



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 - Sykepleie VI - del 2

Erfaringer med nyoppdaget diabetes type 1/

Experiences with newly diagnosed type 1 diabetes

Kandidatnummer: 10102, 10022

Hovedveileder: Solveig Giske

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Antall ord: 8775

Innlevert Ålesund, 21.05.2017

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.	<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 NTNUs studieforskrift.	<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: Solveig Giske

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 med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved NTNU 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: 21.05.17

Sammendrag

Bakgrunn: Norge ligger på topp med svært høy forekomst av diabetes type 1. Hvert år får over 300 barn under 15 år diagnosen.

Hensikt: Å undersøke barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldres erfaringer når barnet er innlagt på en barneavdeling.

Metode: Oppgaven bygger på en systematisk litteraturstudie, hvor det er inkludert åtte kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Når et barn blir nydiagnostisert med diabetes type 1, involveres også foreldrene. Det oppstår fysiologiske og psykologiske reaksjoner, da sykdommen ofte oppstår uventet. Barn og foreldre har behov for tilrettelagt kommunikasjon, samt god relasjon med sykepleier. Foreldrene oppfattet informasjonen og undervisningen som intens, og de mottok ofte informasjon på barnas vegne. Barna ble engasjert når visuelle hjelpemidler ble tatt i bruk i undervisningen.

Konklusjon: Under sykehusinnleggelsen forsto ikke barna hva som foregikk rundt de. De opplevde kroppslige endringer i forkant, og det var skremmende å få en kronisk diagnose. Foreldrenes tilstedeværelse var svært viktig. På diagnosetidspunktet opplevde foreldre å være i sjokk, og hadde behov for emosjonell støtte. I en slik situasjon er det sentralt at sykepleier har kunnskap om krise, for å kunne tilrettelegge informasjon og undervisning, slik at informasjonen blir forstått og de husker det de blir lært.

Nøkkelord: Erfaringer, barn, foreldre, nylig diagnostisert, diabetes type 1, sykehus.

Abstract

Background: Norway is at the top with very high prevalence of type 1 diabetes. More than 300 children under the age of 15 are diagnosed each year.

Objective: To investigate children with newly diagnosed type 1 diabetes and their parents' experiences when the child is admitted to the pediatric ward.

Method: This assignment is based on a systematic literature study, which includes eight qualitative research articles.

Results: When a child is diagnosed with type 1 diabetes, their parents are very involved. There are physiological and psychological reactions, because diabetes in many cases occurs unexpectedly. Children and parents need appropriate communication, and the relationship with the nurses was proved to be important. Parents perceived the information and teaching as intense, and they often received information on behalf of their children. The children became engaged when visual tools were used in the teaching.

Conclusion: During the hospitalization the children did not understand what was happening around them. They experienced bodily changes at the forefront, and it was scary to be diagnosed with a chronic diagnosis. The parents' presence was very important. At the time of diagnosis, parents felt being in shock and needed emotional support. In such situations, it's important that nurses have knowledge of crisis in order to facilitate information and education so that the information is understood and the remember what they are being taught.

Keywords: Experience, children, parents, newly diagnosed, type 1 diabetes, hospital

INNHOLDSFORTEGNELSE

1 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring	2
1.4 Avgrensning.....	3
1.5 Organisering av oppgaven	3
2 Teoribakgrunn	4
2.1 Diabetes type 1	4
2.2 Erikssons utviklingsteori	5
2.3 Krise.....	5
2.4 Kommunikasjon.....	6
2.4.1 Kommunikasjon med barn	6
2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen	6
3 Metode	8
3.1 Datainnsamling.....	8
3.1.1 Søkestrategi.....	8
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.1.3 Søkehistorie og søkeord i ulike databaser.....	10
3.1.4 Kvalitetssikring av artiklene	12
3.1.5 Etisk vurdering av artiklene	13
3.2 Analyse	14
4 Resultat	16
4.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner	16
4.2 Kommunikasjon og relasjon	17
4.3 Informasjon og undervisning.....	17
5 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon.....	20
5.2 Resultatdiskusjon.....	22
5.2.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner	22
5.2.2 Kommunikasjon og relasjon	25
5.2.3 Informasjon og undervisning	26
6 Konklusjon	30
6.1 Anbefaling til videre forskning.....	30
Litteraturliste	31
Vedlegg 1 – Søkehistorikk.....	
Vedlegg 2 – Litteraturmatriser og søkehistorikk.....	
Vedlegg 3 – Sjekkliste for kvalitativ forskning.....	

1 Innledning

Dette kapitlet presenterer bakgrunn for valg av tema og oppgavens hensikt. Videre presenteres problemstillingen og viktige begreper, samt avgrensninger. Til slutt vil oppgavens videre oppbygging presenteres.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven er erfaringer hos barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre. Forekomsten av diabetes type 1 er i stadig økning (Barnediabetesregisteret 2015), og Norge ligger på topp, med svært høy forekomst av diagnosen (Joner 2014). I Norge har antagelig rundt 350 000-400 000 personer diabetes, og av disse har rundt 28 000 diabetes type 1 (Møinichen 2014). Hvert år får over 300 barn under 15 år diabetes her til lands (Diabetesforbundet 2017), og ifølge Aamodt mfl (2007) har forekomsten av diabetes type 1 økt de siste 15 årene med 30%, hos barn under 15 år.

Barn som får diabetes type 1 vil bli innlagt på sykehus, og det er på denne arenaen sykepleier vil møte denne pasientgruppen. Da diabetes type 1 er økende (Barnediabetesregisteret 2015), er det sentralt at sykepleier har kunnskap og kompetanse innenfor dette området.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Oppgavens hensikt er å undersøke barn og foreldres erfaringer når barnet får nyoppdaget diabetes type 1, i perioden barnet er innlagt på en barneavdeling. Ut i fra dette har vi valgt følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre når barnet er innlagt på en barneavdeling?”

1.3 Begrepsavklaring

Diabetes type 1: Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom, som gir absolutt insulinmangel (Mosand og Stubberud 2013).

Erfaring: Erfaring er en fellesbetegnelse på den informasjon individet erverver gjennom sansing og handling (Store norske leksikon 2011).

1.4 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til barn i alderen 6-12 år, da barn ofte debuterer med diabetes type 1 i denne alderen (Haugstvedt 2011). Ettersom at oppgaven baseres på et ønske om å få økt kunnskap om barn og foreldres erfaringer, er det naturlig å fokusere på barn i denne alderen, fordi de er svært avhengig av sine foreldre (Haugstvedt 2011). Fokuset vil være i perioden fra de har fått diagnosen og er innlagt på en barneavdeling, da barn med nyoppdaget diabetes type 1 vil komme på sykehuset for videre behandling (Jenssen 2014). Barn i denne alderen er ikke i stand til å ha hovedansvaret for behandlingen av sin diabetes alene, da de mangler den intellektuelle modenhet som er nødvendig for å mestre en komplisert behandling som insulinbehandling (Haugstvedt 2011). Ut i fra dette er det svært relevant å inkludere foreldre som en del av oppgaven, da det er de som vil styre behandlingen i hverdagen. Oppgaven vil ha et pasient- og pårørendeperspektiv, og belyse barn og foreldres erfaringer om å få nyoppdaget diabetes type 1.

1.5 Organisering av oppgaven

I neste kapittel presenteres aktuell teori som vil belyse resultatet. Videre presenteres kapittel tre, som viser metoden som er benyttet i oppgaven. Her vises fremgangsmåten vår for å finne de åtte inkluderte artiklene. I kapittel fire beskrives resultat og funn fra forskningsartiklene, før metode og resultat drøftes i kapittel fem, hvor det vil knyttes teori opp mot artikkelfunn. Kapittel seks inneholder vår konklusjon, samt anbefaling til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

Her knyttes relevant litteratur opp mot problemstillingen. Først vil diabetes type 1 forklares, samt symptomer, komplikasjoner og behandling. Videre vil sentrale begreper belyses.

2.1 Diabetes type 1

Diabetes type 1 betegnes som en autoimmun sykdom, der kroppens eget immunsystem angriper de insulinproduserende betacellene i pankreas. Etterhvert som cellene gradvis ødelegges, avtar insulinproduksjonen (Jenssen 2014). De første alarmerende symptomene er ofte økt vannlating og tørste, på grunn av sukker i urinen. Etterhvert som insulinmangelen blir mer uttalt, oppstår symptomer som avmagring og vekttap, fordi det blir betydelig mindre opptak av karbohydrater og energi i muskel- og fettcellene (Jenssen 2014).

Ketoacidose er en alvorlig komplikasjon ved diabetes type 1, og oppstår ved insulinmangel. Hos barn kan uoppdaget diabetes debutere som ketoacidose (Jenssen 2014). Symptomene kan være redusert bevissthet, hyperventilering med Kussmauls respirasjon, pusten kan lukte aceton, kvalme og brekninger, økt urinproduksjon og derav økt væsketap. Pasientens sirkulasjon kan også bli påvirket ved lavt blodtrykk, hurtig puls og i verste fall kan pasienten gå i hypovolemisk sjokk, dersom væsketapet blir for stort (Mosand og Stubberud 2013). En annen komplikasjon kan være hypoglykemi, som betyr lavt blodsukker. Symptomene kan være blekhet, svette, gråt og irritabilitet. Barn kan også merke at den mentale fleksibiliteten, som å ta avgjørelser, evnen til å planlegge, samt reaksjonstid blir påvirket når blodsukkerkonsentrasjonen er nedsatt (Hanås 2011).

Behandlingen av diabetes begynner fra første dag med insulinbehandling. Insulin settes alltid som subkutane injeksjoner (Jenssen 2014). Den videre behandlingen vil i korte trekk handle om hvordan insulin skal brukes hos barn i skolealder og råd om hverdagen (Jenssen 2014). Barn under 12 år er ikke i stand til å ha hovedansvaret for sin diabetes, og foreldre må styre behandlingen i hverdagen frem til barnet selv er moden til å overta. Derfor stilles foreldre overfor både behandlingsmessige, praktiske og følelsesmessige utfordringer (Haugstvedt 2011). Videre i oppgaven vil diabetes type 1 omtales som diabetes.

2.2 Eriksons utviklingsteori

Erik Erikson har satt sitt preg på vår forståelse av menneskelig utvikling i livsperspektiv. I hans utviklingsteori er det åtte psykososiale faser gjennom livet. Hver fase har nye krav og utfordringer som må tilpasses og løses (Håkonsen 2014). Når et barn blir syk kan det ofte reagere med regresjon, som innebærer at man går tilbake til væremåter som stammer fra tidligere utviklingsfaser, hvor barnet blant annet kan ta mindre ansvar for sin situasjon enn det alderen og modningen tilsier (Eide og Eide 2014). På grunnlag av dette vil det trekkes inn en fase før alderen 6-14 år.

I 3-5 årsalderen er barnet i fasen “initiativ versus skyld”, og barnet utforsker seg selv. Det handler om forståelse av hva som er rett og galt, og å føle skyld for handlinger utvikles. Ved opplevelse av skyld kan barnet bli forsiktig og tilbakeholdent. Barn i alderen 6-12 år vil befinne seg i “Kreativitet versus underlegenhet”, som er i aldersperioden 6-14 år. Det sentrale elementet i utviklingen er “jeg er det jeg lærer”, og barnet er opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Barnet kan oppleve konflikten mellom det å være skapende og å være underlegen. Barnet sammenligner seg selv med venner, og bruker disse som målestokk for egen utvikling. Et gunstig resultat er at barnet utvikler kompetanse og ferdigheter til å fungere på ulike områder i livet (Håkonsen 2014).

2.3 Krise

Krise er en psykologisk reaksjon som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig for å finne løsninger på en vanskelig situasjon. I følge Cullberg (1999) i Håkonsen (2014) kan et kriseforløp inndeles i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen er den første tiden etter en alvorlig hendelse. Personen er ikke i stand til å bearbeide hendelsen, og bruker all psykisk energi på å forstå det som har skjedd. Noen kan vise store sorgreaksjoner, fortvilelse og angst, mens andre kan være lite berørt (Håkonsen 2014). Sjokkfasen går så over i reaksjonsfasen, der personens emosjonelle reaksjoner kommer tydeligere frem. I bearbeidingsfasen søker individet tilbake til de grunnleggende elementene som skaper stabilitet og trygghet i tilværelsen. I den siste fasen, nyorienteringsfasen, vil de emosjonelle reaksjonene som er knyttet til krisen være forbi. Personen har akseptert hendelsen, og skapt en ny plattform for

livet sitt. Det innebærer ikke at sorgen eller fortvilelsen er over, men opplevelsen vil ikke dominere individets oppmerksomhet (Håkonsen 2014).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 2014). Verbal kommunikasjon betyr kommunikasjon med bruk av ord, som det muntlige språket vårt. Det kan være i møte med andre at man hilser og presenterer seg for nye mennesker (Eide og Eide 2014). Kommunikasjon uten ord kalles nonverbal kommunikasjon, og kan kjennetegnes som en vennlig stemme, et spontant smil, en bekymret rynke eller et bekræftende nikk (Eide og Eide 2014).

