

Kandidatnummer: 10020

Kandidatnummer: 10084

Hvordan oppleves det å være foreldre til et barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?

Antall ord: 8716

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Kjelsvik, Marianne

Mai 2021

Kandidatnummer: 10020

Kandidatnummer: 10084

Hvordan oppleves det å være foreldre til et barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?

Antall ord: 8716

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Kjelsvik, Marianne

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan foreldrene opplever det å ha et nydiagnostisert barn med diabetes mellitus type 1.

Metode: Litteraturstudien er basert på selvvalgt litteratur, pensumlitteratur og forskningsartikler. I det systematiske litteratursøket er det brukt databaser innenfor helsefag og medisin. Det ble inkludert åtte kvalitative forskningsartikler som kan besvare problemstillingen.

Resultat: Resultatene fra ulike forskningsartiklene viser at foreldrene opplever et stort behov for familietilpasset informasjon og dialog. De opplever en psykisk belastning ved diagnosetidspunktet og ved hjemreise. Noen av foreldrene beskriver at det føles altoppslukende, uforutsigbart og uvirkelig. Foreldrene opplever et stort behov for støtte, tilnærming og empati fra sykepleier og tilgjengelighet ved diagnosetidspunkt og den første tiden etter hjemkomst.

Konklusjon: Foreldre som får tilpasset informasjon, støtte og anerkjennelse i diagnosetidspunktet og ved hjemreise opplever en trygghet og kan mestre den nye hverdagen bedre. Familiefokusert omsorg er ønskelig, der det vises gjensidig respekt, aktiv lytting og respekt til pasienten og pårørende. De ulike psykiske belastningene som foreldrene kan oppleve når barnet får diagnosen diabetes mellitus type 1, kan betraktes som normale reaksjoner i en krise.

Nøkkelord:

Nydiagnostisert, Diabetes mellitus type 1, Foreldreperspektiv, Foreldrenes erfaringer.

Abstract

Purpose: The purpose of this task is to find out how parents experience the situation when their child has been newly diagnosed with type 1 diabetes mellitus.

Method: This literature review is based on self-selected and syllabus literature plus research articles. Health sciences and medical databases have been used in the systematic literature search. Eight qualitative research articles that can address this problem are also included.

Results: The results from these various research articles show that parents have a great need for family-adapted information and dialogue. They experience a mental strain at the time of the diagnosis and while on the way home afterwards and some of the parents describe it as overwhelming, unpredictable, and surreal. The parents require a lot of support, understanding and empathy from the nurses, which must be available right from the time of diagnosis and straight after returning home.

Conclusion: Parents who receive adapted information, support, and recognition at the time of diagnosis and after returning home experience a much better sense of security and are able to master their new everyday life better. Family-focused care is desirable where mutual respect, active listening and consideration for the patient and relatives are provided. The various psychological strains that parents can experience when their child is diagnosed with type 1 diabetes mellitus can be considered as normal reactions in a crisis.

Key words: Newly diagnosed, Type 1 diabetes, Parents' perceptions, Parents' experiences.

Forord

Nobody saw you.
At 3 am, headlamp on,
sneaking into her room
Every. Single. Night.
Praying she doesn't wake
as you bleed her finger for
the 10th time today
68. Shit.
Too low for 3 a.m.
Get the juice box

Nobody saw you
Holding your screaming
child down to give them
their 5th shot of the day, or
change their pump site for
the 3rd time this week
"She needs this to survive,"
you repeat to yourself
"Will she be able to handle
this life?"
"Will I?"

Nobody saw you cry
Because you always had to
be so strong
You can't let her see your
broken heart
You must keep going
She has to be so brave,
you must set the example
Soldier on

Nobody saw you
desperately shoving sugar
in your shaking and
confused child
"One more sip, baby"
"One more gummy bear for
mommy, please"
Staring a hole through the
Dexcom

Waiting for the arrows to
stop going down
Waiting for the alarm to
shut up

Nobody saw you
Trying to count how many
carbs she ate
Tiny teeth marks on an
apple – is that 5 carbs
worth or 8?
Did she eat three french
fries, or was it six?
Not enough insulin, she
goes high and there's long-
term
damage to her little organs
Too much insulin and we're
looking at an immediate
and dangerous issue

Nobody saw you on the
phone
With your insurance
company
With your diabetes supply
company
With Dexcom support
With pump customer
support
Your endocrinologist
Your nurse
10 phone calls this week
when you were supposed to
be working
Or napping
Or eating

Nobody saw you, nobody
listened when you tried to
educate them
To tell them about a
condition so complex that

they can never truly
understand unless they live
with it
It's an autoimmune disease
No, it can't be prevented
No, there is no cure
Yes, she can eat that

Nobody saw you
So scared to sleep through
an alarm
Terrified they might not
wake up in the morning
Waking up to feel like you
can't do this crazy dance
another day
But you rise to take on
another 24 hours
– for them
Check the blood sugar,
treat the high, count the
carbs, treat the low
Nobody saw any of that
They simply saw you at the
park, the museum, grocery
shopping

I see you, brave ones
I see your grit and your
daily grind
I see your fears for the
future
I see your fierce love and
determination for your child
I see you raising a warrior,
and in the process
becoming one yourself

*By Stephanie Prince
Alexander, Originally found
on Type 1 Toddler*

Vi ønsker å takke vår veileder Marianne Kjelsvik for god støtte og veiledning under arbeidet med bacheloroppgaven. Vi ønsker også å takke våres nærmeste familie for all støtte gjennom skrivearbeidet.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3	Avgrensning og presisering	12
1.4	Oppgavens videre oppbygging	12
2	Teori.....	13
2.1	Diabetes mellitus type 1	13
2.2	Lovverk.....	13
2.3	Johan Cullbergs kriseteori.....	14
2.4	Angst og depresjon.....	15
2.5	Normale reaksjoner hos foreldre til et sykt barn	15
2.5.1	Omsorg til foreldre – familiefokusert omsorg	15
2.5.2	Omsorgsetikk – Kari Martinsen	16
2.6	Tveitens veiledningsmodell	16
3	Metode	17
3.1	Datainnsamling	17
3.1.1	Søkestrategi	17
3.1.2	Inklusjons og eksklusjonskriterier	18
3.2	Kvalitetsvurdering	18
3.3	Etisk vurdering.....	18
3.4	Analyse.....	19
4	Resultat	21
4.1	Behov for familietilpasset informasjon og dialog	21
4.2	Følelser av uvirkelighet og et ukjent barn – sjokk og krise.....	22
4.3	Behov for støtte av helsepersonell rundt diagnosetidspunkt og hjemreise	23
5	Diskusjon	25
5.1	Metodediskusjon	25
5.2	Resultatdiskusjon	26
5.2.1	Behov for familietilpasset informasjon og dialog.....	26
5.2.2	Følelser av uvirkelighet og et ukjent barn – sjokk og krise.....	28
5.2.3	Foreldrenes behov for støtte av helsepersonell rundt diagnosetidspunktet og hjemreise.....	30
6	Konklusjon	32
6.1	Forslag til videre forskning.....	32
	Referanser	33

Vedlegg 1. Sjekkliste fra Nasjonalt Kunnskapscenter	36
Vedlegg 2. Søkehistorikk	39
Vedlegg 3. Oversikt over nøkkelfunn	42
Vedlegg 4. Litteraturmatriser	43

1 Innledning

Under dette punktet presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikten og problemstillingen. Videre defineres oppgavens avgrensning og presisering. Avslutningsvis vil oppgavens oppbygging bli beskrevet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for bacheloroppgaven er hvordan det oppleves å være foreldre til et barn med nydiagnostisert diabetes mellitus type 1. I 2019 ble det registrert 426 barn og unge fra 0-18 år som fikk diabetes i Norge (Skrivarhaug, Kummernes, Osman, 2020. 3).

Dette temaet ble valgt fordi en av oss hadde praksis i barneavdelingen og synes det er et spennende og viktig tema som vi ønsket å få mer kunnskap om.

Det har ikke alltid vært en selvfølge at foreldrene får være sammen med barna på sykehus. I perioden 1877-1940 ble foreldre sjeldent nevnt i norske lærebøker i sykepleien om barn innlagt på sykehus (Sundal et al., 2016, s. 23). På 1970-tallet var det et klart overgangstiår, men det er ikke før på 1980-tallet det var blitt litt mer vanlig at foreldrene fikk være hos barna sine. Først i 1990-2000 ble det en selvfølge at foreldrene skulle være hos barna sine på sykehus (Hærnes, 2018).

I dag reguleres foreldre og barns rettigheter i forskrifter når det gjelder foreldre og barns rettigheter på sykehus. I følge §6 har barn rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under institusjonsopphold i den grad det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2. Ved alvorlig/livstruende sykdom skal begge foreldrene få være hos barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å beskrive foreldrenes opplevelse og erfaring hos barn med nyoppdaget diabetes type 1. Ved økt bevissthet rundt foreldrenes opplevelse, blir helsepersonell mer bevisst på hvilke behov foreldrene har når barnet deres får diabetes type 1.

HVORDAN OPPLEVES DET Å VÆRE FORELDRE TIL ET BARN MED NYOPPDAGET DIABETES MELLITUS TYPE 1?

1.3 Avgrensning og presisering

I oppgaven blir fokuset rettet mot foreldreperspektivet og foreldrenes opplevelser og erfaringer når barnet deres blir diagnostisert med diabetes type 1. Med erfaring mener vi deres personlige opplevelser og oppfatninger av situasjonen.

1.4 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven er oppbygd med seks kapitler. Kapittel to er oppgavens teoridel med relevans for problemstillingen. I kapittel tre beskrives metoden for oppgaven samt analysen av artiklene. I det fjerde kapitlet presenteres resultatene fra forskningsartiklene. Det femte kapitlet tar for seg metodediskusjonen, deretter resultatdiskusjon hvor de sentrale funnene blir drøftet i lys av oppgavens problemstilling og teoribakgrunn. Det belyses også konsekvenser for sykepleien. I kapittel seks blir det en konklusjon med forslag for videre forskning.

2 Teori

I dette kapittelet presenteres diabetes mellitus type 1, relevant lovverk, Johan Cullbergs kriseteori, angst og depresjon, normale reaksjoner hos foreldre til et sykt barn, omsorg til foreldrene - familiefokusert omsorg, omsorgsetikk og Tveitens veiledningsmodell.

2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en autoimmun sykdom der kroppens eget immunsystem forårsaker sykdommen ved å angripe kroppens egne insulinproduserende betaceller i pancreas (Jenssen, 2017, s.389). I Norge er forekomsten av diabetes relativt høy (Grønseth & Markestad, 2019, s. 321). Hvert år får ca 300 barn i Norge type 1 diabetes. 1 av 20 nordmenn har kjent diabetesdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2017).

Diabetes type 1 betraktes som en alvorlig, livslang sykdom som uten behandling er livstruende. Sykdommen kan hos mange gi senkomplikasjoner i tidlig voksen alder, som tap av syn, nyresvikt, hjerteinfarkt, hjertesvikt, slag, amputasjoner og tidlig død (Helsedirektoratet, 2020).

Diabetes hos barn er omtrent alltid insulinkrevende diabetes type 1. Årsaksforhold til at et barn utvikler diabetes er sannsynligvis et samspill mellom genetisk disposisjon og miljøfaktorer. Utviklingen av symptomene er ofte at barnet oppleves tørst og har rikelig med urin. Barnet kan ha vekttnap. Hvis symptomene ikke oppdages i tidlig stadie, vil barnet etter dager eller uker utvikle komplikasjonen diabetisk ketoacidose som kjennetegnes ved slapphet, brekninger og abdominalsmerter. Det utvikler seg til dehydrering og barnet kan få syreforgiftning, en såkalt acidose (Grønseth & Markestad, 2019, s.320,321).

