere seg, dermed kan det å motta informasjon være vanskelig i starten (Hordvik og Straume, 1997). Derfor er det viktig å tenke på å gjenta beskjeder og informasjon som gis, samt ikke gå for fort fram. På bakgrunn av dette må sykepleieren vurdere når den rette tiden for å undervise og veilede egentlig er (Tveiten, 2008). I følge sykepleieren informeres familien kun om de prosedyrer som utføres der og da når de ankommer avdelingen. I begynnelsen er det ofte de praktiske tingene som står i fokus, som jobb og hvor eventuelt barnets søsken skal være. Det er ingen undervisning de første dagene, da de som regel ikke er klare for det. Disse dagene blir brukt til insulindosering og stabilisering. Dette varierer litt ut i fra barnets tilstand. I tillegg bruker man den første tiden på å la familien bli trygg i avdelingen og kjent med personalet. Dette være seg omvisninger og praktisk informasjon om blant annet måltider og rutiner. Det kan være hensiktsmessig i forhold til foreldrene, da de kan bruke denne tiden på det rent praktiske og å la sjokket synke inn. Deretter kan de rette fokuset mot undervisningen og behandlingen.

## **4.3 Psykiske reaksjoner**

### **4.3.1 Skyldspørsmål**

Sykepleieren fortalte at det ofte er forskjellige reaksjoner hos mor og far. Mor er ofte den som følger barnet, og er mer emosjonell mens far som regel er mer praktisk og løsningsorientert. Som nevnt tidligere vil begge ofte begynne å lete etter årsaker til at barnet har fått diabetes type 1. De stiller spørsmål om noe kunne vært gjort annerledes i oppveksten med tanke på kosthold og miljø? Felles for begge foreldrene er at de ofte bebreider hverandre og seg selv (Hordvik og Straume, 1997). Denne vanlige reaksjonen kan være hensiktsmessig å informere foreldrene om. Slik kan de være forberedt på dette, og dermed også forebygge at konflikter oppstår. Vi tror derfor at det er veldig viktig at vi som sykepleiere poengterer på et tidlig stadium at det er ingen som har skyld i barnets sykdom. Sykepleieren fortalte at fordeling av skyld er svært vanlig. De vektlegger å informere at det er ingen sin skyld, når familien ankommer avdelingen. Vi tror at dette er noe som bør gjentas under hele behandlingsoppholdet. Her kan vi som sykepleiere vise til at man enda ikke vet årsaken til at diabetes type 1 oppstår, men at det stadig forskes på (Mosand og Førsum, 2005). Dette kan være med på å underbygge det vi sier om at ingen har skyld i sykdommen.

### **4.3.2 Parforholdet**

I følge både teorien og sykepleieren vi har intervjuet settes ofte parforholdet på spill når et barn får en alvorlig kronisk sykdom. Arbeidsfordelingen blir ofte fordelt på et tidlig tidspunkt etter at diagnosen er stilt. Det viser seg at den som følger barnet ofte blir den som får ansvaret senere (Hordvik og Straume, 1997). Som nevnt tidligere er dette ofte mor. Hvis far er fraværende på grunn av jobb er det mor som blir sittende med kunnskaper og dermed ansvaret. Paragraf 3-4 i pasientrettighetsloven (1999) sier at dersom pasienten er under 16 år skal både pasienten og foreldrene eller andre med forelderansvar informeres. Det vil si at som helsepersonell må vi informere foreldrene

om at begge har en plikt til å delta på undervisningen. Som sykepleiere kan vi så langt det lar seg gjøre legge til rette for at begge foreldrene deltar. Hvis far fremdeles velger å utebli fra undervisningen kan dette føre til en avstand mellom foreldrene. Dette fordi far ikke har den kunnskapen slik at han forstår mors bekymringer. Derfor mener vi at sykepleiere ikke bør akseptere at en av foreldrene sklir ut. Begge bør delta fra starten av. Slik får de samme utgangspunkt og dermed større forståelse for hverandres reaksjoner (Hordvik og Straume, 1997). Som sykepleiere tror vi at vi kan bidra til å forebygge konflikter mellom foreldrene hvis vi er observante på utfordringer som dette. Foreldrene bør oppfordres, samt forklares viktigheten av at begge deltar. Skjev ansvarsfordeling og konflikter blir ekstra byrder, i tillegg til at foreldrenes fokus på hverandre og seg selv ofte blir nedprioritert. Vi kan tenke oss til at jo bedre foreldrene samarbeider, jo bedre vil barnet ha det. Som nevnt tidligere vil barn i åtte til ti års alderen være mer sårbar for vonde følelser. Økt stress i familien kan føre til skyldfølelse hos barnet (Hordvik og Straume, 1997). Dette kan igjen føre til at barnet får høyere blodsukker (Hanås, 2000). Som sykepleiere tror vi derfor det er viktig å informere foreldrene om at barn ofte får skyldfølelse for at foreldrene er slitne og lei seg. Slik kan foreldrene være forberedt og komme barnet i forkant. Vi tror at det kan være en ide at foreldrene automatisk fikk tilbud om samlivskurs i forbindelse med påvisning av sykdommen. Da kan man være bevisst på hvilke problemer som kan oppstå i samlivet og dermed også forebygge at dette utvikler seg.