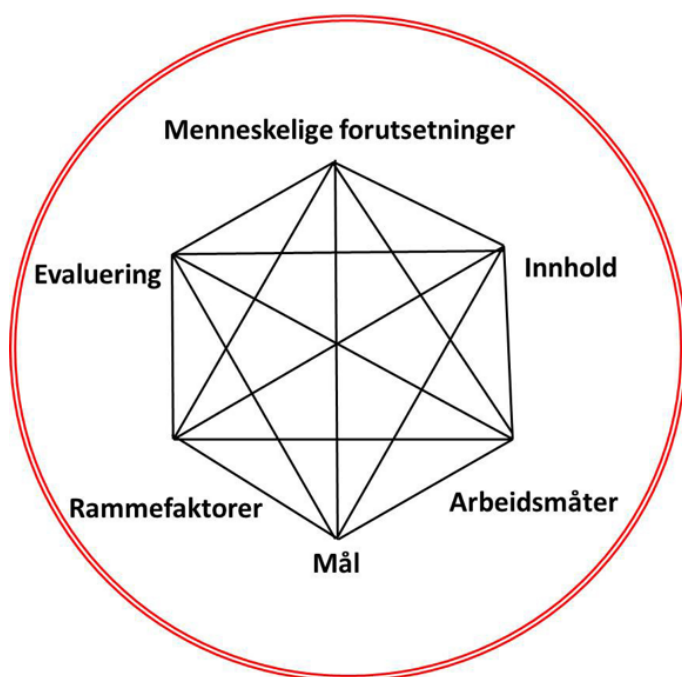
2.4.1 Kommunikasjon med barn

I kommunikasjon med barn vil det nonverbale være særlig viktig, fordi det kan ha forholdsvis sterkere gjennomslag enn det verbale (Eide og Eide 2014). I møte med barn må man være bevisst i formidlingen av både verbal- og nonverbal kommunikasjon. Det må være overensstemmelse mellom disse uttrykksformene, som kalles kongruens. Det vil si at sykepleier for eksempel smiler til barnet og forteller noe positivt (Eide og Eide 2014). Det motsatte kalles inkongruens. Et eksempel på det kan være at sykepleier spør hvordan barnet har det, men virker travel. Da kan barnet oppfatte at sykepleier ikke er interessert (Eide og Eide 2014). Barn kommuniserer best og forstår lettest når ord og handlinger kombineres. I møte med barnet kan sykepleier ta i bruk hjelpemidler som tegninger, lek, bilder og sang (Grønseth og Markestad 2011).

2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

I situasjoner hvor pasienter trenger opplæring, kan den didaktiske relasjonsmodellen være et godt hjelpemiddel (Kvangarsnes 2007). Modellen inneholder seks kategorier som knyttes inn i hverandre (Figur 1). For å kunne planlegge og gjennomføre undervisning må sykepleier ha kunnskap om barns forutsetninger. Barnets alder og modenhet, samt interesser og behov, er nyttig å vite om. Da foreldre ofte deltar i undervisningen (Haugstvedt 2011), er deres forutsetninger sentrale i planleggingen (Kvangarsnes 2007). Når forutsetningene er bestemt, må undervisningen ha et innhold. Informasjon om

sykdommen og dens medisinske behandling, samt demonstrering av praktiske prosedyrer, vil være sentralt (Kvangarsnes 2007). Hvordan sykepleier kan nå frem til barnet gjennom formidling av kunnskap er en viktig del av planleggingen (Kvangarsnes 2007). Målet for undervisningen kan være at barnet utvikler en positiv holdning til behandlingen og sin situasjon (Kvangarsnes 2007). En forutsetning for sykepleier vil være å ha god kunnskap om temaet, og at det foregår på et rom med minst mulig forstyrrelser (Kvangarsnes 2007). Vurdering av undervisningen skal foregå kontinuerlig og avslutningsvis. Sykepleier må få bekreftelse på at informasjonen er forstått. Det kan sørges for gjennom at barnet og foreldrene gjenforteller eller demonstrerer prosedyrer (Kvangarsnes 2007).



Den didaktiske relasjonsmodellen - figur 1

3.0 Metode

Oppgaven baseres på metoden som er brukt. I dette kapitlet presenteres metoden, hvordan data ble innhentet i et systematisk søk, valg av databaser og søkeord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt kvalitetsvurdering og etisk vurdering av valgte forskningsartikler. I følge Forsberg og Wengström (2013) skal en systematisk litteraturstudie ha et klart formulert spørsmål som besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Et systematisk søk innebærer også kritisk vurdering og sammenstilling av artiklene som er valgt.

3.1 Datainnsamling

Søket startet i januar 2017, og vi hadde bestemt oss for en problemstilling som omhandlet sykepleierperspektivet og mestring. Vi utførte flere prøvesøk der vi fant ut at det var lite relevant forskning som omhandlet temaet. Det ble da utført flere prøvesøk, som senere ble strukturerte og omhandlet pasient- pårørende perspektivet. Dette gav treff, og av den grunn ble problemstillingen endret til barn og foreldres erfaringer. I oppgaven vil åtte forskningsartikler bli benyttet, som er funnet gjennom systematisk litteratursøk i ulike databaser.

3.1.1 Søkestrategi

Da vi utførte våre første søk hadde vi ikke brukt PICO-skjema, som resulterte til usystematiske søk. Vi brukte søkeord ut i fra det vi ønsket å finne, og Forsberg og Wengström (2013) forteller at det er uetisk å presentere elementer som støtter forskerens egen hensikt. De forteller videre at når man skal finne svar på det valgte problemområdet, dukker det ofte opp ulike og vide aspekter, som gjør det viktig å avgrense problemet som undersøkes. Vi valgte derfor å ta i bruk PICO-skjema, som er et nyttig verktøy, som gir struktur, klargjør spørsmålet for litteratursøk, samt kritisk vurdering. PICO-skjema er en strukturert tilnærming der man setter sammen søkestrategier når man skal søke i databaser (Forsberg og Wengström 2013). I PICO-skjemaet står "C" for kontroll/kontrollgruppe. Vi valgte å ekskludere bokstaven, da det ikke var relevant for oppgaven å sammenligne materiale. Søkeordene vi har tatt i bruk tar utgangspunkt i problemstillingen, og vil presenteres i Tabell 1.

“P”, står for pasient eller populasjon. I oppgaven rettes pasient mot barn og deres foreldre. Søkeord: “Children” og “Parents”.

“I”, står for intervensjon. Oppgaven ville ta for seg barn med nyopplaget diabetes, innlagt på sykehus. Søkeord: “Diabetes type 1”, “Newly diagnosed” og “Hospital”.

“O”, står for utfall. Oppgaven er ute etter barn og deres foreldres erfaringer, og utfallet rettes mot erfaringer. Søkeord: “Experience”.

Oversikt over PIO-skjema - Tabell 1

	P	I	O
Hoved-søkeord	Children Parents	Diabetes type 1, newly diagnosed, hopsital	Experience
Synonym		Onset, just diagnosed, diagnosed	Perception, knowledge

Ut i fra problemstillingen bestemmes det kriterier for søkingen, det kan for eksempel være hvilke land som er av interesse, årstall på artikler, pasientgruppe og så videre. Søkeord ble kombinert med den boolske søkeoperatøren “AND”. Denne søkeoperatøren brukes for å kombinere og begrense søk for å gi et smalere resultat (Forsberg og Wengström 2013).

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I oppgaven vår vil vi inkludere artikler som baserer seg på nyere forskning, fra 2010-2017. Ettersom at oppgaven tar utgangspunkt i å undersøke barn og foreldres erfaringer, vil søkene våre inkludere barn og foreldre. Vi har også valgt å inkludere barn i alderen 6-12 år, på bakgrunn av at Haugstvedt (2011) forklarer at debutfasen for mange er denne aldersgruppen. Vi ønsker også å finne artikler fra vestlige land, slik at de er mest mulig sammenlignbare med det norske helsevesenet. Med vestlige land mener vi Canada, USA, Australia, New Zealand og Europeiske land som er i likhet med Norge, som Storbritannia.

Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier - Tabell 2.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Nyere forskning (2010-2017)	Søsken og annen familie
IMRAD-struktur Fagfellevurdert	Barn med diabetes type 1 som har hatt diagnosen over lengre tid
Foreldre til barn med nyoppdaget diabetes type 1	
Barn med nyoppdaget diabetes type 1 i aldersgruppen 6-12 år.	
Artikler fra vestlige land (Canada, Australia, New Zealand og Europeiske land som er i likhet med Norge, som Storbritannia)	
Barn innlagt i sykehus	

3.1.3 Søkehistorie og søkeord i ulike databaser

Vi hadde flere prøvesøk i databaser rettet mot helsevitenskap, men det endte opp med at vi brukte databaser vi har erfaring med selv, som PubMed og Cinahl Complete, samt British Nursing Index og Swemed+. Da søkeord ikke gav treff, brukte vi synonymer som vist i tabell 1, kapittel 3.1.1. Vi reduserte ved å lese overskriftene på artiklene for å se om de var relevante for vår problemstilling. Alle søkene henvises til vedlegg 1, der søkene gjort i databasene blir framstilt. I denne tabellen viser første kolonne rekkefølgen for søkene, og andre kolonne hvilke søkeord som ble brukt. Tredje kolonne viser dato for søket, og fjerde kolonne viser valgt database. Kolonne fem viser treffene vi fikk, og kolonne seks og sju viser leste abstrakter og artikler. Kolonne åtte viser antall inkluderte artikler, før forfattere og navn på inkluderte artikler vises i kolonne ni.

Swemed+

Swemed+ er en omfattende database som dekker sykepleieforskning. Her finnes vitenskapelige tidsskriftartikler, forskningsrapporter og avhandlinger. Databasen omfatter

språk som svensk, norsk, dansk og engelsk (Forsberg og Wengström 2013). Vi utførte et av våre første prøvesøk i denne databasen, og vi brukte diabetes type 1 “AND” experience som søkeord. Dette gav oss 12 treff, der ingen var relevante for oppgaven. Derfor ble ingen abstrakter eller artikler lest.

PubMed

Pubmed er en omfattende database som dekker sykepleie, medisin og odontologi. Der finnes vitenskapelige tidsskriftartikler i forskjellige språk (Forsberg og Wengström 2013). Her utførte vi et prøvesøk og tre systematiske søk, der den boolske søkeoperatøren “AND” ble brukt i alle søkene. Prøvesøket inneholdt søkeordene experience, children, newly diagnosed, type 1 diabetes og parents, som gav ni treff. Disse artiklene var ikke relevante for oppgaven, og abstrakter og artikler ble ikke lest. I søk to brukte vi søkeordene type 1 diabetes, newly diagnosed, perception og children, samt begrensningene 2010-2017, som gav fem treff. I søket leste vi én abstrakt og artikkelen til Ekra og Gjengedal (2012) ble inkludert i oppgaven. De andre artiklene ble ekskludert siden de ikke var rettet mot vår problemstilling. I søk tre brukte vi søkeordene newly diagnosed, type 1 diabetes, children og knowledge, samt begrensningen 2010-2017. Dette gav ti treff, og vi la til “child: 6-12 years” som begrensning, som gav åtte treff. Vi leste tre abstrakter, og artikkelen til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2012) ble lest og inkludert. De andre artiklene ble ekskludert da de ikke var rettet mot problemstillingen, samt at én artikkel allerede var inkludert. I søk fire ble søkeordene parents, diabetes type 1, children, perceptions og just diagnosed brukt, samt begrensningene 2010-2017 og “child: 6-12 years”. Dette ga 15 treff, der vi leste sju abstrakter og tre artikler. Artikkelen til Howe mfl. (2011) og Schmidt mfl. (2012) ble inkludert i oppgaven, to av artiklene i søket var allerede inkludert, og de andre ble ekskludert da de ikke var relevant.

Cinahl Complete

Databasen dekker sykepleie, fysioterapi og arbeidsterapi, og er spesialisert på sykepleieforskning. Her finnes vitenskapelige tidsskriftartikler, monografier og avhandlinger i forskjellige språk (Forsberg og Wengström 2013). Her utførte vi et prøvesøk og tre systematiske søk, og den boolske søkeoperatøren “AND” ble brukt i alle søkene. I prøvesøket brukte vi samme søkeord som prøvesøket i Pubmed, som ga ett treff. Denne artikkelen var ikke relevant for problemstillingen vår, og dermed ble ikke artikkelen lest. I søk to brukte vi søkeordene experience, child og diabetes type 1, samt

begrensningene “child: 6-12 years”, 2010-2017, og de vestlige landene i inklusjonskriteriene våre (Tabell 2). Her fikk vi tre treff, der én abstrakt og artikkelen til Ekra, Korsvold og Gjengedal (2015) ble lest og inkludert. De andre artiklene hadde andre fokus enn det oppgaven var ute etter. I søk tre ble søkeordene type 1 diabetes, newly diagnosed, experience og parents brukt, samt begrensningene “child: 6-12 years”, og de vestlige landene i inklusjonskriteriene. Søket gav 14 treff, der vi leste tre abstrakter, og artikkelen til Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) ble inkludert. Søk fire hadde søkeordene diabetes type 1, parents, child og diagnosed, samt 2010-2017, “child: 6-12 years”, og inklusjonskriterier som begrensninger. Søket gav 16 treff, der fem abstrakter og fire artikler ble lest. Artikkelen til Rankin mfl. (2014) ble inkludert. To av artiklene var allerede inkludert, og resten ekskludert på grunn av ingen relevans.

British Nursing Index

Databasen dekker over 270 engelskspråklige sykepleietidsskrifter med europeisk perspektiv, med vekt på sykepleie og jordmorsfag (Helsebiblioteket 2017). Her hadde vi et søk, da de andre databasene ikke gav oss flere treff. Den boolske søkeoperatøren “AND” ble brukt. Vi brukte søkeordene children, diabetes type 1, newly diagnosed og experience, samt 2010-2017 som begrensning. Dette ga 17 treff, og vi begrenset mer med å bruke “children: hospitalised”. Da fikk vi tre treff, der artikkelen til Sparud-Lundin og Hallström (2016) ble inkludert. Av de to andre artiklene var den ene allerede inkludert, og den andre omhandlet voksne.

