

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

**Barn og foreldres erfaringer når et barn blir
nydiagnostisert med diabetes mellitus type 1/ Children
and their parents experiences when a child is newly
diagnosed with diabetes mellitus type 1**

Kandidatnummer 2532 og 2504

Antall ord: 8805 ord

Totalt antall sider inkludert forside: 69

Innlevert Ålesund, 15.05.2015

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens studieforskrift §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Torill Osvik Ryste

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 16.04.15

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge har 28 000 nordmenn diabetes, deriblant får 300 barn årlig denne diagnosen i Norge. Norge er på verdenstoppen når det gjelder barnediabetes, noe som gjør at det bør bli økt fokus på sykdommen.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å belyse barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 innlagt på sykehus og deres foreldre sine erfaringer.

Metode: Denne oppgaven ble basert på en systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i 8 forskningsartikler om temaet. Det er benyttet 8 kvalitative forskningsartikler som baserer seg på barn og foreldres erfaringer når barnet får nyoppdaget diabetes. Artiklene har blitt vurdert ut fra kvalitet, etiske hensyn, oppbygging og relevans for problemstilling. Videre har artiklene blitt analysert og funn identifisert.

Resultat: Barn og deres foreldre opplever hovedsakelig negative emosjonelle reaksjoner når barnet blir diagnostisert med diabetes. Håndteringen av sykdommen er i starten utfordrende, men med god informasjon og undervisning, følelsesmessig støtte og trygghet fra helsepersonell skaper dette økt mestring til å kunne takle diabetes og dets håndtering.

Konklusjon: Sykepleiers holdninger, omsorg og kunnskap har mye å si for hvordan barna og foreldrene opplever og erfarer sykehusoppholdet. Det å skape et positivt førsteinntrykk blant avdelingen og personalet kan være avgjørende for hvordan samarbeidet mellom barna og deres foreldre blir.

Nøkkelord: Nyoppdaget diabetes mellitus type 1, barn, foreldre, erfaringer, sykehus

Abstract

Background: In Norway 28,000 people have diabetes, and each year 300 children get the disease. This statistics makes Norway to one of the worst in the world in terms of childhood diabetes. In order to improve this statistics, Norway should increase their focus on the problem.

Aim: The objective of this thesis is to throw light on children with recently discovered diabetes mellitus type 1 that are hospitalized, and also highlight their parents' experiences.

Method: This thesis is based on a systematic literature study, which again is based on 8 different research article. These articles focus on the experiences of children and their parents when the child is diagnosed with newly diagnosed diabetes. The articles have all been evaluated based on the following criteria: text structure, overall quality, ethical point of view, and relevance to the topic. Furthermore the articles have been analysed and findings have been identified.

Result: Children and their parents mainly experience negative emotional reactions when the child is diagnosed with diabetes. In the beginning it's difficult for the child and its parents to deal with the disease, but with good information and education on the subject, and emotional support from health personal, it becomes easier for the child and its parents to deal with the situation.

Conclusion: The attitude, behaviour, care and control, and knowledge level of the nurse is highly important in terms of how the child and its parents experience the hospital stay. Giving the child and its parents a positive first impression of the hospital department and its personnel can also be crucial with respect to how they experience the stay.

Keywords: Newly diagnosed diabetes mellitus type 1, children, parents, experience, in-hospital

Barn med diabetes



Illustrasjonsfoto hentet fra Pixabay

Jak Jervell har sammenlignet diabetes med en bil, der diabetikeren er sjåføren. Inntil tenårene kan han være kartleser, sammen med foreldrene, deretter kan han prøvekjøre med en forelder i passasjeret. Fra 18-årsalderen er han sjef i egen bil. Det betyr ikke at diabetikeren skal kunne alt selv. På bensinstasjonen får han insulin, og det er oljeskift med tester. Og etter en kollisjon, repareres han på sykehuset. Men diabetes-bilen kan ikke skiftes ut, den må fikses og lappes sammen livet ut (Christophersen 2004:27).

Innholdsfortegnelse

1.0 - Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	1
1.3 Begrepsavklaring.....	1
1.4 – Avgrensning og presisering.....	2
1.5 Videre organisering av oppgaven.....	2
2.0 - Teori	3
2.1 Diabetes mellitus type 1.....	3
2.2 Kriseteori av Cullberg.....	4
2.3 Piagets utviklingsteori om barn.....	5
2.4 Kommunikasjonsteori.....	5
2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	6
3.0 – Metode	7
3.1 Datainnsamling.....	7
3.1.1 Søkestrategi.....	7
3.1.2 Søkehistorie i ulike databaser.....	8
3.1.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	9
3.2 Kvalitetsvurdering.....	10
3.3 Etske hensyn og vurderinger.....	11
3.4 Analyse.....	11
4.0 Resultat	13
4.1 Barns reaksjoner og opplevelser.....	13
4.2 Barns håndtering av sykdommen.....	14
4.3 Informasjon og undervisning.....	15
4.4 Å være foreldre til et barn med nyopptaget diabetes.....	16
5.0 Drøfting	18
5.1 Metodediskusjon.....	18
5.2 Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1 Barn og foreldres emosjonelle reaksjoner.....	20
5.2.2 Oppstart av behandling ved sykehusinnleggelse.....	23
5.2.3 Barn og foreldres informasjon- og undervisningsbehov.....	23
6.0 Konklusjon	26
6.1 Forslag til videre forskning.....	28
Litteraturliste	29
Vedlegg 1 PIO-skjema	
Vedlegg 2 Søkelogg	
Vedlegg 3 Kvalitetsvurdering av kvalitative artikler av Forsberg og Wengström og Nasjonalt kunnskapssenter	
Vedlegg 4 Tabell for underfunn og hovedfunn	
Vedlegg 5 Litteraturmatriser	

1.0 - Innledning

I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema som er diabetes mellitus type 1, oppgavens hensikt, begrepsavklaring, avgrensninger, og videre organisering av oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er diabetes mellitus type 1 til barn og deres foreldre. I følge statistikk fra Diabetesforbundet (2015) har rundt 28.000 nordmenn diabetes type 1. Norge er på verdenstoppen når det gjelder barnediabetes der ca. 300 barn under femten år får diagnosen diabetes type 1 hvert år. De siste tretti årene har tallene fordoblet seg. Grunnet den store økningen av antall barn som får diagnosen er det viktig med økt fokus rundt diabetes.

Det å få et kronisk sykt barn berører hele familien. Livssituasjonen endres for alltid, og hverdagen kan bli fylt med mer belastninger. Barn er etter diagnostisering av en kronisk sykdom utsatt for utviklingsvansker, både fysisk, psykisk og atferdsmessig. Sykepleier har her en viktig funksjon ved å gi barn og deres foreldre et godt grunnlag som de kan bygge videre på ved diagnostisering for å fremme helse og forebygge komplikasjoner (Grønseth og Markestad 2011).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 innlagt på sykehus og deres foreldre sine erfaringer. Ut i fra dette har følgende problemstilling blitt formulert:

Hvilke erfaringer har barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 og deres foreldre når barnet er innlagt på sykehus?

1.3 Begrepsavklaring

Diabetes mellitus type 1

Diabetes type 1 karakteriseres av en autoimmun destruksjon av betacellene, med absolutt

insulinmangel (Helsedirektoratet 2015:22).

1.4 – Avgrensning og presisering

I oppgaven vil fokuset bli rettet mot både barneperspektiv, og foreldreperspektiv, da barnet er under 18 år, og foreldre er sentrale omsorgspersoner. Oppgaven vil basere seg på erfaringer barn og deres foreldre hadde i perioden barnet hadde nyoppdaget diabetes. Det vi mener med erfaringer er deres personlige opplevelser og oppfatninger av situasjonen.

Oppgaven vil bli basert på erfaringer fra da barnet fikk nyoppdaget diabetes på sykehus, og artikler der barnet forteller hvordan det er å leve med sykdommen senere i livet blir derfor ekskludert. Alderen 6-12 år, da det i først Norsk Helseinformatikk (2015) er i denne aldersperioden diabetes oftest debuterer.

I situasjoner der barn har fått nyoppdaget diabetes, er det viktig at foreldre trekkes inn og får veiledning og opplæring. Foreldre har ansvar for den medisinske behandlingen til barnet (Grønseth og Markestad 2011). Familien og andre nærstående rundt barnet med diabetes er viktige støttespillere i hverdagen og kan bety mye for hvordan den enkelte mestrer livet videre med diabetes. foreldre er en viktig ressurs for barnet (Graue og Haugstvedt 2011).

1.5 Videre organisering av oppgaven

I kapittel to presenteres aktuell og relevant teori om emnet. I kapittel tre presenteres oppgavens metode. I kapittel fire presenteres aktuelle funn fra. I kapittel fem drøftes metode og sentrale funn opp mot aktuell teori som er identifisert, og konsekvensen for sykepleie. Til sist kommer oppgavens konklusjon.

2.0 - Teori

I dette kapitlet presenteres diabetes mellitus type 1 og dets behandling. Videre om Cullberg sin kriseteori, Piaget sin utviklingsteori, kommunikasjonsteori og den didaktiske relasjonsmodellen.

2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 karakteriseres av en autoimmun destruksjon av betacellene, med absolutt insulinmangel (Helsedirektoratet 2009). Nedbrytningen av betacellene skjer i bukspyttkjertelens langerhanske øyer. Hovedsymptomene er tørste, økt vannlatning, vekttap og tretthet, samt nesten alltid glukosuri og ketonuri. Hos barn ses også dårlig trivsel. Ubehandlet vil det oppstå syreforgiftning (acidose), som medfører et mer dramatisk sykdomsbilde med oppkast, abdominalsmerter og bevissthetssvekkelse. Pasientene er vanligvis normal- eller undervektige og fremtrer dehydrerte (Christiansen og Christiansen 2010:308).

Den viktigste behandlingen er subkutan tilførsel av insulin (Christiansen og Christiansen 2010:309). Standardbehandling er mangeinjeksjonsbehandling, der behovet for basalinsulin og behovet for måltidsinsulin dekkes ved bruk av både langtidsvirkende og hurtigvirkende insulin. Det vanligste er bruk av to doser middels langtidsvirkende-insulin (morgen og kveld) og hurtigvirkende til måltid (Helsedirektoratet 2009). Et annet alternativ er en bærbar insulinpumpe (Christiansen og Christiansen 2010). En insulinpumpe gir kontinuerlig subkutan tilførsel av en viss mengde insulin hver time i tillegg til måltidsdoser som pasienten setter selv (Helsedirektoratet 2009). Akutte komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med insulinbehandling er hypoglykemi og hyperglykemi som kan resultere i diabetisk ketoacidose og diabeteskoma. Hypoglykemi kan gi følingssymptomer som blekhet, kaldsvetting, sultfølelse, slapphet og nedsatt bevissthet (Grønseth og Markestad 2011).

Doseringen av hurtigvirkende insulin tilpasses mengde karbohydrat i måltider, drikke og snacks, og pasienten bør få veiledning i karbohydratvurdering. Blodglukose vil i stor grad bestemmes av mengde mat som spises. Et regelmessig måltidsmønster med små og hyppige måltider er gunstig for å oppnå mest mulig stabilt blodsukker. Ernæringen til

pasienter med diabetes anbefales å være mest mulig lik normalkost, men ha lavere sukker- og fettinnhold, og langsomme karbohydrater (Helsedirektoratet 2009).

Fysisk aktivitet kan føre til akutt senkning av blodglukose, øke glykogensyntesen, samt gi økt insulinsensitivitet. For å unngå hypoglykemi under eller etter fysisk aktivitet, må pasienten prøve seg frem med hyppige blodsuktermålinger. Insulindosen kan reduseres de dagene pasienten er i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2009).

2.2 Kriseteori av Cullberg

Cullberg (2010:14) definerer krise som en livssituasjon hvor ens tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjon. Kriser som utløses av hendelser som tilhører det vanlige dagligliv, kalles utviklingskriser eller livskriser. Reaksjoner som er utløst av plutselige og uventede ytre påkjenninger kalles traumatiske kriser. Krisen utgjør en trussel mot ens fysiske eksistens, trygghet og det å kunne innrette seg i situasjonen. Den traumatiske krisens forløp kan deles inn i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg 2010). Bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen blir ikke beskrevet da disse ikke er relevante for oppgaven.

Sjokkfasen varer ofte kort. I denne fasen holder individet virkeligheten fra seg med all makt, siden det ennå ikke er mulig å ta inn det som har skjedd og bearbeide det. Hvis helsepersonell skal gi medisinsk informasjon, må de være klar over at en person i sjokkfasen kan senere ha vanskeligheter med å huske hva som hendte og hva som ble sagt. Personer i sjokkfasen kan også reagere med ulik atferd, alt fra å skrive, være apatiske eller velordnet men under overflaten er alt kaos (ibid).

Sjokk- og reaksjonsfasen er krisens akutte fase, som varer fra fire-seks uker. I reaksjonsfasen starter ofte i det øyeblikket den rammede blir tvunget til å åpne øynene for det som er skjedd, etter at han eller hun tidligere har forsøkt å lukke øynene og fornekte alt sammen. Personen må omstille det «psykiske apparatet» som har til oppgave å integrere virkeligheten så funksjonelt som mulig. Her blir ulike forsvarsmekanismer tatt i bruk, da den kriserammede prøver å finne en mening i den kaotiske situasjonen.

Forsvarsmekanismene kan hjelpe den rammede til å se virkeligheten i øynene, men de kan

også forsinke overgangen til en bearbeiding av det som er skjedd. Det finnes flere forsvarsmekanismer der fornektelse, regresjon og projeksjon er noen aktuelle (ibid).

2.3 Piagets utviklingsteori om barn

Det konkret operasjonelle stadium (6-12 år):

Barnets utvikling av tid, geometri og romslige forestillinger, hukommelse og språk endres (Hundeide og Gulbrandsen 2006). Det skjer en overgang til reversibel tenkning, til å kunne ta i betraktning flere aspekter ved en situasjon, kunne operere på et mer abstrakt tankemessig plan og mer bevisst kunne ordne og systematisere. Det skjer en reduksjon i egosentrisk tenkning, samt at konservering oppstår for alvor. Konserveringsevnen viser evnen til å fokusere på flere aspekter på samme tid. Barna har større evne til abstraksjon, for eksempel de kan forstå ting uten at de er fysisk synlig. Det er omkring kjente og konkrete ting og situasjoner at barn kan tenke logisk og abstrakt (Piaget 1973, sitert i Bunkholdt 2002). Barna er ofte ikke i stand til å operere med delene og helheten på samme tid, de fester seg ved de ulike delene og glemmer helheten. Barnet har evne til å tenke operasjonelt, men er avhengig av støtte i konkret materiale (Hundeide og Gulbrandsen 2006).