### **4.3.3 Psykisk støtte**

At barnet får en kronisk sykdom kan ofte bli en utfordring for parforholdet mellom foreldrene. Dette kan igjen få konsekvenser for hvordan familien vil fungere. Sykepleieren fortalte at familiene tidligere fikk tilbud om samtale med psykolog under oppholdet. Dette tilbudet eksisterer imidlertid ikke lenger på grunn av dårlig økonomi og ressursmangel, noe vi synes er veldig synd. Hun sa også at de fleste familiene benyttet seg av dette tilbudet, mens andre følte ikke behov for samtale med psykolog. Vi mener at barn er det kjæreste foreldrene har. Når barnet får en alvorlig sykdom som diabetes type 1, vil det være nærliggende å tro at de har behov for å

snakke med noen om sine tanker rundt dette. I følge Hordvik og Straume er det svært viktig å dele sin sorg, angst, fortvilelse og bekymring med noen (1997). På den ene siden vil vi tro at foreldrene kan gi hverandre støtte og være gode samtalepartnere. På den andre siden kan vi tenke oss til at to foreldre ikke alltid er de rette samtalepartnere for hverandre. Kanskje har ikke den ene forståelse for tanker og følelser som den andre har. Spesielt hvis det er spørsmål om hvem som har skyld i sykdommen. Da kan det være godt med en utenforstående å snakke med. Vi tror at som sykepleier på en hektisk avdeling har man ikke bestandig tid til å ta disse samtaler. En psykolog har de rette kvalifikasjonene for å utføre en slik samtale. Sykepleieren fortalte imidlertid at de uformelle samtaler med en sykepleier kanskje kan være vel så god. Vi tenker at som sykepleiere blir vi kjent med foreldrene på en annen måte, da vi ofte er der i de vanskelige situasjonene og tunge stundene. En slik situasjon kommer ofte uventet, og det er som regel sykepleieren som er tilgjengelig da. Sykepleieren fortalte at de så langt det lar seg gjøre gjerne tar med seg kaffekoppen sin inn på pasientrommet. Dette for å møte familien uten noen spesiell hensikt, bare for å snakke om løst og fast, samt lytte til foreldrene. Dette er i tråd med en av Orem's fem hjelpemetoder som er å gi psykisk støtte (Cavanagh, 1999). Som studenter har vi selv erfart at en uformell samtale over en kaffekopp kan være verdifull. Den ekstra oppmerksomheten kan være med på at foreldrene føler seg sett og ivaretatt, noe som vil styrke tillitsforholdet ytterligere. Forskning viser at foreldre som jobber innenfor helsevesenet og er kjent med diabetes type 1, opplever det enda mer traumatisk at barnet får diagnosen (Sullivan-Bolyai, Rosenberg og Bayard, 2006). Dette kan jo være nærliggende å tro i og med at de er kjent med sykdommen og dens alvorlighetsgrad. De er klar over hvor store konsekvenser sykdommen har for hverdagslivet og hva de har foran seg, mens de andre foreldrene fremdeles er ”lykkelig uvitende”. Som sykepleier er det derfor viktig å være bevisst på at foreldre med helsefaglig bakgrunn kan få sterkere reaksjoner. I praksis har vi erfart at når helsepersonell selv blir syke, blir disse ofte overvurdert i form av både utførelse av prosedyrer og informasjon. Vi har sett at de ofte må klare seg selv.