Ved nyoppdaget diabetes hos barn kan det oppstå alvorlige akutte komplikasjoner som hypoglykemi og hyperglykemi. Begge gir bevissthetsforandringer, men debuten og symptomene er forskjellige. Hypoglykemi viser seg ved følingssymptomer som oppstår plutselig med blekhet, kaldsvetting, sultfølelse, hodepine og irritabilitet. Ved alvorlig hypoglykemi kan barnet bli bevisstløst og få kramper. Ved hyperglykemi kan det gradvis utvikles til diabetisk ketoacidose og diabeteskoma. (Grønseth & Markestad, 2019, s.323)

2.2 Lovverk

Lovverket tar for seg de formelle rammene innenfor informasjon og plikt hos helsepersonell og rettighetene til pasienten eller brukeren. I følge Helsepersonelloven (1999) § 10 har helsepersonell informasjonsplikt.

Helsepersonell er pålagt å gi fortløpende informasjon om sykdommen til foreldre og barn. Helsepersonell skal gi informasjonen på en hensynsfull måte og tilpasse informasjon til mottakerens forutsetninger som modenhet, alder, tidligere erfaringer. Det er viktig at den gitte informasjonen er forstått (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §3-5). Personalet er pliktig til å avklare med foreldrene hvilke oppgaver de ønsker å ha. Foreldrene har rett på å få avlastning på sykehuset ved behov, og de skal ha eget oppholdsrom. Helseinstitusjonen skal tilby foreldrene kontakt med sosionom, psykolog og/eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6.).

I §15 er det beskrevet at helseinstitusjonen skal i god tid før utskrivning, etablere kontakt med det kommunale hjelpeapparat i samråd med foreldrene, dersom barnet har behov for oppfølging etter utskrivning. Helseinstitusjonen skal orientere foreldrene om aktuelle interesseorganisasjoner (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

2.3 Johan Cullbergs kriseteori

En krise kan oppstå når en befinner seg i en situasjon som kan være vanskelig å beherske. Det kan oppleves et skille mellom det som var før- og etter hendelsen (Hummelvoll, 2018, s. 503). Cullberg deler krisebegrepet inn i fire faser. Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen (Eide, 2017, s.78).

Sjokkfasen kan vare fra timer til dager. Her kan en oppleve økt spenning relatert til en konkret stressor. Det kan skape angst og stimulere pårørende/pasientens vanlige mestringsmåter. Benektelse, uvirkelighetsfølelse, apati, vansker med å ta inn og bearbeide informasjon, endret tidsopplevelse og kroppslig stressreaksjoner er normalt i denne fasen (Hummelvoll, 2018, s.509).

Reaksjonsfasen kan vare fra uker til flere måneder og vil virke mindre kaotisk. Denne fasen kan kjennetegnes med reaksjoner som søvnforstyrrelse, dårlig matlyst, frykt og sinne, angst og depressiv fortvilelse og gjenopplevelse av tidligere kriser. Økt opplevelse av angst kan forekomme. Videre vil det gradvis starte en bearbeiding av det som har skjedd (Hummelvoll, 2018, s.509).

Bearbeidingsfasen kan vare opp til ett år. Her vil en begynne å forsones seg med det som har skjedd, og de sterke følelsene kan begynne å avta. Forsvarsmekanismen er ikke like fremtredende og en kan oppleve bedre kontroll på situasjonen (Hummelvoll, 2018, s.509).

I nyorienteringsfasen vil en begynne å tilpasse seg og orientere seg på nytt. Følelsene og reaksjonene/opplevelsen vil nå være neddempet og under kontroll. Personen kan klare å finne overskudd til å fungere med hverdagslige oppgaver, og gjenoppta de interesser som tidligere var til stede hos personen (Hummelvoll, 2018, s.509).

2.4 Angst og depresjon

Angst kan beskrives som en følelsesmessig opplevelse som gjenkjennes med bekymring og uro, eller en følelse av at noe er truende. Det kan oppleves tap av kontroll og vanskeligheter med å mestre situasjonen. Angst kan komme i ulike grader som kan variere fra mild, moderat, alvorlig og til panikk (Hummelvoll, 2018, s. 154-155).

Ved depresjon kan en oppleve å miste troen på seg selv og andre, troen på livet og en høyere makt. Tankene kan være fylt med fortvilelse og en kan oppleves som langsam, matt og kraftløs. Depresjon kan føre til nedsatt fysisk og psykisk energi til å klare å utføre dagliglivets gjøremål. Det kan føre til nedsatt appetitt, forstoppelse, søvnforstyrrelse, smerter og ubehag, menstruasjonsforstyrrelser, nedsatt potens og seksuell lyst er noen av de plagene som kan komme ved depresjon (Hummelvoll, 2018, s. 198-199).

2.5 Normale reaksjoner hos foreldre til et sykt barn

Stress, engstelse og usikkerhet hos foreldrene er normale reaksjoner når barnet blir sykt, det kan påvirke foreldrenes fysiske og psykiske helse i negativ retning. Stressnivået kan ha ulik grad hos foreldrene, avhengig av barnets sykdom, behandling, antall sykehusinnleggelse, økte omsorgskrav, trygghetsfølelsen hos foreldrene og hvordan de i sin helhet blir møtt og ivaretatt på sykehuset. Høyt stressnivå hos foreldrene kan føre til foreldrene ikke ser barnets behov på samme måte som før (Grønseth & Markestad, 2019, s. 87). Foreldrene kan oppleve et økt behov for å bli sett og støttet i en vanskelig situasjon, de vil ha behov for bekreftelse og anerkjennelse at barnets sykdom har stor innvirkning på livene deres (Grønseth & Markestad, 2019, s.89).

2.5.1 Omsorg til foreldre – familiefokusert omsorg

Helsepersonell har blitt mer oppmerksom på hvilken betydning det har å trekke pårørende og pasientens familie inn i helsehjelpen, spesielt ved kritisk sykdom. I sykepleien i dag viser det at pårørende har en viktig betydning for pasientens behandlingsresultat. Pårørende kan samtidig oppleve en stor belastning når en av deres nærmeste blir akutt og/eller kritisk syk (Stubberud, 2019, s. 184-185).

Under sykehusoppholdet vil de foreldrene som føler på trygghet, lettere kunne videreformidle trygghet til barnet. Ved tilgjengelighet til helsepersonell, følelsesmessig støtte, god kommunikasjon vil foreldrene oppleve kontroll på situasjonen, som igjen fører til en trygghetsfølelse. (Grønseth & Markestad, 2019, s. 87-88).

Begrepet familiefokusert omsorg betraktes som en filosofi, et helhetlig perspektiv som er til hjelp for familier i deres omsorgsrolle (Moradian, 2018, s. 84). I familiesentrert omsorg er målet at helsepersonell fokuserer på godt samarbeid med familien (Grønseth & Markestad, 2019, s. 87-88). Familien er et viktig aspekt ved psykiske og fysiske helse. Viktige prinsipper i familiefokusert omsorg er gjensidig respekt, samarbeid, å dele

informasjon, deltakelse og støtte. *Gjensidig respekt*; sykepleier lytter til og respekterer pasientens og pårørendes tanker og valg. Kunnskapen, troen, overbevisningen og den kulturelle bakgrunnen tar med i planlegging og utøvelsen av sykepleien. *Samarbeid*; Pasienten, pårørende, sykepleier og avdelingsleder samarbeider. *Å dele informasjon*; Informasjonen fra sykepleier skal deles på en hensiktsmessig måte. Pårørende får regelmessig, fullstendig og riktig informasjon for å kunne ha mulighet til å delta i sykepleien. *Deltakelse*; Det bør oppfordres og støttes til at pårørende får delta i beslutninger og sykepleien. *Støtte*; Pårørende har også behov støtte (Stubberud, 2019 s.186).

2.5.2 Omsorgsetikk – Kari Martinsen

Martinsens kaller myk materialisme det å la den andre få komme til sin rett. Det at sykepleier hører, ser, forstår og tar i mot den andres inntrykk. Det er en balanse mellom ettergivenhet og paternalisme slik at omsorgshandlingen blir moralsk forsvarlig (Gjengedal, 2000, s. 52). Enhver avhengighet har et maktforhold. Moral har en vesentlig rolle for hvordan makt forvaltes. Solidariteten skal sikre at måten makt blir brukt er moralsk preget (Gjengedal, 2000, s. 47-48).

2.6 Tveitens veiledningsmodell

Tveitens veiledningsmodell tar for seg pedagogisk, faglig veiledning og kommunikativ prosess. Hensikten med veiledningsmodellen er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner (Christensen, 2013 s.14). I planleggingsfasen og bli kjent fasen har det stor betydning at veileder har planlagt rom, tid og omstendigheter for samtalen. I tillegg til gode kommunikasjonsferdigheter bør en veileder ha kunnskap om fagfeltet som skal veiledes i. Et viktig aspekt er å avklare mål, innhold og forventninger til hverandre. Det bør skapes et klima i gruppen som muliggjør vekst og utvikling. I arbeidsfasen bør veisøker føle seg komfortabel med å avsløre enten personlig eller faglig usikkerhet når veileder presenterer sin forståelse av situasjonen. Dialogen bør være kunnskapsbasert fra sykepleiers side. Det er viktig at pårørende får pusterom og tid til å la informasjonen synke inn. Avslutningsfasen skal avrundes på en slik måte at veisøker føler seg ivaretatt. I evalueringsfasen skal det reflekteres rundt veiledningsprosessen (Tveiten, 2018).

3 Metode

I metodedelen beskrives fremgangsmåten hvor det tas stilling til datainnsamling, søkestrategi, utvalgsmetode og analysemetode. Det tas også stilling til kvaliteten og den etiske vurderingen av forskningen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 55).

3.1 Datainnsamling

Vi har gjort systematiske søk for å finne relevante forskningsartikler til oppgaven. For å skrive en god oppgave trenger vi tilstrekkelig antall av relevante studier. Oppgaven skal løses med en systematisk litteraturstudie som tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling. Problemstillingen skal besvares ved å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26-27). I tillegg til forskningsartikler har vi også benyttet oss av relevant sykepleiefaglig pensumlitteratur, samt egenvolgt litteratur som vi har funnet aktuelt for oppgaven om foreldre til barn med nyoppstått diabetes type 1.

3.1.1 Søkestrategi

PICO er en strukturerende metode for å sette sammen søkeord som brukes til å finne forskningsartikler ut i fra problemstillingen. (Forsberg & Wengström, 2015, s.60). Forkortningen står for følgende: "P" står for problem, og i vår problemstilling er det å finne ut av hvordan det oppleves å være foreldre til et barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1. "I" står for intervention. Vi er interessert i å finne ut av hvilke erfaringer og opplevelse disse foreldrene har i denne perioden med et barn som har fått diagnosen diabetes mellitus type 1. "C" står for Comparison, den er ikke relevant for oppgaven siden det ikke skal sammenlignes noe. "O" står for Outcome. Vi ønsker å forholde oss til foreldrenes erfaringer (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 1. PIO-skjema

Population/problem	Intervention	Outcome
Children 0-18 years Parents Child hospitalized Diabetes mellitus type 1	Newly diagnosed Qualitative research	Experiences or perceptions Family-centered care

3.1.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier: Foreldreperspektiv, opplevelse og erfaring, familiesentrert sykepleie, barn innlagt på sykehus, nydiagnostisert diabetes mellitus type 1, barnets alder (0-18 år), kvalitative artikler, nyere forskning fra 2014, IMRAD-struktur, Europa, peer reviewed artikler og fulltekst.