2.4 Kommunikasjonsteori

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. Verbal kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 2007:17). Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk, der det blir fortalt noe om begge parter i en dialog og om relasjonen mellom disse (Eide og Eide 2007:198). Nonverbale kommunikasjonsformer kan være menneskets ansiktsuttrykk, øyekontakt, kroppsspråk, stemmens klang, berøring og stillhet (Eide og Eide 2007). Manglende samsvar mellom nonverbale og verbale signaler hemmer kommunikasjonen (Grønseth og Markestad 2011).

I samtale med barn er det gunstig å bruke hjelpemidler, som lek, kosedyr, tegning og sang, og skape tidsstruktur i samtalen, oppsummere det barnet har fortalt, og følge barnets egen flyt, tempo og rytme. Sykepleier må relatere seg til hva barnet er opptatt av, og samtidig ha et formål for samtalen, slik at det vesentlige kommer frem. Det er best å bruke et naturlig

og dagligdags språk i samtaler med barn. Foreldre er viktige samarbeidspartnere i samtaler med barn. De kjenner barnets reaksjonsmønstre og er eksperter på å tolke signaler og uttrykk (ibid).

2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Undervisning defineres som formidling av kunnskap (Tveiten 2008:116). Dersom situasjonen tilsier at undervisningen kan planlegges og struktureres, kan den didaktiske relasjonsmodellen være nyttig verktøy som gir struktur i undervisningsopplegget (Brataas 2011). Modellen består av rammer, pasient og pårørendes forutsetninger, mål, innhold, læringsmåter og vurdering (Kvangarsnes 2007).

Lovverket utgjør de formelle rammene for informasjon og opplæring. I følge Helsepersonelloven (1999) § 10 har helsepersonell informasjonsplikt, og i følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har pasienten rett informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand. Viktige rammefaktorer som lokaler og tid spiller en rolle i gjennomføringen av undervisningen (Kristoffersen 2005).

Sykepleieren må vurdere pasientens og pårørendes forutsetninger for å lære. I en krisesituasjon må undervisningen begrense seg til livsviktige forhold. Når pasientens tilstand har stabilisert seg, kan sykepleieren undervise mer detaljert om forhold som innvirker på sykdommen, og behovet for å endre livsstil (Kristoffersen 2005). Underveis i undervisningen sette ulike mål. Ofte vil pasientundervisning handle om at pasienten skal tilegne seg kunnskaper, ferdigheter og holdninger knyttet til sin sykdom eller nye livssituasjon. Innholdet i undervisningen må individualiseres og tilpasses den enkelte. Innholdet skal gjøre det mulig å nå målet innen de tidsrammer som er satt opp (Kristoffersen 2005). Helsepersonells kunnskap og innsikt kan ha mye å si for kvaliteten av informasjon- og opplæringsprogrammet. Helsepersonell må være faglig oppdaterte og ha kjennskap til undervisningsmaterialet (Kvangarsnes 2007). Valget av arbeidsmåter i pasientundervisning må være i samsvar med undervisningens mål. Ulike hjelpemidler som kan anvendes i arbeidsmåtene kan være lysbilder, lydbånd, plakater, brosjyrer, anatomiske modeller, video, samtalegrupper og lignende. Vurdering av undervisning er til slutt sentralt for å identifisere hva pasienten har lært, og om målene med undervisningen er nådd (Kristoffersen 2005).

3.0 – Metode

I dette kapitlet presenteres hva en systematisk litteraturstudie er, datasamling for oppgaven (søkestrategi og søkehistorie i ulike databaser, inklusjon- og eksklusjonskriterier), kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse av relevante forskningsartikler.

Oppgaven utføres med samme metode som en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman (sitert i Forsberg og Wengström 2013:27) har definert en systematisk litteraturstudie som at den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

En forutsetning for å gjennomføre systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig mengder forskning og tidligere studier av god kvalitet som kan utgjøre underlaget for vurdering og funn (Forsberg og Wengström 2013).

3.1 Datainnsamling

Arbeidet med bacheloroppgaven startet i desember 2014. Da ble det utarbeidet en foreløpig prosjektplan med tema og problemstilling, samt begrunning for valg av tema. Det ble funnet relevant teori og startet å lete etter relevant forskning i ulike vitenskapelige databaser. I følge retningslinjene for bacheloroppgaven er det krav om å inkludere åtte forskningsartikler. I januar 2015 ble det levert inn endelig prosjektplan og framdriftsplan for oppgaven, deretter startet arbeidet med oppgaven. Hensikten med oppgaven var først å finne erfaringer fra ungdom med nyoppdaget diabetes, men grunnet lite relevant forskning til problemstillingen ble perspektivet endret til barn med nyoppdaget diabetes og deres foreldre.

3.1.1 Søkestrategi

Det ble dannet en konkret problemstilling, som utgjorde et utgangspunkt for hvilke søkeord som ble benyttet i datasamlingen. For å systematisere søket ble det laget et PICO-skjema. PICO er en strukturert metode for å ut fra problemstillingen danne rett søkestrategi (Forsberg og Wengström 2013:70). I oppgaven er det valgt å ekskludere «C», da dette står

for kontroll og kontrollgruppe (Forsberg og Wengström 2013), og hensikten med oppgaven var ikke å sammenligne to grupper. Det blir derfor anvendt PIO-skjema.

«P» står for pasient eller populasjon - hvem (Forsberg og Wengström 2013). Det ble ønsket å rette oppgaven mot barn med nyopplaget diabetes og deres foreldre.

Søkeord: «children», «child», «kids», «parent of children».

«I» står for intervensjon – hva (Forsberg og Wengström 2013). Her var målet å finne noe om nyopplaget diabetes på sykehus.

Søkeord: «newly diagnosed diabetes mellitus 1», «hospital».

«O» står for utfall (Forsberg og Wengström 2013). Målet var å finne erfaringer til barn og deres foreldre.

Søkeord: «experience», «experiences or perceptions».

Se vedlegg 1 for PIO-skjema.

Det ble søkt på enkeltord ut fra problemstillingen og PIO-skjemaet. De boolske søkemotorene AND og OR ble benyttet for å slå sammen enkeltsøkeord. For eksempel «newly diagnosed diabetes mellitus type 1 AND children OR kids». Når en bruker AND finner en referanser som inneholder både søkeord A og B. Denne kombinasjonen brukes for å begrense søkingen og gi et smalere resultat. Når en bruker OR finner en referanser som inneholder A eller B. Denne kombinasjonen utvider søkingen og gir et bredere resultat (Forsberg og Wengström 2013:79).

For å finne relevante forskningsartikler ble det under søkingen sett på overskriftene til artiklene, og hvis disse så relevant ut ble sammendraget til artiklene lest og deretter hele artiklene for å få et overblikk om de hadde IMRAD-struktur, var fagfelleverdert og så relevant ut for vår problemstilling. Artikler som ikke hadde alle kriteriene ble forkastet underveis. Forskningsartikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst på databasene ble søkt opp i Google Scholar for å se etter fulltekst, eller bestilt via Bibsys for å få de tilsendt fra biblioteket.

3.1.2 Søkeshistorie i ulike databaser

Det ble søkt i de internasjonale databasene OvidNursing, PubMed og CinahlComplete. Det ble også søkte en gang på SykepleienForskning, men fikk ingen relevante treff. Underveis

i søkingen ble søkene loggført for å holde oversikt. Se vedlegg 2 for videre søkelogg. Det var ulike søkeord som ble brukt alt etter hvilken database det var, såkalte MESH-terms.

I CinahlComplete ble MESH term for «diabetes type 1» identifisert til «diabetes mellitus type 1», «experience» var rett MESH-term og derfor ble disse ordene brukt i tillegg til «child/children/kids». Det ble også prøvd å søke «newly diagnosed», til tross for at dette ikke var relevant MESH-term, ble det funnet relevante treff på dette også. Det var i denne databasen alle treffene ble identifisert.

I OvidNursing ble det benyttet enkeltsøkeord som ble kombinert med AND for å få et bredere spekter. I OvidNursing ble det først søkt på «Newly diagnosed diabetes type 1 AND children AND experience» og «newly onset type 1 diabetes AND child», men ingen gav relevante nok treff i første omgang. «Newly diagnosed diabetes type 1» og «experience» ble derfor søkt opp i MESH-terms for å finne ut hvilke ord som ble anvendt i denne databasen. Se vedlegg 2 for mer detaljer. Det ble ikke funnet noen forskningsartikler her som besvarte problemstillingen på en tilstrekkelig måte, og som var fagfelleurdert og hadde IMRAD-struktur.

I PubMed ble MESH-term for «diabetes type 1» og «experience» identifisert til «type 1 diabetes» og «experience». Anvendte derfor disse søkeordene i tillegg til «children». Det ble her funnet to treff, men ingen av disse var aktuelle nok til å besvare problemstillingen.

3.1.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Forskning innenfor 2004-2015.
- Barn 6-12 år.
- IMRAD-struktur.
- Foreldres erfaring i den nyoppdagede fasen.
- Fagfelleurdert.
- Nyoppdaget diabetes.
- Barns erfaringer på sykehus.

Eksklusjonskriterier:

- Søsken og annen familie.
- Erfaringer fra barn som har hatt diagnosen over lengre tid.

3.2 Kvalitetsvurdering

Totalt var det tretti artikler som ble inkludert og lagt til inklusjonsvurdering. Da kravet til oppgaven var å finne minimum åtte artikler ble derfor søket avsluttet når åtte artikler var identifisert grunnet tidsbegrenset tid. Det var flere kvalitetsvurderinger som ble tatt underveis for å finne de åtte inkluderte artiklene. Alle forskningsartiklene som ble funnet, ble sjekket om de var fagfelleverdert. I følge Forsberg og Wengström (2013) skal kritisk gransking av alle vitenskapelige forskningsartikler skje før publisering, såkalt fagfellevurdering. Tidsskriftene til forskningsartiklene som ble funnet, ble sjekket via Database for statistikk om høgre utdanning (2015) om de var godkjente publiseringskanaler nivå 1 eller 2. Kvalitetsnivå er en rangering av publiseringskanaler etter vitenskapelig kvalitet og prestisje. Nivå 1 er en vitenskapelig publiseringskanal og nivå 2 er en vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje. Alle de åtte inkluderte artiklene hadde godkjente publiseringskanaler/tidsskrift nivå 1 eller 2, og var derfor fagfelleverdert.

Det var også sentralt at artiklene hadde de satte inklusjonskriteriene for oppgaven som var IMRAD-struktur, publiserte artikler fra 2004-2015, inneholdt barn i angitt aldersgruppe med nyoppdaget diabetes og deres foreldre. Videre ble det også sjekket om forskningsartiklene hadde klar hensikt og relevante funn som kunne besvare problemstillingen. Vi benyttes oss derfor av sjekklisen for kvalitative studier, utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014), og sjekklisen til Forsberg og Wengström (2013) som omhandler kvalitetssikring av kvalitative studier som hjelp for å grundig gå gjennom artiklene. Se vedlegg 3. Etter kvalitetsvurderingen var gjort var det åtte relevante artikler som oppfylte alle kravene og ble inkludert i oppgaven. Tre av artikler omhandlet barneperspektiv, to artikler omhandlet foreldreperspektiv til et barn med nyoppdaget diabetes og tre artikler hadde både barne- og foreldreperspektiv. Det var mest sentralt å ha hovedfokus på barneperspektiv, da dette er hovedfokuset i oppgaven.

3.3 Etiske hensyn og vurderinger

I arbeidet med en systematisk litteraturstudie må etiske vurderinger tas (Forsberg og Wengström 2013). Ved forskning er det sentralt at en hver studie har forskningsetiske retningslinjer som de oppfyller. Forskningsartiklene som er inkludert omhandler en sårbar gruppe, og det er da sentralt å ivareta deltagerne. Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som brukes aktivt over store deler av verden. I dag kan ingen som arbeider med forskningsetikk unngå å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Førde 2014).

I følge Forsberg og Wengström (2013) må en velge studier som har fått godkjenning av etisk komite eller som har gjort etiske vurderinger og hensyn. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) har utarbeidet generelle forskningsetiske retningslinjer som må opprettholdes under en studie. Det er totalt fjorten generelle retningslinjer. Noen av de er kvalitet, frivillig informert samtykke, konfidensialitet, habilitet, god henvisningsskikk og tilgjengeliggjøring av resultater.

Sju av åtte artikler var godkjente av Etisk Komite. Da en av artiklene ikke hadde noe nevnt om Etisk Komite, valgte vi likevel å inkludere denne da forfatterne hadde tatt etiske hensyn der informasjon om studien, at det var frivillig å delta, at deltagerne kunne trekke seg når som helst ble ivaretatt. Det ble også innhentet skriftlig samtykke og alle data ble holdt konfidensielt.

3.4 Analyse

Evans fire analysetrinn ble anvendt i analysen. I følge Evans (2002) er det viktig å arbeide systematisk med materialet en innsamler.

Trinn 1 – Samle studier

Denne fasen består i følge Evans (2002) av å komme fram til hvilke artikler som kan inkluderes ut fra artiklenes kriterier, finne artiklene og identifisere de artiklene som kan være aktuelle for oppgaven. For å innhente data er det sentralt å anvende flere databaser i søket. Etter å ha søkt i ulike databaser, ble det vurdert tretti artikler, som ble nøye lest og vurdert ut fra inklusjon- og eksklusjonskriteriene. Vi endte til slutt opp med åtte aktuelle artikler.

Trinn 2 - Identifisere nøkkelfunn

I følge Evans (2002) skal en her lese over artiklene flere ganger for å utvikle en helhetsforståelse av hver enkelt artikkel og finne detaljene, for så å samle funnene. De viktigste funnene er samlet inn fra hver artikkel, og samlet til ett. Denne oppføringen av hovedfunn, begreper og påstander reduserer studiene til deres viktige komponenter. Først leste begge to grundig over de åtte artiklene og skrev ned sentrale nøkkelfunn vi synes var relevante hver for oss. Deretter delte vi fire artikler hver og laget litteraturmatiser. Videre sammenliknet vi hverandres litteraturlister opp mot de aktuelle forskningsartiklene ved å lese gjennom en og en matrise og artikkel nøye for å identifisere nøkkelfunn som vi skrev ned tidligere som viktig. Under nøkkelfunn brukte fargekoder på tema som ble identifisert like i de ulike studiene.

Trinn 3 – Vurdere studiene i forhold til hverandre

I følge Evans (2002) skal en her identifisere hovedfunn i de ulike artiklene. En skal også identifisere likheter og ulikheter i artiklene. En skal så sortere underfunn ut fra hovedfunnene. Denne prosessen resulterer i en bedre forståelse. I dette trinnet identifiserte vi underfunn og hovedfunn i studiene. Vi gikk så gjennom hovedfunnene og temaene for å identifisere likheter og ulikheter mellom de ulike studiene og lagde en oversikt over dette. Vi brukte da funn ut fra fargekodesystemet og kategoriserte likheter og ulikheter her og kom fram til underfunn som ledet til hovedfunn. I vedlegg 4 er det presentert hvilke underfunn og hovedfunn som er identifisert.