#### 4.4 Det første møtet

For at vi som sykepleiere skal kunne undervise og veilede foreldrene til et barn med nyoppdaget diabetes type 1 på best mulig måte, har det første møtet mye å si for hvordan oppholdet blir. Her er det flere momenter vi som sykepleiere bør tenke på. Vi vil nevne noen grunnleggende holdninger som er svært sentrale. Foreldrene og barnet bør møtes med respekt. Vi skal hjelpe og støtte dem gjennom de kunnskapene og ferdighetene vi sitter med, uten å ta over deres rolle. Dette innebærer blant annet å ikke undervurdere deres evne til å tilpasse seg. Det viser seg at man har mer ”i seg” enn man tror. Denne ”kraften” henter foreldrene fram når barnet blir sykt (Davis, 2000). I det første møtet vil det i følge teorien være grunnlag for å tro at foreldrene er i en sjokkfase. Da er det viktig å være bevisst på hvilke reaksjoner foreldrene kan få. Som nevnt tidligere kan for eksempel sinne være en reaksjon. Vi tenker at en sykepleier må respektere dette sinnet, da dette kan relateres til sjokkfasen de befinner seg i. Hvis vi møter foreldrene med respekt tror vi at grunnlaget til et tillitsforhold også kan styrkes. Foreldrene bør også møtes med ydmykhet. Gjennom ydmykhet kan man fremme respekt, da ydmykhet kan være å være åpen og realistisk i forhold til sine egne ferdigheter og kompetanse (Davis, 2000). Vi kan tenke oss til at foreldrene er i en svært sårbar situasjon. De står foran store utfordringer i hverdagen, som for en utenforstående blir vanskelig å sette seg inn i, uten å ha vært i en lignende situasjon selv. Som nevnt tidligere er empati svært viktig i møtet med barnet og foreldrene (Eide og Eide, 2000). Vi tror at å være empatisk er en svært god egenskap. Slik kan vi bedre forstå reaksjoner som foreldrene måtte ha. Da kan også kunnskap og informasjon formidles på en skånsom og tilpasset måte.

Når man for første gang skal møte barnet med sine foreldre, har måten de blir mottatt på mye å si for hvordan oppholdet blir. Siden det er barnet som er hovedpersonen, skal man først å fremst henvende seg til barnet. Dette tror vi er viktig også for foreldrene, da de ser at barnet blir inkludert og tatt vare på. Det er nærliggende å tro at vi kan skape et godt førsteinntrykk hvis kroppspråket stemmer over ens med det vi sier. Hvis vi sier at vi har godt tid til å snakke, men samtidig kikker regelmessig på klokken kan dette bidra til mistillit. Videre tenker vi at det vil være hensiktsmessig å legge den første samtalen til et sted der man kan snakke uforstyrret. Å tillate

avbrytelser i form av støy fra andre pasienter eller omgivelser, kan oppfattes som respektløshet fra sykepleiers side, noe som vil ødelegge opprettelsen av et tillitsforhold. Omgivelsene bør ideelt sett være trivelige der man har anledning til å sitte i omtrent nitti graders vinkel til hverandre eller i sirkel. Dette fordi det vanligvis er slik mennesker sitter når en snakker med hverandre og for å unngå å sette opp barrierer (Davis 2000). Her vil vi også poengtere at det er viktig at sykepleier sitter på samme nivå som foreldrene, da dette vil unngå en såkalt autoritær ”ovenfra-og-ned” holdning (Eide og Eide, 2000). Med dette mener vi at vi kan unngå at foreldrene føler seg sett ned på. De er i en svært sårbar situasjon, og som sykepleiere vil vi også unngå å opptre som bedrevitere som skal belære foreldrene. Sykepleieren fortalte at de benytter et behandlingsrom når familien ankommer avdelingen. Da kan de være for seg selv, uten å bli forstyrret av omgivelsene. Dette er i tråd med Orems teori om tilrettelegging av omgivelser som hjelpemetode (Cavanagh, 1999). Det kan være med på å skape et godt førsteinntrykk, og opprette et tillitsforhold på et tidlig tidspunkt.

#### **4.5 Undervisning og veiledning**

En viktig del av sykepleie til diabetikere er veiledning, undervisning og opplæring (Mosand og Førsum, 2005). Som nevnt tidligere vil dette kunne bidra til å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forbygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og legge til rette for medvirkning. Vi mener at dette er svært relevant i forhold til foreldre og et barn med nyoppdaget diabetes type 1. Sykdommen krever at foreldrene blir ekspert på dens innvirkning på deres eget barn. Slik kan de selv ivareta egenomsorgen til barnet når de vender tilbake til hverdagen. Dette er i tråd med Dorothea Orems omsorgsteori. Hun legger stor vekt på veiledning og undervisning (Cavanagh, 1999). Gjennom veiledning skal vi informere og gi råd, dette kan for eksempel være tips om enkelte bøker som kan lette hverdagens utfordringer eller matvarer og dets innvirkning på blodsukkeret. En fremprovosert føling på sykehuset kan bidra til at barnet i trygge omgivelser, kjenner hvordan en føling kan være. Slik kan barnet med egne opplevelser kjenne igjen symptomer ved senere anledninger. Undervisning er i følge Orem å formidle kunnskaper vi selv innehar (Cavanagh, 1999). Dette kan eksempelvis være insulinets virkning i kroppen.