3.1.4 Kvalitetssikring av artiklene

For at artikler skal bli godkjent og publiseres i en vitenskapelig tidsskrift, må den ha gjennomgått en fagfellevurdering (Norsk senter for forskningsdata 2017). En fagfellevurdering er en kvalitetssikring av artikler, ved at en ekspert kritisk vurderer bidraget før publikasjon (Store Norske Leksikon 2014). Vi undersøkte om de inkluderte artiklene var rangert på nivå én eller to på nettsiden til Norsk senter for forskningsdata. Norsk senter for forskningsdata (2017) forteller at nivå én er ordinære vitenskapelige publiseringssartikler, og nivå to er artikler med høyest internasjonal prestisje. Alle de inkluderte artiklene var rangert på nivå én, med unntaksvis én artikkel som var rangert på nivå to. Artiklene i oppgaven har IMRAD-struktur, som er en mal på hvordan en vitenskapelig kilde bygges opp (Forsberg og Wengström 2013). Alle forskningsartiklene i

oppgaven er kvalitative, da Forsberg og Wengström (2013) beskriver at kvalitativ forskning undersøker menneskelige erfaringer som et fenomen i en sammenheng. Det ble tatt i bruk Forsberg og Wengström (2013) sitt skjema for kvalitative artikler (vedlegg 3). Dette er en sjekkliste for vurdering av kvalitative studier som inneholder spørsmål om studiens hensikt, utvalg, metode for datasamling, dataanalyse og evaluering. Nasjonalt kunnskapssenter (2014) forteller også at man ofte har behov for å vurdere den metodiske kvaliteten på en vitenskapelig artikkel for å sjekke om man kan stole på resultatene. Derfor valgte vi å ta i bruk Nasjonalt kunnskapssenter (2014) for kritisk vurdering og kvalitetssikring av artiklene våre (vedlegg 4). All forskning skal være åpen for kritisk gjennomgang, som innebærer å se på ulike deler av studiene og vurdere innhold og arbeid (Forsberg og Wengström 2013). Ut i fra dette ble de åtte inkluderte artiklene ansett til å være av god kvalitet, da de hadde hensiktsmessige metoder, klare funn og etisk vurdering.

3.1.5 Etisk vurdering av artiklene

Forsberg og Wengström (2013) forteller om viktigheten om å ta etiske hensyn, før en systematisk litteraturstudie starter. De påpeker også at inkluderte forskningsartikler skal ha fått godkjenning fra en etisk komité, eller tillatelse om å gjennomføre studien. Helsinkideklarasjonen er anbefalte retningslinjer for forskning som omfatter mennesker. Den forteller at individet alltid skal gå foran hensynet til forskningsnytt. Hensynet til forskningspersoner gjelder spesielt svake grupper som pasient, for eksempel barn. Deltakere i en studie skal bli informert om studiens hensikt og mulige risikoer for å delta, samt ha frivillig samtykke. Barn under 12 år skal informeres ut i fra sitt forståelsesnivå (Slettebø 2012). Artiklene som er inkludert i bacheloroppgaven overholder de etiske prinsippene. Det vil si at deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien, som inneholdt at de ville være anonyme, samt at det var helt frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst. Underveis av oppgaveskrivingen har vi selv gjort etiske vurderinger. Vi har vært tro mot data, og underveis er det alltid blitt referert til kilder, da vi ikke tar ære for andres arbeid. Vi brukte ordbøker når artiklene trengte oversettelse for å få rett forståelse av innholdet.

3.2 Analyse

I følge Forsberg og Wengström (2013) er innholdsanalyse en stor del av en systematisk litteraturstudie, der forskeren klassifiserer data for å enklere identifisere temaer. Analyse innebærer å dele det undersøkte fenomenet i mindre biter for å undersøke dem individuelt. I analysen vil syntesen bli brukt videre, som involverer å sette sammen alle funnene i studiene til en helhet (Forsberg og Wengström 2013). Våre funn er hentet fra artikkelens resultat, og vi har tatt i bruk Evans (2002) fire faser for å utføre innholdsanalyse.

Fase én - Datasamling

I første fase sier Evans (2002) at studier samles gjennom systematisk søk, og for å deretter bestemme om de skal inkluderes i oppgaven. Gjennom søk i ulike databaser ble det inkludert åtte forskningsartikler, på bakgrunn av relevans og inklusjonskriterier.

Fase to - Identifisering av funn

For å få en helhetlig forståelse av innholdet ble artiklene lest flere ganger. Deretter ble funnene fra alle artiklene samlet (Evans 2002). Resultatdelen i artiklene viste funnene, og på bakgrunn av de ulike temaene som gikk igjen i artiklene, brukte vi fargekoder for å markere funn.

Fase tre - Sammenligning av studier

Evans (2002) forteller at i tredje fase skal funnene i artiklene sammenlignes i forhold til likheter og ulikheter for å få en bedre forståelse, og settes inn i kategorier. I tabell 3 viser vi til likheter og ulikheter av nøkkelfunn. I første kolonne presenteres nøkkelfunn fra resultatene. I kolonne to og tre listes artiklene opp som nummer med utgangspunkt i rekkefølgen for litteraturmatrisene (vedlegg 2), i forhold til likheter og ulikheter.

Likheter og ulikheter av nøkkelfunn - Tabell 3

Nøkkelfunn	Likheter i artiklene	Ulikheter
Møte med sykehuset/avdelingen	1, 2, 4, 7	3, 5, 6, 8
Møte med sykepleier	1, 2, 3, 5, 7	4, 6, 8
Viktigheten med å ha foreldre tilstede	2, 3, 4	1, 5, 6, 7, 8
Følelser	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	
Kroppslige endringer	2, 4, 7	1, 3, 4, 6, 8
Frykt for injeksjoner og nåler	4, 5, 6, 8	1, 2, 3, 7
Emosjonell støtte	3, 8	1, 2, 4, 5, 6, 7
Kommunikasjon	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	8
Nonverbal kommunikasjon	5	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
Behov for informasjon	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8	6
Undervisning/opplæring	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	

Fase fire - Beskrive fenomenet

Fjerde fase omhandler å beskrive temaene hver studie har (Evans 2002). Hovedtemaet i alle inkluderte artikler er erfaringer. Ut ifra resultatet har vi funnet tre hovedkategorier, som er listet opp i tabell 4.

Hovedkategorier i analysen - Tabell 4

Kategori 1	Fysiologiske og psykologiske reaksjoner
Kategori 2	Kommunikasjon og relasjon
Kategori 3	Informasjon og undervisning

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi ta utgangspunkt i analysen av artiklene, samt gjøre rede for sentrale funn. Med utgangspunkt i analysen, var de mest fremtredende funnene fysiologiske og psykologiske reaksjoner, kommunikasjon og relasjon, og informasjon og undervisning.

4.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner

De nydiagnostiserte barna husker veien til sykehuset, men uttrykte sykehusinnleggelsen som å være i en "tåke". I forkant av innleggelsen husker barna godt at de opplevde kroppslige endringer som tretthet, vektnedgang, tørste og hyppig vannlating. De opplevde redsel, nervøsitet og usikkerhet når de kom til sykehuset, og det var vanskelig å få en kronisk diagnose. Følelsene de hadde ble forsterket rundt hvordan hverdagen ville bli, var dette en sykdom de kunne dø av, kunne de beholde kjæledyret sitt eller om de kunne leke med vennene sine som før (Ekra og Gjengedal 2012, Ekra Korsvold og Gjengedal 2015, Schmidt mfl 2012).

I møte med avdelingen opplevde barna et nytt miljø som var ukjent og skummelt. De erfarte at avdelingen var godt tilpasset dem, men det var skremmende å se og høre andre syke barn. Derfor var det avgjørende for barna at foreldrene var tilstede under sykehusoppholdet, som ga dem trygghet rundt den nye situasjonen (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Ekra og Gjengedal 2012, Ekra, Korsvold, Gjengedal 2015).

Når barnet ble diagnostisert opplevde foreldrene følelsesmessige reaksjoner. Den mest fremtredende reaksjonen var sjokk. Det var overveldende og hjerteskjærende at barnet fikk diagnosen, og flere følte skyld. De opplevde frykt, sorg, usikkerhet, forvirring, desperasjon, panikk og fornektelse. Noen barn opplevde sine foreldre som trist, og hørte dem gråte om natten (Rankin mfl 2014, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Schmidt mfl 2012, Ekra og Gjengedal 2012). Det bekreftes ved at foreldrene følte de måtte ha et "modig ansikt" fremfor barna sine, og gråt når de var alene. I denne situasjonen følte noen foreldrene at de hadde behov for mer støtte, og noen opplevde å få den emosjonelle støtten de hadde behov for. Noen foreldre ville derimot ikke vise følelser rundt at barnet hadde fått diagnosen, fordi de var redd for å bli sett på som en mislykket forelder (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Rankin mfl. 2014, Jönsson,

Hallström og Lundqvist 2012).

4.2 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjonen var tilrettelagt barnets alder, og når barnet kun ville kommunisere med foreldrene, respekterte sykepleieren det og trakk seg unna. Den nonverbale kommunikasjonen var også tilstede ved at sykepleier smilte, formidlet ro og hadde øyekontakt med barnet. Sykepleier ble oppfattet som snill, vennlig, oppmuntrende, og var en person som formidlet håp. I relasjon med barnet var det positivt at sykepleier ikke bare var opptatt av det praktiske rundt sykdommen, men også hadde tid til lek med barna (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Schmidt mfl 2012).

Sykepleier tok kontroll og var tilstede for foreldrene på diagnosetidspunktet, og forklarte situasjonen de sto ovenfor. Det var delte meninger om hvordan kommunikasjonen var tilrettelagt, da det var mange nye medisinske ord å lære. Noen oppfattet språket som vanskelig. Andre erfarte derimot at sykepleier brukte dagligdagse ord i kommunikasjon, noe som var positivt. Det var derfor nyttig at det som ble sagt, ble bekreftet med skriftlig forklaring. Under samtale tilrettela sykepleier for en god atmosfære som var behagelig, og det var lett å snakke med sykepleier og stille spørsmål. Foreldrene satte pris på at sykepleierne viste omsorg for barnet deres, og hadde en rolig og behagelig oppførsel. I relasjonen med barnet, foreldrene og sykepleier kom det frem faktorer som spilte en rolle. Disse var vennlighet, ro, tålmodighet, oppmuntrende oppførsel, fasthet og en god sans for humor (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Schmidt mfl 2012).

4.3 Informasjon og undervisning

Barna var svært inkludert i undervisningsprogrammet, spesielt når det gjaldt praktisk trening. De satte pris på at sykepleierne tilpasset undervisningen ut i fra deres forståelsesnivå, og et godt tilpasset undervisningsprogram med visuelle verktøy som figurer og filmer engasjerte barna godt (Schmidt mfl 2012, Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Dersom undervisningen ble kjedelig for barna og de ble distraheret av ting som virket mer spennende, var det en trygghet at foreldrene tok i mot informasjon, så barna kunne bli forklart på et senere tidspunkt (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Ekra og

Gjengedal 2012). I undervisningen lærte barna om behandlingen av diabetes som blant annet inneholdt injeksjoner og blodsuktermåling, og dette syntes barna var skremmende. Barna satte pris på at sykepleier var med på å ufarliggjøre situasjonen ved å vise blodsuktermåling og injeksjoner på favorittbamsen, en fotball eller på seg selv først, før barnet fikk injeksjonen. Barna var kreative og ivrige til å lære, og selv om behandlingen og utstyret virket skremmende, synes barna det var spennende. Blodsuktermåleren kunne for eksempel se ut som en mobiltelefon (Schmidt mfl 2012, Ekra og Gjengedal 2012, Howe mfl 2010).

Foreldrene opplevde informasjonen som intens, spesielt i starten da de opplevde å være i en "boble". De følte seg overveldet av sykepleier når det gjaldt instruksjoner og råd, og de mente at det var for mye informasjon på én gang. Noen hadde vanskeligheter med å forstå informasjonen, men selv om det var vanskelig å forstå, ønsket de å lære mer. Foreldrene var takknemlig for at sykepleierne tok kontroll og gjorde de praktiske prosedyrene rundt sykdommen, før de selv var klar til å ta til seg informasjonen i den teoretiske og praktiske undervisningen (Sparud-Lundin og Hallstöm 2016, Jönsson mfl 2012). Undervisningen var stegvis, og både foreldre og barn ble anbefalt å delta avhengig av barnets alder. På grunn av varierende alder, avgjorde det om det var foreldrene som først lærte å sette injeksjoner og administrere blodsuktermåling, eller om barnet lærte dette selv (Jönsson mfl 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Foreldrene opplevde det stressende når de skulle gi barnet injeksjoner, da barnet ikke ville samarbeide ved å gi verbal og psykisk protest når de skulle få injeksjonene. Foreldrene uttrykte også at deres største problem var å forklare barnet at det måtte leve med daglige injeksjoner resten av livet (Howe mfl. 2010, Rankin mfl. 2014).

Alle foreldrene satte pris på detaljerte instruksjoner som ble gitt av sykepleieren. Det inneholdt blant annet om hvordan man skal sette injeksjoner og administrere blodsukker, samt hva barnet trengte for å fungere i fremtiden. Sykepleieren forklarte også hver medisin, og hvilke som var hurtigvirkende og langtidsvirkende. Informasjonen var verdifull for de, og det var viktig for foreldrene å få informasjon om at de ikke kunne være i stand til å forhindre at barnet fikk diagnosen. Det var også betryggende for de å vite om den gode behandlingen som er i dag. Det ble satt pris på at sykepleieren observerte og oppmuntret de underveis i praktiske prosedyrer, og de følte at de ikke hadde hovedansvaret

for barnet da de alltid kunne henvende seg til de (Schmidt mfl. 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson mfl. 2012).