Trinn 4 - Beskriv fenomenet

I følge Evans (2002) skal en her beskrive fenomenet som studiene tar for seg, og en skal så lage en beskrivelse som henviser tilbake til de originale studiene. I vår systematiske litteraturstudie er fenomenet nyoppdaget diabetes. Vi kom frem til følgende hovedfunn:

Barns reaksjoner og opplevelser
Barns håndtering av sykdommen
Informasjon og undervisning
Å være foreldre til et barn med nyoppdaget diabetes

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres hovedfunn fra de ulike inkluderte forskningsartiklene som ble identifisert i analysen.

4.1 Barns reaksjoner og opplevelser

De berørte barna ble rørt til tårer da de fikk vite om diagnosen. De skulle ønske den kunne forsvinne (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Wennick og Hallström 2006). Å bli diagnostisert med diabetes opplevdes vanskelig for barna (Wennick og Hallström 2007, Ekra og Gjengedal 2012, Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Schmidt m.fl. 2012, Roper m.fl. 2009 og Wennick og Hallström 2006). Barna følte at de var i en tåke på sykehuset der de ikke forstod hva som skjedde med dem (Schmidt m.fl. 2012). Kroppen deres føltes fremmed og miljøet var nytt for dem, noe som skapte usikkerhet (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Noen barn var så redde at de trodde de skulle dø (Ekra og Gjengedal 2012), mens andre var nysgjerrige på hva som skulle skje videre (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Mange av barna ble frustrert og prøvde å rømme fra det, og noen ganger forsøkte de å glemme alt om diabeteshåndteringen. (Wennick og Hallström 2007). Et barn sa:

I was curious and I was scared... I was so sorry, and startet to cry... I certainly not wanted diabetes... because of all the pricks and blood glucose tests... However, when i was in the hospital, it was good there as well. (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015:07).

Det var viktig at miljøet var godt tilpasset og barnevennlig, samt at barna hadde tilstedeværelse av sine foreldre for å skape trygghet (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Schmidt m.fl. 2012). Det var viktig for barna å motta besøk og holde kontakten med vennene sine, da det å være innlagt på sykehus skapte savn. Å være nær pårørende var en god støtte og viktige bidragsytere for barnas trivsel. Barna syntes å ta det litt for gitt at foreldrene ville være hos dem på sykehuset, og det var vanskelig for dem å sette ord på betydningen av foreldrenes tilstedeværelse (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015).

4.2 Barns håndtering av sykdommen

Å bli innlagt på sykehus kunne være en utfordring. Det var vanskelig for både barna og foreldrene å takle dette. Barnas største bekymring var knyttet til den nye kroniske sykdommen. Barna hadde en begrenset forståelse, og ulike forestillinger om sykdommen, og det var vanskelig å forstå at de måtte ha diabetes resten av livet (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Wennick og Hallström 2006).

De første dagene på sykehuset var de invasive prosedyrene det mest skremmende. Barna følte seg mye styrt av injeksjonene (Schmidt m.fl. 2012 og Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Det var mye nytt utstyr å forholde seg til som var skummelt (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015), men noen barn syntes også at dette var spennende (Ekra og Gjengedal 2012). Det å få diagnosen diabetes krevde at barna måtte være oppmerksomme på signaler fra kroppen, spesielt i forhold til hypo- og hyperglykemi. Diabetesbehandlingen involverte injeksjoner og hyppige blodsuktermålinger, noe som mange av barna syntes var skummelt og stressende (Schmidt m.fl. 2012 og Ekra og Gjengedal 2012).

Gjennom aktiv deltakelse i deres behandling basert på deres evne til å tilpasse seg en ny situasjon, var barna etter hvert i stand til å håndtere de nye omstendighetene og oppleve trygghet (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal). Barna syntes det var viktig at foreldrene også fikk god informasjon under opplæring slik at de hadde noen å spørre om hjelp hvis de skulle lure på noe senere (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Foreldrene ville gradvis overføre større ansvar for diabeteshåndteringen til de berørte barna, slik at de fikk en følelse av økt uavhengighet og kontroll (Wennick og Hallström 2007).

Når det gjaldt det miljømessige var det viktig at barna hadde egne pasientrom, hvor de kunne tilbringe tid sammen med foreldre og venner. En av foreldrene var alltid på besøk for å opprettholde en daglig rutine. Dette skapte trygghet for barna, da de var usikker på den medisinske behandlingen. Det å komme på sykehus var et avbrekk fra det daglige livet, der de kom inn i en ny rutine. På sykehuset fikk de forskjellige aktiviteter som lek, sykehuskole og undervisningsopplegg (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015).

4.3 Informasjon og undervisning

Familiens erfaring når barna ble diagnostisert med diabetes, ble identifisert som en pågående læringsprosess, der alle måtte lære om sykdommen (Wennick og Hallström 2006). Barna hadde mange ulike spørsmål i forbindelse med sykdommen. Noen barn lurte på hvorfor akkurat de hadde fått diabetes, behandlingen og om det fantes en kur, og når den ville komme. Barna fortalte at de i starten var avhengig av foreldrenes hjelp for å håndtere sykdommen, da de visste lite om diabetes (Roper m.fl. 2009).

De to første ukene følte barna og deres foreldre at det var nyttig med læring og kunnskap, ferdighetsdemonstrasjoner, trøstende tilstedeværelse, og forsikring om et langsiktig livskvalitetsfylt liv (Schmidt m.fl. 2012, Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Å la barna være delaktig under prosedyrer gjorde at de følte seg viktige og tryggere. I tillegg til at barna var delaktige, var det også viktig at foreldrene var til stede (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Ekra og Gjengedal 2012). De fleste barna følte at informasjonen var tilpasset deres behov. Helt fra starten lærte barna å håndtere praktiske ferdigheter og forstå deres diabetes. De fikk praktisk opplæring i injeksjonsteknikk og blodsuktermåling (Ekra og Gjengedal 2012). Under diabetesopplæringen fortalte barna at det var viktig at sykepleier viste god omsorg, hadde god tid, roste barna for deres ferdigheter og kunnskap. Dette skapte trygghet og oppmuntring (Schmidt m.fl.2012).

I følge Ekra og Gjengedal (2012) var det vanskelig å engasjere barna når helsepersonell skulle lære dem teori om sykdommen, da de synes dette var vanskelig å forstå og kjedelig. Godt undervisningsprogram, med audiovisuelle hjelpemidler som illustrasjoner, brosjyrer, film og figurer ga godt engasjement og gjorde det lettere for barna å forstå diabetes og dets behandling (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Ekra og Gjengedal 2012 og Schmidt m.fl.2012). Et barn sa:

They used a figure that could be opened when they explained the pancreas, They did it in a child-like way, and it was simpler to understand... about the elephant and a key (Ekra og Gjengedal 2012:06).

Når det gjaldt foreldrene, følte de fleste seg trygge i sykehusmiljøet da de følte de kunne stole på sykepleierne og de fikk nok oppmerksomhet (Wennick og Hallström 2006). I starten var det mye informasjon å ta inn, så foreldrene foretrakk litt og litt informasjon i

gangen. Det hjalp å snakke med mennesker med god kunnskap om tilstanden, samt få bøker og andre lesematerialer som forklarte om sykdommen (Schmidt m.fl.2012). Faglig støtte fra sykepleierne var sentralt, og det var nyttig for foreldrene med detaljert ferdighetstrening og mulighet for praktisk øvelse. Foreldrene syntes det skapte stor trygghet at sykepleier fulgte med når foreldrene utførte ulike prosedyrer (Schmidt m.fl.2012).

Foreldrene følte at de hadde nytte av å bli oppfordret til å håndtere sykdommen selv på sykehuset (Wennick og Hallström 2006). Det som foreldrene opplevde som vanskelig var å telle karbohydrater, planlegge måltid, respondere til ustabil blodsukker, håndtere stress og konstant bekymre seg. Noen følte de trengte opplæring i de invasive prosedyrene (Schmidt m.fl.2012). I sykehustilværelsen verdsatte foreldrene sykepleiernes beroligende tilstedeværelse ovenfor dem og barna. Foreldrene var avhengig av støttende ord rundt det at de håndterte sykdommen på en god måte (Schmidt m.fl.2012).

4.4 Å være foreldre til et barn med nyopplaget diabetes

Foreldrene hadde en mistanke om at barna hadde fått diabetes, men ville heller komme på andre årsaker til symptomene, og la derfor diabetes «bak i hodet». De var redd for negative effekter om det viste seg å være diabetes. (Lowes, Lyne og Gregory 2004, Lowes, Gregory og Lyne 2005 og Wennick og Hallström 2006).

Ved sykehusinnleggelsen var foreldrene sjokkerte over den uventede innleggelsen og farten på diagnostiseringen, noe som gjorde de dårlig forberedt og de følte de ikke hadde kontroll. De følte økende press og skulle ønske de kunne vente en uke med å få diagnosen og behandlingen (Lowes, Lyne og Gregory 2004 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). En mor sa tre dager etter diagnostisering av barnet:

I couldn't believe the urgency... I couldn't understand why the prognosis (sic) was so rushed, and why she had to become an insulin diabetic that night. Why couldn't it wait a week? Why couldn't we see how she went? I felt I was losing control, I suppose. I felt like saying, now wait. Let's all calm down now... but it all seemed to be railroaded on so fast (Lowes, Gregory og Lyne 2005:256).

Foreldrene var ved diagnostisering av barna sjokkerte, følte frykt, tristhet, fornektelse og var overveldet (Schmidt m.fl. 2012, Wennick og Hallström 2006 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). Noen foreldre fant det vanskelig å akseptere diagnosen, mens andre følte seg lettet over at de fant ut hva det var (Lowes, Lyne og Gregory 2004). I følge Wennick og Hallström (2006) følte halvparten seg nummen og beskrev de første dagene som uklare. Et flertall følte et tap. Foreldrene følte at det var vanskelig å absorbere alvorligheten av diagnosen og det som medfulgte. Foreldrene følte angst og mistet selvfølelsen på å klare å håndtere sykdommen, da de visste lite om diabetes. Etter hvert som de fikk mer kunnskap, økte mestringen (Lowes, Gregory og Lyne 2005).

Foreldrene syntes det var vanskelig og ikke få en eksakt grunn for at barna fikk diabetes. Flere av foreldrene følte skyldfølelse over at barnet var blitt syk, og de prøvde å finne noe å skylde på (Schmidt m.fl.2012 og Wennick og Hallström 2006 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). Foreldrene var bekymret for sykdomsrelaterte komplikasjoner, noe som fylte dem med sorg og fortvilelse (Wennick og Hallström 2006 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). Foreldrene synes det var viktig at barna følte seg frisk som alle andre barn (Wennick og Hallström 2007).

En uke etter diagnostisering var det lettere for foreldrene å håndtere sykdommen (Wennick og Hallström 2006). For å takle og håndtere sykdommen fokuserte de på det praktiske ved diabeteshåndteringen, danne en rutine og dekke barnas behov (Lowes, Lyne og Gregory 2004 og Lowes, Gregory og Lyne 2005).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi ta for oss metodediskusjon, samt resultatdiskusjonen ut fra de relevante funnene og teorien som er funnet.

5.1 Metodediskusjon

Vi hadde som mål å finne ut hvilke erfaringer og opplevelser ungdom med nyoppdaget diabetes hadde på sykehus. Da det ble funnet svært lite forskning på dette temaet og vi hadde begrenset tid ble søket avsluttet, og oppgavefokuset ble endret til barns erfaringer med nyoppdaget diabetes og deres foreldre på sykehus. Endring av aldersgruppe gjorde at vi fikk fler og nok relevante treff.

Selv om vi har hatt årstallsbegrensning fra 2005-2015, hadde vi også noen søk uten begrensninger, og identifiserte en artikkel fra 2004. Selv om det er sentralt med nyere forskning, da dette er ferskvare, valgte vi å inkludere artikkelen fra 2004 da den var relevant for vår oppgave, og omhandlet foreldreperspektiv, der foreldre fortalte om sine følelser og erfaringer rundt det å få et barn med kronisk sykdom. Dette er et tema som etter egne vurderinger ikke endrer seg så mye i de nyere år.

Det ble gjennom søket funnet åtte relevante forskningsartikler, der alle de inkluderte artiklene hadde kvalitativ tilnærming. Når artiklene ble vurdert og gjennomgått var det de kvalitative forskningsartiklene som var mest relevant for vår oppgave, da vi ønsket personlige erfaringer til barn og deres foreldre. Vi kunne hatt god nytte av kvantitative artikler for å få et bredere utvalg og spekter, men vi valgte dette vekk.

Når det gjelder en forskningsartikkel om foreldre, har vi valgt å godkjenne at vi trekker ut funn fra foreldres erfaring i den nyoppdagede fasen til barnet på sykehus, men også hjemmefra de første dagene etter diagnostisering. Dette fordi de i enkelte land nå har startet med at barnet kan opplæres hjemme fra starten ved hjelp av sykepleiere som kommer hjem og gir opplæring første dagene av den nyoppdagede fasen, og foreldre når som helst kan ta kontakt med pediatrik sykepleier via telefon (Lowe, Gregory og Lyne 2004 og Lowe, Lyne og Gregory 2005). Vi har vurdert det slik at en får like god innsikt i

hvordan det var for foreldrene å få et barn med nyoppdaget diabetes – hjemme eller på sykehus, da diagnostiseringen er i en startfase uansett.

Når det gjelder sammenheng i artiklene, hadde syv av åtte artikler en klar sammenheng med hverandre, mens den åttende stod litt for seg selv. Til tross for dette var den relevant for å besvare problemstillingen, da den omhandlet barns spørsmål rundt sykdommen som er sentralt for helsepersonell å vite for å tilrettelegge rett informasjon og undervisning. I ettertid ser vi at vi kunne funnet en litt mer relevant artikkel som knyttet seg mer opp mot de andre funnene, men grunnet tidspress ble dette ikke prioritert.

Under oppgaven ble det tatt egne etiske hensyn. Siden alle forskningsartiklene var engelsk, måtte de oversettes. Oversettelsen foregikk ved å lese og oversette på egenhånd ved hjelp av norsk-engelsk ordbok. Det er prøvd så godt som mulig å få oversettelsen riktig slik at den skal være troverdig og korrekt. Ellers er det referert til forskningsartiklene, som er god kildebruk, da det er forfatterne av forskningsartiklenes verk.

Generelle styrker ved oppgaven er at vi har samarbeidet godt sammen, og hatt interesse for oppgaven. I starten var det vanskelig å finne relevante forskningsartikler, men etter å ha hatt kurs med en bibliotekar rundt søking på databaser og utføring av flere kontrolløk, fant vi etter hvert de rette søkeordene som ledet fram til relevante forskningsartikler.