Ved hjelp av disse to metodene kan man hjelpe en familie med et barn som har fått diabetes type 1 til å ivareta sine egenomsorgsbehov.

For å kunne hjelpe foreldrene må man ikke bare kjenne sykdommen men også bli kjent med barnet og foreldrene. Vi må vite hvem denne familien er, hva slags livsstil har de? Er det for eksempel en aktiv familie som er mye ute, og i fysisk aktivitet? Vi må kjenne til blant annet familiens kostvaner, struktur og rutiner, slik at vi kan tilpasse undervisningen til hver enkelt familie og deres behov. Hvis undervisningen er tilpasset har familien større forutsetninger for å leve det livet de ønsker, der det er forsvarlig. Uforsvarlighet kan for eksempel være høyt inntak av hurtige karbohydrater og samtidig lavt aktivitetsnivå. Mennesker er forskjellige, og har dermed også forskjellige måter å tilnærme oss kunnskap på. Ved å bli kjent med foreldrene vil man kunne ha en dialog der sykepleier lettere vil kunne forstå hvordan foreldrene opplever situasjonen og hva de anser som problematisk (Davis, 2000). Hvilke kunnskaper har de for eksempel om sykdommen fra før? Siden diabetes er en svært vanlig sykdom, er muligheten for at mange har hørt noe om sykdommen stor. Dette kan for eksempel være amputasjon i forbindelse med diabetes type 2. Er dette foreldre med helsefaglig bakgrunn og dermed realistisk kjennskap til sykdommen? I dagens samfunn er det blitt mer og mer vanlig å hente informasjon på internett. Faren ved dette er at ikke all informasjon er like pålitelig, noe ikke alle mennesker er bevisste på. Dette er noe en sykepleier må ta i betraktning. Kanskje er kunnskapen de har innhentet seg ikke relevant lenger i behandlingsøyemed, eller at de rett og slett har feiltolket informasjonen (Tveiten, 2008). Derfor vil det være nødvendig å kartlegge hvilken kunnskap foreldrene har om sykdommen.

Etter man har blitt kjent med foreldrene har man et godt utgangspunkt for å velge en undervisningsmetode. Noen vil kanskje ha behov for å få alt fortalt, mens andre synes en toveis dialog med tegning og forklaringer vil fungere bedre. Ofte vil en kombinasjon av dette samt å vise bilder eller brosjyrer være det ideelle. Siden foreldrene skal lære seg prosedyrer om hvordan man gir insulin og hvordan man måler blodsukker, vil det også være relevant å demonstrere (Tveiten, 2008). I følge sykepleieren får foreldrene og barnet stikke i øvelsesputer, appelsiner og sykepleierne

på avdelingen. Som sykepleier benytter man seg hovedsaklig av forelesningsmetoden og demonstrasjonsmetoden. Det vil være hensiktsmessig å kombinere de to metodene. Da vil foreldrene ha kunnskap i forkant av demonstrasjonen, noe som kan gi bedre forståelse, en følelse av mestring og økt selvfølelse. En lærer mye av å lytte, men hvis man også legger opp til en dialog vil læringsutbytte kunne bli større (Tveiten, 2008).