5.0 Diskusjon

I metodediskusjonen diskuteres metodekapitlets styrker og svakheter. I resultatdiskusjonen diskuteres sentrale funn fra artiklene opp teoribakgrunn og annen relevant teori.

Konsekvens for sykepleie vil også belyses.

5.1 Metodediskusjon

I januar 2017 lagde vi prosjektplan og fremdriftsplan. Vi var innstilt på å holde tidsfrister og mål vi hadde satt. Da vi endret problemstilling, ble tidsfrister vanskelig å holde. Det kan være en svakhet med oppgaven, ved at mye tid gikk bort til å starte søkeprosessen på nytt. Fra vår side gjorde det oss mer strukturerte og målrettet, og vi klarte etterhvert å holde de nye fristene vi hadde satt. Vi har hatt et godt samarbeid under bachelorskrivingen og har alltid arbeidet sammen. Dette ser vi på som en styrke, da vi har sjekket hverandres arbeid, fått diskutert vanskeligheter fortløpende, samt at begge har et like nært forhold til oppgaven.

I starten gikk mye tid til usystematiske prøvesøk. Vi utførte søk etter det vi ønsket svar på, noe Forsberg og Wengström (2013) forteller er uetisk. Det kan ha hatt en innvirkning på oppgavens søkestrategi, da ingen av oss har tidligere kunnskap i å utføre en systematisk litteraturstudie. Problemet ble da avgrenset, og vi hadde god nytte av PIO- skjema. Søkene er grundig dokumentert, og det ser vi på som en styrke. Vi valgte å ta i bruk synonymer for å få et bredere søk. Et synonym var “perception”, og i et av søkene brukte vi søkeordet “perceptions”, der to artikler ble inkludert. Det kan være en svakhet, da vi ikke forholdt oss til det fastsatte synonymet i PIO-skjemaet, som kunne ført til at vi hadde fått svar på et annet område enn det vi ville undersøke. Ordet har likevel lik betydning, men er i flertall. Artiklene var av god relevans for vår oppgave. Vi valgte å bruke den boolske søkeoperatøren “AND”, fordi den gir treff på litteratur som søkes etter. Dette ser vi på som en styrke, da den spisser søket mot det vi ville undersøke. Det kan også være en svakhet da den snevrer inn antall treff, som kan ha ført til at vi mistet relevante artikler. Derfor kan det være en svakhet at vi ikke benyttet oss av “OR”, som utvider søket og gir et større antall treff.

Oppgaven tar utgangspunkt i nyere forskning fra 2010-2017, som styrker oppgaven ved at vi tar utgangspunkt i oppdatert forskning. Oppgaven består av to artikler fra Norge, to fra Sverige, to fra USA, en fra Skottland og en fra Finland. Dette ses på som en styrke, da helsetilbudet kan sammenlignes med Norge. Det kan også være en svakhet, da vi kan ha mistet forskning som kunne hatt relevans for oppgaven. Artiklene er på engelsk, og noen ord og uttrykk var vanskelig å forstå. Da ble engelsk-norsk ordbok benyttet, da tidligere erfaringer har vist at oversettelse ved hjelp av Google Translate kan føre til at betydningen forsvinner. Det begrunner vi som en sikkerhet for å ha forstått artiklene best mulig.

Problemstillingen vår tar for seg barn- og foreldreperspektivet, og de inkluderte artiklene har en variasjon fra begge. Alle artiklene er kvalitative, noe vi ser på som en styrke da en kvalitativ metode er hensiktsmessig å bruke når man skal undersøke erfaringer (Forsberg og Wengström 2013). En svakhet kan være at vi ikke valgte å inkludere kvantitativ forskning, da kvantitativ metode har sin styrke ved at den i større grad gir innsikt og opplysninger over mange undersøkelsesenheter (Forsberg og Wengström 2013). Artiklene vi har benyttet består av to artikler med barneperspektiv, to med barne- og foreldreperspektiv og fire med foreldreperspektiv. Den dominerende forskningen er på foreldreperspektivet, og det er grunnlaget for at det kun er to artikler som omhandler barns erfaringer. Ettersom at barn i alderen 6-12 år ofte henvender seg til foreldre, ser vi på det som en styrke i oppgaven å benytte flere artikler med foreldreperspektiv. Dette kan også ha betydning for resultatet siden barnas erfaringer ikke kommer like godt frem som foreldrenes, som kan være en svakhet med oppgaven. Enkelte av artiklene inneholdt et større aldersspenn og innhold enn det vi var ute etter. Dette kan medføre at funnene i artiklene ikke samsvarer med problemstillingen. Derfor er alder og innhold som ikke passet vår problemstilling blitt ekskludert, noe vi ser på som en styrke, for å få best mulig svar på problemstillingen.

I analysekapitlet tok vi i bruk Evans (2002) fire trinn, for analysering av data. Dette gjorde vi på bakgrunn av å arbeide systematisk med det innsamlede materialet. Analysen var utfordrende og vi opplevde det vanskelig å skille funnene fra hverandre. I fase tre lagde vi derfor en oversiktlig tabell (Tabell 3) for å lettere skille funnenes likheter og ulikheter fra hverandre. Dette ser vi på som en styrke i fase fire for å klare å lage de tre hovedkategoriene, som ga svar på vår problemstilling.

5.2 Resultatdiskusjon

I følge Forsberg og Wengström (2013) skal resultatene diskuteres i forhold til den aktuelle problemstillingen, hensikt og bakgrunns litteratur. I oppgaven er det inkludert åtte artikler som fokuserer på barn og foreldres erfaringer når de er innlagt på en barneavdeling med nyopplaget diabetes. Ut i fra dette vil våre funn, teori samt konsekvenser for sykepleie belyses.

5.2.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner

Under sykehusinnleggelsen opplevde barna å være i en "tåke". Det var vanskelig å få en kronisk diagnose, og de kjente på følelser som redsel, nervøsitet og usikkerhet når de ankom sykehuset. De opplevde å ha en usikker fremtid i vente, og hadde bekymringer om dette var en dødelig sykdom, kunne de leke med vennene sine som før eller kunne de beholde kjæledyret sitt (Ekra og Gjengedal 2012, Ekra Korsvold og Gjengedal 2015, Schmidt mfl 2012). Når et barn får en diagnose, innebærer det ofte en krise, med både usikkerhet og engstelse (Eide og Eide 2014). Disse faktorene kan ha ført til at barna opplevde å være i en "tåke" (Schmidt mfl 2012) ved innleggelse. Det kan oppleves overveldende for barna å bli innlagt på sykehus (Grønseth og Markestad 2011), og det var vanskelig å få en kronisk diagnose (Ekra og Gjengedal 2012). Barn har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne, og det er viktig at sykepleier skaper trygghet i sykdomssituasjonen (Eide og Eide 2014). Når et barn er syk kan det ha bekymringer som ofte vises gjennom det nonverbale språket, som kan skape utrygghet hos barnet (Eide og Eide 2014). Noen barn var for eksempel usikker på om dette var en diagnose de kunne dø av (Schmidt mfl 2012). Konsekvens for sykepleie kan være å oppdage om barnet befinner seg i en krise, og oppfatte om barn har bekymringer og vise at bekymringen er sett, slik at barnet kan slippe den frem, dele den og få et svar på om bekymringen er reell eller ikke (Eide og Eide 2014).

Ved at barna opplevde å være i en "tåke" (Schmidt mfl 2012) kan også tyde på at barnet blir innlagt med ketoacidose. Jenssen (2011) viser til at uopplaget diabetes kan debutere som ketoacidose, og symptomene kan vises gjennom kvalme og brekninger, økt urinproduksjon og derav væsketap, pust med acetonlukt, Kussmauls respirasjon med dyp og rask respirasjon og redusert bevissthet. Dersom barn blir innlagt med ketoacidose og

har redusert bevissthet, kan det ha vanskeligheter med å forstå og oppfatte det som foregår rundt dem, og tilstanden vil være kritisk (Jenssen 2011). Om barnet innlegges med ketoacidose må sykepleier sette i gang intensiv behandling. Behandlingen innebærer å gi insulin som intravenøs infusjon for å senke blodglukosen, og dehydrering korrigeres med fysiologisk saltvann (Grønseth og Markestad 2011). Barnet vil befinne seg i en kritisk situasjon, og det vil foregå mange praktiske prosedyrer rundt barnet, der konsekvens for sykepleie vil være å se barnet oppi det hele. Vi foreslår at sykepleier viser et tydelig og trygt nonverbalt språk, da det nonverbale ofte har sterkere gjennomslag enn det verbale. Med det menes det at sykepleier ikke stresser, smiler til barnet og bruker en myk og rolig stemme, for å formidle trygghet (Eide og Eide 2014).

Flere av barna opplevde fysiologiske reaksjoner i tiden før de fikk diagnosen. Barna opplevde symptomer som tretthet, vektnedgang, tørste og hyppig vannlating (Ekra og Gjengedal 2012 og Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015). Jenssen (2011) viser til at tidlig i forløpet til diabetes, kan symptomene opptre nettopp slik. I møte med barnet og foreldrene vil det være sentralt å normalisere, ved å bekrefte at dette er normale symptomer som er knyttet til sykdommen (Håkonsen 2014). Foreldre som har vært bekymret for barnet, kan føle lettelse over at diagnosen er stilt, og få bekreftelse på at dette ikke er noe barnet har funnet på, men har vært helt reelt (Grønseth og Markestad 2011). Konsekvens for sykepleie kan være å ha bekreftende ferdigheter, som er sentralt i situasjoner med usikkerhet, der den andre part trenger å plassere tanker og følelser (Eide og Eide 2014). Barnet og foreldrene kan oppleve at hverdagen før barnet ble innlagt faller på plass, og kan ha et behov for å sortere tankene og følelsene rundt dette. Sykepleier må se barnet og foreldrene, og møte de med forståelse. Videre må det følges opp med verbal kommunikasjon og bekrefte eller avkrefte det som blir sagt, med støttende nonverbal kommunikasjon og gi oppmuntring og anerkjennelse (Eide og Eide 2014).

Barna erfarte at avdelingen var godt tilpasset dem, men da avdelingen var en helt ny arena opplevdes det skremmende, og foreldrenes tilstedeværelse ga barna trygghet (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Ekra og Gjengedal 2012, Ekra, Korsvold, Gjengedal 2015). Dette samsvarer med Grønseth og Markestad (2011) som forteller at når barn innlegges, møter de et fremmed miljø og ulike faktorer som kan føre til stress, og derfor betyr foreldrenes tilstedeværelse mye for dem. En av årsakene til at barnet opplever stress og utrygghet er trusselen om atskillelse fra foreldrene sine. I følge pasientrettighetsloven

(1999) §6-2 har barn rett til å ha minst én omsorgsperson hos seg under sykehusoppholdet. Konsekvens for sykepleie kan være viktigheten med å fortelle dette til barnet og foreldrene, så barnet ikke er redd for at foreldrene skal forlate dem (Grønseth og Markestad 2011). En annen konsekvens for sykepleie kan være at barnet får en primærsykepleier som blir godt kjent med barnet og foreldrene, slik at foreldrene kan få avlastning. En avgjørende faktor vil være at sykepleier skaper tillit til foreldrene, slik at foreldrene føler seg trygge på at personalet tar seg av barna (Grønseth og Markestad 2011).

Foreldrene opplevde det overveldende og hjerteskjærende når barnet fikk diagnosen, og flere følte skyld. Den mest fremtredende reaksjonen var sjokk (Rankin mfl 2014, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Schmidt mfl 2012, Ekra og Gjengedal 2012). Foreldrene følte de måtte ha et “modig” ansikt fremfor barnet, og gråt når de var alene. På diagnosetidspunktet opplevde noen å få for lite emosjonell støtte, og noen opplevde å få den støtten de hadde behov for. Andre var redd for å bli sett på som en mislykket forelder, og ønsket ikke å vise følelser rundt barnets diagnose (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Rankin mfl 2014, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). Beskjeden om kronisk sykdom innebærer tapet av et friskt barn, og gir tilsvarende krisereaksjoner som andre traumer. Hvor forberedt foreldrene er, samt barnets tilstand, avgjør intensiteten i reaksjonen deres. Noen kan være lettet når barnet får diagnosen, dersom de har vært bekymret for noe over tid, andre kan oppleve en personlig krise (Grønseth og Markestad 2011). Foreldrene kan befinne seg i en sjokkfase. Cullberg (1999) i Håkonsen (2014) beskriver sjokkfasen som en krisesituasjon som oppstår den første tiden etter en alvorlig livshendelse. Man vil bruke all psykisk energi på å forstå det som har skjedd, og er ikke i stand til å bearbeide opplevelsen. Det er naturlig å vise sorgreaksjoner, som angst og fortvilelse. Grønseth og Markestad (2011) forteller at hvor godt foreldrene mestrer krisen, avgjør hvor sterkt de klarer å engasjere seg i barnet og behandlingen, og mange trenger tid til å komme over sjokket. Flere kan fortrenge følelsene sine og vil ikke godta at barnet har fått diagnosen. Det er viktig å ha en intellektuell forståelse av at barnet er syk, for at sorgprosessen kan komme i gang. Når foreldrene har begynt å bearbeide sorgen, kan de akseptere barnet og sykdommen (Grønseth og Markestad 2011). Barns sykdom fører ofte til skyldfølelse hos foreldrene, og mange gransker seg selv. De bør informeres om at skyldfølelse er normalt, og få korrigerende utsagn som viser at de har urealistiske forventninger til seg selv. Konsekvens for sykepleie vil være å se denne gruppen og gi emosjonell støtte, ved å vise interesse og engasjement, lytte og være

tilgjengelig og oppmuntre til å uttrykke tanker og bekymringer. Vi foreslår at sykepleier møter foreldrene som opplever en krise tidlig, da de vil ha hovedansvaret for barnets diabetes, og vil trenge å bearbeide følelsene sine tidlig i forløpet (Haugstvedt 2011).

