



# Bacheloroppgave

**SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie**

**Foreldre til barn med nydiagnostisert diabetes type 1/**

**Parents of children with newly diagnosed type 1  
diabetes.**

**Kandidatnummer: 10001 og 10088**

**Totalt antall ord:8488**

**Antall sider inkludert forsiden: 49**

**Hovedveileder: Marianne Louise Frilund**

**Innlevert Ålesund, 22.05.2018**

## 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: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger 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

## 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:

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilke opplevelser foreldre hadde når deres barn med nydiagnostisert diabetes type 1 ble innlagt på sykehus. Gjennom funnene i oppgaven ville vi tilegne oss informasjon om opplevelsene, og dermed kunne bidra til at sykepleiere best mulig kan ivareta og gi omsorg til foreldrene.

**Metode:** Systematisk litteraturstudiet med syv kvalitative og en kvalitativ og kvantitativ forskningsartikkel, hentet fra databasene CINAHL (Complete), Medline (Ovid) og PubMed.

**Resultat:** Foreldre til barn med nydiagnostisert diabetes type 1 opplever emosjonelle reaksjoner som har innvirkning på sykehusoppholdet. Negative opplevelser som sjokk, sorg, frykt og skyldfølelse gjør det vanskelig for foreldrene å takle situasjonen og behovet for trygghet øker. Foreldrene opplever at de har behov for mer informasjon og undervisning om diagnosen, men situasjonen de befinner seg i har innvirkning på deres evne til å tilegne seg kunnskap. Helsepersonells formidling av informasjon og deres undervisningsmåte viser seg derfor å være avgjørende. Foreldrene ønsker en sterk relasjon til sykehusets helsepersonell, der deres behov blir sett. Hvordan helsepersonellet møter barnet er avgjørende for samarbeidet og relasjonen, i tillegg til at foreldrene forventer høy sykepleiekompetanse.

**Konklusjon:** Sykepleier møter foreldre i krise og må den første tiden gi omsorg og trygghet for at de skal kunne takle sykehusoppholdet på en god måte. Deretter må informasjon og undervisning legges til rette på en god måte og individualiseres etter foreldrenes ønsker og evne til å ta til seg kunnskap. Dersom sykepleier kan se både foreldrene og barnets behov vil dette ha en sterk innvirkning på relasjonen mellom foreldre og helsepersonell. Sykepleier må forsikre foreldrene om at alt kommer til å gå bra, og at deres barn kan leve lange og gode liv.

## **Abstract**

**Aim:** The purpose of the assignment was to find out what experiences parents had when their child with newly diagnosed type 1 diabetes were admitted to hospital.

**Method:** Systematic literature study with seven qualitative and one quantitative and quantitative research articles, from the databases CINAHL (Complete), Medline (Ovid) and PubMed.

**Results:** Parents of children with newly diagnosed diabetes type 1 experience emotional reactions that affects the hospital stay. Negative experiences like shock, sadness, fear and guilt make it difficult for parents to cope with the situation and the need of feeling safe increases. The parents experience that they need more information and instruction about the diagnosis, but the situation they are in affects their ability to acquire knowledge. Health professionals dissemination of information and their teaching methods therefore appears to be crucial. The parents want a strong relationship with the hospital healthcare staff, where their needs are seen. How health professionals meet the child is crucial to the collaboration and relationship. The parents also expect high level of nursing skills.

**Conclusion:** Nurses meet parents in crisis and must provide care and safety to be able to cope with the hospital stay in a good way. Then information and education must be well-organized and individualized according to the parents' wishes and ability to acquire knowledge. If the nurse can see both the parents and the child's needs, this will have a strong impact on the relationship between parents and healthcare professionals. Nurses must also insure parents that everything is going to go well and that their child can live a long and good lives.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Begrepsavklaring .....	2
1.4 Avgrensning .....	2
1.5 Oversikt over oppgaven .....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1. Diabetes mellitus type 1 .....	4
2.2 Cullbergs kriseteori .....	4
2.3 Informasjon .....	5
<b>3.0 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>6</b>
3.1 Datainnsamling .....	6
3.1.2 Inklusjonskriterier .....	6
3.1.3 Søkestrategi .....	7
3.1.4 Kvalitetsvurdering .....	9
3.1.5 Etisk vurdering .....	10
3.2 Analyse .....	11
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1 Foreldrenes emosjonelle reaksjoner .....	12
4.1.1 Foreldrene opplevde sjokk, sorg og frykt .....	12
4.1.2 Foreldrenes opplevelse av trygghet .....	13
4.1.3 Foreldrene opplevde skyldfølelse .....	13
4.2 Informasjon og undervisning .....	13
4.2.1 Foreldrenes opplevelse av informasjonen som ble gitt .....	13
4.2.2 Foreldrenes opplevelse av strukturen på undervisningen .....	14
4.2.3 Faktorer som påvirket foreldrenes innhenting av informasjon og undervisning .....	15
4.3 Foreldrenes relasjon til helsepersonell .....	15
4.3.1 Foreldrenes opplevelse av å bli sett .....	15
4.3.2 Foreldrene opplevde samarbeidet med helsepersonellet som variabelt .....	16
4.3.4 Foreldrenes opplevelse av sykehusavdelingen .....	17
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>18</b>
5.1 Metodediskusjon .....	18
5.2 Resultatdiskusjon .....	19
5.2.1 Foreldrenes emosjonelle reaksjoner .....	19
5.2.2 Informasjon og undervisning .....	21
5.2.3 Relasjoner til helsepersonell .....	24
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>26</b>
Forslag til videre forskning .....	26
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>

**Vedlegg 1:** Søkehistorikk

**Vedlegg 2:** Litteraturlister

**Vedlegg 3:** Tabell 3: Nøkkelfunn, undertema og hovedtema

## **1.0 Innledning**

Kapittelet presenterer bakgrunn for valg av tema, problemstilling, begrepsavklaring, avgrensning og til slutt en oversikt over oppgavens oppbygging.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

I følge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, 2016) har sykepleier i samvær med pasient og pårørende et ansvar for å ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, undervisning, veiledning, i tillegg til å møte de med respekt og omtanke (Kristoffersen, 2015).

Hvert år får over 300 barn, under 15 år, diabetes i Norge (Diabetesforbundet, 2017). Når et barn får en kronisk sykdom, som diabetes type 1, endrer det ikke bare barnets livssituasjon, men også foreldrenes. Fordi selv om barnet er pasient og hovedfokuset, må også foreldrene tas vare på (Grønseth og Markestad, 2011). Hos barn med diabetes type 1 har foreldrene hovedansvaret for den daglige sykdomsbehandlingen, noe som kan ha stor innvirkning på familielivet (Whittemore m.fl., 2012). Når et barn blir innlagt på sykehus må foreldrene helt eller delvis overlate ansvaret til sykepleier, og det blir derfor viktig at de kan stole på at det blir utført god pleie (Grønseth og Markestad, 2011).

Det er viktig for sykepleier å redusere faktorene som forårsaker stress og samtidig styrke foreldrenes ressurser. Familiesentrert sykepleie er derfor ønskelig, det vil si at fokuset er på hele familien og ikke bare det innlagte barnet (Grønseth og Markestad, 2011). Etter §9.11 og §9.13 i Folketrygdloven (1997) fritas foreldre fra arbeid, og har derfor muligheten til å tilbringe mye tid på sykehuset. Vi ønsket mer kunnskap om hvordan en skal ta vare på foreldre som befinner seg i en vanskelig og sårbar situasjon, da deres barn har blitt diagnostisert med diabetes type 1. Sykepleiers rolle blir å styrke foreldrenes evner til å takle situasjonen de står i (Kristoffersen, 2015).

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilke opplevelser foreldre hadde når deres barn med nydiagnostisert diabetes type 1 ble innlagt på sykehus. Gjennom funnene i oppgaven ville vi tilegne oss informasjon om opplevelsene, og dermed kunne bidra til at sykepleiere best mulig kan ivareta og gi omsorg til foreldrene.

## ***1.2 Problemstilling***

*Hvordan opplever foreldre å få sitt barn, med nydiagnostisert diabetes mellitus type 1, innlagt på sykehus?*

## ***1.3 Begrepsavklaring***

*Diabetes mellitus type 1:* Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom hvor kroppens eget immunforsvar angriper pasientens insulinproduserende betaceller i pancreas. Dette gjør pasienten avhengig av insulininjeksjoner for at blodglukosen ikke skal bli så høy at livet står i fare (Ørn og Bach-Gansmo, 2016). Sykdommen kan oppstå i alle aldre, men inntreffer som oftest i barneårene med ketoacidose som debut tilstand (Diabetesforbundet, 2015; Stubberud, m.fl., 2016).

*Å oppleve:* Verbet “å oppleve” inneholder ifølge Kennair (2016) en subjektiv erfaring, det vil si en personlig og individuell erfaring. Dette gjelder blant annet i sammenheng med emosjonelle tilstander, tankeprosesser og motivasjon. Dette er relevant for oppgaven da det er foreldrenes opplevelser som er hovedfokuset.

## ***1.4 Avgrensning***

Oppgaven tar utgangspunkt i et foreldreperspektiv, og på grunnlag av dette er barnets og annen nær families opplevelser ekskludert. Eventuelle forskjeller i opplevelsen hos mor og far ble ikke problematisert.

Når et barn blir diagnostisert med diabetes type 1, er det vanlig med en innleggelse på 1-2 uker uansett klinisk tilstand (Dahl-Jørgensen, m.fl., 2013). Fokuset i oppgaven var på hele sykehusoppholdet.

Barna i studiene var i alderen 2-15 år, og ifølge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000, §4) skal barn fortrinnsvis legges inn på barneavdeling. På grunnlag av dette er arenaen foreldrene blir møtt på, en barneavdeling.

## ***1.5 Oversikt over oppgaven***

I kapittel 2 av oppgaven legges relevant teori fram for å belyse problemstillingen. Videre presenteres det i kapittel 3 metode for datasamling og analyse. Her legges det også frem søkehistorikk for artiklene vi har brukt. I kapittel 4 presenteres resultat av hovedfunnene



fra valgte artikler. Kapittel 5 inneholder metode - og resultatdiskusjon og avsluttes med en konklusjon i kapittel 6.

## **2.0 Teoribakgrunn**

Kapittelet tar for seg relevant teori som belyser problemstillingen. Først vil diabetes type 1 bli beskrevet, deretter Cullbergs kriseteori og tilslutt blir litteratur om informasjon presentert.

### ***2.1. Diabetes mellitus type 1***

Ved diabetes type 1 får pasienten absolutt insulinmangel. Over tid vil dette forårsake at produksjonen av insulin ikke strekker til kroppens behov og dermed øker blodets glukoseinnhold. Når dette skjer utvikler pasienten symptomer på hyperglykemi og blir avhengig av insulintilførsel (Ørn og Bach-Gansmo, 2016).

Informasjon om tilpasninger i dagliglivet, fysisk aktivitet og gjennomgang av kostholdsmønsteret er viktig hos pasienter med diabetes type 1 fordi det ikke er ønskelig at kroppsvekten øker over gjennomsnittet da dette vil føre til at insulinet virker dårligere, såkalt insulinresistens (Ørn og Bach-Gansmo, 2016). Måling av blodglukosenivået er en viktig del av behandlingen for å kartlegge insulinreguleringen og effekten av den. Insulinbehandling gjennom injeksjoner begynner allerede ved første dag av behandlingen. Insulinet settes og innsettende effekt varierer ut i fra hvilken type insulin som blir brukt (Ørn og Bach-Gansmo, 2016).