#### **4.5.1 Undervisningens innhold**

Tidspunkt for undervisningen bør avtales på forhånd, slik at barnet og foreldrene får tid til å forberede seg og tenke igjennom spørsmål de måtte ha (Fagermoen, 2005). I følge vår sykepleier får ikke foreldrene noen timeplan å forholde seg til. Dette er det mange som etterlyser, både på grunn av praktiske og psykiske årsaker. De får opplysninger om hvilke temaer de skal igjennom de nærmeste dagene, men ingen faste tidspunkt for selve undervisningen. Det kan være tungt å ikke ha noen faste holdepunkter for dagen, spesielt hvis man må sitte og vente. Hvis familien bor her i byen er far ofte på jobb, noe som gjør det vanskelig å delta på en spontan undervisning. At far ikke deltar er som nevnt tidligere svært ugunstig. Å legge opp til en spontan undervisning mener vi er respektløst i forhold til familien. Det vil være en fordel om familien har klare tidspunkter å forholde seg til, slik at dagen blir mer strukturert. Vi kan tenke oss til at foreldrene har en ganske så uforutsigbar fremtid foran seg. Dette med tanke på sykdommen og alt det nye man må ta hensyn til i hverdagen. Derfor tror vi at det beste for familien vil være at det er trygt og forutsigbart i de to ukene de oppholder seg på sykehuset. Vi tror at tilliten til helsepersonellet på en avdeling blir større når foreldrene får klare svar på hva som skal skje i løpet av dagen. Vage svar som ”i løpet av dagen”, kan på sikt bli vanskelig å forholde seg til. Likeså at man ikke vet hva som skal skje de neste dagene. Det kan lett bli kjedelig, spesielt for et barn å hele tiden måtte oppholde seg på ett sted i påvente av at noe skal skje. Derfor tror vi at en timeplan vil lette hverdagen på sykehuset betraktelig. Noen sykehus har utarbeidet en timeplan, dette etterlyser sykepleieren ved avdelingen i Bodø.

Videre er det viktig at en sykepleier har klart for seg hva hun vil formidle. Hvis informasjonen blir ufullstendig kan man risikere at foreldrene sitter igjen med enda flere spørsmål, da det hele ble lagt frem på en uklar måte (Fagermoen, 2005).

I følge Mosand og Førstund (2005) bør undervisningen inneholde:

- Hva er diabetes type 1
- Bukspyttkjertelen og insulinets funksjon
- Behandlingsregime og behandlingsmål
- Insulinets virkning, typer, injeksjonsområder og oppbevaring
- Injeksjonsteknikker
- Kosthold og fysisk aktivitet
- Psykiske reaksjoner
- Høyt og lavt blodsukker
- Senkomplikasjoner
- Måling av blodsukker
- Forholdsregler ved akutt og kronisk sykdom
- Ferie og reiser
- Økonomiske og sosiale rettigheter
- Norges Diabetesforbund

Sykepleieren fortalte at de fokuserer stort sett på de samme undervisningstemaene som nevnt ovenfor. Her vil vi nevne at et tverrfaglig samarbeid vil være hensiktsmessig. Sykepleieren fortalte at de benytter seg av sosionom, klinisk ernæringsfysiolog, diabetessykepleier, sykepleiere og leger. Dette mener vi vil komme familien til gode, da for eksempel en sosionom vil ha den rette kunnskapen om hvilke økonomiske

rettigheter familien har i forbindelse med sykdommen. Den teoretiske undervisningen med legene er minst tre til fire timer, mens sykepleierne repeterer underveis i det 14 dager lange oppholdet. Det viser seg imidlertid at foreldrene får overveldende mye informasjon i løpet av oppholdet. Sykepleieren fortalte videre at mange rett og slett ”stenger av” for mer informasjon, noe som kanskje vil være naturlig i en slik sårbar situasjon. Vi tror at disse 14 undervisningstemaene vil være i overkant av hva foreldrene vil være mottagelige for. Med tanke på at de skal ha praktisk undervisning i tillegg, vil de mest sannsynlig være mettet for informasjon. Vi mener at ikke alle temaene nevnt ovenfor er relevante for undervisningens innhold de første 14 dagene. Enkelte av disse kan man komme tilbake til på en kontroll når det blir aktuelt. For eksempel forhåndsregler ved ferier og reiser.

Sykepleieren fortalte at senkomplikasjoner bare nevnes kort. Dette er noe de ikke velger å vektlegge. På den ene siden er dette kanskje hensiktsmessig da foreldrene allerede har nok å tenke på. Tanker om fremtidens komplikasjoner kan da være overveldende for mange å ta inn over seg. Pasientrettighetsloven 1999 paragraf 3-2 sier følgende:

*Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.*

Mange foreldre vil nok ha spørsmål som indirekte leder oss inn på senkomplikasjoner. For eksempel hva som vil skje hvis barnet går med høyt blodsukker? Høyt blodsukker over lengre tid kan på sikt føre til alvorlige komplikasjoner (Mosand og Førsum, 2005). Da vil det være naturlig å svare ærlig. Vi mener at det er viktig å informere foreldrene uten å skremme dem. Vi tror at dette kan være en motivasjonsfaktor for å holde et fint blodsukker. En undersøkelse som ble utført i Europa, Asia og Nord Amerika viser at 56 prosent av de spurte familiene ser på senkomplikasjoner som den største bekymringen for fremtiden. Helsepersonell anså dette som bare 35,6 prosent. Det var 16 land som deltok i forskningen (Hoey et al, 2006). På den andre siden kan dette resultere i at helsepersonell kanskje legger mindre vekt på undervisning om senkomplikasjoner enn det er behov for. Vi har erfart at mangel på informasjon kan

føre til at fantasien tar over, dermed kan de danne seg skremmende og unødvendige bilder om fremtiden.