5.2.2 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjonen var tilrettelagt barnas alder, og dersom de ikke ønsket å svare på spørsmål fra sykepleier, respekterte hun det og trakk seg unna (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Schmidt mfl 2012). Grønseth og Markestad (2011) forteller om viktigheten av at helsepersonell preger kommunikasjon med barn ved å vise forståelse, akseptering, bekreftelse, toleranse og lytting. For at barnet skal oppleve å bli respektert må sykepleier anerkjenne tankene, følelsene og væremåtene deres, og møte dem på et kognitivt og emosjonelt plan. Hvis barnet blir presset til å snakke kan det ha motsatt effekt enn det man ønsker (Grønseth og Markestad 2011). Konsekvens for sykepleie kan være å vise respekt, og ta pauser hvis barnet trenger det. Sykepleier kan også formidle at det er lov å gråte og være redd (Grønseth og Markestad 2011). Vi ser på det som relevant at barnets grenser blir respektert, da det kan skape en god relasjon.

Barna registrerte at det nonverbale var tilstede i relasjon med sykepleier, der hun formidlet ro, smilte og opprettholdt øyekontakt. Barna oppfattet sykepleieren som snill, oppmuntrende og formidlet håp (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Schmidt mfl 2012). Eide og Eide (2014) forteller at i kommunikasjon med barn vil det nonverbale være viktig, fordi det kan ha sterkere gjennomslag enn det verbale. Dette understreker Grønseth og Markestad (2011) som forteller at sykepleier kan ta i bruk hjelpemidler som tegninger, lek, bilder og sang i samtalen. Ved å formidle håp kan det hindre at angst og frykt overtar (Bastøe 2011). Konsekvens for sykepleie kan være at det nonverbale språket oppfattes lett. Derfor er det viktig at sykepleier er bevisst på kroppsspråket, og opptrer på en måte som formidler håp, ro og trygghet (Grønseth og Markestad 2011).

I relasjon med barnet ble det verdsatt at sykepleieren hadde tid til lek, og ikke bare var opptatt av det praktiske rundt sykdommen (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Schmidt mfl 2012). Fysisk og psykisk tilstedeværelse av sykepleier er viktig for at barnet skal skape tillit. På denne måten kan samtaleteknikker

hjelpe til å bearbeide opplevelsene med sykehusoppholdet, samt hvordan de takler sykdommen (Grønseth og Markestad 2011). Dette understreker Eide og Eide (2014) ved å fortelle at en måte å skape kontakt med barnet på er å gjøre noe det er interessert i. Gjennom lek kan de uttrykke opplevelser og følelser de har holdt inne. På denne måten kan barnet slippe ut bekymringer og følelser, og få delt dem med andre, som er sentralt for mestringen. Eide og Eide (2014) forteller videre at i kommunikasjon med barn kan metoder basert på bruk av tegninger, lek, fortellinger og bilder være til stor hjelp. Konsekvens for sykepleie kan være at barnet ikke får uttrykt seg. Derfor er det viktig at sykepleier skaper en relasjon til barnet gjennom å delta i aktiviteter, og samtidig innhente informasjon (Grønseth og Markestad 2011).

Foreldrene hadde delte meninger om tilretteleggingen av kommunikasjon, da det var mange medisinske ord å lære. Noen oppfattet språket som vanskelig, mens andre erfarte at sykepleieren brukte dagligdagse ord i kommunikasjonen, som ble sett på som positivt. Derfor var det nyttig for foreldrene at det som ble sagt ble bekreftet med en skriftlig forklaring. Samtalen var tilrettelagt med en behagelig atmosfære, og det var lett å stille spørsmål og snakke med sykepleieren (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Schmidt mfl 2012). Sykepleier er pliktig til å sikre seg at pasient og/eller pårørende har forstått innholdet og betydningen av det som har blitt sagt (Molven 2011). Håkonsen (2014) understreker at personer som er ansent, urolig og engstelig, kan trenge en sykepleier som er fysisk nær, formidler ro og trygghet, og som gir konkrete svar på eventuelle spørsmål. Konsekvens for sykepleie kan være at uten en skriftlig forklaring, kan det føre til at foreldrene ikke forstår budskapet (Grønseth og Markestad 2011). Vi foreslår at sykepleier kontrollerer at de har forstått budskapet, for eksempel ved å be de gjenta det med egne ord.

5.2.3 Informasjon og undervisning

Når det gjaldt praktisk trening var barna svært inkluderte i undervisningsprogrammet (Schmidt mfl 2012, Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Erikson (2000) i Håkonsen (2014) forteller at en viktig del av mestringen hos barn i alderen 6-14 år er knyttet til "jeg er det jeg lærer". I denne fasen er barnet opptatt av å lære fysiske og intellektuelle aktiviteter. Dette understreker Haugstvedt (2011), som forteller at barn i alderen 6-12 år opplever mestring gjennom det å gjøre. Det å mestre ferdighetene er viktig for barnets selvfølelse, og kan skape selvtillit. I denne

aldersfasen kan mange begynne å måle blodsukker selv, og noen kan også mestre det tekniske i forhold til insulininjeksjon. I en slik setting kan det å mestre noe nytt gi positive opplevelser for barnet knyttet til deres egne ferdigheter, samt muligheter fremover (Haugstvedt 2011). Konsekvens for sykepleie kan være at barna fort blir avhengig av at andre gjør prosedyrene for de. Derfor er det viktig at barna raskt får øvd seg på praktiske ferdigheter, slik at de føler mestring.

Det engasjerte barna godt at sykepleierne tilpasset undervisningen ved hjelp av visuelle verktøy som figurer og filmer (Schmidt mfl 2012, Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). I undervisning av barn kan man bruke hjelpemidler som tegning, dukker og leker, bøker eller seg selv som rollemodell/prøvekanin (Eide og Eide 2014). Konsekvens for sykepleie kan være at uten tilrettelegging av undervisning kan det føre til at barna trekker seg unna fordi det blir kjedelig (Måløy 2011). Derfor er det sentralt å bruke hjelpemidler som engasjerer barna. Sykepleier må kontrollere at barnet forstår budskapet, slik at undervisningen blir forstått.

Barna satte pris på at sykepleieren ufarliggjorde situasjonen ved å gjøre praktiske prosedyrer på favorittbamsen, en fotball eller på seg selv først, før barnet fikk injeksjonen (Schmidt mfl 2012, Ekra og Gjengedal 2012, Howe mfl 2010). Hanås (2011) forteller at hvis barnet leker med insulinpennen og setter injeksjoner på kosebamsen først, kan dette hjelpe mot frykten. Det første trinnet kan være å trene på en appelsin, for å senere prøve på andre. Når de har fått øvd seg en stund kan de være klar til å utføre på seg selv. I følge Kvangarsnes (2007) er læringsmåter en sentral kategori i den didaktiske relasjonsmodellen. En viktig del av diabetesbehandlingen er blodsuktermåling og insulininjeksjoner, og mange av barna var redde for dette (Howe mfl 2011, Ekra og Gjengedal 2012). Læringsmåtene kan da være at de demonstrerer på bamsen først, før barnet gjør det på seg selv. Gjennom veiledning kan barnet oppleve mestring, ved å forstå hvordan de ulike prosedyrene skal gjøres (Måløy 2011). Målet vil være at barnet utvikler en positiv holdning til behandlingen (Kvangarsnes 2007). Konsekvens for sykepleie kan være at barna gruer seg, som kan gi de en negativ holdning til behandlingen (Måløy 2011). Derfor er det viktig at situasjonen blir positiv for barnet, ved å ufarliggjøre prosedyrene slik at barnet får øvd seg på å administrere utstyret på noe annet før seg selv.

Det var en trygghet for barna at foreldrene mottok informasjon på deres vegne når undervisningen ble kjedelig, slik at de kunne bli gjenfortalt dette på et senere tidspunkt (Ekra, Korsvold og Gjengedal 2015, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Ekra og Gjengedal 2012). Grønseth og Markestad (2011) forteller at når det gjelder samtale med barn så er foreldre viktige samarbeidspartnere, fordi de kjenner barnets reaksjonsmønstre. Hvis barnet ikke ønsker å motta informasjon, kan informasjonen bli gitt til foreldrene mens barnet oppholder seg i samme rom. Konsekvens for sykepleie kan være at barn i aldersfasen 6-12 år ikke er i stand til å ta fullstendig ansvar for behandlingen (Haugstvedt 2011). Derfor er det viktig at foreldrene er delaktige i den pedagogiske veiledningen på sykehuset.

Når et barn får nyoppdaget diabetes har foreldre mye å lære, og de blir satt i en ny og ukjent rolle. Flere foreldre erfarte å befinne seg i en sjokkfase da barnet ble diagnostisert, og de var takknemlige for at sykepleierne tok kontroll og gjorde praktiske prosedyrer rundt sykdommen, før de selv var klar til å ta til seg informasjon. Foreldrene uttrykte også undervisningen som intens. De uttrykte at de ville mestre ulike prosedyrer rundt diabetes, spesielt til de ble utskrevet fra sykehuset. Foreldrene kunne oppleve det stressende når barnet ikke ville samarbeide når det skulle få injeksjoner (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Schmidt mfl 2012, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012, Sparud-Lundin og Hallström 2016, Howe mfl. 2010, Rankin mfl. 2014). Ettersom at foreldre til barn i alderen 6-12 år vil ha et stort ansvar for barnets diabetes er det viktig å inkludere de i undervisningen (Haugstvedt 2011). For at sykepleier skal kunne strukturere undervisningen i diabetesopplæringen, kan den didaktiske relasjonsmodellen tas i bruk. Den kan bidra til å få en oversikt over de viktigste faktorene som må tas hensyn til i opplæringssituasjoner (Kvangarsnes 2007). Som tidligere nevnt erfarte foreldrene å være i sjokk (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013), og undervisningen ble opplevd som intens (Schmidt mfl 2012, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). Å gi informasjon er en viktig sykepleieroppgave og en sentral del i pasientopplæringen (Pbrl 1999 §3-2), men å gi informasjon når foreldrene befinner seg i sjokkfasen, kan føre til at informasjonen kun delvis blir oppfattet (Eide og Eide 2014). Kvangarsnes (2007) understreker dette og forteller at mennesker i krisesituasjoner ikke er mottakelig for mye informasjon. Sykepleieren må derfor ha kunnskap om foreldrenes forutsetninger og krise, samt de ulike fasene for å kunne vurdere når foreldrene er mottakelige for å få informasjon, og når undervisningen kan starte (Håkonsen 2014). Mosand og Stubberud (2013) forteller at

sykepleieren i begynnelsen vil ha en bestemmende rolle i behandlingen før hun blir en mer veiledende og rådgivende rolle.

Når sykepleier planlegger undervisningen er det sentralt å finne et mål sammen med foreldrene og barnet (Kvangarsnes 2007). Mosand og Stubberud (2013) forteller at målet er at pasienten mestrer sykdommen og kan leve et godt liv. For å nå målene, er det viktig at undervisningen har et bestemt innhold. Et sentralt innhold vil være informasjon om hva diabetes er samt den medisinske behandlingen, som hvordan insulin virker, viktigheten med måling av blodsukker, og hvordan symptomer på hypo- og hyperglykemi er ettersom at det er sentralt at pasienten lærer å tolke kroppens signal (Kvangarsnes 2007).

Pasientopplæringen bør også inneholde demonstrering av praktiske prosedyrer.

Undervisningen bør foregå på et rom med minst mulig forstyrrelser, og sykepleier må ha kompetanse om diabetes, samt evnen til å formidle kunnskapen (Kvangarsnes 2007).

Avslutningsvis må sykepleier vurdere hva barnet og foreldrene har lært. Vurderingen foregår også kontinuerlig, men avslutningsvis er det viktig å få en bekreftelse på om noe var uklart (Kvangarsnes 2007). Konsekvens for sykepleie kan være at foreldrene ikke får med seg budskapet som blir gitt i sjokkfasen (Eide og Eide 2014). Sykepleier må derfor ikke overbelaste foreldrene med informasjon og undervisning som de ikke har mulighet til å forstå eller huske, men ta hensyn til deres forutsetninger. En annen konsekvens for sykepleie kan være at alle individer er forskjellige, og sykepleier må tenke gjennom hva som er relevant for den enkelte (Kvangarsnes 2007). Vi foreslår at underveis i undervisningen bør det legges opp til små delmål, slik at det langsiktige målet ikke virker fjernt. Det langsiktige målet kan være at de kan føle seg trygge til å mestre sykdommen hjemme, og delmålet kan være å jobbe med det som foreldrene syntes var stressende. Sykepleieren kan lære foreldrene avledningsteknikker, ved å gjøre barnet mer trygg på injeksjonene.

6.0 Konklusjon

Følgende problemstilling skulle besvares: “Hvilke erfaringer har barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre når barnet er innlagt på en barneavdeling?”.