Vi har valgt aldersgruppen 0-18 år fordi Norge har høy forekomst av diabetes hos barn. Diabetes debuterer sjeldent det første leveåret, men øker forekomsten jevnt, med en topp i pubertetsårene (Grønseth & Markestad, 2019, s. 321). Under §3 i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon beskrives og menes barn som personer under 18 år. Med foreldre menes i denne forskrift også fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldres sted (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

Eksklusjonskriterier: Artikler som omhandlet spesifikt barnas opplevelse av diagnosen, informasjon om søsken eller andre nære familiemedlemmer ble ekskludert, med mindre de i tillegg inneholdt beskrivelser av foreldrenes opplevelse. I de artiklene hvor det står om begge delene, går vi systematisk gjennom i analysen for ekskluderer den informasjon som vil være irrelevant for oss.

Vi begrenser søkene til kvalitative artikler, da disse dekker erfaring, oppfatning og opplevelser. Artiklene bør ikke være eldre enn 2014, da klinisk forskning forandres raskt og forskningsresultat kan bli for gammelt i forhold til hva som er relevant i dag (Forsberg & Wengström, 2015, s. 104).

3.2 Kvalitetsvurdering

I arbeidet med å velge ut artikler er det viktig å tenke på studiens formål, problemstilling, design, utvalg, analyse og tolkning. Det er også viktig å vurdere studiens interne og eksterne validitet, dette for å kunne gjøre et godt systematisk arbeid (Forsberg og Wengström, 2015, s. 107). Forskningsartiklene har blitt kvalitetsjekket i registeret for vitenskapelige publiseringskanaler, NSD (2019). Artiklene måtte være nivå 1 eller 2 for å være av god kvalitet, og fagfellevurdert. Alle de inkluderte artiklene oppfyller disse kravene. Vi har også brukt sjekklisten for kvalitative studier fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2016). De spørsmålene vi var mest opptatt av var den etiske vurderingen og om de hadde samlet data systematisk, om det var pålitelig og at hovedfunnene var tydelige beskrevet.

Se vedlegg 1.

3.3 Etisk vurdering

Etisk vurdering i systematisk litteraturstudier bør tas når det gjelder valg og presentasjon av resultater. Resultatene bør presentere alle resultater, ikke bare de som støtter forskerens egen mening. Datamaterialet skal være arkivert på en sikker måte i 10 år og

være etisk vurdert (Forsberg & Wengström, 2015, s 59). Deltakerne i studien er en sårbar gruppe og det ses på som viktig at de er avidentifisert i artiklene vi har valgt ut, de har også utgitt sitt samtykke å være med i forskningsprosessen. De har også hatt mulighet til å trekke seg når som helst. Studiene vi har inkludert oppfyller den etiske standard.

3.4 Analyse

I bacheloroppgaven er det brukt analysemetoden til Evans (2002) for å systematisk søke etter, kvalitetsvurdere og analysere de inkluderte forskningsartiklene. Evans deler analyseprosessen inn i fire faser.

1. Finne forskningsartikler
2. Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie
3. Finne tema på tvers av artiklene
4. Utvikle en beskrivelse av temaene

Trinn 1 - Samle studier

I følge Evans (2002) består den første fasen av å komme frem til hvilke artikler som kan inkluderes ut fra artiklenes kriterier, finne aktuelle artikler og identifisere de artiklene som viser seg å være aktuelle for oppgaven. For å belyse problemstillingen gjorde vi systematisk søk i de internasjonale databasene Cinahl Complete og GoogleScholar. PIO-skjemaet ble brukt for å holde oversikt over relevante søkeord. For å holde oversikt over søkelogg loggførte vi søkene, se vedlegg 3.

Etter flere søk og leste abstracter måtte vi vurdere og lese artiklene ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene om de var relevante for vår oppgave. To artikler ble ekskludert. Vi gjorde et nyere søk senere i prosessen for å se om det var noen nye, relevante artikler vi kunne finne. En artikkel ble derfor byttet ut. De åtte artiklene som inkluderes er kvalitativ forskning og oppfyller kriteriene for å besvare problemstillingen.

De åtte inkluderte forskningsartiklene er fra; Norge (Skaret et al., 2020, Früh et al., 2020), Sverige (Brorsson et al., 2017., Gampelaere et al., 2020), Skottland (Rankin et al., 2016), England (Marshall et al., 2009), USA (Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al., 2008). De fra USA svarte på problemstillingen og var relevante selv om USA ikke har helsevesen likt som Norge. De inkluderte artiklene er fra vestlige land.

Se vedlegg 4 for litteraturmatriser.

Trinn 2 - Identifisere nøkkelfunn

Denne fasen består i følge Evans (2002) av å lese flere ganger gjennom artiklene for å få en helhetsforståelse for innholdet i hver enkelt artikkel, for deretter vurdere hvordan resultatene i den enkelte artikkelen svarte på vår problemstilling. I dette steget gikk vi gjennom artiklene, hver for oss og deretter sammen for å identifisere nøkkelfunn. Dette for å sikre at nøkkelfunnene vi hadde gjort oss var relevante og svarte på problemstillingen. Det ble en helhetsforståelse i hver artikkel når det ble tatt notater underveis og en fikk systematisert innholdet.

Trinn 3 - Vurdere studiene i forhold til hverandre

I følge Evans (2002) skal en identifisere funnene i forhold til hverandre og lage felles temaer. Funnene ble streket under med ulike farger, samt skrevet ned på ark for å finne hovedtemaene. Vi gikk gjennom alle de åtte artiklene sammen og skrev ned likhetstrekkene som gikk igjen samt merket med ulike farger inn i artiklene. På denne måten kunne vi finne hovedtemaene. Se vedlegg 3.

Trinn 4 - Beskriv fenomenet

I det siste og fjerde steget skal en i følge Evans (2002) beskrive fenomenet som studiene tar for seg, og lage en beskrivelse som henviser tilbake til de originale studiene. Funnene i artiklene blir nærmere presentert under 4.0 resultatdelen.

4 Resultat

I dette kapittelet presenteres funnene som ble identifisert i analysen fra de åtte inkluderte forskningsartiklene

4.1 Behov for familietilpasset informasjon og dialog

I analysen av artiklene ble det avdekket at flere av foreldrene har et stort behov for informasjon (Skaret et al., 2020., Früh et al., 2020., Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al. 2008). Foreldrene beskriver en uforutsigbar hverdag med et stort behov for god, utfyllende og gjentakende informasjon (Skaret et al., 2020, s.8., Früh et al., 2020, s. 6). Mødrene ønsket å snakke med helsepersonell uten at barnet var til stede, bare én av de åtte mødrene i studien var tilbudt det (Früh et al. 6, 2020). Noen av foreldrene opplevde at helsepersonell brukte fagspråk under samtaler, som gjorde det vanskelig for foreldrene å forstå (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016). En mor sa:

“He started talking about ketones and it was like, What huh?, Pardon? total foreign language”(Rankin et al., 2016, s. 9).

Når kommunikasjonen ikke er tilstrekkelig kan foreldrene bli stresset og opprørt, det kan påvirke slik at foreldrene ikke tar til seg informasjonen (Rankin et al., 2016). Et funn som går igjen i flere av artiklene er at foreldrene har et større behov for informasjon for å kunne oppnå kontroll og oversikt over sykdomsbilde til barnet (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al., 2008). Foreldrene erfarer viktigheten med god og tilpasset kommunikasjon (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al., 2008.). Foreldrene sier de er i sjokk og får ikke med seg viktig informasjon (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Früh et al., 2020., Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al. 2008).

Mødrene i artikkelen til Skaret et al. (2020) beskriver et umettelig behov for informasjon. De var selv helsepersonell og opplevde at de fikk ulik informasjon. Noe som førte til usikkerhet og manglende trygghet hos noen av mødrene. Ene moren opplevde å bli satt på gangen i påvente av en prosedyre i en kritisk fase, det følte som å bli ribbet, forklarte moren. Mødrene beskrev at de ikke klarte å ta til seg informasjonen og fokusere på faget, selv om de var utdannet helsepersonell. Dette ble ikke alltid sett av personalet på sykehusavdelingen (Skaret, 2020).

4.2 Følelser av uvirkelighet og et ukjent barn – sjokk og krise

Flere av studiene vektlegger at foreldrene har blitt påvirket psykisk etter de fikk et barn med diabetes type 1. De beskriver en uvirkelighetsfølelse, sjokk og krisesituasjon i diagnosetidspunktet (Skaret et al., 2020, Marshall et al., 2009., Fröh et al., 2020., Smaldone & Ritholz, 2011) Det opplevdes vanskelig for foreldrene å ta beskjeden innover seg, det ble reaksjoner som gråt, tristhetsfølelse, sjokk og en opplevelse av å være i en krisesituasjon når de ble fortalt av barnet hadde fått diabetes (Marshall et al., 2009, s.1707). En mor hadde tenkt på hvorfor hun ikke oppdaget det tidligere, da barnet ikke var i storslag og tisset mye. Mødrene beskrev det som en følelse av å gå rett til eksamen uten å ha lest en eneste bok. De beskrev en opplevelse av å være i krise og det var forventninger fra helsepersonell om å mestre diabetesbehandlingen. Noen av mødrene hadde en fornektelse til diagnosen, de hadde tanker om at det må ha vært feil blodprøve eller en misforståelse. Andre i studien opplevde en lettelse over at det ikke var en annen alvorlig sykdom (Fröh et al., 2020, s. 6-7).

Noen foreldre opplevde å ha mistet sitt gamle barn og tidligere liv og fått et nytt barn de ikke gjenkjenner. De opplever en overveldende situasjon og en livsstilsendring. De vet ikke hvordan de skal klare å håndtere sykdommen, siden de ikke kjenner igjen barnet sitt i den nye situasjonen (Smaldone & Ritholz, 2011, s. 90., Marshall et al., 2009).

Diabetesdiagnosen er noe foreldrene bekymrer seg over og kunne oppleves altoppslukende (Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009). Angst og depresjonssymptomer er de vanligste psykiske reaksjonene foreldrene forteller om når deres barn blir diagnostisert med diabetes type 1 (Skaret et al., 2020., Gampelaere et al., 2020., Streisand et al., 2008). Noen av artiklene fremhever at et flertall av mødre rapporterer om reaksjoner som depresjonssymptomer (Gampelaere et al., 2020., Steisand et al., 2008). En far beskrev at han følte på usikkerhet og redsel for at barnet skulle få hypoglykemi og havne i diabeteskoma (Marshall et al., 2009). Stress, angst og depresjonssymptomer hos foreldrene påvirker barnet i negativ retning i den forstand at det påvirker til en dårligere metabolsk kontroll (Brorsson et al., 2017., Gampelaere et al., 2020., Marshall et al., 2009).