Svakheter ved oppgaven er at vi aldri har skrevet en oppgave som en systematisk litteraturstudie, og det var mye å sette seg inn i. Spesielt metodedelen har tatt unødvendig lang tid da vi har vært usikre på hvordan vi skulle gå fram. Vi brukte Forsberg og Wengström (2013) samt oppgaveteksten for å sette oss mer inn i metodedelen. I og med at vi brukte unødvendig lang tid på å finne forskningsartikler på ungdom, fikk vi mindre tid til oppgaven generelt. Dette har gjort at vi har hatt økt tidspress gjennom oppgaven, og tidspresset kan ha påvirket kvaliteten på oppgaven.

I ettertid ser vi at vi burde brukt søkeordet «in-hospital» eller «hospital» ved alle databasesøkene, og ikke bare et ved fåtall søkeprosesser. Dette for å skape et systematisk søk. Ordet «hospital» ble litt glemt fra PIO-skjemaet, og siden vi fant mange relevante treff ved å ikke søke «hospital», ble dette lagt sent merke til.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Barn og foreldres emosjonelle reaksjoner

De berørte barna ble rørt til tårer da de fikk vite om diagnosen (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Wennick og Hallström 2006). Flere artikler viser at det å bli diagnostisert med diabetes opplevdes vanskelig for de berørte barna (Wennick og Hallström 2007, Ekra og Gjengedal 2012, Roper m.fl. 2009, Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Schmidt m.fl. 2012 og Wennick og Hallström 2006). Siden barna nylig er diagnostisert med en kronisk sykdom som diabetes, kan det tenkes at de har havnet i en sårbar krisesituasjon.

I følge Cullberg (2010:14) er krise en livssituasjon hvor ens tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen. En traumatisk krise utgjør en trussel mot ens fysiske eksistens, trygghet, og muligheten til å innrette seg i situasjonen.

I sjokkfasen holder individet virkeligheten fra seg med all makt, siden det ennå ikke er mulig å forstå hva som er skjedd. I reaksjonsfasen begynner en å åpne øynene for det som har skjedd og føler alt er kaotisk (Cullberg 2010). Barna ble i starten frustrert og prøvde å rømme fra situasjonen og glemme at de hadde fått diabetes (Wennick og Hallström 2007). I reaksjonsfasen er det vanlig å opptre med fornektelse, som en del av menneskets forsvarsmekanisme (Cullberg 2010).

Sykepleier må møte barna i den situasjonen de er i, vise ekte interesse og engasjement, lytte, oppmuntre til å uttrykke tanker og bekymringer, støtte barnets reaksjoner på å være syk, fokusere på barnets positive sider og uttrykke håp om å mestre situasjonen (Grønseth og Markestad 2011).

Et av våre hovedfunn viser at å bli innlagt på sykehus kunne være en utfordring for barna (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Wennick og Hallström 2006). De følte seg redd, engstelig og usikker (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Wennick og Hallström 2006). Hvordan barnet reagerer på sykehusinnleggelse, avhenger av alder, utviklingsnivå, tidligere erfaringer med lignende stressende situasjoner, sykdommens art, invasive prosedyrer og informasjon (Søbjerg 2013a og Grønseth og Markestad 2011). Sykepleier må skape forutsigbarhet og nærhet, tilrettelegge, veilede, gi

omsorg og støtte (Sjøbjerg 2013a), som skaper trygghet og kontroll. I følge Schmidt (2012) følte de aller fleste barna at sykepleier ga de håp, trygghet og oppmuntring. Barnas angst og bekymringer var knyttet til at kroppen endret seg og følte fremmed (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Følelser, tanker og opplevelser knyttet til kroppen har mye å si i barneårene. Endringer ved kroppen kan oppleves truende. Barn har ofte liten innsikt i sykdomstilstanden, og det kan derfor være ekstra utfordrende (Grønseth og Markestad 2011).

I flere artikler kom det også frem at de første dagene barnet var innlagt på sykehuset var de invasive prosedyrene mest skremmende (Schmidt m.fl.2012, Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Dette samsvarer med Grønseth og Markestad (2011). Sykepleier må vise positiv oppmerksomhet i form av trøst, ros eller annen belønning, slik at de smertefulle inngrepene oppveier litt av den negative opplevelsen som skapes. Terapeutisk bruk av lek i forberedelser før, under og etter invasive prosedyrer, reduserer stress og gir mestringsopplevelse (Grønseth og Markestad 2011). Ved å spille rollespill med en dukke, kan en gjør slik at barnet får en bedre forståelse av sin egen situasjon, barnets redsel, smerte og følelser blir bearbeidet, samt at en skaper avstand til virkeligheten (Grønseth og Markestad 2011 og Sjøbjerg 2013a).

Å være nær foreldrene var en god støtte og viktige bidragsytere for barnas trivsel (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Dette samsvarer med Grønseth og Markestad (2011). Foreldre ivaretar vanligvis barnas behov og er de primære omsorgsgiverne, også barnet er innlagt på sykehus. Barn og unge har sterke følelsesmessige bånd til foreldrene sine, og trenger de når de er syke. Foreldre er eksperter på sine barn og deres reaksjoner, noe som gjør de til gode samarbeidspartnere for helsepersonell. For at foreldrene skal være en god støtte for barna, er det viktig at engstelse og uro blant foreldrene blir tatt hånd om av helsepersonell, da disse faktorene forsterker barnas utrygghet (Sjøbjerg 2013b).

Når et barn legges inn på sykehus, blir det som regel liten tid for familien å forberede seg, noe som skaper en svært stressende situasjon. Hele familien blir berørt, og situasjonen innebærer en rekke endringer i familiens hverdag (Sjøbjerg 2013b og Grønseth og Markestad 2011). Ved sykehusinnleggelsen var foreldrene sjokkerte over den uventede innleggelsen og farten på diagnostiseringen, noe som gjorde de dårlig forberedt (Lowes,

Lyne og Gregory 2004 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). Barnets tilstand og hvor forberedt foreldrene er på diagnosen, avgjør intensiteten i reaksjonene deres (Grønseth og Markestad 2011).

Noen foreldre fant det vanskelig å akseptere diagnosen, mens andre følte lettelse av å få svar (Lowes, Lyne og Gregory 2004). Foreldre som lenge hadde vært bekymret for barnet, kan føle lettelse over at diagnosen endelig er slått fast, mens andre opplever en sterk krise (Grønseth og Markestad 2011). Sykepleier må vurdere og kartlegge hvordan innleggelsen av barnet påvirker hele familien (Sjøbjerg 2013b). Deretter må sykepleier respektere foreldrenes behov for om de vil prate om situasjonen, samt støtte, trøste, vise åpenhet og anerkjenne kompetansen deres, slik at de kan mestre situasjonen (Grønseth og Markestad 2011).

Ved diagnostisering viste en av våre hovedfunn at foreldrene følte tristhet, frykt, fornektelse, overveldelse og var sjokkerte (Schmidt m.fl.2012, Wennick og Hallström 2006 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). Foreldrene synes det var vanskelig å absorbere alvorligheten av diagnosen (Lowes, Gregory og Lyne 2005). I følge Cullberg (2010) er fornektelse en vanlig forsvarsmekanisme i sjokkfasen, der de holder virkeligheten fra seg med all makt (Cullberg 2010). Flere artikler viste at foreldrene hadde en mistanke om at barnet hadde fått diabetes, men ville heller komme på andre årsaker til symptomene, og la derfor diabetes «bak i hodet» (Lowes, Lyne og Gregory 2004, Lowes, Gregory og Lyne 2005 og Wennick og Hallström 2006). Foreldres benektende reaksjoner kan vise seg på forskjellige måter. Noen «glemmer» at det er noe galt med barnet, andre later som de har alt under kontroll, mens noen søker håp om å få diagnosen avkreftet (Grønseth og Markestad 2011).

Foreldrene syntes det var vanskelig og ikke få en eksakt grunn for at barna fikk diabetes, og de fikk skyldfølelse over at barna var blitt syke eller prøvde å finne noe å skylde på (Schmidt m.fl.2012, Wennick og Hallström 2006 og Lowes, Gregory og Lyne 2005). I reaksjonsfasen opptrer ofte en forsvarsmekanisme, kalt projeksjon, der vedkommende legger ansvaret over på andre når en har en ubevisst skyldfølelse over det som har skjedd. Da er det viktig at sykepleier forklarer til foreldrene at skyldfølelse er normalt, og at det verken er foreldrenes eller andres skyld for at barnet har fått en kronisk sykdom (Grønseth og Markestad 2011).

Det å få et barn med kronisk sykdom kan være utfordrende og krevende for familien. Sykepleier må derfor gi støttende omsorg som viser at man ser at de har det tøft, samt forklare til dem at følelsene og reaksjonene deres er normale (ibid).

5.2.2 Oppstart av behandling ved sykehusinnleggelse

Barna følte at de var i en tåke på sykehuset der de ikke forstod hva som skjedde med dem (Schmidt m.fl. 2012). Sykdomsfølelsen ved diabetes er i begynnelsen mer eller mindre tydelig, men dersom en pasient med type 1 diabetes ikke kommer raskt nok til behandling, vil hele sykdomsbildet forverre seg (Mosand og Stubberud 2010). Når barn legges inn i sykehus med mistanke om diabetes må det tas ulike undersøkelser for å identifisere om barnet har diabetes og eventuelt ketoacidose. Ketoacidose viser seg ved ketoner i urinen, hyperglykemi og metabolsk acidose (Helsedirektoratet 2009). Ved ketoacidose vil barnet ofte ha oppkast, abdominalsmerter og bevissthetsvekkelse, og de fremtrer dehydrerte (Christiansen og Christiansen 2010). Her må sykepleier i samsvar med lege starte opp raskt med behandling for å forhindre diabeteskoma. I behandlingen vil fokuset være å opprettholde pasientens sirkulasjon, administrering av insulin, væskebehandling og elektrolytttilskudd (Helsedirektoratet 2009). Når barnet er stabilisert, startes generell diabetesbehandling for å tilstrebe en blodglukoseverdi så nær som det normale (Christiansen og Christian 2010 og Mosand og Stubberud 2010).

Barna fortalte at de i starten var avhengig av foreldrenes hjelp for å håndtere sykdommen, da de visste lite om diabetes (Roper m.fl. 2009). I begynnelsen vil sykepleieren ha en mer bestemmende rolle i behandlingen, for etter hvert å få en mer rådgivende rolle (Mosand og Stubberud 2010). Det er da først foreldrene som har ansvaret for diabeteshåndteringen, og etter hvert barna selv (Grønseth og Markestad 2011 og Sjøbjerg 2013b).

5.2.3 Barn og foreldres informasjon- og undervisningsbehov

Familiens erfaring når barnet ble diagnostisert med diabetes, ble identifisert som en pågående læringsprosess, der alle måtte lære (Wennick og Hallström 2006). I følge Brataas (2011) er informering, opplæring og undervisning ulike verktøy som kan bidra til en god læringsprosess. Et av våre funn viser at barn og foreldre følte seg ved diagnostisering usikker og hadde behov for informasjon og veiledning (Schmidt m.fl. 2012, Ekra og

Gjengedal 2012, og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Som sykepleier har du et pedagogisk ansvar rundt det å tilrettelegge informasjon og undervisning til pasient og pårørende. Da kan den didaktiske relasjonsmodellen være til god hjelp for å gi struktur i opplærings- og undervisningsprogrammet (Kvangarsnes 2007).

Et av våre hovedfunn viser at de to første ukene følte barna og deres foreldre at det var nyttig med læring og kunnskap, ferdighetsdemonstrasjoner, trøstende tilstedeværelse, og forsikring om et langsiktig livskvalitetsfylt liv (Schmidt m.fl. 2012, Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). De to første ukene barnet er innlagt på sykehuset, får de et opplæringsprogram som omfatter undervisning for barnet og familien om sykdommen (Graue og Haugstvedt 2011). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2, har pasienten rett på informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og i følge Helsepersonelloven (1999) § 10 har helsepersonell informasjonsplikt.

Et av våre funn viser at miljøet var godt tilpasset og barnevennlig, samt at barna hadde tilstedeværelse av sine foreldre for å skape trygghet (Ekra og Gjengedal 2012, Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015 og Schmidt m.fl. 2012). Viktige rammefaktorer som lokaler og tid spiller en rolle i gjennomføringen av undervisningen. Barn blir lett forstyrret av mange synsinntrykk, støy, uro og avbrytelser og en må derfor finne et egnet areal (Grønseth og Markestad 2011).

Sykepleier må vurdere barnet og foreldrenes læreforutsetninger. Informasjonen bør tilpasses barnets alder og utviklingstrinn, stimulere flere sanser og gi et realistisk bilde av hva barnet vil oppleve (Grønseth og Markestad 2011 og Sjøbjerg 2013a). Siden barnet er nydiagnostisert med diabetes kan det tenkes de er i en krise. I en krisesituasjon må undervisningen begrenses til det mest sentrale. Når det har stabilisert seg, kan sykepleier undervise mer detaljert (Kristoffersen 2005, Mosand og Stubberud). Siden barna er i en krisesituasjon er det viktig at sykepleier er kjent med at barnet kan regrediere, og tilpasse seg etter dette. I følge Grønseth og Markestad (2011) reduseres da den kognitive kapasiteten, slik at tidsbegrepet blir dårligere og det blir vanskeligere å forstå og huske informasjon.

I følge Roper m.fl. (2009) hadde barna ulike spørsmål i forbindelse med sykdommen. Barns spørsmål sier mye om hva de er opptatt av og engster seg for, og de bør derfor tas

alvorlig og få enkle og direkte svar (Grønseth og Markestad 2011). Barns forståelse av hvordan kroppen fungerer, hva sykdom er, og hvilke konsekvenser den har, har sammenheng med den kognitive utviklingen (Grønseth og Markestad 2011). Barn tenker i konkrete kategorier og trenger konkrete objekter for å forstå (Eide og Eide 2007). I følge Piaget 1973, sitert i Bunkholdt (2002) er det omkring kjente og konkrete ting og situasjoner at barn kan tenke logisk og abstrakt. Siden barnet har havnet i en ukjent og ny situasjon på sykehuset, må sykepleier først bli kjent med barnet og skape et tillitsforhold, noe som er en forutsetning for å forberede, informere og hjelpe dem til å forstå sykdommen (Grønseth og Markestad 2011).

I forhold til foreldrene følte de i starten angst og mistet selvfølelsen til å klare å håndtere sykdommen, da de visste lite om diabetes. De hadde behov for mer kunnskap for å øke mestringen (Lowe, Gregory og Lyne 2005). Foreldrene hadde i følge Schmidt m.fl. (2012) behov for litt og litt informasjon for å kunne ta til seg alt, og dette samsvarer med Kristoffersen (2005) og Mosand og Stubberud (2010). Videre forteller Schmidt (2012) at data tyder på at hadde pasienten fått tilstrekkelig skriftlig og muntlig informasjon fra diagnosetidspunktet ville dette redusert angst og følelse av å miste kontrollen.