Dorothea Orems teori om forbyggende helsearbeid vil være aktuell for å få et godt og langt liv med diabetes. Sekundærforebygging vil gjelde for et barn med nyoppdaget diabetes type 1 (Cavanagh, 1999). Med dette menes å unngå senkomplikasjoner.

#### **4.5.2 Barn og undervisning**

Barn som blir syke har også behov for undervisning om sin sykdom og behandling. I følge Dorothea Orems teori om egenomsorg har ikke et barn lært eller utviklet alle sine omsorgsevner og vil derfor ha behov for hjelp i fra foreldrene for å ivareta sine omsorgsbehov. Summen av kravene som blir stilt når barnet får diabetes, blir for store til at barnet og foreldrene ville kunne ivareta omsorgsbehovene alene. De vil da ha behov for hjelp fra helsepersonell for å iverksette tiltak som gjør det mulig å leve med sykdommen på en fornuftig måte. Noe som kommer inn under det støttende og undervisende sykepleiesystemet som Orem vektlegger i sin teori (Cavanagh, 1999). Som nevnt tidligere vil barn ha større forutsetninger til å ta til seg læring hvis man gir barnet positiv oppmerksomhet. Vi bør derfor vise stor tiltro til barnet, da vi tror dette kan bidra til mestring. Vi bør også oppfordre foreldrene til dette, da det er viktig å ikke overbeskytte barnet, men heller se på det som en samarbeidspartner. Vi tenker at positive tilbakemeldinger også kan være en god motivasjonsfaktor.

Det vil som regel være hensiktsmessig at barnet får undervisning med og uten foreldrene. Barnet kan kvie seg for å stille spørsmål når foreldrene er tilstede. På den andre siden vil det være en fordel om foreldrene deltar da de da vet hvor mye kunnskap barnet sitter med i ettertid (Tveiten, 2008). Vi kan tenke oss at de også kan lære mye om hvordan de tilnærmer seg barnet sitt med de kunnskaper de har fått om diabetes type 1.

I følge pasientrettighetsloven (1999) paragraf 3-5 skal informasjonen *være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger*. Denne skal også *gis på en hensynsfull måte*. Hvis undervisningen er tilrettelagt barn i alderen åtte til ti år, vil de være i stand til å forstå nok til at de mestrer behandlingen bedre (Hordvik og Straume, 1997). I motsatt fall kan det føre til at barnet blir redd og engstelig. Undervisningen til barnet bør legges på en linje der det er naturlig for barnet å forstå og må kun skje på barnets premisser. Bruk av figurer og tegninger kan være gode hjelpemidler. Det kan være vanskelig å vite hvor mye barnet har forstått, derfor kan det være lurt å gjennomføre et rollespill som en evaluering. Sykepleier spiller barnet, mens barnet spiller sykepleieren (Tveiten, 2008). Barnet skal da undervise og fortelle det den vet om diabetes type 1. Vi tenker at denne metoden har vi som sykepleiere også utbytte av, da vi kan lære noe om hva barnet tenker om sykdommen. Disse erfaringene kan man også ta med seg videre ved undervisning av andre barn i samme alder.

Sykepleieren har erfart at et barn i tiårsalderen som regel kan forstå hvorfor de trenger insulin. De forklarer at man må ha det for å kunne leke, gå på skolen og ha det bra. Ofte bruker de historien om "lille frøken Insulin". Dette er en enkel forklaring om insulinets funksjon i kroppen og konsekvenser ved for mye eller for lite. I følge teorien vi har lest om barn i denne alderen vil historien om lille frøken insulin være godt tilpasset en åtte til ti åring. Den illustreres med tegninger og er hovedsakelig rettet mot barn. Likevel brukes den noe til foreldrene i begynnelsen da den er lett å forstå. Dette erfarte vi selv, da vi fikk den presentert i løpet av utdanningen vår. For foreldre som helt fersk i diabetesverden mener vi at denne vil være et godt hjelpemiddel for å forstå diabetes type 1.