Ved hjemkomst opplevde foreldrene store utfordringer med ernæring og hypoglykemi. Foreldrene synes det var til hjelp at helsepersonell de tidligere hadde hatt kontakt med, var lett tilgjengelig på telefon (Rankin et al., 2016., Smaldone & Ritholz, 2011). Flere foreldre følte på en redsel og frykt for å administrere sykdommen. Både det å gi injeksjoner og måle blodsukkeret (Rankin et al., 2016., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009) I studien til Fröh et al (2020, s. 7) beskriver mødrene utfordring å ha tillitt til fedrenes oppfølging og innsikt i sykdommen. fire av mødrene var skilt og fire var samboere. I starten opplevdes det som kaos, men dette avtok etter hvert som tiden gikk. (Fröh et al, 2020, s. 7)

En mor beskrev hvor utfordrende det var at barnet ikke var gammel nok til å forstå hvorfor hun måtte sette injeksjoner hver dag:

"It took me about three days before I would actually use the needle on her. I wound `t do it. Every time I went to do it, she chried You `re hurting me, mummy. Don `t do that! It `s hurting me!" (Marshall et al., 2009, s.1706)

Foreldre opplevde en frykt over å ikke ha kontroll på sykdommen til barnet sitt (Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009). Noen foreldre opplevde mangel på mestring (Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al., 2009). Det opplevdes en sosial isolasjon ettersom det var vanskelig å få barnevakt som ville ta på seg ansvaret for å passe barnet med diabetes type 1 og dens utfordringer i forhold administrering og komplikasjoner (Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009).

Alle forskningsartiklene beskriver den psykiske belastningen som foreldrene opplever. Det er alt fra tap, mangel på mestring, angst, depresjon, isolasjon, redsel, frykt, stress, krise, sjokk og at de ikke gjenkjenner barnet sitt (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Brorsson et al. 2017., Gampelaere et al., 2020., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009., Streisand et al., 2008). Foreldrene beskriver at de er i en sårbar situasjon. De beskriver behovet for psykisk støtte fra helsepersonell og noen foreldre kunne ønsket en støttegruppe der de møtte foreldre i samme situasjon (Skaret et al., 2020., Rankin et al. 2016., Brorsson et al. 2017., Gampelaere et al., 2020., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009). I artikkelen til Brorsson et al. (2017) beskriver foreldrene at de opplever at barnet deres har stor sykdomsbyrde, men det viser seg at barna ikke rapporterer like høyt på byrden som foreldrene selv rapporterte at barna hadde.

4.3 Behov for støtte av helsepersonell rundt diagnosetidspunkt og hjemreise

Ved diagnosetidspunktet var det noen viktige momenter foreldrene ga uttrykk for i studiene. Det var godt å bli ivaretatt av helsepersonell og foreldrene opplevde et stort behov for tilnærming og empati fra sykepleier ved diagnosetidspunktet (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Brorsson et al., 2017., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009).

I artikkelen til Skaret et al (2020) er mødrene helsepersonell selv. Der de beskriver at måten de ble ivaretatt på, ble satt stor pris på. Vennligheten og tryggheten som kommer til syne fra helsepersonellens kroppsspråk og tilnærming er vist som viktige faktorer, som også gjenspeiler seg i hvordan foreldrene opplever det. I belysning av funnene til artikkelen kommer det frem at det er viktig med god relasjon til personalet for å tre ut av yrkesrollen og inn i pårønderollen i en sårbar situasjon. De kan oppleve at de ikke strekker til som foreldre og det må avklares hvilke forventninger den enkelte forelder har (Skaret et al., 2020, s. 11).

Funnene i studien til Rankin et al. (2016) er at foreldrene vil ha nytte av å ta opp de bekymringene de har med helsepersonellet. For eksempel frykten av at barnet vil dø, før de får informasjon om diabetesbehandling. Foreldrene forteller de opplever det som vanskelig å innrømme at de ikke er i stand til å takle, eller stille spørsmål til helsepersonell (Rankin et al, 2016). Noen foreldre beskrev i studien til Rankin et al (2016) at de tilbakeholdt følelsene av behov for emosjonell støtte under diagnosetidspunktet. I studien til Marshall et al. (2009) beskriver en far en opplevelse av usikkerhet, redsel for hypoglykemi og følelsen av kollaps han har med datteren:

"Every time that she does get near a hypo, when her figures are low, I do find myself, maybe I don't show it as much, but deep down I do have a bit of a panic attack thinking this could lead into something else. Is she going to collapse?" (Marshall et al., 2009, s. 1707).

Ved hjemreise kom det frem at foreldrene opplevde at de grudde seg til hjemkomsten etter sykehusoppholdet. Da skulle de ha ansvar for den medisinske delen hos barnet som å administrere insulin. De hadde et stort behov for støtte både med å mestre diagnosen til barnet og administrere insulin. De savnet hjemmebesøk fra helsepersonell (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Brorsson et al., 2017., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009).

Mange foreldre beskrev hvordan foreldrene hadde blitt overlatt til seg selv uten å egentlig vite hvordan et barn med diabetes sannsynligvis ville påvirke livene deres. Først når de kom hjem med barnet sitt kom utfordringene ved det å skulle ta vare på barnet deres med diabetes (Rankin et al., 2016, s. 585). Foreldrene rapporterte om de utfordringene som kom like etter diagnosen, de stod alene hjemme med barnet og måtte formidle at de måtte gi ham insulin, noe som ble en traumatisk og bekymringsfull opplevelse for foreldrene der de følte seg alene i den situasjonen. Foreldrene opplevde det som utfordrende å måtte springe etter barnet og fysisk beherske barnet som motsto fra injeksjoner. En forelder beskrev det slik:

"He would smash up the house 'cause he didn't want his injection... and I do remember quite often just sobbing, just sobbing in the corner... thinking, óh God, nobody knows what this is like" (Rankin et al., 2016, s. 585).

Det fremkommer i resultatene til studien til Rankin et al (2016, s.586) at foreldrene synes det er vanskelig å fortelle at de opplever tegn til angst og depresjon i redsel for å bli dømt som en mislykket forelder. De fleste foreldre var fornøyd med tilgjengeligheten til diabetesteamet via telefon, men mange av de beskrev at de hadde foretrukket at de ansatte i diabetesteamet heller hadde ringt og innledet kontakt med foreldrene de første dagene etter hjemkomst og spurt åpent foreldrene om hvordan det går med de;

"They need to actually speak to you rather than you having to phone them, they need to phone you and say, 'look, how is it going?' Just so you know there is somebody there" (Rankin et al, 2016, s. 586).

I studien til Rankin et al (2016) beskriver også noen foreldre at de ønsker å motta emosjonell støtte fra medlemmer i diabetesorganisasjoner under oppsatte møter, mens andre ønsket det ikke, da de ikke hadde noe forhold til disse menneskene - og de var bekymret for å bli oppfattet som en mislykket forelder.

5 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres metodediskusjon og resultatdiskusjon. Metodediskusjonen tar for seg kritisk vurdering i fremgangsmåten vi har brukt for å finne svar på problemstillingen. I resultatdiskusjonen blir de sentrale funnene diskutert i lys av oppgavens problemstilling og teoribakgrunn. Det belyses også konsekvenser for sykepleien.

5.1 Metodediskusjon

Vi fant relevante artikler for vår oppgave i databasene Cinahl Complete og Google scholar da vi var godt kjent med disse. Når vi gikk nærmere inn i hver artikkel vi hadde funnet og skulle begynne analysen, oppdaget vi at den ene artikkelen måtte ekskluderes da den hadde barneperspektiv og den andre byttet vi ut til nyere forskning. PIO-skjemaet var til god hjelp for å sikre at vi hadde like søkeord og arbeidet systematisk med å finne artikler. Vi kunne funnet andre relevante artikler på andre databaser, men vi var usikre på andre databaser og valget falt på å bruke de vi var trygge på.

Tre av de inkluderte artiklene var publisert i 2008, 2009 og 2011. Dette kan ses på som en svakhet siden vi hadde kriterier om nyere forskning fra 2014. På en annen side, ser vi på disse artiklene som relevante, da innholdet i artiklene er aktuelle for oppgaven og måten foreldrene opplever og erfaringene de har rundt det å ha et barn med nydiagnostisert diabetes type 1 kan sammenlignes med resultatene fra nyere forskning. I de tre artiklene beskrev foreldre godt de psykiske reaksjonene de opplevde, informasjonsbehovet, følelsen av tapet, mangel på forståelsen fra helsepersonell, familie og venner.

Vi mener funnene i de utvalgte artiklene kan styrke vår oppgave med å belyse hvilke opplevelser foreldrene har til et barn med nydiagnostisert diabetes type 1. Når vi vet hva artiklene beskriver ut i fra forskning fra foreldreperspektivet, kan det gi kunnskap om hva foreldrene ønsker fra sykepleier og annet relevant helsepersonell. Litteraturstudien bidrar til å få frem hvilken kunnskap sykepleier bør ha for å kunne gi en god omsorg til foreldre med et barn med nyoppstått diabetes type 1.

Kvalitative artikler var det vi valgte å bruke da det i følge Forsberg og Wengstrøm (2015) er de artiklene som dekker erfaring, oppfatning og opplevelser. Dette kan ses på som en styrke i oppgaven. I problemstillingen våres skal vi frem til akkurat dette med erfaring, oppfatning og opplevelser - og dermed ble det naturlig for oss å velge disse artiklene.

Vi har funnet to forskningsartikler fra USA (Marshall et al., 2009., Streisand et al., 2008). Der har de ikke et helsevesen slik som i Norge, men vi mener de likevel er relevante siden de beskriver foreldrene sine erfaringer og opplevelser ved diagnosetidspunktet til barnet sitt.

5.2 Resultatdiskusjon

Hvordan oppleves det å være foreldre til et barn med nyopplaget diabetes?

1) Behov for familietilpasset informasjon og dialog, 2) Følelser av uvirkelighet og et ukjent barn – sjokk og krise, 3) Behov for støtte av helsepersonell rundt diagnosetidspunktet og hjemreise.

5.2.1 Behov for familietilpasset informasjon og dialog

Foreldre etterlyser tilpasset informasjon. En uforutsigbar hverdag gir et stort behov for god og utfyllende informasjon. Fagspråk under samtalen kan skape stress og usikkerhet hos foreldrene (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Früh et al., 2020., Smaldone & Ritholz, 2011., Streisand et al. 2008).

Sykepleier må forsikre seg om at informasjonen er forstått ved å spørre foreldrene om de kan gjengi det som har blitt sagt. Det er også i tråd med Tveitens veiledningsmodell (2018) sier om det å la foreldrene fortelle hvordan de opplever situasjonen og reflektere rundt det. Deretter bør sykepleier spørre om de skal dele med hverandre det de har oppdaget i samtalen. På denne måten kan det avsløres personlig eller faglig usikkerhet. Det er viktig med pusterom slik at informasjonen hos foreldrene får synke inn (Tveiten, 2018).

Under dialog med foreldrene er det sykepleieren som har fagkunnskap og kan dele sitt om normale reaksjoner og følelser som kan oppstå, eventuelt besvare spørsmål. Slik føler foreldrene seg anerkjent og lyttet til. Dialogen blir i bli-kjent-fasen en hovedform i veiledningen som kan bidra til økt forståelse og bevisstgjøring (Tveiten, 2018, s. 253). Sykepleier kan gjøre mer enn å bare å normalisere. Sykepleier kan organisere møte eller kurs med andre foreldre i samme situasjon. I følge Rankin et al (2016) har noen foreldre nytte av å kunne snakke med andre foreldre i samme situasjon, der de også kan snakke om temaer som hvordan reise på ferie med et barn med diabetes.