Våre funn viser til at den vanligste reaksjonen hos barn i alderen 6-12 år var nervøsitet, redsel og usikkerhet når de kom til sykehuset og fikk diagnosen. I forkant av innleggelsen opplevde barna fysiologiske endringer, men hadde liten forståelse om hva som foregikk rundt dem under innleggelsen. Foreldrenes tilstedeværelse var en avgjørende faktor. Sykepleier hadde tid til lek som var betydningsfullt for barna, og det engasjerte de at sykepleier brukte visuelle verktøy som figurer og filmer i undervisningen, samt at kommunikasjonen var tilrettelagt barnets alder.

Våre funn viser til at den mest fremtredende reaksjonen hos foreldrene var å være i sjokk når barnet fikk diagnosen. De opplevde sorg, skyld, fornektelse og følte de måtte ha et “modig” ansikt fremfor barna. De hadde derfor behov for emosjonell støtte.

Undervisningen og informasjonen ble oppfattet som intens, men svært verdifull for dem. Det var viktig at kommunikasjonen var preget av et dagligdags språk, da det medisinske språket var vanskelig å forstå. Foreldrene satt pris på detaljerte instruksjoner og råd om praktiske prosedyrer og om den medisinske behandlingen.

Barn som har blitt diagnostisert med diabetes type 1, og deres foreldre kan oppleve å komme i en krise. I møte med barn og foreldre er det en forutsetning at sykepleier har kunnskap om krise og er bevisst på at det kan hemme vedkommendes forutsetning for læring. Sykepleier må møte de tidlig i forløpet å tilby emosjonell støtte, samt tilpasse informasjon og undervisning ut i fra hvor i kriseforløpet de befinner seg, slik at ikke informasjonen oppleves overveldende. Først når barnet og foreldrene er mottakelig for å få informasjon, kan sykepleier starte undervisningen. For at barna og foreldrene skal mestre den medisinske og praktiske behandlingen, samt den nye hverdagen, må sykepleier tilrettelegge undervisningen ut i fra deres forutsetninger.

6.1 Anbefaling til videre forskning

Ettersom at mesteparten av forskningsartiklene vi fant omhandlet foreldres erfaringer, anbefaler vi mer forskning om barns erfaringer.

Litteraturliste

- Aamodt, G., Stene, L.C., Njølstad, P.R., Søvik, O., Joner., G. (2007). Spatiotemporal Trends and Age-PeriodCohort Modeling of the Incidence of Type 1 Diabetes Among Children Aged <15 Years in Norway 1973–1982 and 1989 –2003. *Diabetes care. Vol 30. No. 4. 884-889*. Lastet ned den 08.05.2017. Lokalisert på: <http://care.diabetesjournals.org/content/30/4/884>
- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I: Skafjeld, A og Graue, M. (Red). *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. S. 205-215. Oslo:Akribe AS.
- Bastøe, L-H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS.
- Brunvand, L. (2014). Pediatri. I: Ørn, S., Mjell, J og Bach- Gransmo, E. Sykdom og behandling. S. 519-528. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H og Eide, T. (2014). Kommunikasjon i relasjoner. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ekra, E.M.R., 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. No. 4. 1-10*. Lastet ned den 17.03.2017. Lokalisert på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23045291>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, Vol 20. No. 2. 22-26*. Lastet ned den 20.04.2017. Lokalisert på: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur.

- Freeborn, D., Dyches T, Roper, S.O. & Mandleco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing. Vol. 22, No. 13/14. 1890-1898*. Lastet ned den 11.01.2017. Lokalisert på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305342>
- Graue, M. Og Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I: Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.). *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS
- Grønseth, R og Markestad, T. (2013). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Hanås, R. (2011). *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: Cappelen damm.
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I: Skafjeld, A og Graue, M. (Red). *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. S. 269-315. Oslo: Akribe AS.
- Helsebiblioteket. (2017). *British Nursing Index*. Lastet ned den 15.05.2017. Lokalisert på: <http://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/british-nursing-index>
- Helsepersonelloven- hbl. Lov av 02.juli nr 64 om helsepersonell. [Online] Lastet ned den 27. April 2017, Lokalisert på: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
- Howe, C.J., Ratcliffe, S.J., Tuttle, A., Dougherty, S og Lipman, T.H. (2011). Needle Anxiety in Children With Type 1 Diabetes and Their Mothers. *The American Journal of Maternal/Child Nursing. Vol. 36. no 1. 25-31*. Lastet ned den 10.01.2017. Lokalisert på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21164314>
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Jenssen, T. (2014). Diabetes mellitus. I: Ørn, S., Mjell, J og Bach- Gransmo, E. Sykdom og behandling. S. 379- 391. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jenssen, T. & Berg, J.P. (2013). Legemidler ved diabetes mellitus og sykdommer i endokrine organer. I: Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Joner, G. (2014). Hvorfor får man type 1- diabetes?. I: Vaaler, S og Møinichen, T. (Red.). *Diabetes håndboken*. S. 39- 51. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jönsson, L., Hallström, I. & Lundqvist, A. (2012). “The Logic of Care” - Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMC*
- Kelo, M., Eriksson, E. & Eriksson, I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit - described by schoolage children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal og Caring Sciences*. Vol. 27, No. 4. 894-904. Lastet ned den 17.01.2017. Lokalisert på:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12001/full>
- Kunnskapssenteret. (2017). Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler. [Online]. Lastet ned den 26.april 2017. Lokalisert på:
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Kvangarsnes, M (2007). Helsearbeideren som pedagog. I Ekeland, T.J. og Heggen, K: *Meistring og myndiggjering, Reform eller retorikk*. Kap 1 s 184-201. Gyldendal Akademisk
- Molven, O. (2011). Pasienters rettigheter og plikter. I: Holter, I.M. og Mekki, T.E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS.

- Mosand, R.D og Stubberud D.G. (2013). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D.G og Grønsleth, R. (Red). *Klinisk sykepleie 1* (4.utgave). S. 507-535. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Møinichen, T. (2014). Hva er diabetes? I: Waaler, S og Møinichen, T. (Red). *Diabeteshåndboken*. S. 31-32. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Måløy, A.K. (2011). Praktiske ferdigheter. I: Skafjeld, A og Graue, M. (Red). *Diabetes. Forebygging, oppfølging og behandling*. S.101-122). Oslo: Akribe AS
- Newell, E. & Hahessy, S. (2013) Social support for the parents of children with type 1 diabetes: A ethnographic study. *Journal of Diabetes Nursing*. Vol. 17. No. 1 27-31. Lastet ned den 17.01.2017. Lokalisert på:
http://www.thejournalofdiabetesnursing.co.uk/media/content/_master/3152/files/pdf/jdn17-1-27-31.pdf
- Norsk helseinformatikk. (2014). *Diabetes hos barn*. Lastet ned den 22.03.2017. Lokalisert på: <https://nhi.no/sykdommer/barn/hormonsykdommer/diabetes-hos-barn/>
- Norsk senter for forskningsdata (2017). Publiseringkanaler. [Online]. Lastet ned den 26.april 2017. Lokalisert på:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/KanalTreffliste.action>
- Pasient- og brukerrettighetsloven- pbrl. Lov av 02.juli nr 63 om pasientrettigheter. [Online] Lastet ned den 27. April 2017. Lokalisert på:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Pediatrics*. Vol. 12, No. 165. 1-11. Lastet ned den 17.01.2017. Lokalisert på:
<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-12-165>
- Reitan, A.M. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. S. 88-89. Oslo: Akribe AS.

Sandahl, K., Nielsen, B., Svensson, J., Johannesen, J., Pociot, F., Mortensen, H.B., Hougaard, R., Broe, R., Rasmussen, M.L., Grauslund, J., Peto, T and Olsen, B.S. (2016). Increased mortality in a Danish cohort of young people with Type 1 diabetes mellitus followed for 24 years. *DIABETIC Medicine*. Vol 34. No. 3. 380-386. Lastet ned den 11.01.2017. Lokalisert på:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.13124/full>

Skrivarhaug, T., Kummernes, S.J og Drivvoll, A.K. Barnediabetesregisteret, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus. (2015). Lastet ned den 08.05.2017. Lokalisert på: <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/%C3%85rsrapport%20Barnediabetesregisteret%202015.pdf>

Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. (Red). *Etikk i sykepleie*. S. 209-226. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sparud-Lundin, C. & Hallström, I. (2016). Parents' experiences of two different approaches to diabetes care in children newly diagnosed with type 1 diabetes. *Qualitative Health Research*. Vol 26. No. 10. 1331-1340. Lastet ned den 20.04.2017. Lokalisert på:
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732315575317>

Svardal, F. (2014). Store Norske Leksikon. Fagfelle vurdering. [Online]. Lastet ned den 26.april 2017. Lokalisert på: <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Universitetet i Agder. (2017). Den didaktiske relasjonsmodellen. Lastet ned den 13.05.2017. Lokalisert på:
<http://www.uia.no/om-uia/fakultet/avdeling-for-laererutdanning/praksis/praksis-blu/enkeltfaktorer-i-den-didaktiske-relasjonsmodellen>

Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I: Skafjeld, A. (Red.). *Diabetes*. S. 26-60. Oslo: Akribes Forlag

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Søkenr. i de ulike databasene	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Forfatter og navn på artikkel
Prøvesøk 1	Experience AND children AND newly diagnosed AND type 1 diabetes AND parents	23.03. 2017	Pubmed	9	0	0	0	
Prøvesøk 2	Experience AND children AND newly diagnosed AND type 1 diabetes AND parents	23.03. 2017	Cinahl Complete	1	0	0	0	
Prøvesøk 3	Diabetes type 1 AND experience	23.03. 2017	Svemed+	12	0	0	0	
Søk 2	Type 1 diabetes AND newly diagnosed AND perception AND children	23.03. 2017	Pubmed	5	1	1	1	Ekra, E.M.R og Gjengedal, E. «Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness - A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital».
Søk 2	Experience AND child AND diabetes type 1	24.03. 2017	Cinahl Complete	3	1	1	1	Ekra, E.M.R., Korsvold, T., Gjengedal, E. «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».
Søk 3	Type 1 diabetes AND newly diagnosed AND experience AND parents	24.03. 2017	Cinahl Complete	14	3	1	1	Kelo, M. Eriksson, E, Eriksson, I. «Perceptions of patient education during hospital visit – described by schoolage children with a chronic illness and their parents».

Vedlegg 1 – Fortsettelse

Søkenr. i de ulike databasene	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Forfatter og navn på artikkel
Søk 3	Newly diagnosed AND type 1 diabetes AND children AND knowledge	24.03. 2017	Pubmed	8	3	1	1	Jönsson, L., Hallström, I., Lundqvist, A «“The Logic of Care” – Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes».
Søk 4	Parents, diabetes type 1 AND children AND perceptions AND just diagnosed	29.03. 2017	Pubmed	15	7	3	2	Howe, C.J., Ratcliffe, S.J., Tuttle, A., Dougherty, S., Lipman, T.H. «Needle anxiety in children with type 1 diabetes and their mothers» Schmidt, C.A., Bernaix, L.W., Chiappetta, M., Carroll, E., Beland, A. «In-hospital survival skills training for type 1 diabetes: perceptions of children and parents».
Søk 4	Diabetes type 1 AND parents AND child AND diagnosed	30.03. 2017	Cinahl Complete	16	5	4	1	Rankin, D., Harden, J. Waugh, M., Noyes, K., Barnard, K.D., Lawton, L. «Parents’ information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study»
Søk 1	Children AND diabetes type 1 AND newly diagnosed AND Experience	20.04. 2017	British Nursing Index	3	2	2	2	Sparud-Lundin, C., Hallström, I. «Parents' experiences of two different approaches to diabetes care in children newly diagnosed with type 1 diabetes» Artikkel som allerede var inkludert; Ekra, E.M.R., Korsvold, T og Gjengedal, E.