Målet med undervisningen er at barnet og deres foreldre skal kunne mestre sykdommen (Grønseth og Markestad 2011, Mosand og Stubberud 2010 og Sjøbjerg 2013a). Sykepleier må gi opplæring til foreldrene og barnet i å gi insulin, trening i å justere insulindosen etter fysisk aktivitet, matinntak, sykdom og målte blodglukoseverdier, opplæring i å måle blodglukose, kostveiledning og informasjon om diabetesforeninger og lignende (Grønseth og Markestad 2011). Dette er viktig fordi at de skal få en grunnleggende forståelse, samt at barna skal være oppmerksomme på de ulike signalene kroppen sender ut i forhold til hyper- og hypoglykemi (Schmidt m.fl.2012 og Ekra og Gjengedal 2012). I undervisningen må en bruke et naturlig og dagligdags språk. Sykepleieren må tenke over at barn er vare for toneleier og nonverbale signaler, slik at manglende samsvar mellom disse hemmer kommunikasjonen (Grønseth og Markestad 2011).

I følge Ekra, Korsvold og Gjengedal (2015), Ekra og Gjengedal (2012) og Schmidt m.fl. (2012) gav godt undervisningsprogram med audiovisuelle hjelpemidler som illustrasjoner, brosjyrer, film og figurer det lettere for barna å forstå deres diabetes og dets behandling.

Dette samsvarer med (Eide og Eide 2007, Grønseth og Markestad 2011 og Sjøbjerg 2013a). Siden barna er i et konkret-operasjonelt stadium, er de avhengig av konkret materiale for å skape en forståelse (Hundeide og Gulbrandsen 2006). Det er viktig at barna er aktive deltakere under undervisningen. I følge Ekra og Gjengedal (2012) og Ekra, Korsvold og Gjengedal (2015) var det viktig med aktiv deltakelse i deres behandling for å tilpasse seg en ny situasjon, noe som gjorde at de etter hvert ble i stand til å håndtere de nye omstendighetene og føle trygghet. Dette samsvarer med Mosand og Stubberud (2010) og Sjøbjerg (2013a).

Foreldrene synes det var nyttig med bøker og annet lese materiale som forklarte sykdommen (Schmidt m.fl. 2012). Faglig støtte fra sykepleierne var sentralt under opplæringen, og det var nyttig og betryggende med mulighet for praktisk øvelse der sykepleier observerte og veiledet. I følge Wennick og Hallström (2006) følte foreldrene at det var nyttig de ble oppfordret til å håndtere sykdommen til barnet på sykehuset. Det var lettere for foreldrene å håndtere sykdommen en uke etter diagnostisering. Dette kan tenkes er fordi foreldrene har fått tatt inn litt informasjon og er kommet over den verste krisefasen.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse barn med nyopplaget diabetes mellitus type 1 innlagt på sykehus og deres foreldre sine erfaringer.

Ut fra funn har vi identifisert flere faktorer som er sentrale når sykepleier skal møte barn med nyopplaget diabetes og deres foreldre. Barn og foreldre er ofte i en krisefase ved innleggelse på sykehus, og dette er noe som må tas hensyn til. Følelse av tap, sorg, skyld, redsel og usikkerhet er noen av følelsene og reaksjonene som kan oppstå når barnet blir innlagt på sykehus. I første omgang er det viktig at sykepleier er støttende, lytter og skaper trygghet i omgivelsene. I startfasen skal en ikke informere noe om sykdommen og dets behandling, men bare informere om det aller viktigste som er nødvendig å vite der og da. Når en person er i en krisefase, er det ofte vanskelig å huske og få med seg informasjon som blir gitt. Dette er noe sykepleier må ha i tankene.

Når den akutte krisefasen er over kan sykepleier starte med å informere og undervise barna og deres foreldre om diabetes. Ut fra funn som ble identifisert i oppgaven er både barn og deres foreldre veldig usikre når barnet blir diagnostisert med diabetes. Ofte har de liten kunnskap og innsikt i hva det vil si å ha diabetes, og hvordan en skal behandle og håndtere dette. Det er her viktig at sykepleier tilpasser informasjon og undervisningen til den enkelte, der en først må fokusere på det mest sentrale, og senere gå mer i dybden når det er dannet en viss forståelse og trygghet omkring diagnosen. Undervisningsopplegget må tilpasses til hver enkelt. Barn kan ha god nytte av audiovisuelle hjelpemidler for å danne en forståelse av sykdommen, da de trenger konkret materiale for å danne et helhetlig bilde. Foreldre kan ha nytte av brosjyrer, film, bøker og andre skriftlige kilder, supplerende til praktisk øvelse.

Konkluderende så har sykepleiers holdninger og kunnskap mye å si for hvordan barna og foreldrene opplever og erfarer sykehusoppholdet. Det å skape et positivt førsteinntrykk blant avdelingen og personalet kan være avgjørende for hvordan samarbeidet mellom barna og deres foreldre blir.

6.1 Forslag til videre forskning

Det er lite nyere forskning rundt barn med nyoppdaget diabetes type 1 på sykehus og samhandling mellom barnet og sykepleier. Dette er en type forskning som kan være meget aktuell for å få et innblikk i hva sykepleier bør gjøre for at barnet skal få et best mulig opphold og danne et godt grunnlag for å leve med diabetes type 1.

Litteraturliste

- Brataas, HV. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I: Brataas, H. (Red). Sykepleiepedagogisk praksis. 1. utgave. (s.31-52). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bunkholdt, V. (2002). Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere. 2 utgave. Universitetsforlaget.
- Christophersen, Y. (2004). Diabetes for livet – aldri fred å få? Lev bedre med diabetes. AIT Otta AS.
- Christiansen, JS. og Christiansen, P. (2010). Mamma- og endokrine sykdomme. I: Schulze, S. og Schroeder, TV. (Red). 2. utgave. (s. 299-329). Munksgaard Danmark
- Cullberg, J. (2010). Mennesker i krise og utvikling. 3. utgave. Universitetsforlaget.
- Database for statistikk om høgre utdanning (2015). Publiseringsskanaler. [Online]. Lastet ned den 12.05.15 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Database for statistikk om høgre utdanning (2015). Vitenskapelig publisering. [Online]. Lastet ned den 12.05.15 fra <http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp>
- Diabetesforbundet (2015). Diabetes type 1. [Online]. Lastet ned den 25.03.15 fra <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>
- Eide, H og Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekra, EMR. og Gjengedal, E. (2012). Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness – A phenomenological study of children´s lifeworld in the hospital. *International journal of qualitative studies on health and well-being Vol 7:1-9*. [Online]. Lastet ned 02.04.15 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3422725/pdf/QHW-7-18694.pdf>
- Ekra, EMR., Korsvold, T. og Gjengedal, E. (2015). Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: A phenomenological study of children´s past and present experiences. *BMC Nursing Vol 14(1):1-19*. [Online]. Lastet ned 26.03.15 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=94543d0a-8c27-4159-b4c2-8c27fbcf05ae%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2012902010>

- Evans, D (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, Australian. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 20(2):22-26. [Online]. Lastet ned den 20.04.15 fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). At göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. 3. utgave. Bokforlaget Natur og Kultur AS.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen [Online]. Lastet ned den 24.04.15 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Graue, M. og Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I: Skafjeld, A. og Graue, M. (red). Forebygging, oppfølging, behandling – Diabetes. (s. 237-253). 1. utgave. Akribe AS.
- Grønseth, R. og Markestad, T. (2011). Pediatri og pediatrik sykepleie. 3. utgave. Fagbokforlaget AS.
- Helsedirektoratet (2009) Nasjonale faglige retningslinjer – Diabetes forebygging, diagnostikk og behandling. [Online]. Lastet ned den 01.05.15 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>
- Helsepersonelloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned den 10.05.15 fra <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-064.html>
- Hundeide, K. og Gulbrandsen, LM. (2006). Jean Piaget: En konstruktivistisk teori om barns utvikling. I: Gulbrandsen, LM. (Red). Oppvekst og psykologisk utvikling – innføring i psykologiske perspektiver. (s. 202-225). Universitetsforlaget AS.
- Kristoffersen, NJ. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, NJ., Nortvedt, F. og Skaug, EA. (Red). Grunnleggende sykepleie. (s. 206-270). 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvangarsnes, M. (2007). Helsearbeidaren som pedagog. I: Ekeland, TJ. og Heggen, K. Meistring og myndiggjering, Reform eller retorikk. (s.184-201). Gyldendal Akademisk.
- Lowes, L., Lyne, P. og Gregory, JW. (2004). Childhood diabetes: parents' experience of home management and the first year following diagnosis. *Diabetic Medicine* Vol 21(6):531-8. [Online]. Lastet ned 26.03.15 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=42255d19-5caf-4d45-9608->

- e9d721f58af3%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2004203675
- Lowes, L., Gregory, JW. og Lyne, P. (2005). Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents? *Journal of Advanced Nursing Vol 50(3):253-61*. [Online]. Lastet ned 26.03.15 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e70b96e3-06a8-4aaf-b7d9-ce36648883d9%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2005091146>
- Mosand, RD. og Stubberud, DG. (2010). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, DG. og Grønseth, R. (Red). *Klinisk sykepleie 1*. (s. 508-536). 4.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nasjonalt Kunnskapssenter (2014). Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning. [Online]. Lastet ned den 04.05.15 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistefor-vurdering-av-forskningsartikler>
- Norsk Helseinformatikk (2015). [Online]. Lastet ned den 20.04.15 fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/diabetes-hos-barn-2820.html>
- Pasient og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned den 10.05.15 fra <http://www.lovdatabasen.no/all/nl-19990702-063.html>
- Roper, SO. m.fl. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of Advanced Nursing Vol 65(8):1705-14*. [Online]. Lastet ned 01.04.15 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=431f2128-fcd0-40d2-babf-d72a004b5943%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2010342992>
- Schmidt, CA. (2012). In-Hospital survival skills training for type 1-diabetes: Perceptions of children and parents. *Lippincott Williams & Wilkins Vol 37(2):88-94*. [Online]. Lastet ned 02.04.15 fra <http://ovidsp.ovid.com/sp-3.15.1b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=HCJMPDJJBEHFKKHDFNKKABPFCPOPAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.27.28%257c0%257c00005721-201203000-00005%26S%3dHCJMPDJJBEHFKKHDFNKKABPFCPOPAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNPFABHDBE00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00005721%2f00005721-201203000->

00005.pdf&filename=In-Hospital+Survival+Skills+Training+for+Type+1+Diabetes%3a+Perceptions+OF+Children+AND+Parents.&pdf_key=PDHFFNPFABHDBE00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv023/00005721/00005721-201203000-00005

- Søbjerg, IL.(2013a). Omsorg for foreldre til akutt og/eller kritiske syke barn på sykehus. I: Stubberud, DG. (Red). Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. (s. 186-199). 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Søbjerg, IL.(2013b). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I: Stubberud, DG. (Red). Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. (s. 114-151). 1. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2.utgave. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2006). Swedish families' lived experience when a child is first diagnosed as having insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Family Nursing*. 12(4):368-389
- Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2007). Families' lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing Vol 60(3):299-307*. [Online]. Lastet ned 01.04.15 fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=1566f2d5-b4af-495c-8332-5f800b618294%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4201&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2009701567>

Vedlegg 1

PIO-skjema

P (Patient)	I (Intervention)	O (Outcome)
Barn Foreldre til barn	Nyoppdaget diabetes type 1 på sykehuset	Erfaringer
Child/children/kids Parents of children	Newly diagnosed diabetes mellitus type 1 at hospital	Experience Perspetions

Vedlegg 2

Søkelogg

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Kriterier	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler
Diabetes mellitus, type 1 AND Children AND Hospitalization AND Experiences	26.03.15	CINAHL complete	Før inklusjonskriterier: 4 Etter inklusjonskriterier: 3	- Årstall: 2005-2015	2	1	0
Newly diagnosed diabetes mellitus type 1 AND Children AND Experiences	26.03.15	CINAHL complete	Før inklusjonskriterier: 1 Etter inklusjonskriterier: 1	- Årstall: 2005-2015	1	1	0
Newly diagnosed diabetes type 1 AND children AND experience	26.03.15	CINAHL Complete	Ingen inklusjonskriterier: 5 treff	Ingen	2	2	2 «Childhood diabetes: parents's experience of home management and the first year following diagnosis». «Characteristics of being hospitalized as a child with a new

							diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present».
New diagnosed AND Diabetes mellitus, type 1 AND Experiences or perceptions	26.03.15	CINAHL complete	Før inklusjonskriterier: 8 Etter inklusjonskriterier: 8	Årstall: 2005-2015	4	1	1 »Swedish families' lived experience when a child is first diagnosed as having insulin-dependent diabetes mellitus: An ongoing learning process». <u>Artikler vi hadde fra før:</u> «Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present».
Diabetes til barn	26.03.15	SykepleienForskning			0	0	0
Diabetes mellitus, type 1	26.03.15	CINAHL complete	Før inklusjonskriterier:	Årstall: 2005-2015	5	1	1 «Newly

AND Children AND Parents AND Newly diagnosed			28 Etter inklusions- kriterier: 17				diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents?» <u>Artikler vi hadde fra før:</u> «Characteristi cs of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenolo gical study of children's past and present». «Childhood diabetes: parents's experence of home management and the first year following diagnosis».
Diabetes mellitus, type 1 AND Experiences AND Child	01.04.15	CINAHL complete	Før inklusions- kriterier: 112 Etter inklusions- kriterier: 41	Årstell: 2005- 2015 Alder: 6- 12 år	5	1	2 «Families´ lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes». «Type 1 diabetes:

							children and adolescents' knowledge and questions».
Newly diagnosed diabetes type 1 AND children AND experience	01.04.15	OvidNursing	0	Ingen	0	0	0
New onset type 1 diabetes AND child	01.04.15	OvidNursing	Før inklusjonskriterier: 2 treff Etter inklusjonskriterier: 2 treff	Årstall: 2005-2015	2	1	0
S1: MESH for needs: Exp. Informtion needs/ or exp. Needs assessment	01.04.15	OvidNursing	Før inklusjonskriterier: 12415		0	0	0
S2: MESH for diabetes mellitus type 1: Insulin-depent diabetes mellitus	01.04.15	OvidNursing	Før inklusjonskriterier: 2683 treff		0	0	0
S1 AND S2		OvidNursing	Før inklusjonskriterier: 41 treff Etter inklusjonskriterier: 24 treff	Årstall: 2005-2015	5	3	0
New onset diabetes AND children OR kids AND needs	01.04.15	CINAHL Complete	Før inklusjonskriterier: 178 treff Etter	Årstall: 2005-2015 Alder: Barn 6-	3	0	0

			inklusionskriterier: 84 treff	12 år			
Diabetes mellitus, type 1 AND Childhood AND Newly diagnosed	02.04.15	CINAHL complete	Før inklusionskriterier: 89 Etter inklusionskriterier: 53	Årstall 2005- 2015	6	5	1 «Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness - A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital». <u>Artikler vi hadde fra før:</u> «Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present». «Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents?».
Newly diagnosed type 1 diabetes AND children AND experience	02.04.15	PubMed	Før inklusionskriterier: 22 treff Etter inklusionskriterier: 10 treff	Årstall: 20015- 2015	2	2	0

Diabetes type 1 AND hospitalized AND child	02.04.15	CINAHL Complete	Før inklusjonskriterier: 42 treff Etter inklusjonskriterier: 19 treff	Årstall: 2005-2015	4	3	0 Hadde fra før: «Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study children's past and present experiences». «Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness – A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital».
Diabetes mellitus type 1 AND hospital AND children	02.04.15	CINAHL Complete	Før inklusjonskriterier: 153 treff Etter inklusjonskriterier: 93 treff	Årstall: 2005-2015 Alder: Barn 6-12 år	6	4	1 «In hospital survival skills training for type 1 diabetes: Perceptions of children and parents». <u>Artikler vi hadde fra før:</u> «Characteristics of being hospitalized as a child with a new diagnosis of type 1

							diabetes: a phenomenological study children's past and present experiences».
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3

Kvalitetssjekk av de kvalitative studiene av Forsberg og Wengström (2013).