Som helsepersonell må en forholde seg til lovverket og man er pliktig til å gi fortløpende informasjon om sykdommen til foreldre og barn. Den skal være på en hensynsfull måte og tilpasses til mottakerens forutsetninger og forsikre seg om at innholdet er forstått (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §3-5). Det nytter lite at sykepleier informerer foreldre i sjokkfasen, som Johan Cullbergs kriseteori tar for seg - at en person i sjokkfasen kan oppleve benektelse og vanskeligheter med å ta inn og bearbeide informasjon (Hummelvoll, 2018, s. 509). En slik opplevelse foreldrene beskriver, vil være nyttig for helsepersonell å være klar over. Hvis sykepleier overvelder med informasjon, kan foreldrene oppleve det som kaos og uforståelig. Rankin et al. (2016, s.7) beskriver i artikkelen at helsepersonellet på sykehuset snakket om ketoner, og det ble en følelse av at dette er helt umulig å forstå seg på. Under § 1-3 (1999) står det beskrevet at helsepersonell skal gi informasjonen tilpasset til mottakerens forutsetning og det er viktig at informasjonen skal være forstått. Det er i tråd med familiefokusert omsorg som beskriver at kommunikasjonen må være på en hensiktsmessig måte til pårørende. De viktige prinsippene er å ha gjensidig respekt, samarbeid, å dele informasjon, deltakelse og støtte (Stubberud, 2019, s.186) Som sykepleier, selv hvor kunnskapsrik en er, er det

lite hensiktsmessig å gi mye informasjon på et nivå av fagspråk som ikke er forståelig av forelderen. Det er viktig å tenke på hvordan ord og setninger blir fremlagt, det som høres forståelig ut for en sykepleier, kan være fremmed for en annen. I studien til Skaret et al (2020) var det ulike erfaringer knyttet til hvor enkelt eller utfordrende det var å forstå informasjonen mødre fikk.

Det blir fremhevet i studien til Rankin et al. (2016) at foreldrene etterlyser helsepersonells tilstedeværelse. De ønsker at de tilbringer mer tid med foreldrene kort tid etter diagnosen og spør om deres eksisterende kunnskap og forståelse av diabetes. De ønsket trygghet om barnets tilstand, for å forberede foreldrene til å kunne motta spesifikk informasjon videre. Helsepersonell bør gi informasjon og formidle kunnskap på en slik måte at det er mulig at foreldre kan gi uttrykk for det som er vanskelig i sjokk og krise. Det er beskrevet i Früh et al (2020) at bare én av åtte mødre opplevde tilbud om å få snakke med helsepersonell uten barnet til stede. Kanskje foreldre kan oppleve det som enklere å snakke ut og få utløpt sine reaksjoner i den krisefasen de står i.

Foreldrene satte pris på å først bli spurt om eksisterende kunnskap og forståelsen for diabetes, deretter kunne gi videre informasjon om diabetesbehandlingen (Rankin et al., 2016). Som sykepleier tenkes det fornuftig å bruke Tveitens veiledningsmodell og bli kjent fasen, da dialogen blir en hovedform i veiledningen som kan bidra til økt forståelse og bevisstgjøring (Tveiten, 2018, s. 253). Videre er det viktig i arbeidsfasen at det legges til rette for medvirkning og omfordeling av makt. Det er viktig at helsepersonell reflekterer rundt spørsmålene som kommer fra foreldrene slik at grunnlaget for handlingene blir etisk og faglig fundert. Det kan være lettere sagt enn gjort å legge til rette for medvirkning. Dette er på grunn av vi som helsepersonell "vet best" og har makt i kraft av kunnskap, posisjoner og beslutningsmyndighet (Tveiten, 2018, s.243). Dette er i samsvar med de etiske dimensjonene i sykepleien. Sykepleieren er fagperson og har kunnskap som pasienten ikke har, men ved myk paternalisme har sykepleieren en balanse slik at omsorgshandlingen blir moralsk forsvarlig. Det handler om at den andre skal få komme til sin rett (Gjengedal, 2000, s. 47).

I Skaret et al. (2020) står det om mødre som helsepersonell til alvorlig syke barn, og her fremkommer det viktigheten med god relasjon, rolleavklaring som viktige bidrag for å ta vare på helsepersonell som pårørende. I følge mødre i Skaret et al (2020) betyr det mye at helsepersonell vet hva de snakker om og at de har gode og gjennomtenkte svar på de spørsmålene som blir stilt. Noe som kan knyttes med det som er i Tveitens veiledningsmodell og prinsippene for familiefokusert omsorg (Stubberud,2019).

I avslutningsfasen kan sykepleier spørre hvordan foreldrene opplever det som er blitt sagt. Sykepleier kan foreslå at begge partene kan dele med hverandre det de har oppdaget i samtalen, slik at det er lettere å få et bilde forståelsen for innholdet og felles forståelse og bevisstgjøring er oppnådd. Videre vil det være naturlig å planlegge veien videre (Tveiten, 2018). I evalueringsfasen omhandler det at sykepleieren gir tilstrekkelig informasjon, og at sykepleieren er flink til å ta det foreldrene og eventuelt barnet sier til betraktning under samtalen, og lar de reflektere (Tveiten, 2018).

5.2.2 Følelser av uvirkelighet og et ukjent barn – sjokk og krise

Mange foreldre opplever en psykisk belastning når barnet deres får diagnosen diabetes type 1. Flere av de opplever det som uvirkelig og altoppslukende. De beskriver ett eller flere symptomer som kan komme i en normal reaksjon i sjokk og krise (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Brorsson et al., 2017., Gampelaere et al., 2020., Früh et al., 2020., Smaldone & Ritzholz., 2011., Marshall et al., 2009., Steisand et al., 2008).

Foreldrene i diagnosetidspunktet til barnet kan ofte oppleve et sjokk, samt symptomer på angst og depresjon når barnet blir akutt og kritisk syk (Skaret et al., 2020., Früh et al., 2020., Smaldone & Ritzholz., 2011., Marshall et al., 2009). I følge Grønseth & Markestad (2019) kan disse reaksjonene betraktes som normale når et barn blir sykt. Johan Cullbergs kriseteori går ut på de fire ulike fasene et menneske er i når det har opplevd noe som er så overveldende at er vanskelig å møte utfordringene på en passende måte, med et skille som var før og etter hendelsen (Hummelvoll, 2018, s. 503). I artikkelen til Smaldone & Ritzholz (2011) beskriver foreldrene at barnet ikke er til å kjenne igjen, de har på en måte mistet sitt gamle barn. Det oppleves som et betydelig skille i tiden før og etter diagnosen.

Under sykehusoppholdet trenger foreldre å føle seg trygge, for å kunne videreformidle trygghet til barnet sitt. Når foreldrene opplever kontroll på situasjonen, føler de ofte en trygghet av at helsepersonell kan hjelpe foreldrene med å administrere sykdommen (Grønseth & Markestad, 2019, s. 87-88). Som helsepersonell skal man være forsiktig med å ha forventninger til at foreldre raskt skal mestre den nye hverdagen, da alle er ulike (Früh et al., 2020). I følge Skaret et al (2020) har de foreldrene som har egen erfaring og kunnskap om diabetes, en større mestingsfølelse tilknyttet den utfordrende sykdomsprosessen til barnet sitt. Egen fagkompetanse kan bidra til færre liggedøgn på sykehuset.

Noen foreldre kan oppleve en uvirkelighetsfølelse. Hvorfor oss? Hva har vi gjort? (Skaret et al., 2020., Früh et al., 2020., Smaldone & Ritzholz., 2011., Marshall et al., 2009). I forskningen til Früh et al (2020) opplever noen mødre fornektelse til diagnosen og noen begynner å tenke på hvorfor de ikke har oppdaget og tenkt over plagene barnet hadde i forkant av diagnosetidspunktet. Sykepleier kan normalisere at slike tanker er normalt i sjokkfasen. I følge Cullbergs kriseteori (Hummelvoll, 2018) er benektelse, uvirkelighetsfølelse, apati, endret tidsopplevelse og kroppslige stressreaksjoner en del av sjokkfasen. Sykepleier kan bistå med tett oppfølging når barnet er innlagt og tilby samtaler både med og uten barnet til stede, med fokus på foreldrenes opplevelse og skape trygghet og tillitt som trengs for videre godt samarbeid. De opplever en trussel med tanke på sykdommen til barnet (Smaldone & Ritzholz., 2011., Marshall et al., 2009).

I følge Skaret et al (2020) følte mødrene at de ble ivaretatt med vennlighet og trygghet fra helsepersonalet. De opplevdes godt i diagnosetidspunktet. Det er i tråd med prinsippene i familiefokusert omsorg, der sykepleier bør ha gjensidig respekt. Den andre parten skal oppleve å bli lyttet til, respektert med deres tanker og valg (Stubberud, 2019, s.186). Sykepleier bør gi foreldrene tilbud om avlastning under sykehusoppholdet etter §6 (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Gjerne også informere om

viktigheten av å komme seg ut, gå en tur rundt sykehuset, ta en tur på butikken for å lufte tankene.

I tiden etter diagnosetidspunktet opplevde flere foreldre symptomer på angst og depresjon (Skaret et al. 2020., Gampelare et al., 2020., Streisand et al., 2008). Det påvirket noen barn negativt, med at de fikk dårligere metabolsk kontroll (Gempelaere et al., 2020). Dette samsvarer med det som står i Grønseth & Markestad (2019 s.87) at foreldrenes stress kan påvirke barnet negativt og svekke foreldrenes oppmerksomhet mot barnets behov og de sier også noe om viktigheten om å redusere forhold som skaper stress. Reaksjonsfasen kan vare i uker eller måneder, i denne fasen er det normalt med symptomer på depresjon og angst. En slik følelse kan gjerne forekomme hos foreldrene, fordi de står i en situasjon av gjerne smerter og fortvilelse.

Noen av foreldrene opplever søvnløse netter og frykt, som kan relatere seg til symptomene i reaksjonsfasen (Hummelvoll, 2018, s. 509., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009). Isolasjon er også en vanlig reaksjon i reaksjonsfasen. Det kan oppleves som vanskelig å få barnevakt (Brorsson et al., 2017., Smaldone & Ritholz, 2011, Marshall et al., 2009). Dette kan betraktes som normale reaksjoner foreldrene opplever ved en krise. Situasjonen er vanskelig for foreldrene å forstå og håndtere situasjonen de ikke har noen kjennskap til fra tidligere (Hummelvoll, 2018). De foreldrene som føler seg isolerte, kan få en anerkjennelse av sykepleier at det er en normalt og føle det slik i en periode. Det støttes av prinsippene i familiefokusert omsorg dette med troen (Stubberud, 2019, s.186). Gi de tro og håp at det vil bli bedre med tiden.

Flere av foreldrene opplevde en psykisk belastning ved hjemkomst. Det var mye å sette seg inn i og de var nå alene med barnet. Noen av foreldrene samarbeidet om å administrere diabetes. De sammenlignet hvor mye insulin de villet gitt, slik de ikke følte et nederlag om barnet fikk hypoglykemi (Rankin et al., 2016., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009). Det å trekke inn nærmeste pårørende, har en viktig betydning for pasientens behandlingsresultat (Stubberud, 2019, s.184-185). Noen foreldre skriver at over tid blir det "normale hverdager" igjen (Marshall et al., 2009 s.1708). I følge Hummelvoll (2018) omhandler det tredje trinnet i Cullbergs kriseteori bearbeidingsfasen, der foreldrene vil begynne å forsone seg med det som har skjedd og de sterke følelsene vil avta.