Diabetes type 1 regnes som den mest alvorlige typen diabetes. Dette er på grunn av de alvorlige akutte komplikasjonene og senkomplikasjoner som kan føre til redusert levealder. Likevel har undersøkelses- og behandlingsmetoder utviklet seg i den grad at pasientene har mulighet til å leve et godt og langt liv med sykdommen (Stubberud, m.fl., 2016).

### ***2.2 Cullbergs kriseteori***

Ordet krise betyr et avgjørende vendepunkt eller plutselig/skjebnesvanger forandring (Cullberg, 2010). Cullberg deler den traumatiske krisen inn i fire faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kan ifølge Cullberg (2012) vare fra et kort øyeblikk og opp til flere dager. Personen bruker alle sine krefter på å stenge virkeligheten ute, fordi en ikke klarer å ta inn over seg det som har skjedd. Personen kan ha problemer med å huske hva som blir sagt og hva som har hendt. Når

personen begynner å se og forstå hva som har skjedd åpner dette opp for reaksjonsfasen (Cullberg, 2010).

Til sammen utgjør sjokkfasen og reaksjonsfasen den akutte fasen av krisen. Den akutte fasen kan ha en positiv innvirkning på personen, fordi den gradvis hjelper personen med å forstå hva han eller hun står oppi. Noen ganger kan det også ha motsatt effekt, der den akutte fasen resulterer i forsinket bearbeidelse, noe som medfører at situasjonen blir lengre og vanskeligere (Cullberg, 2010).

Når den akutte fasen er over, går personen inn i bearbeidingsfasen der en klarer å bli mer fremtidsrettet igjen (Cullberg, 2010). Nyorienteringsfasen er den siste fasen (Cullberg, 2010). Vi går ikke nærmere inn på denne, fordi dette er en fase som oppstår i lengere tid etter krisens oppstart, og dermed er dette noe foreldrene ikke opplever under sykehusoppholdet vi har valgt å fokusere på. Fasene er utgangspunkt for ulike problemer, men kan være vanskelig å skille da de flyter over i hverandre (Cullberg, 2010).

### ***2.3 Informasjon***

Å gi informasjon er en av hjelperens viktigste kommunikasjons oppgave, og å tilpasse informasjonen krever omtanke. Personen som mottar informasjonen skal både forstå, høre og huske det som blir sagt. Å gi informasjon handler om formidling av kunnskap og må tilrettelegges hver enkelt mottaker, ved at en finner ut av hva personen trenger informasjon om og gjøre den relevant (Eide og Eide, 2017).

Når praktisk informasjon skal gis er det spesielt tre forhold en bør ta hensyn til. Det første er fullstendighet. Men det må ikke bli for mye da det kan oppfattes som overveldende og belastende. Det andre er forutsigbarhet, hvor informasjonen som blir gitt skal fremstå forutsigbar for personen, ved at man for eksempel vet tidspunktet for når informasjon blir gitt. Det siste forholdet er forståelighet. Med dette menes at informasjonen skal gis på et forståelig språk, som for eksempel ved at fagterminologi unngås (Eide og Eide, 2017).

### **3.0 Metodebeskrivelse**

Dette kapittelet tar for seg en detaljert redegjørelse av vår datainnsamling og analyse med innhold av inklusjonskriterier, søkestrategi, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analyse.

#### **3.1 Datainnsamling**

Oppgaven baserte seg på et systematisk litteraturstudie. Forsberg og Wengströms (2015) definisjon av et systematisk litteraturstudie kjennetegnes av et tydelig formulert spørsmål hvor man finner svar gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Et systematisk litteraturstudie skiller seg fra andre studier ved at det utføres litteratursøking, kritisk vurdering og analyse av resultatet. Det er viktig at det finnes et tilstrekkelig antall relevante studier for å skrive en god oppgave (Forsberg og Wengström, 2015).

##### **3.1.2 Inklusjonskriterier**

At et litteratursøk er systematisk vil si at en har en tydelig problemstilling med definerte kriterier for inklusjon og eksklusjon (helsedirektoratet, 2010). Artikkene som ikke møtte våre krav til inklusjonskriterier ble ekskludert. Gjennom problemstillingen var det et ønsket å finne svar på hvordan foreldrene opplever å ha et barn innlagt på sykehus, på grunn av dette måtte artikkene ha et foreldreperspektiv. Det var ikke ønskelig med informasjon om søsken eller annen nær families opplevelse. Barnets diagnose skulle være diabetes type 1, og innleggelsen skulle skje på diagnosetidspunktet.

Artikkene skulle være fra vestlige land fordi disse kunne sammenliknes med det norske helsevesenet. Eksempler på vestlige land er USA, Canada, Storbritannia, Australia og skandinaviske land.

Barnas alder ble valgt da Norge har en relativt høy forekomst av diabetes type 1 hos barn, med 2,5 tilfeller pr 1000 barn under 15 år. Vår nedre aldersgrense er valgt fordi diabetes sjeldent debutterer det første leveåret, men øker jevnt med årene (Grønseth og Markestad, 2011). Når barn fyller 16 år blir de helserettslig myndige, noe som vil si at de selv kan velge om de ønsker behandling og hvem som skal informeres om deres helsetilstand (Helsedirektoratet, 2014). På grunnlag av dette, er barnas øvre alder 15 år.

I hovedsak ønsket vi kun å inkludere kvalitative artikler, da disse ga best svar på foreldrenes opplevelser (Forsberg og Wengström, 2016). I tillegg skulle artiklene være fra nyere forskning, med en hovedvekt på de siste fem årene. Vi ønsket artikler med en IMRAD-struktur fordi denne strukturen kunne bidra til å skille fagartikler fra forskningsartikler (Lerdal, 2012).

Tabellen nedenfor viser en oversikt over inklusjonskriteriene vi har beskrevet.

**Tabell 1:** Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier
Foreldreperspektiv
Barn innlagt på sykehus
Nydiagnostisert Diabetes mellitus type 1
Barnets alder (2-15 år)
Kvalitative artikler
Nyere forskning
IMRAD-struktur

### 3.1.3 Søkestrategi

PICO-skjemaet er en strukturert metode som ut i fra problemstillingen blir brukt for å sette sammen søkestrategier man kan bruke i de vitenskapelige databasene (Forsberg og Wengström, 2016; Helsedirektoratet, 2016).

“P” står for problem/population, og i vår problemstilling var dette foreldre til barn med nydiagnostisert diabetes mellitus type 1. “I” står for intervention. På grunn av problemstillingens synsvinkel og hvilket resultat vi var ute etter, var det ingen intervensjon/eksponering/tiltak som ble vurdert. Dette elementet i skjemaet var derfor ikke relevant for oss. “C” står for control, og brukes dersom to typer tiltak skal sammenlignes. Da intervensjon (“I”) falt bort var det ingenting som kunne sammenlignes og elementet “C” ble derfor ikke brukt. “O” står for outcome. Med dette menes hva som skal oppnås, forbedres eller påvirkes, og vårt fokus var på foreldrenes opplevelse (Forsberg og Wengström, 2016, s.60; Helsedirektoratet, 2016).

Søkeordene vi brukte ble hentet ut fra problemstillingen og kan sees i PO-skjema nedenfor (Forsberg og Wengström, 2016).

**Tabell 2:** PO- skjema

<b>P- Problem/population</b>	<b>O - Outcome</b>
Parents	Experience
Parental	Perception
Child	
Children	
Hospitalized	
Diabetes mellitus type 1	
Type 1 Diabetes	
Newly/just diagnosed	

Ord fra emneordliste i databasene ble brukt for å avgrense antall treff (Forsberg og Wengström, 2016). Det ble variert mellom ordkombinasjoner med de boolske operatørene “AND” for å begrense et søk og “OR” ble brukt for å utvide søket (Forsberg og Wengström, 2016). Et eksempel på en kombinasjon som ble brukt var; parents AND hospitalized AND diabetes mellitus type 1 OR diabetes. Se vedlegg en, søk nummer tre i CINAHL (Complete).

Under søkingen ble resultatene avgrenset etter inklusjonskriteriene. Da antall treff ble overkommelig kunne overskrifter leses. Dersom disse var relevante ble abstraktene lest, og hadde disse et innhold som mulig kunne besvare problemstillingen godt ble hele artikkelen lest. Artikkelen som ga best svar på problemstillingen ble inkludert. Et av inklusjonskriteriene omhandler nyere forskning med utgangspunkt i de siste fem årene. Da det ikke var flere relevante artikler måtte søket gradvis utvides til de siste elleve årene. Alle artiklene var tilgjengelige i fulltekst gjennom NTNU.

Databasene vi brukte var CINAHL Complete, Pubmed, Medline Ovid og Swemed. Dette er databaser som ifølge Forsberg og Wengström (2016) er relevante for sykepleieforskning. Under søking etter artikler ble søkehistorikken skrevet ned i en tabell

(vedlegg 1) som tydelig viser brukte søkeord, database, dato, antall treff, antall leste abstrakter og antall leste artikler, samt hvilke artikler som ble inkludert.

#### *CINAHL (Complete)*

I CINAHL (Complete) ble alle søkeordene fra PO- skjema brukt i ulike kombinasjoner. AND ble brukt til å begrense resultatene. Det ble utført åtte søk i databasen. Søk en og tre ga ingen inkluderte artikler. Søk to ga to inkluderte artikler, og disse ble funnet igjen i søk fire og fem. Søk seks og syv ga til sammen to inkluderte artikler. Søk åtte gav to inkluderte artikler, der en av de var funnet tidligere. I to av søkene måtte det avgrensnes mer da antall artikler ble for høyt med den vanlige avgrensningen. Som for eksempel ble ordene “Parents” og “Diabetes mellitus type 1” benyttet med CINAHLs avgrensningsmulighet “Major heading”. Se vedlegg 2, matrise 1-5 for artikler funnet på CINAHL (Complete).

#### *Pubmed*

Det ble utført fire søk på Pubmed. Første søk på Pubmed gav ingen resultater. Søk nummer to og tre i databasen ga to inkluderte artikler, og i det siste søket ble det funnet to artikler som allerede var inkludert. Se vedlegg 2, matrise 6 og 7 for artikler funnet på Pubmed.

#### *Medline (Ovid)*

Det ble foretatt et søk på Medline som ga to inkluderte artikler, der den ene allerede var inkludert. Se vedlegg 2, matrise 8 for artikler funnet på Medline (Ovid).

#### *Swemed*

Det ble foretatt to søk i Swemed. Ingen av søkene ga inkluderte artikler. Se vedlegg 1 for bruk av søkeord.

### **3.1.4 Kvalitetsvurdering**

Forskningsartiklene måtte være fra godkjente publiseringskanaler og ”Register for vitenskapelige publiseringskanaler” ble derfor brukt som et hjelpemiddel til å se hvilket nivå tidsskriftet hadde (Norsk senter for forskningsdata, 2018). For at en publikasjonskanal skulle være godkjent måtte den være gitt nivå en eller to. Nivå to er høyest rangert da tidsskriftene ansees som ledende innen sitt fagfelt (Norsk senter for forskningsdata, 2017). Søkingen i registeret startet med ni artikler. Åtte av disse hadde nivå en, mens en hadde hverken nivå en eller to, og denne artikkelen ble derfor ekskludert. Da et av kriteriene for å

være en godkjent publiseringskanal var å ha rutiner for ekstern fagfellevurdering ville dette si at de åtte artiklene var fagfellevurdert og etiske hensyn var tatt (Norsk senter for forskningsdata, 2004).