#### **4.6 Oppfølging**

I dag er første kontroll etter en måned, deretter er det et oppfølgingskurs etter to til tre måneder. Der samles flere familier med barn med nyoppdaget diabetes type 1, hvor de mottar undervisning og snakker rundt diabetes type 1. Dette kurset mener vi kan være svært viktig å delta på, da man får møte andre familier i samme situasjon. Da ser man

at man ikke er alene om sykdommen. Da får de også muligheten til å utveksle erfaringer og snakke om utfordringer i hverdagen. I tillegg vil dette kurset også være ressurs sparende for avdelingen, da de samler flere familier på en gang. Som sykepleier bør man også informere om Norges diabetesforbund. De arrangerer flere kurs i løpet av året, både for barna og de voksne. De tilbyr også hjelp fra såkalte kontakt familier. Dette er en familie som har barn med diabetes type 1, som den nye familien kan settes i kontakt med. De er som regel til stor hjelp både for barnet og foreldrene, da de kan tilby støtte og kanskje svare på spørsmål som helsepersonell ikke kan svare på. Det viser seg imidlertid at dette er noe som er lite brukt i Bodø. I følge sykepleieren er det kun en kontakt familie tilgjengelig. Dette er noe vi mener det bør settes mer fokus på slik at flere familier vil få utbytte av dette. Vi kan tenke oss at kontaktfamilier vil være av større interesse hvis barna er i samme alder og gjerne av samme kjønn. Samtidig vil nok foreldrene få mer utbytte av det, da to barn på samme nivå som regel har flere likheter med tanke på fritidsinteresser og væremåte. Dette vil gjenspeile seg i utfordringene foreldrene vil møte i hverdagen. Vi ser bare fordeler med å ha kontaktfamilier hvis kjemien stemmer. De kan da dele erfaringer, gi psykisk støtte og nye vennskap kan dannes. Dette er frivillig, hvis tilbudet ikke er av interesse kan man takke nei.

## 5.0 Avslutning

Ved å skrive denne oppgaven har vi lært mye om hvordan man går frem, med tanke på veiledning og undervisning av foreldre til barn med nyopplaget diabetes type 1. Vi har også lært at foreldre som får et barn med denne sykdommen ofte opplever en krise. Empati er et viktig begrep i denne sammenheng. Gjennom teorien vi har lest, føler vi at vi har større forutsetninger for å kunne sette oss inn i familiens situasjon, og dermed også deres reaksjoner. Dette kan bidra til at vi som sykepleiere kan møte foreldrene i den krisen de opplever, og hjelpe dem videre ved å undervise og veilede. Vi har lært at diabetes er en sykdom som krever egenomsorg. For at veiledningen og undervisningen skal bli hensiktsmessig forutsetter det at vi blir kjent med familien, slik at foreldrene blir i stand til å ivareta barnets egenomsorg.

Intervjuet av sykepleieren ga oss en pekepinn på hvordan foreldrene og barnet blir tatt i mot og ivaretatt under oppholdet. Det som vi synes var mest kritikkverdig her, var avdelingens rutiner rundt undervisningen. Det er trist at det ikke blir tilrettelagt slik at foreldrene får faste tidspunkter for undervisningen. Dette kan igjen kan føre til konflikter mellom foreldrene, da det ofte blir mor som sitter igjen med ansvaret og bekymringene. Vi har gjennom oppgaven vår blitt bevisst på hvordan man bør møte foreldre i en slik situasjon. For at familien skal få utbytte av oppholdet, bør vi lytte, møte dem med respekt og empati, og samtidig tenke på viktigheten av psykisk støtte. Vi har gjennom tre år på sykepleierutdanningen lært om dette, men under oppgaven har vi virkelig reflektert over betydningen av disse momentene.

Vi ser både fordeler og ulemper ved å ha jobbet to sammen. Det ville kanskje ha tatt kortere tid å skrive denne oppgaven alene, men vi mener at vi sammen har diskutert og reflektert nøye underveis i skriveprosessen, noe vi ser på som svært lærerikt. Samtidig tror vi det nære samarbeidet vil være en fin erfaring å ta med seg videre ut i yrkeslivet.