Usikkerhet, engstelse og stress er normale reaksjoner når barnet deres er syk. I følge Grønseth & Markestad (2019, s.87) kan dette ha en negativ effekt på foreldrenes helse, både fysisk og psykisk. Som sykepleier er det viktig å gi god opplæring, veiledning og vise tilgjengelighet. I studien Smaldone & Ritholz (2011) og Streisand (2008) viser det seg at foreldrene opplever økt mestring ved slik oppfølging av sykepleier. Mødrene i Früh et al. (2020) beskriver at de opplever i større grad mestring ved å kunne bearbeide opplevelsene og etterhvert skape erfaring. Som sykepleier kan en hjelpe foreldrene å etablere nye rutiner i hverdagen ved god oppfølging. Dette kan også ses på som forebyggende for utviklingen av angst- og depresjonssymptomer når foreldrene ved hjemkomst. I neste punkt 5.2.3 vil vi gå nærmere inn på oppfølgingen ved hjemkomst.

5.2.3 Foreldrenes behov for støtte av helsepersonell rundt diagnosetidspunktet og hjemreise

Foreldrene opplevde et behov for støtte og ivaretagelse av helsepersonell både ved diagnosetidspunktet og ved hjemreise. Flere foreldre grudde seg til hjemkomst for å administrere den medisinske delen hos barnet. Noen foreldre synes det var nyttig å snakke med andre foreldre i samme situasjon, men for andre foreldre kunne dette være en belastning. (Skaret et al., 2020., Rankin et al., 2016., Brorsson et al., 2017., Smaldone & Ritholz, 2011., Marshall et al., 2009).

Ved diagnosetidspunktet opplever foreldrene følelsesmessige reaksjoner som fører til at foreldrene opplever et økt behov for støtte av helsepersonell (Rankin et al., 2016, s. 588). Det betyr at sykepleier bør legge stor vekt på å gi mer følelsesmessig støtte, for at foreldrene skal være i stand til å ta til seg videre informasjon og lære om diabetes. Foreldrene har behov for at helsepersonell ser de, ikke bare barnet og diabetesbehandlingen. De har behov for å tidlig avdekke tegn på psykiske utfordringer og isolasjon (Smaldone et al., 2011). Hvis sykepleiere i fremtiden kan være bevisst på behovet foreldrene har for støtte fra diagnosetidspunktet, kan det forebygge at foreldrene utvikler alvorlig form for isolasjon, depresjon og angst. Når foreldrene står i en vanskelig situasjon kan det påvirke livet i stor grad. Sykepleien bør være familiefokusert, med de prinsipp som beskriver gjensidig respekt, samarbeid, deltakelse og støtte. Det kan tenkes at manglende familiefokusert omsorg kan gi utfordringer for foreldrene å takle situasjonen. Familie og venner kan ses på som en viktig ressurs for foreldrene (Stubberud, 2019). Alle mødrene i Skaret et al (2020 s.6) satte pris på de gode egenskapene hos helsepersonellet. De hadde en stor interesse for barnet og ivaretok mødrene og familien som en helhet. Viktig at sykepleieren bidrar til at foreldrene er reelle samarbeidspartnere og er en del av det helhetlige perspektivet (Grønseth & Markestad, 2019).

Som sykepleier er det viktig å tenke på det å bare være til stede, være en god lytter og ikke-dømmende. I Rankin et al (2016) beskriver en forelder nettopp dette med å kunne ha noen som bare kommer inn og gi en klem. Noen foreldre hadde også ønske om å få snakke med andre foreldre som var i samme situasjon. I en slik organisasjon kan de dele tanker, erfaringer og råd med hverandre. Helseinstitusjon har plikt under forskriften §15 til å orientere om aktuelle interesseorganisasjoner (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000). Mens noen foreldre ønsker å etablere kontakt med interesseorganisasjoner, ser man i studien til Rankin et al (2016) at noen ønsker å få være litt for seg selv.

Som sykepleier møter man av og til forelder som selv er helsepersonell. Artikkelen til Skaret et al. (2020) belyser de utfordringene helsepersonell som pårørende har, rolleavklaring er viktig. Noen foreldre med bakgrunn som helsepersonell, har et ønske om å være svært delaktig fra første stund i diabetesbehandlingen, andre klarer ikke helt å forholde seg til det syke barnet og diabetesbehandlingen selv om de selv er helsepersonell. Det kan tenkes at mange foreldre opplever å bli møtt med "*du er jo sykepleier*". Som beskrevet under punkt 5.2.2 opplever foreldre psykiske belastninger og sjokk, som fremhever et stort behov av støtte av helsepersonell. Når foreldrene beskriver et ønske om støtte, så må sykepleier forholde seg til rettighetene under §15 ved at helseinstitusjonen skal tilby i god tid før utskrivning kontakt med sosionom, psykolog

og/eller annet støttepersonell mens barnet er innlagt. Videre skal helseinstitusjonen også orientere foreldrene om for eksempel aktuelle interesseorganisasjoner (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000, §6.). Ved at helsepersonell forholder seg til de rettighetene foreldrene har, skaper det tillit og god relasjon for å forbedre opplevelsen hos foreldrene.

Ved hjemkomst etterlyste foreldrene støtte, da de opplevde usikkerhet og en følelse av å være alene med barnet. Foreldrene opplevde det som utfordrende og traumatisk å skulle administrere insulin alene (Rankin et al., 2016). I følge Stubberud (2019 s.189) er det viktig med tilrettelagt samarbeid, når barnet har kommet hjem og foreldrene er usikker på noe, så kan de kontakte avdelingen. Flere foreldre var fornøyde med diabetesteamet via telefon, men de hadde foretrukket å bli kontaktet og fått spørsmål om hvordan foreldrene har det. Siden foreldrene synes det var vanskelig å fortelle at de opplever tegn til angst og depresjon i redsel for å bli dømt som en mislykket forelder (Rankin et al., 2016). Foreldrene bør føle på en deltagelse under telefonsamtalene, der sykepleier stiller åpne spørsmål og lytter aktivt. Dette belyses også i de familiesentrerte prinsippene at pårørende oppfordres og støttes til å delta i beslutninger og sykepleien (Stubberud, 2019). Det kan tenkes at dette bidrar til mindre følelse av å være en mislykket forelder.

Videre er det aktuelle kommunale hjelpeapparater som sykepleier bør informere om. Det kan være fastlege og helsesøster. Aktuelle interesseorganisasjoner er for eksempel diabetesforbundet. Ved oppfølging av barnet er det normalt sett hos fastlege, helsesøster eller ved barneavdelingen hos diabetessykepleier.

6 Konklusjon

HVORDAN OPPLEVES DET Å VÆRE FORELDRE TIL ET BARN MED NYOPPDAGET DIABETES MELLITUS TYPE 1?

De sentrale funnene som er kommet frem til er at når et barn blir diagnostisert med diabetes type 1, opplever foreldre ulike psykiske reaksjoner som fortvilelse, angst, uvirkelighetsfølelse og benektelse som kan betraktes som normale reaksjoner i en krise. Det ses ikke uvanlig at foreldrene i en sjokkfase opplever at de burde forstått symptomene tidligere.

Det er viktig at sykepleier har bevisst kunnskap om hvilke oppfatninger og opplevelser foreldre har i en slik krisesituasjon for å bidra til god familiefokusert omsorg. Gjennom familiefokusert omsorg er det viktig at sykepleier lytter og respekterer de tanker pasienten og pårørende har (Stubberud, 2019). Det ses på som viktig at sykepleier er ikke-dømmende og lyttende til foreldre i en sårbar situasjon, samt normaliserer og anerkjenner de vanskelige følelsene. Ved diagnositidspunktet opplever foreldre mye informasjon som kan være overveldende i starten, som de ved hjemreise viser seg å ha behov for denne informasjonen. Ved å ta for seg Tveitens veiledningsmodell (2008) kan sykepleier bli bedre kjent med hvordan en kan veilede og informere, støtte og bidra til bedre samarbeid med foreldrene. Ut i fra opplevelsene foreldrene har beskrevet, kan sykepleier forbedre dette ved å gjenkjenne følelser som isolasjon og mangel på mestring ved å gi de god støtte, ha god kommunikasjon og vise interesse.

6.1 Forslag til videre forskning

I fremtiden hadde det vært positivt med enda mere forskning til foreldrenes opplevelse, den psykiske belastningen både ved sykehusinnleggelse og det første året etter diagnositidspunktet når et barn får diabetes type 1. Forskningen kan ha mer fokus på dette med skyldfølelse hos foreldrene.

Referanser

- Alexander, S.P., (2019) *Nobody saw you*. Childrens Diabetes Foundation.
Hentet 29. April.21 fra <https://www.childrensdiabetesfoundation.org/nobody-saw-you/>
- Brorsson, A., Olinder, A., Viklund, G., (2020) Parent's perception of their children's health, quality of life and burden of diabetes: testing reliability and validity of 'Check your Health' by proxy. *Scandinavaia Journal of Caring Sciences*. 2017; 31(3): 497-504. (8p)
Doi: 10.1111/scs.12362
- Christensen, B. (2013): *Helseveiledning*. Gyldendal Akademisk. s.14
- Eide, H. and Eide, T., (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol nr. 20, utg nr. 2 s. 22-26. Lastet ned 18. mars 2021: <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2017). *Diabetes i Norge*. Hentet 18.mars 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Folkehelseinstituttet (2016) *Sjekklisten*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Forsberg, C. og Wengström, Y.(2015). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering. analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4.utgave, Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2016). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. (LOV-1999-07-02-61-§3-6) Lovdata.
<https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Früh, E.A., Misvær, N., Helseth, S.(2020) *Mødres erfaringer med omsorg for en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1*. Norwegian Journal of Clinical Nursing (2020); 1-16 (16p) Doi: [10.4220/Sykepleienf.2020.82224](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82224)

- Gampelaere, C., Luyckx, K., Goethals, E., et al. (2020) Parental stress, anxiety and trait mindfulness: associations with parent-child mealtime interactions in children with type 1 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2020; 43 (3):448-459.(12p)
Doi: 10.1007/s10865-020-00144-3
- Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Red.), *Omsorgstenkning: en innføring i Kari Martinsens forfatterskap* (s.37-55). Bergen: Fagbokforlaget
- Grønseth, R., Markestad, T. (2019) *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (4.utgave.) Bergen: Fagbokforlaget
- Helsedirektoratet (2020, 03. desember) *Diabetes hos barn - blodsukkerregulering*. Hentet 18. mars fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/diabetes/barnediabetes-blodsukkerregulering>
- Helsepersonelloven (2020). *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64. Lovdata. <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Hummelvoll, J., (2018). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hærnes, N. (2018) *Det var helt vanlig at barn lå alene på sykehus*. *Sykepleien*. Hentet 21.april 2021, fra <https://sykepleien.no/2018/09/det-var-helt-vanlig-barn-la-alene-pa-sykehus>.
- IMRaD-modellen | Søk & Skriv. (2020). Hentet dato: 24 November 2020. Fra: <https://sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon>
- Jenssen, T. (2017). Diabetes mellitus. Ørn, S. and Bach-Gransmo, E., *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N., (2017) *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000). *Lov av 2.juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*(LOV-1999-07-02-61-§3-6) Lovdata. Lastet ned 18. mars 2021 fra <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Marshall, M., Carter, B., Rose, K., Brotherton, A., (2009) Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *Journal of clinical nursing* 2009;18 (12): (45p) <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02737.x>
- Moradian, S.T, (2018) Family-Centered Care: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal Of Medical Reviews*, 2018; 5 (2):82-86. (4p)
DOI: 10.29252/IJMR-050207

- NSD (2019) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet: 04.01.20 fra:
https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=0361-929X&__checkbox_bibsys=true&tv=true
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- PICO - Helsebiblioteket.no (2016). Hentet: 24 November 2020 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Rankin, D., (2016). Parent´s information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study. *Health expectatins; 2014; 13(03):852-857. (6p)*
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12244>
- Skaret, C., (2020). Fagkunnskap på godt og vondt – helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn på sykehus, en kvalitativ studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2020; 16(1): 56-70. (15p)*
DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.4669>
- Skrivarhaug, T., Kummernes S.J., Osman, G. (2020, oktober) *Årsrapport 2019*. Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-02/Årsrapport%202019%20Barnediabetes.pdf>
- Smaldone, A., Ritholz, M., (2011) Perceptions of Parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood. *Journal of pediatric health care 2011; 25(1): 87-95 (8p)* DOI: 10.1016/j.pedhc.2009.09.003
- Stubberud, D., (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal.
- Sundal H., Petersen K.A., Boge J., (2016) Fra 1960-tallet har det blitt forventet at foreldre skal være inkludert i pleien av barn på sykehus. *Barn nr 3 2016: 23-37, ISSN 0800-1669 . Norsk senter for barneforskning*.
DOI:<https://doi.org/10.5324/barn.v34i3.3626>
- Tveiten, S. (2018) Empowerment og veiledning. Larsen, T. B. (Red.) *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (2. utgave, s. 237-256) Bergen: Fagbokforlaget.

G., (2020)											
Gampel aere, C., Luyckx, K., Goethal s, E., et al. (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Relev ant
Früh, E.A., Misvær, N., Helseth, S. (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svær t relev ant
Smaldo ne, A., Ritholz, M., (2020)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Svær t relev ant

Vedlegg 2. Søkehistorikk

Søkenummer	Søkeord	Database	Dato:	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Nydiagnostisert diabetes type 2 AND barn AND sykehus	Cinahl Complete	23.11.20	6	4	1	Skaret, C., Lykkeslet, E., Eines, T., (2020) Fagkunnskap på godt og vondt – helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn på sykehus, en kvalitativ studie. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2020; 16(1): 56-70. (15p) DOI: http://dx.doi.org/10.7557/14.4669
2	Parents experiences AND pediatric diabetes AND qualitative research AND type 1 diabetes	Cinahl Complete	23.11.20	51	2	1	Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K.D., Lawton, J., (2016) Parent´s information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study. Health expectatins; 2016; 13(03):852-857. (6p) DOI: http://dx.doi.org/10.1111/hex.12244

3	Diabete Mellitus type 1 AND Child AND Perception.	Cinahl Complete	23.11.2020	25	7	7	Brorsson, A.L., Olinder, A.L., Wikblad, K., Viklund, G., (2017) <i>Parent's perception of their children's health, quality of life and burden of diabetes: testing reliability and validity of 'Check your Health' by proxy.</i> Scandinavaia Journal of Caring Sciences. 2017; 31(3): 497-504. (8p) Doi: 10.1111/scs.12362
4	Children whit type 1 diabetes AND Parent- Child	Cinahl Complete	23.11.2020	4	2	2	Gampelaere, C.V., Luyckx, K., Goethals, E.R., Straaten, S., Laridaen J., Casteels, K., Vanbesien, J., Depoorter, S., Klink, D., Cools, M., Goubert, L., (2020) <i>Parental stress, anxiety and trait mindfulness: associations with parent-child mealtime interactions in children with type 1 diabetes.</i> Journal of Behavioral Medicine. 2020; 43 (3):448-459.(12p) Doi: 10.1007/s10865-020-00144-3
5	<i>Diabetes mellitus type 1,</i> AND Foreldre, AND Erfaring	Cinahl Complete	10.05.2021	3	3	1	Früh, E.A., Misvær, N., Helseth, S.(2020) <i>Mødres erfaringer med omsorg for en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1.</i> Norwegian Journal of Clinical Nursing (2020);1-16 (16p) Doi: 10.4220/Sykepleienf.2020.82224

6	"parents experience on hospital of children whit new onset diabetes type 1"	Google scholar	14.12.2020	20200	2	2	Smaldone, A., Ritholz, M., (2011) <i>Perceptions of Parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood</i> . Journal of pediatric health care 2011; 25(1): 87-95 (8p) DOI:10.1016/j.pedhc.2009.09.003
7	"parents experience on hospital of children whit new onset diabetes type 1"	Googel scholar	7.1.2021	74 000	5	5	Marshall, M., Carter, B., Rose, K., Brotherton, A., (2009) <i>Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents</i> . Journal of clinical nursing (2009) ;18 (12): (45p) DOI:https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02737.x
8	"parents experience on hospital of children whit new onset diabetes type 1"	googel Scholar	7.1.2021	74000	5	5	Streisand,R., Mackey, E.R., Elliot, B.M., Mednick, L., Slaughter, I.M., Turek, J., Austin, A. (2008) <i>Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: Opportunities for education and counseling</i> . Patient Education and Counseling (2008); 73(2): 333-338(6p) DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.014

Vedlegg 3. Oversikt over nøkkelfunn

Nøkkelfunn	Hovedtema
<p>Fagspråk, hensynsfull informasjon, kontinuerlig informasjon, mangelfull informasjon, for mye informasjon, savner et bedre samarbeid og god kommunikasjon, foreldrene blir stresset og opprørt - tar ikke til seg informasjon,</p> <p>(Artikkel: 1, 2, 5, 6, 8)</p>	<p>Familietilpasset informasjon og dialog</p>
<p>Depresjon, gråt, konsentrasjonsproblemer, krise, skyldfølelse, sårbar rolle som pårørende og mamma, uvirkelig følelse og sjokk, behov for emosjonell støtte - redsel for hypoglykemi, foreldrene holder tilbake den psykiske belastningen, foreldrene føler at barna belastes mer av diabetes enn det barna rapporterte selv, stress og angst, isolasjon, mangel på mestring, altoppslukende, livsstilsendring, tap,</p> <p>(Artikkel: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)</p>	<p>Følelser av uvirkelighet og et ukjent barn – sjokk og krise</p>
<p>Godt å bli ivaretatt av helsepersonell, behovet for tilnærming og empati fra sykepleier, foreldrene føler på mangelfull støtte, behov for beroligende og følelsesmessig støtte - deretter praktisk informasjon, behov for bekreftelse og støtte fra helsepersonell, Store utfordringer ved hjemkomst, støtte fra andre foreldre, ønskelig med hjemmebesøk, god støtte hos foreldrene har positiv innvirkning på diabetesen, få mer støtte til å integrere dia-behandlingen, støttegruppe, bli trodd på av helsepersonell, frykt for hjemreise og gi insulin på egenhånd, håpet for fremtiden.</p> <p>(Artikkel: 1, 2, 3, 6, 7)</p>	<p>Foreldrenes behov for støtte av helsepersonell rundt diagnosetidspunkt og hjemreise</p>

Vedlegg 4. Litteraturmatriser

Litteraturmatrise nr 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Skaret, C., Lykkeslet, E., Eines, T., (2020) Fagkunnskap på godt og vondt – helsepersonell som pårørende til egne alvorlig syke barn på sykehus, en kvalitativ studie. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 2020; 16(1): 56-70. (15p) DOI: http://dx.doi.org/10.7557/14.4669</p>	<p>Studiens hensikt er å beskrive erfaringene til en liten gruppe helsepersonell som er pårørende til egne alvorlig syke barn innlagt på sykehus. Der en finner ut hvordan en kan ivareta disse foreldrene.</p>	<p>Helsepersonell; erfaringer; familiesentrert sykepleie; rollekonflikt; kvalitativ forskning; alvorlig syke barn</p>	<p>Det er brukt kvalitativ metode, der de innhenter kunnskap om helsepersonells erfaring som pårørende til alvorlig syke barn. Individuelle intervju ble brukt som forskningsmetode.</p>	<p>De kom frem til fem ulike tema, der det var uvirkelig følelse at barnet er akutt og kritisk syk. Det er godt å bli ivaretatt av helsepersonell. Et stort behov for kontinuerlig informasjon. Egen utdanning og erfaring kan være en styrke for sykdomsforløpet og behandlingen barnet fikk.</p>	<p>Mange barn har en av foreldrene som arbeider i helsevesenet, og det er viktig å få inn i oppgaven hva som er viktig for akkurat disse foreldrene og dermed relevant informasjon for oss i sammenheng med problemstillingen vi har. Foreldre og barn måtte være etnisk norske.</p>

Litteraturmatrise nr 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K.D., Lawton, J., (2016) Parent´s information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.</p> <p>Health expectatins; 2016; 13(03):852-857. (6p)</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1111/hex.12244</p>	<p>Målet var å beskrive og utforske informasjons- og støttebehov når barnet er blitt diagnostisert med type 1 diabetes. Det var også som mål å identifisere måter en kan gi disse foreldre bedre støtte på i fremtiden.</p>	<p>Parent´s experiences, pediatric diabetes, qualitative research, type 1 diabetes</p>	<p>Det ble brukt kvalitativ metode med intervju av 54 foreldre med barn under 12 år som har fått diagnosen diabetes type 1.</p>	<p>Foreldre ønsket mer trygghet etter diagnosetidspunktet før de fikk mer informasjon om diabetesbehandlingen, da ville de være mer psykisk og følelsesmessig forberedt til videre informasjon. De opplever psykisk belastning av å komme hjem for å administrere insulin. De opplevde angst og depresjon, og hadde et ønske om å ikke bli dømt for å bli ei dårlig mor. De ønsket i første omgang trygghet og følelsesmessig støtte, deretter praktisk info. Noen ønsker støtte fra ikke- helsepersonell.</p>	<p>Ekkludert det som spesifikt omhandler forholdsstatus og nedslagsområder i Skottland. Inkluderer det som beskriver det med trygghet rundt diagnosetidspunktet, den psykiske belastningen og viktigheten av gradvis informasjon som er relevant til problemstillingen våres i opplevelsen med nydiagnostisert barn.</p>

Litteratormatrise nr 3

Referanse	Studiens mål/hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans
<p>Brorsson, A.L., Olinder, A.L., Wikblad, K., Viklund, G., (2017) <i>Parent's perception of their children's health, quality of life and burden of diabetes: testing reliability and validity of 'Check your Health' by proxy</i>. Scandinaavaia Journal of Caring Sciences. 2017; 31(3): 497-504. (8p) Doi: 10.1111/scs.12362</p>	<p>Foreldrenes oppfatning av barnas helse, livskvalitet og byrde av diabetes i alderen 8-17 år.</p>	<p>Burden of diabetes, parents, perceived health, quality of life, type 1 diabetes.</p>	<p>190 omsorgspersoner og barna deres, i alderen 8-17 år, ble inkludert. De fullførte spørreskjemaet. "sjekk helsen din" livskvalitet og diabetesbyrde, DISABKIDS selfor proxy-versjon, og 45 fylte ut de samme spørreskjemaene 2 uker senere.</p>	<p>Foreldrene rapporterte at deres barn har en større sykdomsbelastning, enn det barna rapporterte selv. Foreldrene scoret lavere enn barna på emosjonell helse, sosiale relasjoner. Og de scoret høyere på fysisk, emosjonell belastning og høyere belastning på livskvalitet. Dårligere sosiale forhold og livskvalitet var assosiert med høyere rapporterte alvorlighetsgrad av sykdommen.</p> <p>Vi konkluderte også med at foreldre rapporterte at barna deres hadde lavere helse og høyere diabetesbelastning en barn gjorde, og det korrelerte med rapportert alvorlighetsgrad av sykdommen.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven vår med tanke på at vi ser foreldrenes sin oppfatning av barnas helse og diabetes byrde. De rapporterte at barna deres hadde lavere helse og høyere diabetes byrde enn barn rapporterte selv.</p>