Studie	A) Hensikt	B) Utvalg	C) Metode for datasamling	D) Dataanalyse	E) Evaluering
	1 Hvilke metode er benyttet 2 Er designet relevant for å besvare problemstillingen?	1 Er kriteriene for undersøkingsgruppen tydelig beskrevet? 2 Hvor gjennomføres studien? 3 Hva er utvalget? 4 Er utvalget feil?	1 Er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2 Beskrives metoden tydelig? 3 Datasamlingsmetode 4 Er data systematisk samlet	1 Hvordan er begrep, temaer og kategorier utviklet og tolket? 2 Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3 Er resultatet troverdig og pålitelig? 4 Er det stabilitet og overenstemmelse? 5 Er resultatet diskutert med utvalget? 6 Er teorier og tolkninger som presenteres basert på innsamlet data?	1 Kan resultatet sammenlignes med forskningsspørsmålet? 2 Støtter innsamlet data forskernes resultat? 3 Har resultatet klinisk relevans? 4 Holder du med konklusjonene? 5 Skal artikkelen inkluderes?
Schmidt, CA. m.fl. (2012).	1) Intervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Ja 2) Sykehuset 3) 20 barn i alderen 8-15 år 4) Nei	1,2,3,4) Ja	1) Innholdsanalyse «representasjon» av innholdet. Anvendt analyseteori av Knafl og Webster (1988). 2,3,4,6) Ja 5) Nei	1,2,3,4,5) Ja
Lowes, L. Lyne, P. and Gregory, W. (2004).	1) Tre strukturerte dybdeintervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Ja 2) Hjemme 3) 38 foreldre til 20 barn med nyoppdaget diabetes 4) Nei	1,2,3,4) Ja	1) Analyse, innholdet transkribert. Kategorier lagret i Word for Windows. 2,3,4,5,6) Ja	1,2,3,4,5) Ja

Lowes, L., Gregory, JW. and Lyne, P. (2005).	1) Dybdeintervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Ja 2) Sykehuset 3) 38 foreldre til 20 barn nyoppdaget diabetes 4) Nei	1,2,3,4) Ja	1) Analyse, innholdet ble transkribert ordrett og lagret i Word for Windows. Burnard 1998 ble brukt til å bistå analysen 2,3,4,6) Ja 5) Nei	1,2,3,4,5) Ja
Ekra, EMR., Korsvold, T. og Gjengedal, E. (2015).	1) Dybdeintervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Ja 2) Sykehuset 3) Tolv voksne som forteller hvordan det var når de var barn og 9 barn alderen 6-12 år 4) Vi har valgt å kun inkludere det barna, og ikke det voksne fortalte fra 1950-tallet	1,2,3,4) Ja	1) Analyse, hermeneutisk fenomenologisk tilnærming brukt. Innhold transkribert ordrett. Analyse ved hjelp av Van Manen's (1997) innholdsanalyse 2,3,4,6) Ja 5) Nei	1,2,3,4,5) Ja
Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2007).	1) Individuelle samtaleintervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Ja 2) Hjemme 3) 21 foreldre og 11 barn med diagnosen diabetes med en alder på over 7 år 4) Nei	1,2,3,4) Ja	1) Analyse, innholdet ble transkribert ordrett. Analyse ved hjelp av Van Manen's 1990, 1997 innholdsanalyse. 2,3,4,6) Ja 5) Nei	1,2,3,4,5) Ja
Ekra, E.M.R. og Gjengedal, E. (2012).	1) Observasjon, dybdeintervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Nei, men nok inklusjonskriterier til at den var relevant. 2) Sykehuset 3) 9 barn i alderen 6-12	1,2,3,4: Ja	1) Analyse, innholdet ble transkribert og gjennomgått. Van Manen's (1997) innholdsanalyse ble brukt	1,2,3,4,5) Ja

		år 4) Nei		2,3,4,6) Ja 5) Nei	
Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2006).	1) Intervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Ja 2) Sykehuset 3) 23 foreldre, 3 barn nydiagnostisert med diabetes og 7 søsken. 4) Nei	1,2,3,4) Ja	1) Analyse, innholdet ble transkribert ordrett. Anvendt Van Manen's (1990, 1997) innholdsanalyse. 2,3,4,5,6) Ja	1,2,3,4,5) Ja
Roper, S.O., m.fl. (2009).	1) Intervju. Designet: Ja 2) Ja, relevant	1) Nei 2) Hjemme 3) 58 barn og ungdom i alderen 8-18 år 4) Nei	1,2,3,4) Ja	1) Induktiv analyse av Patton (1990). Tema ble kodet og kategorisert. 2,3,4,6) Ja 5) Nei	1,2,3,4,5) Ja

Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning fra Nasjonalt Kunnskapscenter (2014).

Studie	Er formålet med studien klart formulert?	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er designet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ble dataen samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?	Ble det redegjort for bakgrunnsforhold?	Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Er etiske forhold vurdert?	Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene?	Hvor nyttig er funnene i denne studien?
Schmidt, CA. m.fl. (2012).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svært relevant
Lowe, L. Lyne, P. and Gregory, W. (2004).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Meget relevant
Lowe, L., Gregory, JW. and Lyne, P. (2005).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Meget relevant
Ekra, EMR., Korsvold, T. og Gjengedal, E. (2015).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Svært relevant

Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2007).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Meget relevant
Ekra, E.M.R. og Gjengedal, E. (2012).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Svært relevant
Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2006).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svært relevant
Roper, S.O., m.fl. (2009).	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Relevant

Vedlegg 4

Underfunn	Hovedfunn
«Barns erfaring», «barns følelser som engstelse, redsel, nysgjerrighet, aksept, tristhet», «barns utfordringer på sykehus», «barns opplevelser av å få diabetes» og «barns bekymring på sykehus»	Barns reaksjoner og opplevelser
«Følelsen av å få en kronisk sykdom», «utfordring ved å få diabetes», «forståelse av å få diabetes», «barns håndtering av en ny og ukjent situasjon», «barns administrering av sykdom» «diabeteshåndtering» og «tilpasning av ny situasjon»	Barns håndtering av sykdommen
«Tilrettelagt informasjon», «mangel på informasjon», «informasjonsbehov», «undervisningsopplegg», «undervisningsprogram», «opplæring», «læringsprosess», «spørsmål knyttet til diabetes», «faglig støtte», «praktisk trening og øvelse»	Barn og foreldres behov for informasjon og undervisning
«Foreldres erfaringer med et barn med nyoppdaget diabetes», «foreldrenes følelse før og etter diagnostisering som tap, sorg, tristhet, redsel, frykt og skyldfølelse», «kunnskap og diabetes», «lettelse av å få svar på symptomene til barnet», «sorg over å få et barn med diabetes»	Å være foreldre til et barn med nyoppdaget diabetes

Vedlegg 5

Litteraturmatriser

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Schmidt, CA. m.fl. (2012). In-Hospital Survival Skills Training For Type 1 Diabetes: Perceptions Of Children AND Parents. <i>Lippincott Williams & Wilkins. Vol 37(2):88-94.</i>	Når et barn blir diagnostisert med diabetes type 1, må foreldre og barn lære seg hvordan en skal opprettholde god helse. Barn i USA som opplevde ketoacidose ved diagnostisering var 3 dager på sykehus for	Children, Diabetes education, Parents, Type 1 diabetes, Self-care skills	Utvalg: Studien bestod av 20 barn (8 gutter og 12 jenter) innlagt på sykehus etter å ha blitt diagnostisert diabetes type 1, assosiert med diabetes ketoacidose, sammen med en eller begge foreldre. Barnas alder varierte fra 8 til 15 år. Til sammen var det 25 foreldre (14 mødre, 9 fedre, og to stefedre). Deltakerne ble ekskludert hvis det var noen andre med diabetes type 1 som bodde i sitt hjem, var ikke engelsk-talende eller spansktalende, eller barnet ikke fungerte til det aldersnivået det burde. Studien ble utført av 2 akademiske sykepleieforskere fra Midwestern universitet og 7 arbeidende pediatrike sykepleiere fra Midwestern pediatrik universitetssykehus. De 2 akademiske sykepleieforskerne utviklet studien, og veiledet de arbeidende sykepleierne	<u>Oppfatning av å få diagnosen:</u> -Foreldrene var de først dagene på sykehuset sjokkert, følte frykt, tristhet og var overveldet. Noen følte skyldfølelse over at barnet var blitt syk. -De første dagene på sykehus var barnas største bekymring den invasive behandlingen -Barn følte de var i en tåke på sykehuset der de ikke forstod hva som skjedde med dem. <u>Effektiv opplæring rundt håndtering av sykdommen:</u> -Barn og deres foreldre var fornøyd med omsorgen og ferdighetstreningen/opplæringen de fikk. -Flertallet av foreldrene følte de til en viss grad var komfortabel og hadde oversikt over sykdommen og dets håndtering. De vanskeligste oppgavene	Det er viktig å få et innblikk i barn og foreldres erfaring ved innleggelse på sykehus, både rundt det følelsesmessige, det undervisende og det støttende fra sykepleier. Denne studien vil vi bruke til å kunne underbygge barn og foreldres erfaringer rundt

	<p>opplæring. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om barns og foreldres oppfatninger av denne sykehusperioden rundt undervisningsopplegget og støtten de fikk fra sykepleiere.</p>	<p>gjennom studien. Datainnsamling: Studien brukte en kvalitativ tilnærming. Forskerteamet utviklet et semistrukturert intervju for barn og en skriftlig kartlegging for foreldre å få fram barnas og foreldrenes tanker og følelser om diabetesopplæringen og støtten de fikk fra sykepleiere under barnets sykehusopphold. Det ble underskrevet samtykke fra foreldre og deres barn. Analyse: Det ble utført kvalitativ innholdsanalyse, og "re-presentasjon" av datautfallet. Intervjuet ble tapet, og overført skriftlig med tilsvarende demografiske data om respondentene. Det reduksjonistiske og læringsteori som er beskrevet av Knafl og Webster (1988) ble brukt til å analysere dataene. Deltagerne re-leste dataene uavhengig av de andre som analyserte. De akademiske sykepleierforskerne og de arbeidende sykepleierne fra avdelingen møttes uavhengig for å identifisere gjentakende svar. Deretter møttes alle parter for å samstemme funn. Likheter og ulikheter mellom deltakerne ble analysert. I tillegg ble manifestanalyse av dataene gjort der det kunne gjennomføres for å styrke analyse.</p>	<p>var å telle karbohydrat og planlegge måltider, respondere til ustabil blodsukker, og håndtere stress og konstant bekymre seg. Noen foreldre følte seg ikke flinke nok til de invasive prosedyrene. -Halvparten av barna synes også det å telle karbohydrater var utfordrende. <u>Nyttige sykepleierhandlinger:</u> -De to første ukene følte barna og deres foreldre det var det nyttig med læring og kunnskap, ferdighetsdemonstrasjoner, trøstende tilstedeværelse og forsikring for et langsiktig livskvalitetsfylt liv.</p>	<p>det å være innlagt på sykehus.</p>
--	--	--	---	---------------------------------------

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Lowes, L. Lyne, P. and Gregory, W. (2004). Childhood diabetes: parents' experience of home management and the first year following diagnosis. <i>Diabetic Medicine</i> Vol. 21:531-538.	Hensikten med studien var å utforske foreldres erfaringer rundt det å ha et barn diagnostisert med diabetes type 1, og håndteringen hjemme fra de ble diagnostisert til 1 år etter.	Childhood , diabetes, home management, parents' experience	Utvalg: Foreldre til 20 barn med nydiagnostisert diabetes og dets håndtering hjemme med henvisning til den pediatrike enheten ved et universitetssykehus i South Wales. Alle foreldre som oppfylte kriteriene ble invitert til å delta, og alle samtykket. Det endelige utvalget bestod av 38 foreldre. Barna ble utskrevet fra sykehuset etter 1-3 timer etter diagnostisering. En diabetes spesialist besøkte familien 2 ganger daglig og gav de opplæring rundt diabeteshåndteringen. Besøkene tok 2-3 timer. Foreldrene hadde også en telefon der de kunne ringe til pediatrike sykepleiere når som helst på døgnet. Datasamling: Studien hadde kvalitativ tilnærning. 19 foreldre (av 10 barn) deltok i en serie av 3 strukturerte intervjuer: innen 10 dager etter diagnosen og 4 og 12 mnd. etter diagnosen. Resten av foreldrene deltok i enkelintervjuer. Under intervjuet var ikke barnet tilstede. Intervjuene varte 30-90 minutt, og skjedde i hjemmet deres. Intervjuene ble lydtapet og	I denne artikkelen har vi valgt å trekke ut funn og erfaringer fra den nyoppdagede fasen, da dette er relevant for vår oppgave. Ekskluderer derfor funn fra intervju med foreldre med barn som har hatt diagnosen i 4 mnd. og 12 mnd. <u>Rett før diagnosetidspunktet:</u> -Før diagnosen hadde de fleste foreldrene en mistanke om at det var diabetes, men de prøvde å komme på andre unnskyldninger, og ville ikke innse dette var diabetes. Når de endelig kontaktet lege og kom til sykehuset følte de økende press og hastverk. -Oppfatningen av at sykepleierne hastet seg fram, hastigheten på diagnosen og den raske insulinbehandlingen ble sett på forskjellige måter. Over halvparten følte bekymring og at de var i en karusell hvor alt hastet. De følte de mistet kontrollen. -De fleste visste lite om diabetes og følte seg derfor kraftløs og avhengig av	Her er det hvordan foreldre føler det å få hjem et barn med nyoppdaget diabetes. Barna har bare vært timer på sykehuset, og resten av opplæringen og behandlingen foregår hjemme, det er et behandlingsprogram de har startet med i flere land. Selv om vi har valgt hvilke erfaringer det er å være på sykehus, har vi