## Litteraturliste

### Pensumlitteratur:

- Aadland, E. (2004) *Og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, Olav (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. og Eide, T (2004) *Kommunikasjon i relasjoner* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fagermoen, M. S. (2005). Samtale, undervisning og veiledning. I: Almås, H. (red.) Mfl. (2005) *Klinisk sykepleie*. bind 1 ss. 12-30. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Førsum, A. J og Mosand, R. D. (2005). Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. I: Almås, H. (red.) Mfl. (2005) *Klinisk sykepleie*. bind 2 ss. 899-928. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A (2005) *Grunnleggende sykepleie* bind 4 . Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleierpraksis*. Bergen: Fagbokforlaget
- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 5. februar 2009 fra <http://www.jur.uib.no/Ansatte/jprsl/h01/Lovlinker/Pasientrettighetsloven.htm#map0>

## Selvvalgt litteratur:

- Bangstad, H. J. (2004) Insulinbehandling hos barn og unge og bruk av insulinpumpe. I: Vaaler, S (red.) mfl. (2004) *Diabeteshåndboken* ss. 143-148. Oslo: Gyldendal Akademisk 5 sider
- Cavanagh, S.J (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis* Oslo: Universitetsforlaget 33 sider
- Davis, H. og Neil, M. (1995) *Rådgivning til foreldre med kronisk syke og funksjonshemmede barn* Oslo: Ad Notam Gyldendal 63 sider
- Hanås, R (2000) *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og ungevoksne* Oslo: Symphony Custom Design 10 sider
- Haugtvedt, A. "Diabetesmoren og diabetesfaren" Høgskolen i Bergen forskning (2008) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.forskning.no/artikler/2008/desember/205056> [06. Januar.2009] 1 side
- Hoey, H., McGee, H. M.,Fitzgerald, M.,Mortensen, H. B., Hougaard, P., Lynggaard, H. et al. (2006) *Parent and health professional perspectives in the management of adolescents with diabetes: Development of assessment instruments for international studies*. Journal of Quality of Life Research, 15 (6), 1033-1042 10 sider
- Hordvik, E. og Straume, M. (1997) *Syke barn i familien, Informasjon og veiledning til foreldre* Oslo: Pedagogisk forum 50 sider
- Johannesen, T "Diabetes hos barn" Pasienthåndboka (2007) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=2820> [15.Januar. 2009] 1 side
- Johannesen, T "*Forbehold*" Pasienthåndboka (2007) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no//default.asp?mode=document&documentid=19652> [3.Mars. 2009] 1 side
- Johannesen, T "*Retningslinjer for pasienthåndboka*" Pasienthåndboka (2007) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.pasienthandboka.no//default.asp?mode=document&parentid=5029&menuid=5032&documentid=24955> [3. Mars.2009] 1 side

- Jøner, G. "Type 1-diabetes" Norsk diabetesregister (2008) [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.diabetes.no/Type+1-diabetes.9UFRnQ3O.ips> [28. Februar.2009] 1 side

- Nylenna, M (2008) *Medisinsk ordbok* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag ASA 1 side
- Skrivarhaug, T "Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes" Helse Sør-Øst (2008) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/getfile.php/SKDE/Konferansefiler/Skrivarhaug.pdf> [15. Februar. 2009] 44 sider
- Sullivan-Bolyai, S., Rosenberg, R. og Bayard, M. (2006) *Fathers' Reflections on Parenting Young Children With Type 1 Diabetes*. The American Journal of Maternal Child Nursing, 31 (1), 24-31 7 sider
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleierpraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Kap 7 20 sider
- Ulvund, S.E (2007) *Forstå barnet ditt: 8-12 år* Cappelens Forlag AS 73 sider

Totalt selvvalgt pensumlitteratur: 321 sider.

## Vedlegg

### Intervjuguide

1. Hvordan reagerer foreldrene når barnet deres får diagnosen Diabetes type 1?
  - Kan du gi eksempel?
2. Hvordan møter dere foreldrene i en slik situasjon?
3. Hvordan reagerer barn i aldersgruppen 8-10 år når de har fått denne diagnosen?
4. Hvordan inkluderer dere barnet i denne aldersgruppen i det første møte?
  - I hvilken grad har dette noen betydning for foreldrene?
  - Eksempler?
5. Hvor lenge er barnet innlagt?
6. Hvordan er perioden under innleggelsen lagt opp, med tanke på undervisning og veiledning?
  - Er det noen spesielle kurs som foreldrene får tilbud om?
7. Hva legges det vekt på når det gjelder måten å undervise og veilede foreldre i en krisesituasjon der barnet har fått diabetes?
8. Har dere som sykepleiere gjennomgått noen kurs i undervisning og veiledning ?  
(noe som spesielt rettet mot foreldrene til et kronisk sykt barn?)
9. Hvordan opplever dere at foreldrene mestrer situasjonen?
10. Hvordan er tilbakemeldingen fra foreldrene i ettertid, med tanke på oppholdet?
  - Positive/ negative opplevelser?
11. Er det noe du synes er viktig å ta med som vi ikke har nevnt?