Litteratormatrise nr 4

Referanse	Studiens mål / hensikt	nøkkelbegrep	metode	resultat /konklusjon	Relevans for oppgaven vi ønsker å bruke?
<p>Gampelaere, C.V., Luyckx, K., Goethals, E.R., Straaten, S., Laridaen J., Casteels, K., Vanbesien, J., Depoorter, S., Klink, D., Cools, M., Goubert, L., (2020) <i>Parental stress, anxiety and trait mindfulness: associations with parent-child mealtime interactions in children with type 1 diabetes</i>. Journal of Behavioral Medicine. 2020; 43 (3):448-459.(12p) Doi: 10.1007/s10865-020-00144-3</p>	<p>Denne studien undersøkte hvordan mors- og farstress, angst og egenskap og barnets glykemisk kontroll er relatert til virkelige foreldre-barn-interaksjoner i familier som er konfrontert med type-1 diabetes.</p>	<p>Type 1 Diabetes, Parent stress, Mindfullnes, Observation, Parent- child interactions, observation.</p>	<p>Foreldre rapporterte om egenskapens oppmerksomhet, sykdomsrelatert foreldrespennning, generell stress og tilstandsangst. Foreldre og barn ble filmet og scoret 33 familier av barn med diabetes type 1 (31 mødre og 20 fedre) (5-12år Gjennomsnittlig HbA1c = 7,22%).</p>	<p>Resultatet indikerte at foreldrestress og angst vil være risikofaktorer for atferd/holdninger ved foreldre-barn interaksjoner.</p> <p>Foreldrespennning var relatert til mer foreldrestress og angst. Foreldrestress og angst ga dårlig innvirkning på diabetesbehandlingen hos barnet.</p> <p>De så også at mor er mer stresspåvirket.</p> <p>For mødre var oppmerksomhet relatert til mindre observert ubehag hos barnet under injeksjonen. For fedre var mer opptatt av glykemiske kontrollen av barnet.</p>	<p>Våres perspektiv er foreldreperspektivet, og denne artikkelen er relevant grunnet den gir oss nyere forskningsresultater i forhold til hvordan stress og angst påvirker barnets dia1 sykdom.</p>

Litteratormatrise nr 5

Referanse	Hensikt	Nøkkelord	Metode	Resultat/konklusjon	Er den relevant for oppgaven?
<p>Früh, E.A., Misvær, N., Helseth, S.(2020) <i>Mødres erfaringer med omsorg for en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1</i>. Norwegian Journal of Clinical Nursing (2020);1-16 (16p) Doi: 10.4220/Sykepleienf.2020.82224</p>	<p>Er å beskrive mødrenes erfaringer med omsorg for en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 for å belyse hvilke behov foreldrene har i møte med helsepersonell.</p>	<p>Foreldre, Ungdom, Diabetes type 1, Livskvalitet, Kvalitativ studie.</p>	<p>Studien har et kvalitativt design som omhandler 8 intervjuer med mødre som har fått et barn med nyoppdaget diabetes type 1. 4.mødre var gift og 4 mødre var skilt. De ble intervjuet 8 til 36 mnd etter diagnosetidspunktet.</p>	<p>Mødrene fortalte om krisereaksjoner og forventningspress. De var i sjokk over barnesykdom, administrere diabetesbehandlingen og egen oppfølging av sykdommen. Mødre savnet samtaler med helsepersonell uten at barna var tilstede. Mødrene mestret situasjonen gjennom å bearbeide opplevelser, få erfaringer og innse nødvendigheten av å bruke tid på det. De synes det var utfordringer med kommunikasjonen internt i familien og med helsepersonell.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi mødrene beskriver hvordan mødrene oppleve det å få et barn med diabetes type 1, rundt diagnositidspunktet. De fortalte om kistreaksjoner, sjokk, forventningspress, administrer diabetesbehandlingen, kommunikasjon.</p>

Litteratormatrise nr 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevant for oppgaven
Smaldone, A., Ritholz, M., (2011) <i>Perceptions of Parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood.</i> Journal of pediatric health care 2011; 25(1): 87-95 (8p) Doi:10.1016/j.pedhc.2009.09.003	Hensikten med studien var å utforske oppfatninger om psykososiale tilpasninger hos foreldre til små barn med type 1-diabetes fra diagnose til barndom.	Parenting, type 1 diabetes, teamwork, kvalitative .	Fjorten foreldre til 11 barn med diabetes type 1 som fikk diagnosen fem år eller yngre deltok i semistrukturerte intervjuer. Data ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse.	Tre viktige temaer ble identifisert. I temaet "Diagnostiske erfaringer: frustrasjoner, frykt og tvil" beskrev foreldre utilstrekkelig diagnostiske erfaringer med barneleger hvor bekymringer ble minimert og diagnosen noen ganger ble forsinket. Selv om sykehusinnleggene skjedde brått, var kommunikasjonen med spesialiserer mer tilfredsstillende. I temaet "Tilpasning til diabetes" beskrev foreldre isolasjon i omsorgen for barnets diabetes type 1. Familie og venner hadde minimal forståelse av diabetes type 1- omsorg. Støttegrupper reduserte mødres isolasjon, men fedre var mindre positive til denne opplevelsen. Foreldrenes tilpasning var mer effektiv når ansvaret for diabetesbeslutning ble delt. Alle foreldre rapporterte aldri å mestre diabetesbehandlingen. Temaet "forhandle utviklingsoverganger" avslørte at normative barndomshendelser var stressende, og krevde at foreldre balanserte bekymringer for å fremme barnets deltakelse. Konklusjon: Helsepersonell kan forbedre diagnostiske og behandlingsopplevelser for foreldre til barn med diabetes type 1 ved å gjenkjenne følelser av isolasjon og manglende mestring, gi oppmerksom kommunikasjon, oppmuntre foreldrenes teamarbeid og tilby kontinuerlig forventingsveiledning.	Den handler om foreldrenes oppfatning og hvordan de opplever sykehusinnleggelsen med barn med nyoppstått diabetes type 1. Inkludere studiens funn om foreldrenes isolasjon og manglende mestring, lite forståelse av familie og venner og ha med i diskusjon hvilke tiltak en ser sykepleier kan gjøre for å lette denne perioden hos foreldrene og barnet.

Litteratormatrise nr 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevant for oppgaven
<p>Marshall, M., Carter, B., Rose, K., Brotherton, A., (2009) <i>Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents</i>. Journal of clinical nursing (2009) ;18 (12): (45p) DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02737.x</p>	<p>Studiens hensikt for studien er å utforske erfaringene til barn og deres foreldre med type 1 diabetes fra diagnosetidspunktet. Diabetes type 1 er en psykologisk og atferdsmessig krevende kronisk sykdom som krever mye ansvar fra både barn og deres foreldre for å håndtere sykdommen. Det kreves et effektivt behandlingsnivå for å redusere risiko for komplikasjoner også senkomplikasjoner.</p>	<p>Child-centred, Diabetes, Normal, Nurses, Nursing.</p>	<p>En fenomenologisk studie ved bruk av samtaleintervju. Et målrettet utvalg på 10 barn (4-17år) som levde med diabetes mellitus type 1 og deres foreldre deltok i denne studien. Deltakerne var fra forskjellige etniske bakgrunner og med ulik lengde siden diagnosen. Data ble generert gjennom samtale intervjuer og analysert ved hjelp av tematisk analyse.</p>	<p>Foreldre opplevde uvirkeligfølelse, gråt, fornektelse. Noen av foreldre sa noe om hvordan de opplevde tap av sitt eget barn. Foreldrene opplever også følelsesmessige reaksjoner. Å leve med sykdommen over tid, gjør at hverdagen blir «normal» igjen, skriver de.</p> <p>Funnene fremhever at til tross for forskjellige kulturer, alder og lengre tid siden diagnosen, deler familier som lever med diabetes veldig like erfaringer. Som hvordan barn og foreldre skaper mening og hvordan denne betydningen påvirker deres faktiske og potensielle helseproblemer, er viktig hvis tilbudet av helsetjenester skal være effektiv for å møte deres behov.</p>	<p>Artikkelen er fra 2009, men der er relevant grunnet den beskriver erfaringene og oppfatningen til foreldrene til barn med diabetes type 1. Selv om artikkelen er 11 år gammel er den like relevant i dag, siden foreldrenes oppfatning ikke har endret seg fra den tid. Vi ekskluderer det som omhandler barnets erfaring. Mye viktig som bli fremhevet i studiens resultat som at foreldrene opplever tap av deres sunne barn og frihet. De er redd for å feile i diabetesbehandlingen og redd for utvikling av hypoglykemi og foreldrene føler de vil kollapse selv.</p>

Litteratormatrise nr 8

Referanse	Studiens Hensik /mål	Nøkkel-begrep	Metode:	Resultat /konklusjon	Relevant for oppgaven vår
<p>Streisand,R., Mackey, E.R., Elliot, B.M., Mednick, L., Slaughter, I.M., Turek, J., Austin, A. (2008) <i>Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: Opportunities for education and counseling</i>. Patient Education and Counseling (2008); 73(2): 333-338(6p) DOI: https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.014</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke foreldrene som har barn med ny oppstått diabetes type 1 og de kliniske kjennetegnene som psykiske belastninger som angst og depresjon.</p>	<p>Type 1 diabetes, Parenting stress, Parental anxiety, parental depression</p>	<p>102 foreldre rapporterte om deres stadier for depresjon, Tilstandsangst, Pediatrisk foreldre spenning og selveffektivitet for diabetesbehandlingen innen 4 uker etter barnets diagnose med type 1-diabetes. Data ble analysert ved hjelp av hierarkisk multippel regresjon.</p>	<p>Ved diagnosetidspunktet oppleve flere foreldre depresjon og angst 74% av foreldrene opplevde milde depressive symptom. 59% opplevde angst ved diagnose tidspunktet. Assosiasjonen av kvinnelig kjønn med angst og depresjon ble delvis formidlet og hyppigere pediatrisk foreldrespennning. Foreldre med lavere mestringstro rundt diabetesomsorgen opplever en større grad av angst etter barnets diagnosetidspunkt. Ved diagnosetidspunktet kan foreldre føle de får for mye informasjon, og at de ikke klarer å ta til seg informasjon. I tillegg til at helsepersonell skal passet på barnet, må de være kjent med sårbarheten ved diagnosetidspunktet som foreldrene opplever. Mange faktorer spiller inn ved hvordan foreldrene klarer seg i de kommende ukene. Helsepersonell bør vurdere hvordan innpasse informasjonen til der foreldrene er psykisk, før vi går videre med informasjon.</p>	<p>Vi synes at denne forskningsartikkelen er svært relevant for oppgaven våres selv om artikkelen er fra 2008. Den handler om foreldres økte sjanse til å få angst og depresjon for de har barn som nylig har fått diagnose diabetes type 1. Beskriver også viktigheten med hvordan informasjonen bør tilpasse foreldrene.</p>