Vedlegg 2 – Litteraturmatriser og søkehistorikk
Litteraturmatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Sparud-Lundin, C og Hallström, I.</p> <p>2016</p> <p>Parents' experiences of two different approaches to diabetes care in children newly diagnosed with type 1 diabetes</p> <p>Qualitative Health Research</p> <p><i>Vol. 26, No. 10</i></p> <p><i>1331-1340</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke erfaringer foreldre hadde av to forskjellige behandlingssteder, hjemme eller på sykehuset, da barnet var nydiagnostisert med diabetes type 1.</p>	<p>Type 1 diabetes, children, diabetes care, family-centered care, interviews, grounded theory</p>	<p>Utvalg: 36 foreldre var med i studien.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet inn gjennom intervju med åpne spørsmål.</p> <p>Analyse: Notater ble skrevet gjennom hele prosessen i tråd med GT-metoden. Analysen startet med åpen koding ved hjelp av Nvivo.</p>	<p>Vi vil ekskludere funn i denne studien som tar for seg når behandlingen foregikk hjemme.</p> <p>Foreldrene erfarte at sykehusrommene ikke var familieorienterte, og at det var forstyrrende å dele rom med andre familier. Dette syntes foreldrene var et problem ift utlevering av sensitiv informasjon. Foreldrene syntes det var lite å gjøre mellom måltidene, og avdelingen var ikke «diabetesvennlig» da måltidene hadde faste rutiner og det var lite variert kost. Det førte til bekymringer for foreldrene da de allerede hadde gitt barnet insulin og barnet ikke likte maten de fikk servert. Dette var en stor stressfaktorene hos foreldrene.</p> <p>Foreldrene følte at informasjonen var intens, og å være i en «boble» av sjokk. Men de satt pris på informasjonen de fikk. selv om den kunne bli gitt mer gradvis.</p> <p>De fikk undervisning om blodsuktermåling og insulininjeksjoner fort etter innleggelse, men helsepersonellet tok hensyn til barnets alder. Foreldrene følte seg veldig avhengige av sykepleierne mens de var på sykehuset, og de følte ikke at de hadde hovedansvaret for barnet sitt når de alltid kunne spørre sykepleier om hjelp. Det var varierte erfaringer rundt sykepleiernes kompetanse om diabetes, som kunne føre til frustrasjon blant foreldrene.</p>	<p>I denne studien kom foreldres erfaringer fram når barnet ble diagnostisert med diabetes type 1. Det kommer frem føleser og erfaring om hvordan innleggelsen og tiden på sykehuset er, som er svært relevant for vår oppgave.</p> <p>Dette er relevante funn til oppgaven vår da foreldre er helt sentrale personer når et barn blir innlagt på sykehuset, med nyoppdaget diabetes type 1.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 1

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
British nursing index	Children, diabetes type 1, newly diagnosed, experience	2010-2017	17	
British nursing index	Children, diabetes type 1, newly diagnosed, experience	2010-2017 Children: Hospitalised	3	De to andre artiklene ble ekskludert da den ene allerede var inkludert i vår oppgave, og den andre omhandlet voksne.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Ekra, E.M.R., Korsvold, T og Gjengedal, E.</p> <p>2015</p> <p>«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»</p> <p>BMC Nursing</p> <p><i>Vol 14. No. 4. 1-10</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere barns erfaringer om å være innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1 i dag, og et tilbakeblikk fra perioden 1950- 1980, til tross for mange åpenbare endringer.</p>	<p>Childhood, vulnerability, agency, hospital environment, lifeworld phenomenolog, chronic illness</p>	<p>Utvalg: I den retrospektive delen deltok 12 voksne, som var innlagt i perioden 1950-1980 og var da mellom 6-12 år. I den moderne studien deltok 9 barn.</p> <p>Datainnsamling: Dataen ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer hvor de voksne fortalte erfaringer om sine innleggelse. En blandet datainnsamling, utformet som en kombinasjon av observasjoner med intervjuer og fotografier tatt av barna, ble brukt til å få innsikt i barnas livsverden i den moderne studien. Barna ble intetjuvet to ganger, med sine foreldre tilstede.</p> <p>Analyse: En hermeneutisk fenomenologisk tilnærming ble brukt. Tekstmaterialet er ordrett transkribert. Disse dataene ble i samsvar med Van Manen beskrivelse av tematisk analyse.</p>	<p>I denne studien velger vi å ekskludere funn fra den retrospektive studien, da det ikke er relevant for vår oppgave å sammenligne fortid med nåtid.</p> <p>Barna erfarte at miljøet på avdelingen var godt tilrettelagt, der de har alenerom med en ekstra seng slik at mor eller far kan bo sammen med de. De satte pris på at rommene var innredet med TV, og fikk tilbud om PC og de viste stolthet over rommet sitt. De fortalte også at det var varierte aktiviteter på sykehuset, og det er tilrettelagt for lek og skole. Det kom frem at de følte seg inkludert i informasjonen og «treningen» som ble gitt.</p> <p>Noen av barna var svært engstelige når de ble innlagt på sykehus da de var klar over at de måtte ta injeksjoner og måle blodsukker, som var skremmende. Derfor synes barna det var trygt å få prøve insulinpennen sin på en appelsin eller på bamsen sin, før de gjorde det på seg selv. Det kom også fram at de var engstelige over hvordan ting ville bli i sosiale sammenhenger.</p>	<p>I denne studien kom barnas erfaringer og reaksjoner frem om hvordan det er å være innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1 godt frem. Dette er sentrale funn som passer godt til vår oppgave.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 2

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Cinahl	Experience, child, diabetes mellitus type 1, newly diagnosed	6-12 år, 2010-2017, canada, australia/new zealand, europe, UK & Ireland, USA	3	De andre artiklene omhandler søsken, og hadde andre fokus enn det oppgaven vår var ute etter.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Kelo, M., Eriksson, E og Eriksson, I.</p> <p>2013</p> <p>Perceptions of patient education during hospital visit – described by schoolage children with a chronic illness and their parents.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p><i>Vol. 27. No.4</i></p> <p>894– 904</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske elementene i forskjellige hendelser i pasientopplæring da et barn ble diagnostisert med en kronisk diagnose, erfart av barn i skolealder og deres foreldre.</p>	<p>children, chronic illness, parent, patient education, qualitative study.</p>	<p>Utvalg: Inklusjonskriteriene var foreldrene til barn fra 5-12 år. 12 barn og 19 foreldre var med i studien.</p> <p>Data: Data ble samlet gjennom kritisk hendelsesteknikk. Barn og foreldre ble intervjuet separat, der omgivelsene ble mest mulig naturlig for barnet.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble lest nøye, så de fikk et helhetlig bilde. En deduktiv innholdsanalyse ble brukt. Beslektede uttrykk/setninger ble kodet i tre kategorier, deretter delt i seks underkategorier. Positive eller negative resultater ble plassert hver for seg.</p>	<p>Da studien tar for seg ulike kroniske diagnoser som epilepsi, astma, allergi og diabetes type 1, velger vi å ekskludere funn som ikke handler om diabetes type 1.</p> <p>Foreldre beskrev at de opplevde frykt, sorg, usikkerhet, forvirring, desperasjon, panikk og fornektelse da barnet ble diagnostisert. Noen var i stand til å huske informasjon og stille spørsmål, mens andre hadde større behov for å få informasjonen gradvis og tid til å fordøye den. Noen barn forklarte at de syntes det var godt at sykepleier brukte tid i rommet med lek før prosedyrer ble vist, slik at barnet fikk tilpasse seg det som skulle skje.</p> <p>Foreldrene erfarte at det var godt at sykepleier tok kontroll, ved å være tilstede, gi støtte og trygghet, og bevare «håpet». Foreldrene erfarte også de fikk forklart detaljert hver medisin og dens effekt, og at sykepleier gikk gjennom spesielle situasjoner ettersom at flere barn holdte på med idrett. Informasjon og kommunikasjonsmåten var tilrettelagt barnets alder. Barnet var i fokus, og foreldrene var mer i bakgrunnen da informasjonen ble gitt. Det ble også tilbydd emosjonell støtte, og tverrfaglig samarbeid ble opprettholdt.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den tar for seg barn og foreldres erfaringer når barnet blir diagnostisert med diabetes type 1. Den tar for seg foreldres erfaring til å motta informasjon i sjokkfasen og hvordan de erfarte at sykepleier hjalp de å beholde roen i en tøff periode, der hverdagen ble en annen enn de hadde forestilt seg.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 3

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Cinahl	Type 1 diabetes, newly diagnosed, experience, parents	6-12 år, 2010-2017, canada, australia/new zealand, europe, UK & Ireland, USA	14	De andre artiklene ble ekskludert da de ikke var rettet mot vår problemstilling, og en av de artiklene som kom opp på søket vårt hadde vi allerede inkludert som en av våre artikler.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Ekra, E.M.R og Gjengedal, E.</p> <p>2012</p> <p>Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness- A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital</p> <p>International journal of qualitative studies on health and well-being.</p> <p><i>Vol 7. No. 1. 1-9</i></p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke erfaringene barn gjør seg under sykehusinnleggelse med nyoppdaget diabetes type 1, for å få økt forståelse for hvordan dette påvirker barnet.</p>	<p>Hospitalized children, lived experience, hospital environment, type 1 diabetes, bodily changes, hermeneutic phenomenological method</p>	<p>Utvalg: Barn fra to forskjellige norske sjukehus ble rekruttert, og totalt 9 deltok i studien som var mellom 6- 12 år.</p> <p>Datainnsamling: Dataen ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer, bildesamlinger og observasjoner. Hvert barn ble intervjuet to ganger, med en av foreldrene sine tilstede. Barna fikk også hvert sitt kamera, hvor de tok bilder av hva de syns var viktig på avdelingen som plasser, ting, aktiviteter og det de syntes var viktig.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble tatt opp på bånd og ble skrevet ned ordrett. Van Manen beskrivelse av tematisk analyse ble brukt. Hvert intervju ble lest flere ganger for å få en fullstendig forståelse av barnas erfaringer.</p>	<p>Barna opplevde det som utfordrene å få en kronisk diagnose, diabetes type 1. Men de ble møtt av et barnevennlig miljø på avdelingen og det var trygt og gjorde det komfortabelt at foreldrene var tilstede, og de var en viktig støttespiller for barna. De var veldig stolt over rommet sitt, og det var viktig at de hadde privatrom og ikke måtte dele med andre pasienter. Det var også sentralt å besøke av venner, og det var avgjørende for at tiden ikke gikk så sakte, ved siden av å være på lekerommet og på skolen.</p> <p>Ved innleggelse virket sykdommen skremmende og overveldende. Noen hadde kjent på kroppen at den ikke var som før, men uansett om symptomene hadde vært tilstede eller i mindre grad, var det ubehagelig å høre noen si at «jeg hadde fått diabetes type 1», noen trodde de ville dø av sykdommen eller måtte operere ut bukspyttkjertelen, andre viste litt om den fra før og var mer bekymret for blodsuktermåling og injeksjoner. Da erfarte barna det trygt at sykepleier viste på seg selv/ andre ting, hvordan injeksjonen ble satt.</p> <p>Barna erfarte også at det kunne bli kjedelig når sykepleier gav informasjon og valgte heller å forlate rommet, men noen syntes det var veldig gøy når de selv ble involvert i prosessen, som når de skulle få kjenne på kroppen hvordan det var å ha hypoglykemi.</p>	<p>I denne studien kom barnas erfaringer og reaksjoner om hvordan det er å være innlagt på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1 godt frem. Dette er sentrale funn som passer godt til vår oppgave.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 4

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Pubmed	Type 1 diabetes, newly diagnosed, perception, children	2010-2017	5	De andre artiklene ble ekskludert da de ikke var rettet mot vår problemstilling, og en av de artiklene som kom opp på søket vårt hadde vi allerede inkludert som en av våre artikler.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Jönsson L., Hallström, I og Lundqvist, A.</p> <p>2012</p> <p>“The Logic of Care” – Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes</p> <p>BMC Pediatrics.</p> <p><i>Vol. 12(165)</i></p> <p>1-11</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke foreldrenes erfaringer fra den pedagogiske prosessen når barnet deres er nylig diagnostisert med diabetes mellitus type 1.</p>	<p>Diabetes education, Children, Parents, Qualitative research, Type 1 diabetes</p>	<p>Utvalg: Inklusjonskriteriene var at foreldre til barn mellom 3-16 år skulle være med i studien. 18 foreldre deltok.</p> <p>Datasamling: En kvalitativ beskrivende metode ble brukt for å oppnå en dypere forståelse av den pedagogiske fasen etter at et barn har blitt diagnostisert. Data ble samlet inn ved hjelp av intervjuer.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble analysert ved bruk av en deduktiv innholdsanalyse og Mol's filosofiske teori.</p>	<p>Når barnet ble diagnostisert hadde familien en sjokktilstand, og hadde ingen erfaringer med diabetes fra før. Starten i behandlingen ble opplevd som forvirrende men også betryggende hos familien. Foreldrene rapporterte at helsepersonellet samarbeidet med barnet når barnet protesterte, der barnet bestemte selv men at det ble satt grenser.</p> <p>Foreldrene hadde fått en fin mottakelse og god omsorg på avdelingen, der de ble godt tatt vare på. DSP og PDSN hjalp foreldre med å få mye kunnskap, men opplæringen ble opplevd som intens fordi de følte at det var for mye å lære seg på kort tid.</p> <p>Fagfolket ble oppfattet som tålmodige når foreldrene hadde vanskeligheter med å forstå. Alle familiene fikk brosjyrer og bok om diabetes type 1.</p> <p>Foreldrene syntes undervisning om hva man skal gjøre i tilfelle barnet får hyperglykemi var begrenset.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den tar for seg fasen fra barnet og foreldrene ble tatt i mot i avdelingen med nyopplaget diabetes type 1, hvordan foreldrene opplevde sjokket og hvordan de ble ivaretatt.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 5