		<p>transkriperert verbatim.</p> <p>Analyse: Notatene ble tatt opp før, under og etter intervjuene. Studiens funn ble diskutert med åtte foreldre etter sin deltagelse, og de kunne alle gjenkjenne og forholde seg til forskerens tolkning av sine erfaringer.</p> <p>Intervjuteksten ble kodet i henhold til tema. Biter av tekst som tilsvarte en bestemt kategori ble fremhevet og lagret i Word for Windows prosessanlegg, som ble overført i et eget dokument når alle valgte data ble samlet.</p> <p>Forholdet mellom tekst, forskernes forutinntatthet og den resulterende tolkning ble objektivt reflektert over og avhørt. Alle beslutninger om tolking ble begrunnet med henvisning til den opprinnelige teksten og dataene ble undersøkt for likheter og forskjeller mellom sakene, og for avvikende tilfeller.</p>	<p>sykepleiere.</p> <p>-Alle foreldrene var sjokkert over diagnosen. Noen fant det vanskelig å akseptere diagnosen, mens andre følte seg lettet over at de fant ut hva det var.</p> <p>-Foreldrene var bekymret for hvordan behandlingen ville gå hjemme.</p> <p><u>Den første uken med nydiagnostisert barn med diabetes:</u></p> <p>-Alle foreldre var stresset over diagnosen. Halvparten følte seg nummen og beskrev at de første dagene som «uklar». 1/5 følte diagnosen som et tap. De følte de ikke kunne gjøre som før, rutinene og livet ville endre seg.</p> <p>-Alle foreldrene ønsket en årsak til diagnosen.</p> <p>-Foreldrene taklet situasjonen ved å fokusere på de praktiske sidene ved diabeteshåndteringen og prioritere barnas behov. Noen tok en dag av gangen og ønsket å komme inn i en rutine.</p> <p>-Informasjonen foreldrene fikk var mye å ta inn, de foretrakk å få litt og litt informasjon.</p> <p>- Faglig støtte var sentralt, da de fikk opplæring av pediatrike sykepleiere de første dagene, og en hadde tett kontakt.</p> <p>-Flere foreldre følte de mestret mer sykdommen 1 uke etter diagnostisering.</p>	<p>valgt å godkjenne denne artikkelen da en her også får foreldrenes umiddelbare reaksjoner og håndtering timer etter diagnostisering, som ved på et sykehus.</p>
--	--	---	--	---

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Lowes, L., Gregory, JW. and Lyne, P. (2005). Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents? <i>Journal of Advanced Nursing Vol. 50(3):253-261.</i>	Hensikten med studien var å utforske foreldrenes opplevelser av å ha et barn diagnostisert med diabetes og deres tilpasninger i løpet av det første året.	Childhood diabetes, parents, grief, adaptation, psychosocial transition, nursing.	Utvalg: Foreldre 20 barn med nydiagnostisert diabetes ble med i studien. Totalt var det 38 foreldre. Inklusjonskriteriet var at barnet var klinisk stabil (PH 7,3), hjemmehåndterte sykdommen med henvisning til den pediatriske enheten ved et universitetssykehus i South Wales. Alle foreldre som oppfylte kriteriene ble invitert til å delta, og alle samtykket. Datasamling: Studien hadde kvalitativ tilnærming. 19 foreldre (av 10 barn) deltok i en serie av 3 dybdeintervju: innen 10 dager etter diagnose, 4 mnd. og 12. mnd. diagnostisering. 7 foreldre (av 4 barn) ble intervjuet 4 mnd. etter, mens 12 foreldre (av 6 barn) ble intervjuet 12 mnd. etter diagnose. Analyse: Intervjuene ble transkribert ordrett. En innledende koding ble formulert fra kategorier som oppstod hos foreldrene. Dataene ble deretter systematisk kodet i henhold til disse kategoriene. Noen data var gjeldende for mer enn én kategori, og Microsoft Word	I denne artikkelen har jeg valgt å trekke ut funn og erfaringer fra den nyoppdagede fasen, da dette er relevant for vår oppgave. Ekskluderer derfor funn fra intervju med foreldre med barn som har hatt diagnosen i 4 mnd. og 12 mnd. <u>Var foreldre uforberedt på diagnosen:</u> -Mange foreldre hadde i bakhodet det kunne være diabetes, men fortsatte livet og skyldte på andre årsaker. Men når symptomene ble verre eller fler, tok foreldrene kontakt med lege. -Farten på diagnosen gjorde at foreldrene følte de ikke hadde kontroll, som å være på en karusell. Foreldre var sjokkerte, og farten på diagnosen og at den kom uventet gjorde de dårlig forberedt. <u>Har diagnosen gjort at foreldre har endret sin syn på verden?</u> -Foreldrene var sjokkerte og stresset. De synes det var vanskelig å absorbere alvorligheten av diagnosen og det som	I denne studien får vi et innblikk om foreldrene opplever psykososiale utfordringer når barnet blir diagnostisert med diabetes. Studien er bygget på en såkalt «Psychosocial Transition»-teori der en ut fra kriterier kan se om foreldrene var rammet. Vi vil bruke dette i vår oppgave da det her kommer

			<p>for Windows prosessanlegg (Burnard 1998) ble brukt til å bistå analysen. Temaer og mønster ble identifisert og tatt tilbake til den opprinnelige kilden, disse ble undersøkt for likheter og forskjeller mellom sakene.</p>	<p>medfulgte. Mange sammenlignet sine emosjonelle reaksjoner til følelser av sorg. Foreldre måtte vurdere organiseringen av alle nye aktiviteter. <u>Har diagnosen skapt frykt, angst og et tap av tillit hos foreldrene?</u></p> <p>-Før diagnosen, mistenkte noen det var diabetes redd, men for deres negative perspektiv rundt sykdommen.</p> <p>-Etter diagnostisering var foreldrene redd for å danne en bekreftelse på at de ikke kunne forandre på noe nå.</p> <p>-Foreldrene følte angst og mistet selvfølelsen på å klare dette fordi de visste lite om diabetes. Mestring økte med kunnskap.</p> <p><u>Prøve foreldnere å finne ut hva som skjedde?</u></p> <p>-Alle foreldrene synes det var vanskelig at de ikke fikk en eksakt grunn for at barnet fikk diabetes. Det første foreldrene gjorde var å skyld på noe.</p> <p>-Mange foreldre prøvde å gjøre det beste ut av situasjonen og håndtere diabetesen til barnet rett. Men de fleste var redd for langsiktige komplikasjoner. Det var vanskelig å ta inn hva som skjedde, og det skremte foreldrene.</p> <p>-Etter hvert kom de inn i en ny rutine økte kontrollen.</p>	<p>frem hvordan foreldrene følte det og håndterte sykdommen når barnet var nydiagnostisert.</p>
--	--	--	--	---	---

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Ekra, EMR., Korsvold, T. og Gjengedal, E. (2015). Characteristics of being hospitalized as a child with new diagnosis of type 1 diabetes: a phenomenological study of children's past and present experience. <i>BMC Nursing Vol. 14(1):1-19</i>	Målet med denne studien var å identifisere potensielle egenskaper ved barns levd erfaring med å være innlagt på sykehus diagnostisert med type 1-diabetes i dag, og fra et tilbakeblikk i perioden 1950-1980 til tross for de mange åpenbare ytre endringer.	Childhood , Vulnerability, Agency, Hospital environment, Lifeworld phenomenology, Chronic illness	Utvalg: Deltakerne ble rekruttert fra to norske sykehus fra voksen diabetes poliklinisk Klinikker, og barneavdelinger med en poliklinikk. Diabetessykepleier og sykepleiere valgte et målrettet utvalg basert på følgende inklusjonskriterier: Voksne som var innlagt på sykehus som barn i alderen 6-12 år (for voksne som innlagt på sykehus mellom 1950-1980) og nylig diagnostisering av barn med diabetes (mellom 2008-2010). Tolv voksne og ni barn deltok. De voksne deltakere var spredt på seks forskjellige sykehus; bare to av dem var på en barneavdeling under oppholdet. Flere av deltakerne bodde sammen med andre voksne og fikk ikke gjort noe av det de skulle. Miljøet var ikke tilrettelagt for barn. Barna som deltok ble innlagt på barneavdelinger i to forskjellige sykehus. Begge barneavdelingene hadde tilrettelagt miljø, der også en av	I denne studien velger vi å bare ta med funn fra nåtiden om hvordan barna følte det var på sykehus, da det ikke er relevant for meg å sammenligne 1950-1980-tallet med i dag. <u>Spenningen mellom sårbarhet og virksomhet:</u> -De inneliggende barna erfarte seg som sårbare og handlende på samme tid. <u>Fremmedgjørelse vs. anerkjennelse</u> -Barna var redde, usikre og nysgjerrig når de var på sykehuset. -Miljøet var nytt og ukjent, og kroppen oppførte seg annerledes enn den brukte. -Det de opplevde som det verste var all stikkingen. -Å få en kronisk sykdom, var vanskelig for alle. Noen barn var så redde at de trodde de skulle dø. -Barnas angst og bekymringer var relatert til den såkalte «romvesenkroppen», der barnet ikke kjente igjen sin egen kropp og fikk ukjente symptomer. -Det var også mye nytt og ukjent utstyr	I denne studien kommer det fram barns følelser og reaksjoner samt hvordan de håndterte det å være på sykehus innlagt med nydiagnostisert diabetes den første tiden. I denne studien er det gode erfaringer som er sentrale for oss å anvende i vår litteraturstudie.

		<p>foreldrene kunne sove der.</p> <p>Datasamling: Det ble skrevet under samtykke til studien av foreldrene, de voksne samt barn over 10 år. Kvalitativ tilnærming ble anvendt. Dataene ble samlet inn gjennom dybdeintervju, der de voksne fortalte om historier fra når de var barn. En blandet datasamling, utformet som en kombinasjon av observasjon, dybdeintervju og fotografier ble tatt av barna for å få innsikt i barnas verden i den moderne studien. Hvert barn ble intervjuet to ganger med en av foreldrene til stede.</p> <p>Analyse: Analysen hadde som mål å utforske barnas erfaringer, i fortid og nåtid. En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming ble brukt. Tekstmateriale bestod av ordrett transkripsjon av intervjuene. Disse dataene ble analysert i samsvar med Van Manen's deskriptive temaanalyse. Ulikheter og likheter ble identifisert.</p>	<p>som var skummelt å forholde seg til.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Barna skulle ønske sykdommen kunne gå vekk. Til tross for dette fortalte de at de hadde det fint på sykehuset så lenge de hadde en foreldre med seg. - Å få leke seg var bedre enn å sitte på et rom med mye ukjent stimuli. -Barna savnet vennene sine, klassekamerater og resten av familien sin under sykehusoppholdet. -Å la barna få være delaktig under prosedyrer gjorde at de følte seg viktige og mer trygg. <p><u>Passivitet vs. aktivitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Å komme på sykehus var et avbrekk fra det daglige livet og de fikk en ny daglig rytme på sykehuset. -På sykehuset fikk de forskjellige aktiviteter de kunne gjennomføre som leik, skole og undervisningsopplegg. -Barna følte miljøet var tilrettelagt. -Godt undervisningsprogram med visuelle hjelpemidler gav godt engasjement og forståelse for barnet. -Illustrasjoner, film og figurer gjorde det lettere å forstå. -I tillegg til at barna var delaktige i undervisningsprogrammet følte de at det var viktig foreldrene var der og fikk informasjon, så de hadde noen å spørre ved spørsmål senere. 	
--	--	---	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2007). Families´ lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Vol 60(3):299-307.	Målet med denne studien var å belyse erfaringene til familier ett år etter at et barn ble diagnostisert med type 1 diabetes.	Children, empirical research report, family, interviews, nursing, phenomenology, type 1 diabetes	Utvalg: I 2003 ble tolv utvalgte familier hvor et barn hadde nylig blitt diagnostisert med diabetes, bedt om å delta innen 2 uker etter diagnosetidspunktet. En familie ble ekskludert fra det andre intervjuet i 2004, ett år etter diagnosetidspunktet, fordi det berørte barnet nektet å delta grunnet andre sykdommer. Derfor ble 21 foreldre (11 mødre og 10 fedre), 11 barn med diagnosen diabetes (fem gutter og seks jenter) over en alder av syv år inkludert i det andre intervjuet. Datainnsamling: Kvalitativ studie der det ble utført individuelle samtaleintervjuer med hvert familiemedlem utført av førsteforfatter i 2004, på et sted valgt av familien som de følte seg trygg og komfortabel. Under intervjuet ble hvert familiemedlem bedt om å fortelle sin opplevelse av å leve med diabetes på det nåværende tidspunkt. Oppfølgingsspørsmål ble stilt med formålet om avklaring og diskusjon. Intervjuene ble tatt opp på mini-plater for	I denne artikkelen har vi valgt å trekke ut funn og erfaringer fra sykehusoppholdet, da dette er relevant for vår oppgave. Ekskluderer derfor funn fra når de kom hjem etter oppholdet. <u>Føler aksept, men frustrasjon ennå:</u> - Å bli diagnostisert med diabetes opplevdes vanskelig for de berørte barna. De ble frustrert og prøvde å rømme fra det, og noen ganger forsøkte de å glemme alt om diabeteshåndteringen. Etter hvert som tiden gikk, ble de gradvis vant med sykdommen – og kom frem til at det var slik ting skulle være. Likevel, følte de seg styrt av sine injeksjoner, som noen ganger føltes vondt. -Foreldrene følte at all planleggingen hadde blitt en dagligdags rutine. - Mødre rapporterte at de klarte å slappe av så lenge de opprettholdt sine nyopprettede rutiner, men at de også	I denne studien kommer det frem barns og deres families følelser og reaksjoner samt hvordan de håndterte det å være innlagt på sykehus med ny-diagnostisert diabetes. Dette er gode erfaringer som er sentrale for oss å anvende i

		<p>senere transkripsjon. Etter intervjuene ble foreldrene bedt om å fylle ut et spørreskjema med demografi.</p> <p>Analyse: Analysen begynte under intervjuene, da den første forfatteren (Wennick, A) lyttet aktivt og reflekterte over betydningen av hva som ble sagt. Hvert intervju ble transkribert og sammenlignet med original platen, for nøyaktighet av språk. Begge forfatterne leste fortellingene uavhengig av hverandre for å identifisere deltakernes opplevelser av deres hverdag. Når en forståelse av den generelle teksten hadde blitt innhentet og diskutert, gjennomførte hver forfatter uavhengige analyser av intervjuene med en selektiv tilnærming. Setningene i hvert intervju ble understreket og tentative temaer ble skrevet i marginen i teksten. Deretter sammenlignet forfatterne fortellingene til hver enkelt familiemedlem med resten av familien, og så vel som fortellingene om de andre familiene. Deltakernes beskrivelser ble systematisert og oppsummert i overordnet tema og undertemaer.</p>	<p>følte urettferdighet pga. uansett hvor hardt de prøvde å holde det berørte barnets blodsukker på et akseptabelt nivå, var det fortsatt en risiko for at barnet ville oppleve langsiktige komplikasjoner og andre sykdommer senere.</p> <p><u>Å være frisk, men usynlig syk:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Å trenge insulin og få insulinreaksjoner gjorde at barna følte at de hadde en sykdom, men en som hadde blitt en del av livet, og som derfor gjorde at dem følte seg frisk. - Barna anså ikke seg selv som om de hadde diabetes og var syk, men som fungerte normalt og var dermed nesten helt frisk. - Foreldrene syntes det var viktig at barna følte seg frisk som alle andre barn. De erfarte også at deres berørte barn var forskjellig fra friske barn pga. at de alltid måtte ha med seg diabetesutstyret uansett hvor de gikk. Noe som irriterte dem var når enkelte folk henviste barnet deres som "en diabetiker" i stedet for "å ha diabetes". 	<p>vår studie fra den nyoppdagede fasen.</p>
--	--	--	---	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Ekra, E.M.R. og Gjengedal, E. (2012). Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness. A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i> . Vol 7:1-9	Målet med denne studien var å undersøke erfaringene til barn som blir innlagt på sykehus med nyoppdaget type 1 diabetes og for å få en økt forståelse av de miljømessige påvirkninger på barnas livsverden.	Hospitalized children, lived experience, hospital environment, type 1 diabetes, bodily changes, hermeneutic phenomenological method	Utvalg: Sykepleierne valgte ut barn som var mellom 6 og 12 år, og som nylig hadde blitt diagnostisert med diabetes. Fem gutter og fem jenter samtykket til å delta i studien; imidlertid ble en jente senere avvist. Barna ble rekruttert fra barneavdelinger fra to norske sykehus. Datainnsamling: Kvalitativ studie der data ble samlet inn gjennom intervju med barna. En av deres foreldre var til stede under intervjuene. Ved å få innsikt i barnas levde erfaringer, ble studien utformet som en kombinasjon av nøye observasjoner, dybdeintervjuer og foto-stemme. Hovedfokus var på barnas fortellinger, men foreldrene var også viktige bidragsytere. Etter det første intervjuet, ble barna invitert til	<u>Endring gjennom gjenkjenning og tilpasning:</u> Det var utfordrende for barna å få en kronisk, livslang sykdom. Et godt tilpasset og barnevennlig miljø, samt tilstedeværelse av sine foreldre, ga barna en litt behagelig følelse. Gjennom aktiv deltakelse i deres behandling, var barna etter hvert i stand til å håndtere sine nye omstendigheter. <u>Et ukjent, men behagelig miljø:</u> Barna følte seg engstelig, redd, og usikker da de ble innlagt på sykehuset. Kroppen deres føltes fremmed og miljøet var nytt. Selv om de hadde følt seg uvel en stund, var mange overrasket og uforberedt når de ble utsatt for akutt behandling på sykehus. Barna likte interiøret og verdsatte dekoren på veggene på barneavdelingene. Å ha eget pasientrom hvor de ikke trengte å bli forstyrret, hvor de kunne tilbringe tid sammen med foreldrene og motta besøk av venner, var viktig for dem. Å bli innlagt i sykehus involverte savn av familie og venner. Tilgjengeligheten av en mobiltelefon var avgjørende. <u>Gradvis tilpasse seg et nytt liv:</u> Å bli innlagt på sykehus kunne være en utfordring, men barnas	I denne studien kommer det frem barns følelser og reaksjoner, samt hvordan de håndterte det å være innlagt på sykehus med ny-diagnostisert diabetes. Dette er gode erfaringer som er sentrale for oss å anvende i vår studie.

		<p>å ta bilder av sykehusomgivelser. Foto-stemmen ble gjennomført ved å gi deltakerne et kamera som de kunne bruke til å ta bilder av steder, ting og aktiviteter som de syntes var viktig. Disse bildene ga grunnlag for det andre intervjuet og de minnet barna på situasjonene de hadde opplevd.</p> <p>Analyse: Begge samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. Van Manen beskrivelse av tematisk analyse ble brukt. Hvert intervju og feltnotat ble lest flere ganger for å få en forståelse av teksten som helhet, og for å forstå den grunnleggende betydningen av barnas opplevelser. Foreløpige temaer ble sammenlignet, og en tematisk betydningsstruktur, som består av to hovedtemaer og flere undertemaer, dukket opp.</p>	<p>største bekymring var knyttet til den nye kroniske sykdommen. Det var vanskelig for dem å forstå at de måtte leve med sykdommen for resten av livet. Det å få diagnosen diabetes krevde at barna måtte være mer oppmerksomme på signaler fra kroppen, spesielt i forhold til lavt og høyt blodsukker. De følte at sykdommen var en del av dem og krevende. Helt fra starten fikk barna praktisk opplæring i injeksjonsteknikk og blodsuktermåling av sykepleierne, og barna klarte gradvis å stikke seg selv. Selv om behandlingen var skremmende og utfordrende, erfarte også barna at det nye medisinske utstyret var spennende. De fleste av barna hadde en begrenset forståelse av sykdommen. Barna mente at de lærte mest når de fikk mulighet til å dele sine kunnskaper, samt at utdanningsprogrammet var tilpasset dem og de ansatte brukte audiovisuelt utstyr, slik som filmer, brosjyrer, illustrasjoner og figurer. Det var vanskelig å engasjere barna når helsepersonellet skulle lære dem teori om sykdommen, da dem synes dette var vanskelig å forstå og kjedelig. Barna likte ikke oppmerksomheten knyttet til sykdommen fra folk rundt dem, men det skapte trygghet.</p>	
--	--	--	--	--

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Wennick, A. og Hallstrøm, I. (2006). Swedish families' lived experience when a child is first diagnosed as having insulin-dependent diabetes mellitus. <i>Journal of Family Nursing</i> . Vol 12(4):368-389	Hensikten med denne studien var å belyse hele familiens erfaring når et barn i familien er diagnostisert med diabetes.	Diabetes mellitus; type 1, family, nursing, pediatrics, lived experience	Utvalg: En rekke av familier med barn med nydiagnostisert diabetes ble spurt om å delta, innen to uke etter diagnostetidspunktet. Inklusjonskriterier: Et barn i familien i en alder av 7 år eller eldre med nydiagnostisert diabetes, og familien måtte snakke og forstå svensk. Søsken i familien i alderen 7 år eller eldre ble også invitert. 23 foreldre (12 mødre og 11 fedre), 12 barn diagnostisert med diabetes (5 gutter og 7 jenter), og 7 søsken (5 gutter og 2 jenter) ble inkludert. Eksklusjonskriterier: To søsken, i to familier, var yngre enn 7 år og ble derfor ekskludert. Datainnsamling: Kvalitativ studie der data ble samlet inn gjennom intervju. Intervjuene ble tatt opp på mini-plater for senere transkripsjon. Etter intervjuene	I denne artikkelen har vi valgt å trekke ut funn og erfaringer fra sykehusoppholdet, da dette er relevant for vår oppgave. Ekskluderer derfor funn fra når de kom hjem etter oppholdet, samt intervju med søsken. <u>Lære om det uunngåelige:</u> Familiens erfaring når barnet ble diagnostisert med diabetes ble identifisert som en pågående læringsprosess. Kunnskap om sykdommen gjorde familiene klar over hvilke symptomer som korresponderte med diagnostisering av diabetes, noe som førte til at dem innså at barnet hadde synlige tegn på sykdom før diagnostetidspunktet. Å lære om barnets diagnose førte til en følelse av kaos og bli ristet i stykker, både for familien som helhet og for familiemedlemmene individuelt. Under sykehusoppholdet, opplevde foreldrene at de jobbet tett med sykepleierne, og at de ble gradvis invitert til å ta på seg et større ansvar for diabeteshåndteringen til barna, noe som gjorde at dem følte seg trygg. <u>Å innse tegn:</u> Når familien ser tilbake, så hadde de ofte sett symptom hos barnet, men hadde ikke	I denne studien kommer det frem barns og deres families følelser og reaksjoner samt hvordan de håndterte det å være innlagt på sykehus med nydiagnostisert diabetes. Dette er gode erfaringer som er sentrale for oss å

		<p>ble foreldrene bedt om å fylle ut et spørreskjema med demografi.</p> <p>Analyse: Hvert familiemedlem ble intervjuet individuelt for å oppnå grundig forståelse av deres erfaring. Analysen begynte under intervjuene hvor den første forfatteren aktivt lyttet. Hvert intervju ble deretter transkribert og sammenlignet med den opprinnelige platen for nøyaktighet av språk og notasjoner. Etter dette leste begge forfatterne intervjuene uavhengig av hverandre, og analyserte dem ved hjelp av en selektiv tilnærming, for å forstå respondentenes opplevelse av deres hverdag, både som individuelle familiemedlemmer og som en familie. Foreløpige temaer ble diskutert sammen for å få en dypere forståelse av erfaringene til hvert familiemedlem. Foreløpige resultater ble diskutert på seminarer og presentert 1 år etter intervjuene med foreldrene, som alle følte at funnene reflekterte familiens erfaringer.</p>	<p>koblet det til en sykdom. De fant ofte på andre alternative grunner til hva det kunne være. Noen av foreldrene mistenkte at barnet hadde diabetes, men håpte at de tok feil.</p> <p><u>Føler kraftløshet:</u> Når barnet hadde fått diagnosen diabetes, følte familien at de hadde en vanskelig tid i møte med å prøve å akseptere det. De hadde vanskeligheter med å forstå betydningen av diagnosen. Det berørte barnet ble redd og trist da det fikk vite om diagnosen. Foreldrene la merke til at det berørte barnet ikke helt forstod at diagnosen deres var kronisk. Barna var ofte uvitende om hva diagnosen innebar. Foreldrene var bekymret for sykdomsrelaterte komplikasjoner. De trodde ikke at de ville komme over det faktum at deres barn hadde blitt diagnostisert med diabetes, mens de samtidig lurte på hvorfor de ikke hadde oppdaget barnets sykdom raskere. Foreldrene erfarte at det ofte var umulig å prate om det berørte barnet uten å begynne å gråte, noe som også ble lagt merke til av barna.</p> <p><u>Føler selvsikkerhet:</u> Familiene erfarte at helsen til det berørte barnet ble bedre da det hadde fått insulin i noen dager på sykehuset. Foreldrene følte seg trygg i sykehusmiljøet, de følte at de kunne stole på sykepleierne og at de fikk nok oppmerksomhet. Foreldrene følte at de hadde mest nytte av når de ble oppfordret til å håndtere alt selv på sykehuset.</p>	<p>anvende i vår studie.</p>
--	--	---	---	------------------------------

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Roper, S.O., m.fl. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents knowledge and questions. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . Vol 65(8):1705-1714	Målet med denne studien var å beskrive hva barn og unge som har type 1 diabetes vet og vil vite om sykdommen.	Adolescents, children, diabetes education, interviews, nursing, type 1 diabetes	Utvalg: 58 barn og unge i alderen 8-18 år med type 1 diabetes deltok. Barn med diabetes og deres familie ble rekruttert fra diabetes sommerleirer, diabetesklinikken fra et større regional sykehus i USA, samt gjennom andre henvisninger. Datainnsamling: En kvalitativ studie der datainnsamlingen ble gjennomført i 2005. Barna ble intervjuet på en privat plass i sine hjem. Som en del av intervjuet, svarte de på fire ja/nei spørsmål knyttet til sin diabetes. Intervjuene ble lydregistrert, transkribert ordrett, sjekket for nøyaktighet og angitt i en N-vivo 7 for analyse. Analyse: Det ble brukt en induktiv analyse for å finne temaer i intervjuene. I utgangspunktet var det to forskere som identifiserte store temaer ved hjelp av åpen koding. Disse temaene ble deretter kryssjekket, raffinert og justert gjennom diskusjon blant forskerne. To uavhengige	I denne artikkelen har vi valgt å trekke ut funn og erfaringer som kunne være relevant for den nyoppdagede fasen. Ekskluderer derfor spørsmål som barna lurte på i et senere stadiet i sykdommen. <u>Psykologi:</u> - Noen barn lurte på hvorfor de hadde fått diabetes, hvordan en kunne behandle sykdommen og hvorfor det skjedde akkurat dem. <u>Kur:</u> - Et barn lurte på om det fantes en kur for å bli frisk fra diabetes sykdommen, eller når kuren ville komme. <u>Effekter på familien:</u> - En jente uttrykte at hun ønsket å lære mer om hvordan diabetesen påvirker menneskene rundt henne. Hun visste som regel hvordan den påvirket henne, men ikke hennes familie.	I denne studien kom det frem hvilke sentrale spørsmål barn lurer på når de blir diagnostisert med diabetes. Dette er relevant for vår oppgave da det er viktig at sykepleiere har en viss forståelse og innblikk på hva barn kan lure på om

			<p>forskere leste svarene for andre gang. Gjennom selektiv koding, ble det identifisert tema og kategorier. For å sikre påliteligheten av analysen, var det to uavhengige personer som kodet alle intervjuene, og diskuterte forskjeller i koding til enighet ble nådd. Til slutt, to diabetes lærere, en ung voksen med diabetes, samt en forelder til et barn med diabetes så over intervjuene og bekreftet at det stemte med deres erfaring.</p>	<p><u>Erfaringer fra diagnosetidspunktet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En jente sa: ”Når jeg først ble diagnostisert, måtte de gjøre alt for meg. De måtte lære meg hvordan jeg skulle håndtere min diabetes”. En annen jente husket: ”Den dagen var det Halloween...og jeg hadde gått på skolen. Jeg spiste mye sukker og jeg ville ikke fortelle det til foreldrene mine. Vi måtte på sykehuset fordi jeg laget morsomme lyder den natten”. - Noen barn snakket om hvor mye familien hjalp dem med å håndtere deres diabetes. En gutt sa: ”Faren min lærte meg hvordan jeg skulle ta vare på meg selv..og lærte meg hvordan jeg skulle ta ansvar for insulinen og slikt”. <p><u>Mening:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Noen barn uttrykte bekymring om hvordan de skulle takle ulike sosiale situasjoner, der det for eksempel var godteri til stede. 	<p>diabetes.</p>
--	--	--	---	--	------------------