Gjennom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) ble sjekklisten for kritisk vurdering av kvalitative forskningsartikler brukt. Sjekklisten bestod av elleve spørsmål med ja, nei eller uklart som svaralternativer. Dersom svaret ble nei på et av de to første spørsmålene, burde artikkelen revurderes (helsebiblioteket, 2016). I sjekklisten ble følgende forhold vurdert: Kan en stole på resultatene, hva forteller resultatene og kan resultatene være til hjelp i vår praksis. Dette med utgangspunkt i artikkelens innledning, hensikt, metode, datainnsamling, utvalg, analyse og resultat. I tillegg var det spørsmål om etiske forhold var vurdert.

To av de valgte artiklene gikk utenfor de opprinnelige inklusjonskriteriene, men det var likevel ønskelig å bruke disse. En av dem var eldre enn fem år. Artikkelen ga funn som kunne sammenliknes med nyere forskning og bygde opp under de tidligere valgte artiklene. Den andre artikkelen omtalte kroniske sykdommer generelt, men da flere av barna til studiets deltakere hadde diabetes type 1 ble det vurdert som relevant til å besvare problemstillingen. Se vedlegg 2, matrise 4 og 5.

Det ble tilsammen lest 25 artikler i fulltekst, hvor åtte ble valgt ut til å besvare problemstillingen. De resterende 17 ble ekskludert fordi de ikke ga relevante funn som svarte på problemstillingen. For eksempel ble det i mange av artiklene beskrevet foreldrenes opplevelser den første tiden hjemme, etter endt sykehusopphold.

### **3.1.5 Etisk vurdering**

Studiens deltakere var en sårbar gruppe og etiske hensyn måtte tas når mennesker skulle delta i en studie. I forskningsartiklene kom det tydelig frem at etiske hensyn var tatt, for eksempel var alle deltakere anonymisert, alle hadde gitt samtykke om deltakelse og deltakerne hadde hatt muligheten til å trekke seg fra studiene. I tillegg var kravet til korrekt gjengivelse tilstede da studiene hadde tatt med beskrivelser av hva respondentene svarte på spørsmålene og sitater var inkludert. I analysen ble kildehenvisninger med sidetall brukt slik at resultatene ikke ble blandet, på denne måten ble det sikret at de etiske vurderingene ble ivaretatt. Artiklene var skrevet på engelsk og dette bydde på noen utfordringer under



tolkningen, fordi ord og begreper var vanskelige å oversette. Engelsk-Norsk ordbok ble derfor benyttet.

### **3.2 Analyse**

Å analysere vil si å dele opp i mindre deler. Først skal fenomenet deles opp, nøkkelfunn skal så identifiseres, før det til slutt blir satt sammen i en ny helhet. Dette kalles en syntese (Forsberg og Wengström, 2015). I den vitenskapelige analysen ble det brukt Evans (2002) fire faser.

Fase en tok for seg datasamling med bakgrunn i inklusjonskriterier (Evans, 2002). Oppgaven var et systematisk litteraturstudiet, og det ble inkludert syv kvalitative artikler og en kvalitativ og kvantitativ artikkel på bakgrunn av valgte kriterier.

I Fase to ble alle artiklene lest grundig gjennom og det ble samlet nøkkelfunn fra hver enkelt studie (Evans, 2002). Artiklene ble først lest individuelt, før funnene fra artiklene ble fargekodet, sammenliknet og samlet. Da resultatene ble samlet ble også nøkkelfunn identifisert.

Fase tre omhandlet identifisering av hovedtemaene i artiklene. Disse hovedtemaene ble så sammenliknet slik at man fant forskjeller og likheter. Deretter ble disse sortert slik at man kunne finne undertemaer. Ved å gjøre dette oppnådde man en bedre forståelse for fenomenet (Evans, 2002). Resultatene ble lest flere ganger for å forsikre at funnene ble lagt under riktig hovedtema. Da tre hovedtemaer var vurdert og valgt ble de lest gjennom på nytt og relevante undertemaer ble identifisert.

Fase fire gikk ut på å vise til at funnene i artiklene besvarte fenomenet (Evans, 2002). Dette ble gjort i oppgavens resultatdel, ved at både hoved- og undertemaer var i samsvar med fenomenet. Fenomenet baserte seg på foreldrenes opplevelser og hovedtemaene som ble identifisert var; emosjonelle reaksjoner, informasjon og undervisning og relasjoner til helsepersonell.

Oversikt over nøkkelfunn, undertemaer og hovedtemaer som ble funnet under analysen kan sees i vedlegg 3, tabell 3.

## **4.0 Resultat**

I dette kapittelet beskrives analysen av forskningsartiklene med en presentasjon av relevante funn. Det blir gjort rede for de tre hovedtemaene emosjonelle reaksjoner, informasjon og undervisning og relasjoner til helsepersonell. Funnene presenteres for å besvare problemstillingen; Hvordan opplever foreldre å få sitt barn, med nydiagnostisert diabetes mellitus type 1, innlagt på sykehus?

### ***4.1 Foreldrenes emosjonelle reaksjoner***

Foreldrene opplevde emosjonelle reaksjoner som hadde stor innvirkning på sykehusoppholdet.

#### **4.1.1 Foreldrene opplevde sjokk, sorg og frykt**

I flere av artiklene kom det frem at foreldrene opplevde en følelse av sjokk når barnet deres ble diagnostisert med diabetes type 1 (Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014b; Schmidt, m.fl., 2012). Det kom frem at emosjonell støtte og oppmuntring lettet på sjokket og følelsen av å være overveldet (Kelo, m.fl., 2012). Sjokket var sterkest når barnet ble innlagt med diabetisk ketoacidose (Rankin, m.fl., 2014b). Foreldrene ga uttrykk for i Jönsson, m.fl. (2012) at de var skuffet over at det på sykehuset ikke var satt av tid til å sørge eller komme over sjokket.

I studiene kom det frem at foreldrene kjente på sorg og frykt for diagnosen, sykdomsrelaterte komplikasjoner og dødsfall (Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012). I flere av studiene kom det også frem at foreldrene var triste over at deres barn hadde fått en kronisk sykdom og fryktet at livet ikke ville bli det samme (Jönsson, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012; Winnick og Hallström, 2006). Det kom frem at foreldrene hadde problemer med å akseptere situasjonen de sto i, og vanskeligheter med å forstå diagnosen (Jönsson, m.fl., 2012; Winnick og Hallström, 2006). I et av studiene ble det beskrevet:

“It was so much practical information, you know, this is how you keep him alive, this is about carbohydrate. It was like, but actually I wanted to know, is he going to die? . . . I really know that it is serious but I think, for a parent, it would have been good to have a little bit of the comfort, like you`re going to be okay.” (Rankin, m.fl., 2014a, s.585).

### **4.1.2 Foreldrenes opplevelse av trygghet**

Foreldrenes mangel på forståelse om sykdommen gjorde at de følte seg utrygge (Jönsson, m.fl., 2012). Foreldrene følte seg også alene og utrygge i situasjonen, da de opplevde at de enten fikk mye eller for lite av ansvaret for barnet. For eksempel kunne avgjørelser bli tatt uten at foreldrene ble inkludert og dette fikk de til å føle at de mistet selvstendighet (Jönsson, m.fl., 2012; Howe, m.fl., 2012). I flere av artiklene kom det frem at foreldrene følte trygghet når helsepersonellet kalte foreldrene og barna ved navn, at de opplevde at helsepersonellet var oppdatert på nye behandlingsmetoder og viste tilstrekkelig kompetanse i å arbeide med barn og diabetespasienter. Foreldrene kjente også på trygghet når de ble gradvis mer involvert i å ha det medisinske ansvaret, og når de så effekten av insulin (Howe, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Winnick og Hallström 2006). En far beskrev: "I felt like we put our problems in their hands and they took care of them in a nice way. . . it's not just facts and figures but there's also a concern." (Jönsson, m.fl., 2012, s.7).

### **4.1.3 Foreldrene opplevde skyldfølelse**

I flere av studiene kom det frem at foreldre følte på skyldfølelse over at barnet hadde fått en kronisk sykdom og over at de kanskje kunne gjort noe annerledes (Jönsson, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012). Foreldrene opplevde skyldfølelsen over at de ikke hadde oppdaget symptomene tidligere (Rankin, m.fl., 2014b; Winnick og Hallström, 2006). Foreldre begynte å tvile på seg selv og kjente på at de var dårlige foreldre, fordi de ikke lenger klarte å se for seg hvordan de skulle gi barnet en normal oppvekst (Rankin, m.fl., 2014; Jönsson, m.fl., 2012). En mor beskriver opplevelsen av skyldfølelse som: "Was I not a caring enough parent? because I don't think we picked it up early enough, she was very, very, very ill when we took her in. It haunts me" (Rankin, m.fl. 2014b, s.596).

## ***4.2 Informasjon og undervisning***

Foreldrenes opplevelse av informasjon og undervisning som ble gitt under sykehusoppholdet var varierende.

### **4.2.1 Foreldrenes opplevelse av informasjonen som ble gitt**

Behovet for mer informasjon kom frem i studiene (Jönsson, m.fl., 2012; Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Foreldre kjente at mangel på kunnskap om diabetes type 1 og hvordan de skulle håndtere den, gjorde forståelsen for sykdommen vanskelig (Jönsson, m.fl., 2012;

Rankin m.fl.,2014b). Flere var ivrige på å lære om sykdommen og behandlingen (Howe, m.fl., 2012; Sparud-Lundin og Hallström, 2016). I Kelo m.fl. (2012) var resultatene delte med tanke på opplevelsen av om informasjonen var tilstrekkelig, om de klarte å ta til seg den informasjonen som ble gitt og deres evne til å forstå sykdommen. Noen måtte søke etter informasjon andre steder, fordi det de fikk på sykehuset ikke opplevdes som tilstrekkelig. Samtidig var det flere foreldre som opplevde at helsepersonell brukte terminologi som var uforståelig for dem. Dette gjorde læringsprosessen vanskelig og behovet for informasjon større (Rankin, m.fl., 2014a). For eksempel beskrev en mor: “He started talking about ketones and it was like, ‘what, huh? pardon?’ Total foreign language” (Rankin, m.fl., 2014a, s.584). Noen foreldre beskrev opplevelsen av å være overveldet på grunn av all informasjonen som ble gitt og hvordan den ble gitt (Jönsson, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Sparud-Lundin og Hallström, 2016).

#### **4.2.2 Foreldrenes opplevelse av strukturen på undervisningen**

For foreldrene i Schmidt m.fl. (2012) var overføring av kunnskap beskrevet som det nyttigste for foreldrene. Godt planlagte opplæringsprogrammer ble satt pris på, og dette i en sammenheng med både verbal og skriftlig informasjon var positivt (Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Schmidt m.fl., 2012). Et foreldrepar kunne fortelle: “It was good to receive information both verbally and in written, and things were repeated many times.” (Kelo, m.fl, 2012, s.901). De foreldrene som ikke fikk denne formen for opplæring satt igjen med lite læringsutbytte og behovet for mer informasjon ble større (Kelo, m.fl., 2012).

Noen opplevde at det ikke var struktur i opplæringen på sykehuset (Jönsson, m.fl., 2012). I undervisningen kunne de føle seg delvis involvert, et eksempel som ble dratt frem var at foreldrene bare kunne observere pleierne måle blodsukker og sette insulin, mens andre måtte være mer aktive ved å stille spørsmål (Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Noen av foreldrene uttrykte at telling av kalorier, planlegging av måltid og respondering til ustabil blodsukker, i tillegg til å håndtere stress og konstant bekymring var det vanskeligste (Schmidt, m.fl., 2012). Likevel opplevde noen at de fikk god opplæring i hvordan de skulle sette injeksjoner, måle blodsukker, kosthold, symptomer på ketoacidose og føling (Jönsson, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a).

Da sykepleierne gikk igjennom teknikk og ga foreldrene mulighet for å utføre prosedyrer, opplevde foreldrene dette som god ferdighetstrening (Jönsson, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012). Når det var noe foreldrene ikke fikk til, som å finne riktig insulin dose, opplevde de det som positivt når de fikk utdelt en mal de kunne følge (Jönsson, m.fl., 2012). Foreldre som opplevde at de mottok mye informasjon, ble inkludert og selvstendigheten ble gradvis økt, ble læringen enklere og det ga dem en større forståelse av sykdommen (Jönsson, m.fl., 2012; Winnick og Hallström, 2006).

### **4.2.3 Faktorer som påvirket foreldrenes innhenting av informasjon og undervisning**

Opplevelsen av sjokk, stress, sorg og andre negative følelser, hadde stor påvirkning på sykehusoppholdet, da dette svekket deres evne til å ta til seg informasjon. (Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a). En mor kunne fortelle: “They gave me leaflets to read while we were waiting but, it was, I was in shock and that, I wasn’t absorbing anything I was reading or listening to” (Rankin, m.fl., 2014a, s.584). Flere av foreldrene fikk hukommelsestap, og hadde problemer med å huske all informasjonen som ble gitt (Winnick og Hallström, 2006). Selv om foreldrene fant informasjonen nyttig, kunne det føre til en følelse av kaos, utmattelse og hjelpeløshet når de skulle lære om sykdommen (Sparud-Lundin og Hallström, 2016, s.1334; Winnick og Hallström, 2006). Der foreldre opplevde at både barnet og dem selv ble møtt og sett, i tillegg til når sjokket ble bearbeidet, hadde opplæringen best effekt (Kelo, m.fl., 2012). Foreldrene ønsket mer informasjon om hvordan livet med et barn som hadde fått diabetes type 1 kom til å bli etter utskrivelse, og ikke bare det medisinske (Rankin, m.fl., 2014a). De som mottok denne informasjonen følte mindre på angst og stress (Howe, m.fl., 2012).

## **4.3 Foreldrenes relasjon til helsepersonell**

Foreldrenes relasjon til sykehusets helsepersonell ble opplevd varierende, selv om ønsket om en god relasjon var sterk fra foreldrenes side.

### **4.3.1 Foreldrenes opplevelse av å bli sett**

Foreldrene beskrev i studiet at de satte stor pris på at sykepleieren så deres emosjonelle behov (Howe, 2012). Noen foreldre opplevde sykepleierne som rolige og de følte at de ble prioritert, mens andre opplevde det motsatte der sykepleier var stresset og såvidt var innom dem (Howe m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012). Det ble

beskrevet av en mor: “The nurse practitioner can sit here, I can tell...she MAY have 6 people waiting for her in the other rooms, but she never seems rushed. You know, she comes in; she just seems relaxed, and acts like, you know, she has all the time in the world.” (Howe, m.fl., 2012, s.121). Foreldrene forklarte at noen ganger hadde de større behov for støtte fra personalet enn andre ganger, og tilgjengelighet var derfor viktig (Howe, m.fl. 2012).

Måten sykepleier og annet helsepersonell så barnet var avgjørende for hvordan foreldrene opplevde sin relasjon til dem (Jönsson, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012). I Howe m.fl. (2012) hadde noen av foreldrene gode erfaringer der de følte at deres barn ble sett og inkludert, mens andre hadde den motsatte erfaringen. I en studie kom det frem; “I sometimes felt that the nurse was not interested in us. This was illustrated in her conduct and replies to requests . . . It was unpleasant when the nurses were busy and not available” (Kelo, m.fl., 2012, s.901).

#### **4.3.2 Foreldrene opplevde samarbeidet med helsepersonellet som variabelt**

Foreldrene ønsket en sterk relasjon til helsepersonellet og satte pris på når pleierne kjente til familiens dynamikk og situasjon (Howe, m.fl., 2012). I Rankin, m.fl. (2014a) kom det frem at mangel på emosjonell støtte fra personalet gjorde situasjonen vanskelig for foreldrene. Noen foreldre opplevde at de aldri ble kjent med diabetesteamet rundt dem (Jönsson, m.fl., 2012). Selv om foreldrene ønsket å bli sett på som eksperter på eget barn, var det ikke alle som opplevde det sånn (Howe m.fl., 2012). Det ble beskrevet: “We could not decide anything or influence decisions. In other words, the family autonomy was not supported in any way.” (Kelo m.fl., 2012, s.901).

Foreldrene opplevde at sykepleierne hadde mye tålmodighet og et åpent sinn ovenfor dem, spesielt når de hadde vanskeligheter med å forstå og bearbeide informasjon som ble gitt (Jönsson, m.fl., 2012). Foreldrene beskrev i studier at helsepersonellet hadde omsorg, empati og medfølelse for dem under sykehusoppholdet (Jönsson, m.fl., 2012; Schmidt, m.fl., 2012). Foreldrene opplevde at de hadde et tett samarbeid med helsepersonellet på sykehuset og at de kunne stole på pleierne (Howe, m.fl., 2012; Jönsson, m.fl., 2012; Sparud-Lundin og Hallström, 2016; Winnick og Hallström, 2006). Foreldrene beskrev at sykepleierne snakket forståelig til dem og barn, noe som styrket samarbeidet (Kelo, m.fl.,

2012). I Schmidt, m.fl. (2012) opplevde foreldrene at sykepleierne var flinke til å oppmuntre og ga trygghet og bekreftelse på at foreldre fint kunne ta vare på barna selv. Foreldrene opplevde at de kunne stole på sykepleier, og at de ga de realistiske forventninger til hvordan livet ville bli etter utskrivelse (Jönsson, m.fl., 2012).

Det var viktig for foreldrene at sykepleier hadde kunnskap om sykdommen og håndteringen av den (Kelo, m.fl., 2012). Men foreldrene opplevde personalets kunnskaper som varierende, noe som ble beskrevet som frustrerende, lite tillitsvekkende og hadde innvirkning på samarbeidet (Sparud-Lundin og Hallström, 2016). I Jönsson, m.fl. (2012) kom det frem at foreldrene opplevde at helsepersonellet hadde mye kunnskap om sykdommen.

#### **4.3.4 Foreldrenes opplevelse av sykehusavdelingen**

I Sparud-Lundin og Hallström (2016) ble sykehusavdelingen beskrevet som lite familieorientert, fordi de måtte dele rom med andre og mangel på privatliv ble et problem. Avdelingen ble også oppfattet som mindre tilrettelagt for diabetikere, fordi de måtte forholde seg til de planlagte måltidene på sykehuset som ikke var tilpasset sykdommen og barn med begrenset matpreferanser. Dette ble oppfattet som mot sin hensikt da de skulle lære å regulere insulin til blodsukker og mat (Sparud-Lundin og Hallström, 2016). I studiet kom det også frem at foreldrene følte seg passive i tiden mellom måltider og planlagte aktiviteter (Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Foreldrene i Jönsson m.fl. (2012) fortalte at de satte stor pris på det som ble gjort for at dagene skulle bli mest mulig normale for barna. Som for eksempel at de hadde tilgang til lekerom og skole på sykehuset.

## **5.0 Diskusjon**

I dette kapittelet tar vi for oss metodediskusjon og resultatdiskusjon.

### ***5.1 Metodediskusjon***

Vi opplevde litteratursøkene som vanskelige, men ser i ettertid at grunnen til at det var krevende var fordi vi var ustrukturerte i søkingen. Dette kan for eksempel sees ved at vi brukte søkeord som ikke var funnet i problemstillingen. Noen eksempler på slike ord var “Stress”, “Emotional reactions” og “Psychological”. I tillegg kan vi se at dette kunne vært unngått dersom vi hadde hatt mer oversikt over hvilke søkeord vi brukte. Det var en lang og krevende jobb å få tilstrekkelig antall forskningsartikler som møtte våre inklusjonskriterier og som var relevant for vår problemstilling. Vi fant mye tilgjengelig forskning om barn med diabetes type 1, men mindre forskning med et foreldreperspektiv der opplevelsene var fra sykehuset.

Litteratursøkingen startet høsten 2017 og ble avsluttet våren 2018. Da prosjektplanen ble levert inn og godkjent i januar hadde vi åtte artikler, og i oppstart av 6.semester hadde vi en ny gjennomgang av forskningsartiklene. Selv om artiklene skulle være godkjent av etisk komite, har vi selv tatt egne etiske vurderinger og stilt oss kritiske til innholdet. I denne prosessen ble vi enige om at vi ikke var tilstrekkelig fornøyd med relevansen til tre av de valgte artiklene. Vi hadde da fått en større forståelse for bruk av PICO-skjemaet, og søkene ble gjort systematisk noe som resulterte i at det ble enklere å finne forskningsartikler. Vi gjennomførte derfor nye søk som ga oss mer relevante artikler, som igjen ga bedre svar på vår problemstilling. Vi ønsket likevel ikke å avslutte søket da vi hadde åtte artikler fordi dette kunne ha konsekvenser for kvaliteten av funnene. Videre ble søkingen uttømmende, og de artiklene vi fant var enten allerede inkludert eller vurdert og ekskludert.

Vi har i denne perioden hatt et godt samarbeid med gode refleksjoner og diskusjoner, der vi har bygd opp under hverandres sterke sider. Alle elementer ved oppgaven er gjort under enighet. Vi ser på det som en styrke at dette har vært et samarbeid, da alt innholdet i oppgaven har blitt gjennomgått av to stykker.



## **5.2 Resultatdiskusjon**

Vi valgte i resultatdiskusjonen å bygge videre på våre hovedtemaer fra analysen: Foreldrenes emosjonelle reaksjoner, informasjon og undervisning og relasjon til helsepersonell. Her vil vi med våre funn og teori diskutere foreldres opplevelser da deres barn ble innlagt på sykehus med nydiagnostisert diabetes type 1. Konsekvenser for sykepleie vil også bli fremhevet.

### **5.2.1 Foreldrenes emosjonelle reaksjoner**

En krise er ifølge Cullberg (2012) et avgjørende vendepunkt eller plutselig forandring, noe en kan se i sammenheng med det foreldre til barn med nyoppdaget diabetes type 1 opplevde (Howe, m.fl., 2012; Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Rankin, m.fl., 2014b; Schmidt, m.fl., 2012; Sparud-Lundin og Hallström, 2016; Winnick og Hallström, 2006). Vi ser gjennom våre funn at behovet for støtte fra sykepleier er stort, og dette underbygges av Eide og Eide (2012) da det kommer frem at personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og bekymringer med. En konsekvens for sykepleier vil være å sette av tid til samtale med foreldrene, uten barnet tilstede. I tillegg burde sykepleier oppfordre foreldrene til å bruke venner, familie og delta i støttegrupper for de som er i liknende situasjoner.

De emosjonelle reaksjonene foreldrene opplevde hadde stor innvirkning på dem og sykehusoppholdet (Howe, m.fl., 2012; Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Rankin, m.fl., 2014b; Schmidt, m.fl., 2012; Sparud-Lundin og Hallström, 2016; Winnick og Hallström, 2006). Vi ser at foreldrene trenger å bli sett og føle at de har et støtteapparat rundt seg. Dersom sykepleier kan møte foreldrene tidlig i sykdomsforløpet og kartlegge hva foreldrene kjenner på, kan disse overveldende følelsene bli lettere å takle og dermed kan sykdommen og sykehusoppholdet bli enklere å forholde seg til. Foreldrene trenger informasjon om at de følelsene de opplever er helt normale for den situasjonen de er i (Grønseth og Markestad, 2011).

Diabetes type 1 regnes som den mest alvorlige typen diabetes på grunn av de alvorlige akutte komplikasjonene og senkomplikasjoner som kan føre til redusert levealder (Stubberud m.fl., 2016). I studiene kom det frem at foreldrene kjente på sorg og frykt i forhold til diagnosen, sykdomsrelaterte komplikasjoner og dødsfall (Jönsson, m.fl., 2012) og Kelo, m.fl., 2012). Undersøkelles- og behandlingsmetoder har utviklet seg til den grad

at pasientene har mulighet til å leve et godt og langt liv med sykdommen (Stubberud m.fl., 2016). Vi ser at dersom sykepleier forklarer foreldrene at alt kommer til å ordne seg, vil dette kunne minske opplevelsen av frykt. Sykepleier må tydelig få frem til foreldrene at barna kan leve lange og gode liv.

I våre funn ser vi at foreldrene opplevde sjokk ved diagnostisering (Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014; Schmidt, m.fl., 2012). Vi kan gjennom Cullberg (2012) se at foreldrene befant seg i krisens akutte fase. Noen foreldre kan ha vanskeligheter med å bearbeide det de opplever, som kan medføre at situasjonen blir lengre og vanskeligere enn nødvendig (Cullberg, 2012). Vi ser at sykepleier må hjelpe foreldrene gjennom den akutte fasen, ved å være en samtalepartner og støttespiller, der foreldrene kjenner det er rom for å ta opp vanskelige temaer. I Grønseth og Markestad (2011) kommer det frem at et høyt stressnivå vil kunne minske foreldrenes evne til å ta vare på og vise omsorg for eget barn. I tillegg vil barnets stressnivå øke i takt med foreldrenes. Vi ser her at foreldrenes emosjonelle reaksjoner kan ha stor innvirkning på barnets helse. Det blir derfor viktig for sykepleier å ikke bare ha fokus på barnet, men også på foreldrene ved å være tilgjengelige og vise interesse for dem. Dette vil være tillitsskapende og kunne bidra til at foreldrene åpner seg opp om hvordan de opplever sykehusoppholdet. Sykepleier kan da finne årsakene til stresset, og hjelpe foreldrene å mestre situasjonen.

Foreldrene ga uttrykk for i Jönsson m.fl. (2012) at de var skuffet over at det på sykehuset ikke var satt av tid til å få sørge eller komme over sjokket de opplevde. Dersom foreldrene skal komme seg gjennom den vanskelige tiden, ser vi i våre funn at sykepleier må hjelpe foreldrene til å takle de emosjonelle reaksjonene de opplever da det kan være krevende å komme seg gjennom denne fasen alene. Sykepleier har et ansvar for at foreldrene blir tatt vare på og gi de en opplevelse av trygghet. Dersom sykepleier viser forståelse for at livet til både barn og foreldre nå er endret for alltid, vil dette oppleves positivt for foreldrene (Grønseth og Markestad, 2011).

Når et barn blir innlagt på sykehus, mister foreldrene en del av rollen som forsørger og omsorgsperson. Gjennom støtte kan sykepleier hjelpe foreldrene til å få selvtilliten de trenger for å utfylle foreldrerollen (Grønseth og Markestad, 2011). Vi ser at foreldre er en viktig støttespiller som sykepleier må ta i bruk, noe som også ses i litteraturen der det er

beskrevet at foreldrene er en ressurs fordi de kjenner barnet best (Grønseth og Markestad, 2011). Men i Howe, m.fl. (2012) var det ikke alle som opplevde at de ble sett på som en ekspert på eget barn. Vi ser i våre funn at et tett samarbeid mellom sykepleier og foreldre er avgjørende for hvordan foreldre takler sine emosjonelle reaksjoner. Sykepleier må huske at foreldrene kan ha ulike opplevelser under sykehusoppholdet, og det blir derfor viktig å se og vurdere foreldrene individuelt. Dersom foreldrene føler at de blir tatt godt vare på, får de tillit til sykepleierne og de stoler på at barnet får den behandlingen og omsorgen de trenger (Grønseth og Markestad, 2011).

## **5.2.2 Informasjon og undervisning**

I funnene kom det frem hvordan og hvilken informasjon som ble gitt hadde stor betydning for foreldrene (Howe m.fl., 2012; Jönsson m.fl., 2012; Kelo m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Rankin, m.fl., 2014b; Schmidt m.fl., 2012; Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Dersom informasjonen ble gitt på feil måte kunne dette føre til en følelse av kaos, utmattelse, hjelpeløshet og å bli overveldet. Vanskeligheter med å ta til seg informasjon, forståelsen av den og behovet for mer informasjon ble større (Jönsson m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Sparud-Lundin og Hallström, 2016; Winnick og Hallstöm, 2006). Når praktisk informasjon skal gis er det viktig med fullstendighet og forutsigbarhet for å unngå at det blir for mye informasjon på en gang, som oppfattes som for overveldende og belastende (Eide og Eide, 2017). At foreldrene får tilgang til ærlig og realistisk informasjon er avgjørende for at de skal oppleve kontroll og mestre situasjonen bedre. Dette innebærer at sykepleier er tilgjengelig, snakker mye med dem, tar kontakt og spør om foreldrene lurer på noe og oppfordrer dem til å stille spørsmål. I starten av oppholdet er det viktig med informasjon om hvem som har ansvaret for dem, rutinene på avdelingen, deres rettigheter, overnattingsmuligheter, måltider og liknende. I tillegg har foreldrene behov for informasjon om alt som skal skje under sykehusoppholdet og at barnets atferd og reaksjoner er normale (Grønseth og Markestad, 2011). Målet med undervisningen er å øke foreldrenes kunnskaper om diabetes og behandlingen av den. Men dette krever at den tilpasses deres ønsker, prioriteringer og dagligliv for å oppnå varige livsendringer (Grønseth og Markestad, 2011).

Foreldrene hadde et behov for mer informasjon og var ivrige etter å lære om barnets diagnose da manglete kunnskap gjorde det vanskelig å forstå sykdommen (Howe, m.fl., 2012; Jönsson, m.fl., 2012; Rankin, 2014b; Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Ved

informasjonsformidling er formidling av kunnskap og tilrettelegging til hver enkelt mottaker viktig. Dette gjøres ved at en finner ut av hva personen trenger informasjon om og å gjøre den relevant (Eide og Eide, 2017).

Ved diabetes type 1 får pasienten absolutt insulinmangel og pasienten blir derfor avhengig av tilførsel av insulin (Ørn og Bach-Gansmo, 2016). Grunnleggende kunnskap om diabetes ser vi på som nødvendig for at foreldrene skal kunne forstå sykdommen. Det er da viktig at sykepleier forklarer hva som skjer i barnets kropp og hva som gjør dem syke. Foreldrene så på overføring av kunnskap som det mest nyttige, men når de kjente på at sykepleier brukte terminologi som var uforståelig for dem, gjorde dette læringsprosessen vanskelig og behovet for informasjon større (Rankin, m.fl., 2014a; Schmidt, m.fl., 2012). Våre tanker rundt dette er at sykepleier må bruke et mer allment språk som er forståelig for foreldrene. Dette underbygges også av Eide og Eide (2017) som sier at når informasjon gis skal foreldrene som mottaker både forstå, høre og huske det som blir sagt, forståelighet er viktig i formidlingen av kunnskap gjennom at for eksempel fagterminologi unngås. Ved kommunikasjon og samhandling med andre mennesker må sykepleier bruke seg selv som person og sine pedagogiske ferdigheter når det gis informasjon, undervisning og veiledning. Selv om sykepleier har kunnskapene som skal til for å lære bort, er det avgjørende at den som skal lære opplever et behov og har ønske om å tilegne seg kunnskap (Kristoffersen, 2015).

Både skriftlig og verbal informasjon ble satt pris på av foreldrene (Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Schmidt m.fl., 2012). En slik kombinasjon kan gi foreldrene bedre forståelse for sykdommen etter endt sykehusopphold og selv om sykepleier skal sikre at foreldrene forstår informasjonen om barnets medisinske tilstand og behandling, kan de også trenge hjelp til å finne mer informasjon selv gjennom internett. På grunn av at informasjonen som blir gitt av sykepleier kan være mangelfull, sprikende eller uforståelig er det derfor viktig at også skriftlig informasjon gis (Grønseth og Markestad, 2011).

Funnene var delte om hvorvidt foreldrene var fornøyde med strukturen på avdelingen (Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014; Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Da sykepleier gikk nøye gjennom teknikk og foreldrene fikk utføre prosedyrer selv, ble det sett på som god ferdighetstrening og læringsstrategi (Jönsson, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Schmidt, m.fl., 2012). Praktisk ferdighetstrening ble sett på som vanskelig,

men også nyttig for foreldrene (Jönsson, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Schmidt, m.fl., 2012).

Måling av blodsukker og injeksjoner er deler av behandlingen barnet med diabetes type 1 trenger og injeksjonsbehandling starter allerede første dag (Ørn og Bach-Gansmo, 2016). Vi tenker at foreldrene derfor kan, etter eget ønske, delta aktivt og lære om teknikker. MAKVIS er et kjent akronym innen sykepleien og representerer sentrale prinsipper som undervisningen bør inneholde: motivasjon, aktivisering, konkretisering, variasjon, individualisering og sosialisering (Kristoffersen, 2015). Undervisning og veiledning under oppholdet burde omfatte hvilke konsekvenser sykdommen har for barnet og foreldrene og hvilke utfordringer og tilpasningsproblemer som kan oppstå. God undervisning krever brukermedvirkning, som vil si at foreldrene er med på å påvirke hvordan undervisningen planlegges, utformes og gjennomføres (Grønseth og Markestad, 2011)

Emosjonelle reaksjoner foreldrene møtte hadde innvirkning på sykehusoppholdet og deres evne til å ta til seg informasjon (Kelo, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Sparud-Lundin og Hallström, 2016; Winnick og Hallström, 2006). Som tidligere nevnt befinner disse foreldrene seg i en sjokkfase og Cullberg (2010) forteller at mennesker i en slik fase blir gitt viktige opplysninger og informasjon som ofte blir glemt. Det er derfor viktig at sykepleier gir foreldrene muligheten til å få snakke, forholde seg rolig, informere klart og tydelig og lytte (Eide og Eide, 2012). Der foreldrene opplevde at både barnet og dem selv ble møtt og sett, i tillegg til at sjokket ble bearbeidet, hadde opplæringen best effekt (Kelo, m.fl., 2012).

Foreldrene følte mindre på angst og stress fordi de fikk god informasjon om hvordan livet til et barn med diabetes ville bli (Howe, m.fl., 2012). Andre følte det motsatte og ville ha mer informasjon om livet etter utskrivelse (Rankin, m.fl., 2014a). Ved en sykehusinnleggelse hvor barnet blir alvorlig sykt, kan hverdagen og fremtiden bli uforutsigbar. Man mister muligheten til påvirkning og kontroll over egen situasjon. For å kunne hjelpe foreldrene til å forutse hvordan fremtiden med et barn med diabetes blir, er det derfor viktig å hjelpe dem med å se diagnosen i et større tidsperspektiv (Grønseth og Markestad, 2011). Ved diabetes type 1 er det viktig med informasjon om tilpasninger man må gjøre i dagliglivet som fysisk aktivitet og kosthold. Dette er for å unngå komplikasjoner som insulinresistens (Ørn og Bach-Gansmo, 2016).

### 5.2.3 Relasjoner til helsepersonell

I våre funn kom det frem at foreldrene ønsket en sterk relasjon og et tett samarbeid med sykepleierne, i tillegg til at de ønsket at deres emosjonelle behov ble møtt. Men det var varierende hvordan foreldrene opplevde dette (Jönsson, m.fl., 2012; Howe, m.fl., 2012; Rankin, m.fl., 2014a; Winnick og Hallström, 2006; Sparud-Lundin og Hallström, 2016). Vi ser i våre funn at det er viktig at sykepleier inkluderer foreldrene og skaper en sterk og god relasjon til dem, der foreldrene føler seg likeverdige som omsorgspersoner. Et sterkt samarbeid vil kunne hjelpe foreldrene gjennom krisen de står oppi. Dette underbygges i Grønseth og Markestad (2011) da de beskriver viktigheten av at foreldrene blir møtt og at deres personlige behov blir dekket.

Hvordan barnet ble møtt av sykepleier var avgjørende for hvordan foreldrene opplevde deres relasjon til helsepersonellet, og erfaringene var varierende fordi både negative og positive opplevelser blir beskrevet (Howe m.fl., 2012; Jönsson, m.fl., 2012; Kelo, m.fl., 2012). Det er viktig for foreldre at de ser at sykepleier bryr seg om barnet, da dette vekker tillit, som igjen skaper trygghet (Grønseth og Markestad, 2011). Vi kan si at sykepleier ikke bare har en pasient i barnet, men en har også en pasient i foreldrene. Samspillet mellom foreldre, barn og sykepleier er viktig og vi kan se i våre funn at det kan være en krevende situasjon for sykepleier å stå i, da det er mange behov som skal dekkes. Dette underbygges i Grønseth og Markestad (2011) der det kommer fram at det kan være vanskelig å hele tiden ha et bevisst fokus på både barn og foreldre.

Det beskrives i Schmidt, m.fl. (2012) at sykepleierne var flinke til å oppmuntre, gi trygghet og bekreftelse på at foreldrene fint kunne ta vare på barna selv. Når foreldre har en opplevelse av kontroll og de føler seg kompetente som foreldre i tillegg til at de får delta i omsorgen av barnet, vil dette bedre opplevelsen av sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad, 2011). Dersom sykepleier tidlig i forløpet kartlegger foreldrenes ønsker om deltakelse, vil dette kunne øke følelsen av kontroll. Dette er en ny situasjon for mange foreldre, men ikke for sykepleieren. Det er derfor viktig at sykepleier deler sine erfaringer om hva som burde være foreldres rolle. For at foreldrene skal unngå for mye belastning, må familien fungere i sin helhet. Dette er årsaken til at en familiesentrert sykepleie er viktig, der både barnet og foreldrene blir sett og tatt vare på (Grønseth og Markestad, 2011). Sykepleier har et direkte ansvar for at foreldrene har det bra mens de er på

sykehuset (Grønseth og Markestad, 2011). Vi mener det er viktig at sykepleier bygge opp under foreldrenes ressurser for å styrke samarbeidet dem imellom. Vi ser at dersom samarbeidet er godt, styrkes relasjonen og det vil ha en positiv innvirkning på foreldrene. Et godt samarbeid vil igjen føre til at foreldre og sykepleier sammen kan komme frem til gode løsninger som fungerer for familien.

I studiet til Sparud-Lundin og Hallström (2016) kommer det frem at foreldrene opplevde sykehusavdelingen som lite tilrettelagt, og vi kan se en sammenheng mellom dette og de negative emosjonelle reaksjonene foreldrene opplevde da lite tilrettelegging ble en stressfaktor. Som en konsekvens for sykepleien blir det viktig å kommunisere og samarbeide med foreldre slik at en kan legge til rette for familien på best mulig måte. Er samarbeidet godt kan man unngå slike stressfaktorer og kvaliteten på pleien fra både foreldre og sykepleier kan øke. Et eksempel der dette ble gjort på en god måte, kommer frem i studiet til Jönsson, m.fl. (2012). Her forteller foreldrene at de satte stor pris på at barnet hadde tilgang til lekerom og skole, for å normalisere dagene på sykehuset.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvilke opplevelser foreldre hadde når deres barn med nydiagnostisert diabetes type 1 ble innlagt på sykehus. Gjennom funnene i oppgaven ville vi tilegne oss informasjon om opplevelsene, og dermed bidra til at sykepleiere best mulig kan ivareta og gi omsorg til foreldrene.

Resultatene viste at foreldrene opplevde emosjonelle reaksjoner som hadde stor innvirkning på sykehusoppholdet. Foreldrenes reaksjoner var hovedsakelig negative og opplevelsene gjorde at foreldrene hadde vanskeligheter med å takle situasjonen. Foreldrene er i krise og trenger omsorg og en opplevelse av å bli sett. Sykepleier må hjelpe foreldrene til å føle seg trygge, fordi dette vil hjelpe dem til å mestre situasjonen. De emosjonelle reaksjonene hadde både innvirkning på det syke barnet, men også på foreldrenes muligheter til å ta til seg informasjon og undervisning. Sykepleier må legge til rette slik at foreldrene har et best mulig utgangspunkt for å ta til seg den informasjonen og undervisningen. Ved at sykepleier overfører kompetanse på en god måte, har foreldrene et bedre utgangspunkt for å takle situasjonen de står i. I starten av sykehusoppholdet er det viktig at sykepleier har fokus på foreldrenes emosjonelle reaksjoner og hvordan hjelpe foreldrene gjennom krisens akutte fase. Utover i sykehusoppholdet må informasjonen og undervisningen som gis gradvis økes, men det er da viktig med et undervisningsprogram som har god struktur, er individuelt tilrettelagt og brukermedvirkning er i fokus.

I tillegg viste resultatene at måten helsepersonell møtte barnet på, hadde innvirkning på foreldrenes relasjon til helsepersonellet. Møter sykepleier barnet på en god måte, og tar seg tid til familien vil dette skape tillit og styrke relasjonen. Det forventes et høyt kunnskapsnivå hos helsepersonellet, som viser at sykepleier må holde seg oppdatert på nyere forskning. Dette vil oppleves positivt av foreldrene fordi kunnskap skaper trygghet. Sykepleier må tydelig formidle til foreldrene at alt kommer til å ordne seg, og at etter sykehusoppholdet vil det fortsette å være et stort støtteapparat med helsepersonell rundt familien.

### *Forslag til videre forskning*

Vi har underveis i litteraturstudiet sett mye forskning på foreldrenes opplevelser den første tiden hjemme. Vi foreslår videre forskning på opplevelsene under sykehusoppholdet, fordi



dette var begrenset og opplevelsene under sykehusoppholdet kan ha stor innvirkning på den første tiden hjemme. Barnets helse og foreldrenes kunnskaper ved utskrivelse kan forbedres dersom temaet blir videre forsket på. Vi foreslår også forskning med tydeligere aldersavgrensninger på barna fordi foreldrerolle endres med barnets alder.

## Litteraturliste

Cullberg (2010) *Mennesker i krise og utvikling* 3.utgave. Universitetsbiblioteket. s. 11-14, s.123-140.

Diabetesforbundet. (2017) *Barn* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/barn/> [Lastet ned 18.12.2017].

Diabetesforbundet (2015) *Symptomer* [Internett] Oppdatert 16.04.2018. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/symptomer/> [17.04.2018].

Eide, H. og Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Revidert utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utgave. Stockholm: Natur & Kultur.

Folkehelseinstituttet (2016) *Sjekkliste* [Internett] Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste> [16.04.18].

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. *Forskrift 1.desember 2000 nr. 1217 om barns opphold i helseinstitusjon*.

Folketrygdløven. *Lov 19 des 1997 nr.99 om folketrygd*.

Grønseth, R. og Markestad, T. (2011) Innleggelse i sykehus. *Pediatri og Pediatrisk sykepleie* 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget. s. 71-75.

Helsebiblioteket (1998) *Diabetes, nyoppdaget* [Internett] 2013. Oslo. Den norske legeforening. Dahl-Jørgensen, K., Bangstad, H.J., og Bratke, H. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/akuttveileder-i-pediatri/endokrinologi/diabetes-nyoppdaget> [12.04.18].

- Helsedirektoratet (2010) *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. [Internett] Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/veileder-for-utarbeidelse/3.kunnskapsgrunnlaget/3.2-forskning>> [17.04.2018].
- Howe, C. J., Ayala, J., Dumser, S., Buzby, M. og Murphy, K. (2012) Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing* [Internett] Vol. 27, s. 119-126. DOI: 10.1016/j.pedn.2010.10.006.
- 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.
- Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (2012) The Logic of Care” – Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMC Pediatrics*. [Internett] Vol. 12 (165), s. 1-11. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-165>.
- Kelo, M., Eriksson, E. og Eriksson, I. (2012) “Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with chronic illness and their parents”, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internett] Vol. 27, s. 894-904. DOI: 10.1111/scs.12001.
- Kennair, L. E. O. (2016). *Opplevelse* [Internett] Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/opplevelse>> [16.04.2018].
- Kristoffersen, N. (2015) Stress og mestring. I: Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie Bind 3, Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 157-168.
- Legeforeningen (2012) *Helsinkideklarasjonen* [Internett] Oslo. Tilgjengelig fra: <<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/>> [10.04.18].

- Lerdal, A. (2012). *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* [Internett] Sykepleien. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel>> [18.04.2018].
- Mosand, R.D. og Stubberud, D-G.(2015) Sykepleie ved diabetes mellitus. I:Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R.(red.) *Klinisk sykepleie, bind 1, 4. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 507- 536.
- Norsk senter for forskningsdata (2004) *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler* [Internett] Bergen. Tilgjengelig fra: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>> [16.04.18].
- Norsk senter for forskningsdata (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* [Internett] Bergen. Tilgjengelig fra: <[https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=&\\_checkboxbox\\_bibsys=true&tv=true](https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=&_checkboxbox_bibsys=true&tv=true)> [04.04.18].
- Norsk senter for forskningsdata (2017) *Publiseringskanaler* [Internett] Bergen. Tilgjengelig fra: <[http://dbh.nsd.uib.no/kanaler\\_old/nye\\_kanaler\\_niva2.do](http://dbh.nsd.uib.no/kanaler_old/nye_kanaler_niva2.do)> [16.04.18].
- Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> [16.04.2018].
- Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K. og Lawton, J. (2014). "Parents information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study." *Health Expectations*. [Internett] Vol.19 (3), s. 580-591. DOI: 10.1111/hex.12244.

- Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K., Stephen, J., Robertson, K., Bath, L., Robertson, L. og Lawton, J. (2014) "Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes". *Pediatric Diabetes* [Internett] 15(8) s. 591-598 DOI: 10.1111/pedi.12124.
- Schmidt, C., Bernaix, L., Chiappetta, M., Carroll, E. og Beland, A. (2012) "In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions Of Children And Parents". *The American Journal of Maternal/ Child Nursning* [Internett] vol. 37 (2). s. 88-94. DOI: 10.1097/NMC.0b013e318244febc
- Sparud-Lundin, C. og Hallström, I. (2015) "Parents' Experiences of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes". *Qualitative Health Research* [Internett] Vol. 26(10), s. 1331-1340 DOI: 10.1177/1049732315575317.
- Wennick, A. og Hallström, I. (2006) "Swedish Families Lived Experience When a Child Is First Diagnosed as Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus", *Journal of Family Nursing*. [Internett] Vol. 12(4). s. 368-389. DOI: 10.1177/1074840706296724.
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M og Grey, M. (2012) "Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes, A Systematic Mixed-Studies Review". *Diabetes Educator* [Internett] 38 (4) s. 562-579. DOI: [10.1177/0145721712445216](https://doi.org/10.1177/0145721712445216) [11.04.2018].

## Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søke-nummer	Søkeord	Database	Dato	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Parents AND Child Hospitalized AND Diabetes Mellitus type 1	Cinahl Complete	10.12.17	2	0	0	0
2	Parents AND child AND Diabetes Mellitus type 1	Cinahl Complete	10.12.17	86	10	7	<p><b>Rankin, m.fl., 2014b. “Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes.”</b></p> <p><b>Rankin, m.fl., 2014a. “Parents information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.”</b></p>
3	Parents AND Hospitalized AND Diabetes mellitus type 1 OR Diabetes	Cinahl Complete	10.12.17	3	0	0	0
4	Diabetes mellitus type 1 AND Parents	Cinahl Complete	10.12.17	62	18	4	<p>Funnet tidligere: Rankin, m.fl., 2014b. “Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes.”</p>
5	Diabetes Mellitus type 1 AND parents AND child AND diagnosed	Cinahl Complete	10.12.17	33	5	3	<p>Funnet tidligere: Rankin, m.fl., 2014a. “Parents information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.”</p>

**Vedlegg 1: Søkehistorikk**

6	Parents AND experience AND Diabetes Mellitus type 1 AND Child	Cinahl Complete	27.03.18	28	4	2	<b>Kelo, m.fl., 2012. “Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness ang their parents.”</b>
7	Parents AND perceptions AND Diabetes Mellitus type 1 AND Child	Cinahl Complete	27.03.17	10	2	0	<b>Howe, m.fl., 2012. “Parental Expectations in the Care of Their Children and adolescents with diabetes.”</b>
8	Parents AND diabetes mellitus type 1 AND child AND experience or perceptions	Cinahl Complete	27.03.18	57	3	3	<b>Wennick og Hallström, 2016. “Swedish families’ Lived Experience When a Child is first Diagnosed as Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus.”</b> <u>Funnet tidligere:</u> Kelo, m.fl., 2012. “Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness ang their parents.”
1	Diabetes type 1 AND parents experience AND newly diagnosed	Pubmed	12.12.17	0	0	0	0
2	Parents experiences AND Diabetes mellitus type 1 AND newly diagnosed AND child	Pubmed	12.12.17	1	1	1	<b>Sparud-Lundin og Hallström, 2016. “Parents’ Experiences of Two different Approaches to Diabetes Care in Children Newly diagnosed With Type 1 Diabetes.”</b>
3	Parents AND Diabetes type 1 AND children AND perceptions	Pubmed	12.12.17	5	1	1	<b>Schmidt, m.fl., 2012. “In-hospital survival skills Training for type 1 diabetes: Perceptions of children and parents.”</b>

**Vedlegg 1: Søkehistorikk**

4	Parents AND Diabetes type 1 AND children AND experiences	Pubmed	12.12.18	6	3	2	<p><u>Funnet tidligere:</u> Rankin, m.fl., 2014b. "Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes." Sparud-Lundin og Hallström, 2016. "Parents' Experiences of Two different Approaches to Diabetes Care in Children Newly diagnosed With Type 1 Diabetes."</p>
1	Parents AND Newly diagnosed AND diabetes mellitus, type 1	Medline Ovid	12.12.17	21	4	2	<p><b>Jönsson, m.fl., 2012 «Logic of care» - Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes.</b></p> <p><u>Funnet tidligere:</u> Sparud-Lundin og Hallström, 2016. "Parents' Experiences of Two different Approaches to Diabetes Care in Children Newly diagnosed With Type 1 Diabetes."</p>
1	Parents AND Diabetes mellitus type 1 AND experiences	SweMed	27.03.18	3	0	0	0
2	Child AND Hospitalized AND parents AND Diabetes mellitus type 1	SweMed	27.03.18	1	1	0	0



## Vedlegg 2: Litteraturmatriser

### Litteraturmatrise 1: «Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes.»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Howe C.J, Ayala J., Dumser S., Buzby M. og Murphy K. (2010).</p> <p>«Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes.»</p> <p>Vol. 27(2) s. 119-126 DOI: 10.1016/j.pedn.2010.10.006.</p> <p>Journal of Pediatric Nursing.</p>	<p>Målet med studien var å undersøke hvilken pleie foreldre til barn med type 1 diabetes ønsket og behøvde av helsearbeidere i tiden de var på sykehuset. Studien undersøker også hvilke former for samarbeid mellom helsepersonell og foreldre angående barnets diabetes, som ble oppfattet som nyttige og ikke.</p>	<p>Parent provider relationships</p> <p>Type 1 diabetes</p> <p>Children</p> <p>Adolescence</p>	<p><b>Utvalg:</b> 63 foreldre til barn med type 1 diabetes.</p> <p><b>Data:</b> Det ble utført dybdeintervjuer og spørreundersøkelse. Kvalitativ og kvantitativ metode ble benyttet.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervju tatt opp på lydbånd ble transkribert ved hjelp av NVIVO. Deretter ble datamaterialet innholdsanalysert og satt sammen.</p>	<p>I studiet kommer det frem tre hovedpunkter av foreldrene mente sykepleierne gjorde som skapte gode relasjoner.</p> <p>Helsearbeiderens egenskaper og kvaliteter når det kom til samspill med foreldrene la dette grunnlaget for et godt eller dårlig forhold og hvordan samarbeidet foregikk. Sykepleiernes førsteinntrykk var viktig, her kommer det frem hvordan hun var som person og hennes væremåte samt det fikk foreldrene til å føle seg ivaretatte.</p> <p>Utøve klinisk sykepleie: Foreldrene ønsket at sykepleierne utøvede god klinisk sykepleie og tilbydde terapeutiske samtaler.</p> <p>Når sykepleierne engasjerte familien markerte dette en grad av godt samspill.</p>	<p>Studien gir oss gode funn på foreldrenes relasjoner til sykepleierne og annet helsepersonell på sykehuset og hva de ønsket av dem. Dette er gode erfaringer vi ønsker å inkludere i vår oppgave.</p>

## Vedlegg 2: Litteratormatriser

### Litteratormatrise 2: «Parents` information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K. D., og Lawton, J. (2014)</p> <p>«Parents` information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.»</p> <p>Vol. 19(3), s. 580-591. DOI: 10.1111/hex.12244</p> <p>The Authors health Expectations</p>	<p>Hensikten med dette studiet var å finne hvilken informasjon og behov foreldre har når de får et barn med diabetes type 1 slik at man senere kan gi dem bedre støtte og veiledning.</p>	<p>Parents`experie nce</p> <p>Pediatric diabetes</p> <p>Qualitative research</p> <p>Type 1 diabetes</p>	<p><b>Utvalg:</b> 54 foreldre av barn i alderen 2-12 år fra fire ulike klinikker i Skottland.</p> <p><b>Data:</b> Kvalitativ metode, det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer. Noen av intervjuene ble gjort parvis og andre med kun en av foreldrene. De ble gjort ansikt til ansikt som varte i ca 120 minutter.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene ble gjennomført av to erfarne forskere. programvaren NVivo ble brukt til å kode og hente data, Det ble også gjort en kryss-sammenlikning av intervjuene.</p>	<p>Studiet viser hvordan foreldre ønsker at forløpet fra diagnosen blir stilt til de reiser hjem skulle vært mer tilpasset på en slik måte at de får mer støtte og bekreftelse slik at de blir mer emosjonelt og psykisk forberedt før de kan klare å innhente seg informasjon om sykdommen. Behovet for mer emosjonell støtte fra helsepersonell blir også belyst. Det kommer frem at helsepersonell må legge opp en bedre rutine på hvordan man går frem hos foreldrene mtp. emosjonell støtte, informasjon og veiledning.</p>	<p>Studiet viser godt hvordan foreldre opplever hele prosessen fra innleggelse til utskrivelse, den belyser mye av hva som kan gjøres bedre av helsepersonell. Vi vil bruke denne artikkelen til å få frem hvordan foreldre opplever rutinene inne på sykehuset og hvordan dette kan forbedres.</p>

## Vedlegg 2: Litteratormatriser

### Litteratormatrise 3: ”Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes”

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Rankin, D., Jeni Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K. D., Stephen, J., Robertson, K.J, Bath, L., Linda Robertson, L., Lawton, J. (2014)</p> <p>”Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes”</p> <p>Vol.15(8) s. 591-598. Pediatric Diabetes, Jogn Wilez and Sons Ltd.</p> <p>DOI: 10.1111/pedi.12124</p>	<p>Studiet tar for seg foreldre og deres barn med Diabetes type 1.</p> <p>Hensikten er å se hvordan foreldrene opplevde tiden før diagnosetidspunkt, og hvordan foreldrene emosjonelt reagerte på at deres barn ble diagnostisert med en kronisk sykdom.</p>	<p>Diabetic ketoacidosis</p> <p>Diagnosis</p> <p>Parents</p> <p>Qualitative research</p> <p>Type 1 diabetes mellitus</p>	<p><b>Utvalg:</b> 54 foreldre til barn under 12 år, som har diagnosen Diabetes type 1. Studiet tok sted i Storbritannia.</p> <p><b>Data:</b> Individuelle intervjuer på ca. 120 minutter hver. Intervjuene ble tatt opp og transkribert.</p> <p><b>Analyse:</b> To av forfatterne hadde hver sin individuelle analyse. Hvert intervju ble lest før det ble kjørt gjennom programvaren NVIVO, som ble brukt for å legge til rette dataen.</p>	<p>Alle foreldre hadde en form for emosjonell reaksjon og kjente på følelsen av å være i krise.</p> <p>Mangel på kunnskap om diagnosen, gjorde det vanskelig for foreldrene å forstå. Dermed ble det vanskelig for dem å takle diagnosen.</p> <p>Flere foreldre kjente på skyldfølelse over at barnet var sykt. Foreldrene opplevde å være i sjokk.</p> <p>Studiet belyser behovet foreldrene har for emosjonell og psykisk støtte, når deres barn diagnostiseres med diabetes type 1.</p>	<p>Dette studiet tar for seg foreldres emosjonelle opplevelser av at deres barn får diagnosen Diabetes type 1. Dette er informasjon som er relevant for oss, da det kan sees i sammenheng med vår problemstilling. Selv om studiet også fremhever barnet opplevelse, er det noe vi har valgt å ekskludere da deres opplevelser ikke er relevante. Artikkelen tar og for seg tiden før diagnosetidspunkt, men vi har ekskludert disse funnene, da vi kun ønsker resultater fra diagnosetidspunkt og den første tiden etter.</p>

## Vedlegg 2: Litteraturmatriser

**Litteraturmatrise 4:** «Perceptions of patient education during hospital visit – described by schoolage children with a chronic illness and their parents.»

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>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.»</p> <p>Vol. 27(4) s. 894-904 DOI: 10.1111/scs.12001.</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences..</p>	<p>Hensikten med studiet var å se hvordan foreldre og deres barn med diabetes type 1 opplever opplæringen de får, den første tiden de er innlagt på sykehuset.</p>	<p>Children</p> <p>Chronic illness</p> <p>Parent Patient</p> <p>Education</p> <p>Qualitative study</p>	<p><b>Utvalg:</b> 12 finske barn (5-12 år) innlagt på sykehus med nyoppdaget kronisk sykdom, samt 19 foreldre.</p> <p><b>Data:</b> Det ble i dette studiet brukt en kvalitativ metode, og informasjonen ble hentet ut gjennom intervjuer.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervjuene ble tatt opp, transkribert og så analysert. Analysen bestod av å først fordele inn i barnets og foreldrenes opplevelse, før det ble satt sammen igjen til positive og negative hendelser.</p>	<p>Foreldrene kjente på sjokk da deres barn ble diagnostisert med en kronisk sykdom, og dette hadde stor innvirkning på om foreldrene klarte å ta til seg og forstå informasjon som ble gitt. Andre emosjonelle reaksjoner var sorg og frykt.</p> <p>Det var delte meninger om hvordan foreldrene opplevde informasjonene de fikk og hvordan behovet for opplæring var. Noen klarte ikke ta til seg informasjon, da sjokket ble for stort, andre fikk ikke nok informasjon og måtte søke etter det på egen hånd, mens andre mente de fikk tilstrekkelig med informasjon og opplæring.</p> <p>Foreldrene opplevde at de hadde en god relasjon til sykepleier og annet helsepersonell, og at dette hadde stor innvirkning på helhetsoppfatningen av sykehusoppholdet og opplæringen de fikk.</p>	<p>Opplæringen og all informasjonen foreldrene mottar mens deres barn er innlagt på sykehus er avgjørende for hvordan tiden fremover skal bli for barnet og dens familie. Denne artikkelen tar tydelig for seg hvordan foreldrene opplever denne avgjørende delen av sykehusoppholdet, noe som blir viktig for oss å se på når vi skal diskutere konsekvenser for sykepleien. Barnets opplevelse er også inkludert i dette studiet, men dette har vi valgt å ekskludere da dette ikke er relevant for vår oppgave.</p>

## Vedlegg 2: Litteratormatriser

**Litteratormatrise 5:** «Swedish families' lived experience when a child is first diagnosed as having insulindependent diabetes mellitus.»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Wennick, A. og Hallström, I. (2006). «Swedish families' lived experience when a child is first diagnosed as having insulindependent diabetes mellitus.»</p> <p>Vol. 12(4) s. 368-389. DOI:10.1177 /1074840706296724.</p> <p>Journal of Familiy</p>	<p>Hensikten med studien var å belyse familiens erfaringer når et barn i familien blir diagnostisert med diabetes.</p>	<p>Diabetes mellitus Type 1</p> <p>Family Nursing Pediatrics</p> <p>Lived experience</p>	<p><b>Utvalg:</b> 63 foreldre til barn med type 1 diabetes.</p> <p><b>Data:</b> Dybdeintervjuer og spørreundersøkelse. Kvalitativ og kvantitativ metode ble benyttet.</p> <p><b>Analyse:</b> Intervju tatt opp på lydbånd ble transkribert ved hjelp av NVivo. Deretter ble datamaterialet innholdsanalysert og satt sammen.</p>	<p>Det at de ble gradvis mer involvert i å ha ansvar, gjorde at de følte seg trygge. Foreldrene hadde problemer med å akseptere situasjonen. Flere av foreldrene fikk hukommelsestap og de hadde problemer med å forstå sykdommen barnet deres hadde blitt diagnostisert med.</p> <p>Foreldrene kjente på sorg pga. frykten for sykdomsrelaterte komplikasjoner og dødsfall. De kjente på frykt for at ting aldri kom til å bli det samme igjen. Noe flere av foreldrene kjente på var skyldfølelsen over at de ikke hadde oppdaget symptomene tidligere.</p> <p>Foreldrene følte seg tryggere på situasjonen når de så effekten av insulinet som ble gitt til barnet. Foreldrene følte at de hadde stor nytte av å bli oppfordret til å ta store deler av ansvaret for barnet selv, på alle områder.</p> <p>Foreldrene opplevde at de hadde et tett samarbeid med helsepersonellet på sykehuset. de følte seg trygge på sykehusavdelingen og at de kunne stole på pleierne.</p>	<p>Ekskludert intervjuer fra etter hjemkomst og av barn og søsken da dette ikke er relevant for oppgaven. Trekker frem funn fra intervju av foreldrene som omhandler diagnostidspunktet og sykehusoppholdet.</p> <p>Artikkelen gir innblikk i foreldrenes følelser, tanker og reaksjoner, og er dermed relevant for oppgaven.</p>

## Vedlegg 2: Litteraturmatriser

### Litteraturmatrise 6: «In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions Of Children And Parents.»

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Schmidt, C.A., Bernaix, L, W., Chiappetta, M., Carroll, E., Beland, A. (2012)</p> <p>«In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions Of Children And Parents.»</p> <p>Vol. 37(2) s. 88-94. DOI: 10.1097/ NMC.0b013e318244febc</p> <p>American Journal of Maternal/ Child Nursing.</p>	<p>Hensikten med dette studiet var å få kunnskap om foreldre og barns oppfatning av sykehusinnleggelsen, når barnet får diagnosen diabetes type 1.</p> <p>I tillegg var det et mål å se hvilken form for opplæring og støtte sykepleierne bidro med.</p>	<p>Children</p> <p>Diabetes education</p> <p>Parents</p> <p>Type 1 diabetes</p> <p>Self-care skills.</p>	<p><b>Utvalg:</b> 25 foreldre til barn mellom 8 – 15 år.</p> <p><b>Data:</b> Det er brukt en kvalitativ metode, som en semi strukturell spørreundersøkelse. Foreldrene svarte på konkrete spørsmål om deres barn, og etterpå åpne spørsmål angående personlig erfaring om innleggelsen.</p> <p><b>Analyse:</b> Svarene ble samlet av sykepleier, og fordelt inn i fire kategorier, før et dataprogram ble brukt for å analysere funnene.</p>	<p>Foreldrene ga uttrykk for sjokk, frykt og tristhet. Foreldrene beskriver i studiet god støtte fra sykepleiere. De følte at opplæringen var god, og at de fikk svar på spørsmål de lurte på.</p> <p>Foreldrene synes det var positivt når sykepleier forklarte dem selv og barnet at hverken barnet eller foreldrene var skyld i sykdommen.</p> <p>Noen opplevde at sykepleier ga positive utsagn angående fremtiden. De fikk en følelse av at ting skulle gå bra.</p> <p>Foreldrene opplevde kaloritelling som spesielt utfordrende, og de følte de ikke fikk nok utfordring på dette området, da maten var laget på forhånd.</p>	<p>Det er et tydelig skille mellom foreldrenes opplevelse og barnets. Dette gjør det enkelt for oss å skille opplevelsene fra hverandre, da det kun er foreldrenes opplevelse som er aktuelt for oss. Artikkelen tar også for seg sykepleiers rolle, og tiltak sykepleier kan gjøre for foreldrene. Dette vil være aktuelt for oss når vi skal diskutere konsekvenser for sykepleier.</p>

## Vedlegg 2: Litteraturmatriser

### Litteraturmatrise 7: «Parents`experience og two different approaches to diabetes care in Children newly diagnosed with Type 1 Diabetes.»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Sparud-Lundin, C., Hallström, I. (2015)</p> <p>«Parents`experience og two different approaches to diabetes care in Children newly diagnosed with Type 1 Diabetes.»</p> <p>Vol. 26(10), s. 1331-1340. DOI: 10.1177/1049732315575317</p> <p>Qualitative health Research.</p>	<p>Hensikten med dette studiet er å finne ut hvordan foreldre opplever helsehjelp for barn med nylig diagnostisert diabetes type 1 på to forskjellige arenaer, den ene ved et sykehus og den andre i hjemmebasert omsorg.</p>	<p>Type 1 diabetes</p> <p>Children</p> <p>Diabetes care</p> <p>Family-centered care</p> <p>Interviews</p> <p>Grounded theory</p>	<p><b>Utvalg:</b> 36 foreldre til 23 barn på en alder mellom 3-16 år med nylig diagnostisert diabetes som er plukket ut tilfeldig av de som passer med kriteriene for studiet.</p> <p><b>Data:</b> Intervjuene ble gjort 8-10 mnd. Etter stilt diagnose og gjort hjemme eller på sykehuset. Intervjuene ble startet med noen åpne spørsmål og varte i 20-65 minutter. Det ble tatt lydopptak og de ble transkribert ordrett.</p> <p><b>Analyse:</b> Koding gjennom programvaren NVivo 8.0 og nøye lesning av intervjuene gjorde det mulig å gjennomføre en sammenlikning for å fastslå likheter, forskjeller og mønstre.</p>	<p>Foreldrene på sykehuset følte de var i trygge hender og var omringet av folk med mye kunnskap. Læringen de gjennomgikk var verdifull, likevel opplevde de at informasjonen kunne være overveldende. Opplevelsen av dette var individuell, men noen av foreldrene følte seg utmattet og slitne etter all informasjonen mens andre ønsket mer. De så på den gradvise opplæringen og undervisningen som positiv.</p> <p>Det blir beskrevet av foreldrene at avdelingen på sykehuset var lite tilpasset til familiene og barnet diabetes mtp. måltidene, blodsuktermåling og insulininjeksjonene.</p>	<p>Vi inkluderer kun de foreldrene som befant seg på sykehuset under denne studien.</p> <p>Studiet viser godt hvordan forholdene på sykehuset er tilpasset for foreldrene og vil bruke dette i vår oppgave.</p>

## Vedlegg 2: Litteraturmatriser

### Litteraturmatrise 8: «The Logic of Care» – Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (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>Vol. 12(165) s. 1-11.</p> <p>BMC Pediatrics.</p>	<p>Målet denne studien var å beskrive foreldrenes oppfatninger av den pedagogiske prosessen når barnet deres er nylig diagnostisert med diabetes type 1.</p>	<p>Diabetes education</p> <p>Children</p> <p>Parents</p> <p>Qualitative research</p> <p>Type 1 diabetes.</p>	<p>Kvalitativ metode, 18 foreldre til barn mellom 3 og 16 år ble intervjuet.</p>	<p>Foreldrene i dette studiet følte at helsepersonellene fremsto som kunnskapsrike og erfarne. Det kom også frem at foreldrene følte helsepersonell forpliktet seg til pasientene og at de skapte en god relasjon gjennom tillit slik at de følte barnet var i gode hender. Dette gjorde det mulig for foreldrene å snakke åpent med helsepersonell om sine problemer og spørsmål. Likevel var foreldre mindre fornøyde med strukturen på undervisningen mtp. Hva som skulle læres dag for dag og at de var mer passive/observerende deltakere enn aktive i opplæringen. Det emosjonelle ble også påpekt, foreldre følte helsepersonell ikke var nok oppmerksom på deres emosjonelle reaksjon på barnets diagnostisering.</p>	<p>Dette studiet belyser både det positive og negative gjennom den første prosessen etter barnet blir diagnostisert, vi vil bruke artikkelen til å få frem begge sider i vår oppgave. Vi vil legge vekt på å skape relasjoner til familiene gjennom tillit og samtidig se på hvordan de emosjonelle reaksjonene kan bli tatt bedre vare på. Vi vil også ta for oss hvordan undervisningen blir gjennomført ifølge studiet og se på hvordan det kan bedres.</p>



### Vedlegg 3

**Tabell 3:** Nøkkelfunn, undertema og hovedtema

Nøkkelfunn	Undertema	Hovedtema
Sorg Sjokk Trygghet Frykt Skyldfølelse Tristhet Angst Frustrasjon Maktesløshet	- Foreldrene opplevde sjokk, sorg og frykt - Foreldrenes opplevelse av trygghet - Foreldrene opplevde skyldfølelse	Foreldrenes emosjonelle reaksjoner
Forståelse av sykdom Evne til å ta til seg informasjon Behov for mer informasjon Forberedelse til utskriving Prosedyrer Struktur	- Foreldrenes opplevelse av informasjonen som ble gitt - Foreldrenes opplevelse av strukturen på undervisningen - Faktorer som påvirket foreldrenes innhenting av informasjon og undervisning	Informasjon og undervisning
Omsorg Samarbeid Å bli sett Støtte Respekt Kommunikasjon Motivasjon Atmosfære Tillit Trygghet	- Foreldrenes opplevelse av å bli sett - Foreldrenes opplevde samarbeidet med helsepersonellet som variabelt - Foreldrenes opplevelse av sykehusavdelingen	Foreldrenes relasjon til helsepersonell