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Pubmed	Newly diagnosed, type 1 diabetes, children, knowledge	2010-2017	10	
Pubmed	Newly diagnosed, type 1 diabetes, children, knowledge	2010-2017 Child: 6-12 years	8	De andre artiklene ble ekskludert da de ikke var rettet mot vår problemstilling, og to av de artiklene som kom opp på søket vårt hadde vi allerede inkludert i våre oppgave.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Howe, C.J., Ratcliffe, S.J., Tuttle, A., Dougherty, S og Lipman, T.H.</p> <p>2011</p> <p>“Needle Anxiety in Children With Type 1 Diabetes and Their Mothers”</p> <p>The American Journal of Maternal/Child Nursing</p> <p><i>Vol. 36. no 1. 25-31.</i></p>	<p>Hensikten med denne artikkelen var å undersøke angst, frykt og smerte hos barn med med nylig diagnostisert diabetes i forhold til injeksjoner, blodsuktermåling, blodsukkerkontroll og mødrenes erfaringer, da dette vil bli en del av hverdagen til det aktuelle barnet og deres foreldre.</p>	<p>Blood injury phobia; Children; Diabetes; Mothers; Needle anxiety; Needle phobia</p>	<p>Utvalg: 46 deltok i studien, 23 barn og 23 mødre. Disse var fra alderen 4,9-16,2 år. (Gjennomsnitt 9 år)</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet inn gjennom en 10 punkt «Face Pain Rating Scale» for barn under 9 år og barn over 9 år og mødre brukte VAS (Visual analogue scale).</p> <p>Analyse: Standard deskriptiv statistikk ble brukt for å beregne hvor mange som hadde nålangst. Fishers eksakte tester ble brukt for å teste assosiasjoner mellom mødrenes frykt og oppfatning av sine barns smerte.</p>	<p>Vi vil ekskludere funn fra 6-9 mnd etter diagnosetidspunktet da det ikke er relevant for vår oppgave.</p> <p>Fleste barn rapporterte frykt fremfor smerte ved insulininjeksjoner og blodsuktermåling. I sine observasjoner er det viktig at sykepleier legger vekt på grad av frykt og smerte av barnet. Gjennom undervisning, avslapning og avledningsteknikker, kan sykepleier redusere angst for injeksjoner og blodsuktermåling. F.eks gjennom å vise barnet nålens lengde og tykkelse og hvor injeksjonen skal settes. Barnet bør få se og kjenne på nålen og få prøve selv på f.eks en appelsin eller på bamsen sin.</p> <p>Barn under 9 år opplevde frykt ovenfor smerte med injeksjoner og blodsuktermåling, på diagnosetidspunktet.</p> <p>Når barnet fikk diagnosen opplevde mødre barnets stress og frykt som 4 eller høyere ved injeksjon og blodsuktermåling. På diagnosetidspunkt opplevde flere mødre at barnet ikke ville samarbeide ved injeksjoner og blodsuktermåling.</p> <p>Mødre med opplevelse av at barnet hadde smerter og selv hadde frykt samarbeidet dårligere med barna.</p>	<p>I denne studien kom erfaringene barn og mødre hadde til blodsuktermåling og insulininjeksjonsetting frem. Dette er relevante erfaringer å inkludere i oppgaven vår da det vil bli en stor del av hverdagen til både barnet og moren.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 6

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Pubmed	Parents, children, diabetes type 1, perceptions, just diagnosed	2010-2017 Child: 6-12 years	15	Først søkte vi på «perception», men da vi ikke fant noen relevante artikler på det søkeordet, valgte vi å bruke «perceptions» istedet. Da dette ordet har samme betydning, ser vi ikke på dette som et problem å inkludere det ordet i søket vårt. De andre artiklene i søket ble ekskludert da de ikke var relevant for vår oppgave, og vi fant to artikler i søket som allerede er inkludert i oppgaven vår.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Schmidt, C.A., Bernaix, L.W., Chiappetta, M., Carroll, E og Beland, A.</p> <p>2012</p> <p>In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions OF Children AND Parents</p> <p>Lippincott Williams & Wilkins</p> <p><i>Vol. 37, No. 2</i></p> <p>88-94</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke barn og foreldres erfaringer av sykehusoppholdet når barnet ble diagnostisert med diabetes type 1, og undervisningsopplegg et og støtten de fikk av helsepersonellet.</p>	<p>Children; Diabetes education; Parents; Type 1 diabetes; Self- care skills</p>	<p>Utvalg: 20 barn deltok i alderen 8-15 år, og 25 foreldre.</p> <p>Data: Kvalitativ beskrivende metode ble brukt. En intervjuguide for barn og en foreldreundersøkelse ble brukt for å få fram barn og foreldres erfaringer.</p> <p>Analyse: Det ble utført kvalitativ innholdsanalyse. Det reduksjonistiske og læringsteori som er beskrevet av Knafl og Webster (1988) ble brukt til å analysere dataen. Lydopptak ble brukt, og overført skriftlig. I tillegg ble manifestanalyse av dataene gjort der det kunne gjennomføres, for å styrke analysen.</p>	<p>På diagnosetidspunktet var foreldrene i sjokk. Det var overveldende, og de følte skyldig. Barna opplevde å være i en tåke under sykehusinnleggelsen, ved at de ikke forstod hva som foregikk rundt de.</p> <p>Barna syntes at det var ubehagelig i starten med alle blodsuktermålingene og insulininjeksjonene. Barna opplevde det plagsomt å bli forstyrret om natten helt i starten, da sykepleieren måtte sjekke og kontrollere blodsukkeret.</p> <p>Foreldrene og barna fortalte at sykepleierens informasjon og forklaringer rundt sykdommen og hva som foregikk i kroppen, var veldig nyttig for dem. Barn var takknemlig for at sykepleieren gav informasjon som de også kunne forstå.</p> <p>Foreldrene satte pris på at sykepleierne stod å forklarte underveis mens de gjorde prosedyrer på barnet sitt, mens barna syntes det var trygt å få se hvordan sykepleieren satte injeksjoner på andre ting først, før barnet selv fikk injeksjonene.</p> <p>Foreldrene satte pris på at sykepleierne var rolig, og at de snakket med barna ut i fra det nivået de var på, og gjorde barnet trygt og komfortabelt.</p> <p>Foreldrene erfarte at det var godt at sykepleieren fortalte at det ikke var deres feil at barnet fikk sykdommen, og at fremtiden ser lys ut.</p>	<p>I denne studien kom barn og foreldres erfaringer fram, i det barnet ble diagnostisert med diabetes type 1, og hvordan sykehusoppholdet var før de ble skrevet ut. Dette er relevante funn til vår oppgave.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 7

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Pubmed	Parents, children, diabetes type 1, perceptions, just diagnosed	2010-2017 Child: 6-12 years	15	Først søkte vi på «perception», men da vi ikke fant noen relevante artikler på det søkeordet, valgte vi å bruke «perceptions» istedet. Da dette ordet har samme betydning, ser vi ikke på dette som et problem å inkludere det ordet i søket vårt. De andre artiklene i søket ble ekskludert da de ikke var relevant for vår oppgave, og vi fant to artikler i søket som allerede er inkludert i oppgaven vår.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat	Relevans
<p>Rankin, D., Harden, J. Waugh, M., Noyes, K., Barnard, K.D og Lawton, L.</p> <p>2014</p> <p>Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study</p> <p>Health Expect</p> <p><i>Vol. 19, No. 3</i></p> <p>580-591</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke foreldrenes informasjon- og støttebehov når barnet er diagnostisert med diabetes type 1. Målet med studien var å identifisere hvordan foreldre kan bli bedre støttet i fremtiden.</p>	<p>parents' experiences, pediatric diabetes, qualitative research, type 1 diabetes</p>	<p>Utvalg: 54 foreldre var med i studien.</p> <p>Data: Data ble samlet gjennom intervju hjemme hos foreldrene. Alle data ble samlet inn av DR, som har erfaring med intervju som involverer sensitivt innhold og har kunnskap om diabetes type 1. Lydopptak ble brukt, og deretter transkribert.</p> <p>Analyse: En tematisk analyse ble brukt. NVivo ble brukt til å kode og hente data.</p>	<p>Vi har ekskludert funn som omhandler når barnet er utskrevet.</p> <p>Barna var innlagt på sykehuset mellom 2-8 dager. I denne tiden lærte de om hvordan de skulle håndtere den nye hverdagen, i forhold til blodsukkernivå og injeksjoner. Mange foreldre følte sorg når de fikk vite at barnet hadde fått diabetes. De syntes også det medisinske språket var vanskelig, og trengte en mer dagligdags språk av informasjon for å forstå. De opplevde informasjonen som intens.</p> <p>De fikk så mye informasjon om hva diabetes var og det som hørte med så de følte at det manglet den emosjonelle støtten og informasjon om barnet kom til å klare seg, hvordan vil den nye hverdagen bli..? Noen foreldre følte at det ble fokusert for lite på relasjonen mellom foreldre og barna, ettersom at noen av barna kom til å nekte at foreldrene skulle gi injeksjon når de kom hjem.</p> <p>Noen foreldre hadde nålskrekk, og syntes det var forferdelig å sette insulin på barnet. De var viktig å møte andre foreldre med barn som hadde diabetes type 1, der de kunne dele erfaringer sammen.</p>	<p>I denne studien kom foreldres erfaringer med det å ha et barn med diabetes type 1 godt fram, og deres informasjons- og støttebehov. Disse funnene er relevante for oppgaven vår.</p>

Søkehistorikk litteraturmatrise 8

Database	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Begrensninger	Antall treff	Kommentar/Begrunning for valg av artikkel
Cinahl	Diabetes type 1, parents, child, diagnosed	2010-2017 6-12 år Australia, New Zealand, Canada, Europa, UK & Irland	16	De andre artiklene i søket ble ekskludert da de ikke var relevant for vår oppgave, og vi fant to artikler i søket som allerede er inkludert i oppgaven vår.

Vedlegg 3 - Sjekkliste for kvalitativ forskning

Sjekkliste for kvalitativ forskning del 1, fra Forsberg og Wengström (2013)

Studie	<u>Hensikten med studien:</u> 1) Hvilken metode er benyttet? 2) Er designet relevant for å besvare problemstillingen?	<u>Utvalg:</u> 1) Er kriterier for utvalget tydelig beskrevet? 2) Hvor ble studien gjennomført? 3) Hva er utvalget? 4) Er utvalget passende?	<u>Metode for datasamling:</u> 1) Er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2) Beskrives metodene for datasamling tydelig? 3) Er data samlet systematisk (intervjuguide)?	<u>Dataanalyse:</u> 1) Hvordan er begrep, tema og kategorier utviklet og tolket? 2) Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) Er resultatene troverdige? 4) Er resultatet diskutert med utvalget? 5) Er funnene basert på den innsamlede dataen?	<u>Evaluerings:</u> 1) Kan resultatet sammenlignes med forskningsspørsmålet? 2) Støtter innsamlet data forskerens resultat? 3) Har resultatet klinisk relevans?
Rankin mfl. 2014	1: Dybdeintervjuer 2: Relevant	1, 4: JA 2: 4 pediatrike diabetesklinikker i Skotland 3: Foreldre	1, 2, 3: JA	1: Nvivo 2, 3, 5: JA 4: NEI	1, 2, 3: JA
Kelo mfl. 2012	1: Intervju (kritisk hendelsesteknikk, observasjoner av menneskelig oppførsel) 2: Relevant	1, 4: JA 2: I hjemmet, Helsinki 3: 19 foreldre og 12 barn i alderen 5-12 år	1, 2, 3: JA	1: Deduktiv innholdsanalyse 2, 3, 5: JA 4: NEI	1, 2, 3: JA
Ekra og Gjengedal 2012	1: Dybdeintervju 2: Relevant	1, 4: JA 2: På sykehus, Norge 3: 9 barn i alderen 7-12 år	1, 2, 3: JA	1: Van Manen 2, 3, 5: JA 4: NEI	1, 2, 3: JA
Jönsson mfl 2012	1: Intervju 2: Relevant	1,4: JA 2: I hjemmet og en på arbeidsplassen til den ene forelderen, Sverige 3: 18 foreldre	1, 2, 3: JA	1: Deduktiv innholdsanalyse 2, 3, 4, 5: JA	1, 2, 3: JA

Sjekkliste for kvalitativ forskning del 2, fra Forsberg og Wengström (2013)

Studie	<u>Hensikten med studien:</u> 1) Hvilken metode er benyttet? 2) Er designet relevant for å besvare problemstillingen?	<u>Utvalg:</u> 1) Er kriterier for utvalget tydelig beskrevet? 2) Hvor ble studien gjennomført? 3) Hva er utvalget? 4) Er utvalget passende?	<u>Metode for datasamling:</u> 1) Er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2) Beskrives metodene for datasamling tydelig? 3) Er data samlet systematisk (intervjuguide)?	<u>Dataanalyse:</u> 1) Hvordan er begrep, tema og kategorier utviklet og tolket? 2) Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) Er resultatene troverdige? 4) Er resultatet diskutert med utvalget? 5) Er funnene basert på den innsamlede dataen?	<u>Evaluering:</u> 1) Kan resultatet sammenlignes med forskningsspørsmålet? 2) Støtter innsamlet data forskerens resultat? 3) Har resultatet klinisk relevans?
Ekra mfl 2015	1: Dybdeintervju 2: Relevant	1: JA 2: På sykehus, Norge 3: 9 barn i alderen 6- 12 år 4: JA	1, 2, 3: JA	1: van Manen 2, 3, 5: JA 4: NEI	1, 2, 3: JA
Sparud-Ludin og Hallström 2016	1: Intervju 2: Relevant	1: JA 2: I hjemmet og to på sykehuset, Sverige 3: 36 foreldre 4: JA	1, 2, 3: JA	1: Nvivo 2, 3, 4, 5: JA	1, 2, 3: JA
Schmidt mfl 2012	1: Intervju 2: Relevant	1: JA 2: På sykehuset, USA 3: 20 barn (8-15 år) og 25 foreldre 4: JA	1, 2, 3: JA	1: Analyse. Knafli og Webster 2, 3, 5: JA 4: NEI	1, 2, 3: JA
Howe mfl 2011	1: Barn under 9 år FACE, barn over 9 år VAS. 2: Relevant	1: JA 2: På sykehus, USA 3: 23 barn (gjennomsnitt 9 år) og 23 mødre 4: JA	1, 2: JA 3: NEI	1: Standard deskriptiv statistikk og Fishers eksakte tester ble brukt. 2, 3, 5: JA 4: NEI	1, 2, 3: JA

Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter (2017)

Studie	Er formålet med studien klart formulert?	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er studiedesign et hensiktsmessig svar på problemstillingen?	Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Er etiske forhold vurdert?	Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Hvor nyttige er funnene fra denne studien?
Schmidt mfl (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Ekra mfl (2015)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Howe mfl (2011)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	NYTTIG
Rankin mfl (2014)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Kelo mfl (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Ekra og Gjengedal (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Jönsson mfl (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Sparud-Lundin mfl (2016)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG