

Bacheloroppgave

SY301813 - Sykepleie VI - del 2

Barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre/Children with newly diagnosed type 1 diabetes and their parents

Kandidatnummer: 2507, 2537

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Antall ord: 8799

Innlevert Ålesund, 14.05.15

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solveig Giske

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato:

Sammendrag

Bakgrunn: Hvert år blir 300 norske barn under 15 år diagnostisert med diabetes type 1. Norge er et av landene i verden med flest tilfeller av barnediabetes, og antall nye tilfeller har fordoblet seg de siste 30 årene.

Hensikt: Å undersøke barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldres erfaringer fra å være innlagt i en barnemedisinsk avdeling og hvilke konsekvenser dette får for sykepleien til denne pasientgruppen.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på 8 forskningsartikler, der 6 var kvalitative og 2 både kvalitativ og kvantitativ.

Resultater: Barn og foreldre får fysiologiske og psykologiske reaksjoner ved barnas innleggelse på barnemedisinsk avdeling. Tilrettelagt informasjon og kommunikasjon er viktige tiltak for barnas og foreldrenes opplevelser. God undervisning og veiledning ligger til grunn for at barna og foreldrene vil klare å mestre den nye hverdagen.

Konklusjon: Hyppige reaksjoner relateres til sjokk, usikkerhet og sorg. Gjennom gode samtaler, omsorg og bekreftelse kan barn og foreldres psykiske behov imøtekommes. Sykepleier må ha kunnskap i å undervise og veilede barn med nyoppdaget diabetes og deres foreldre.

Nøkkelord: Barn, foreldre, diabetes type 1, nydiagnostisert, erfaringer

Abstract

Background: Each year, 300 Norwegian children under age 15, are diagnosed with type 1 diabetes. Norway is one of the countries with the highest number of cases of childhood diabetes, and the number of new cases has doubled in the last 30 years.

Objective: To investigate children with newly diagnosed type 1 diabetes and their parents' experiences of being hospitalized to a childrens' medical section and what consequences this will have for nursing.

Methods: A systematic literature review based on 8 research studies, six were qualitative and two both qualitative and quantitative.

Results: Children and parents have both physiological and psychological reactions to the child's hospitalization to childrens' medical section. Organized information and communication are important measures for childrens' and parents' experiences. Effective education and guidance underlies that the children and parents will be able to cope with the new daily life.

Conclusion: Frequent reactions are related to shock, uncertainty and grief. Children and parents psychological needs can be met through properly conversations and acknowledgement. The nurses must have knowledge in how to teach and tutoring children with newly diagnosed type 1 diabetes and their parents.

Keywords: Children, parents, type 1 diabetes, newly diagnosed, experiences.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s.7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s.7
1.2 Oppgavens hensikt.....	s.8
1.3 Problemstilling.....	s.8
1.4 Begrepsforklaringer.....	s.8
1.5 Avgrensninger og spesielle fokus.....	s.8
1.6 Organisering av oppgaven.....	s.8
2.0 Teoribakgrunn	s.10
2.1 Diabetes mellitus type 1.....	s.10
2.2 Eriksons utviklingsteori.....	s.11
2.3 Cullbergs kriseteori.....	s.11
2.4 Kommunikasjon.....	s.12
2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen.....	s.12
3.0 Metode	s.14
3.1 Systematisk litteraturstudie.....	s.15
3.2 Datasamling.....	s.15
3.2.1 Inklusjons –og eksklusjonskriterier.....	s.15
3.2.2 Søkestrategi.....	s.16
3.2.3 Søkehistorie i ulike databaser.....	s.16
3.2.4 Kvalitetssikring av forskningsartiklene.....	s.17
3.2.5 Etsiske hensyn.....	s.18
3.3 Analyse.....	s.18
4.0 Resultat	s.20
4.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner.....	s.20
4.2 Kommunikasjon og informasjon.....	s.21
4.3 Undervisning og veiledning.....	s.22
5.0 Diskusjon	s.24
5.1 Metodediskusjon.....	s.24
5.2 Resultatdiskusjon.....	s.26
5.2.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner.....	s.26
5.2.2 Kommunikasjon og informasjon.....	s.28
5.2.3 Undervisning og veiledning.....	s.30
6.0 Konklusjon	s.33
6.1 Forslag til videre forskning.....	s.34
Litteraturhenvisning	s.35
Vedlegg 1 – Søkehistorie	s.38
Vedlegg 2 – Sjekkliste for kvalitativ forskning	s.40
Vedlegg 3 – Litteraturmatriser	s.43

1.0 Innledning

Dette kapittelet presenterer bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Videre følger hensikt, begrepsavklaring, samt avgrensninger i oppgaven. Tilslutt vil oppgavens videre oppbygging bli presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er erfaringer hos barn med nyopplaget diabetes type 1 og deres foreldre. Oppgaven fokuserer på erfaringer fra barn som har vært innlagt på barnemedisinsk avdeling. Barn i oppgaven omhandler aldersgruppen 6-12 år. Hvert år blir 300 norske barn under 15 år diagnostisert med diabetes type 1. Norge er et av landene i verden med flest tilfeller av barnediabetes, og antall nye tilfeller har fordoblet seg de siste 30 årene (Diabetesforbundet 2015).

Diabetes type 1 har ukjent årsak, og sykdommen kan per i dag ikke forebygges (Allgot 2011:206-9). Sykdommen er irreversibel og varig. Den vil i stor grad påvirke hverdagen til personen som rammes. Dette fordi den enkeltes egeninnsats er betydningsfull for hvordan helsetilstanden utvikler seg. Den daglige innsatsen angående legemiddelbruk, blodsuktermåling, aktivitet og kosthold er helt avgjørende (Haugstvedt 2011:208). Ved nyopplaget diabetes vil barna og deres foreldre ha behov for opplæring for å mestre det å leve med diabetes. Pasienten, og eventuelt pasientens foreldre, må lære å måle blodsukker, sette subkutane injeksjoner og forstå sammenheng mellom legemidler, mat, fysisk aktivitet og blodsukkerverdier (Måløy 2011:102). Når diabetes oppstår i tidlig skolealder (6-12 år) er barna for umodne til å ta hovedansvaret for sykdommen selv. Dermed må foreldrene langt på vei styre behandlingen. Foreldre som har barn med nyopplaget diabetes, stilles ovenfor behandlingsmessige, praktiske og følelsesmessige utfordringer (Haugstvedt 2011:282).

Da det viser seg at forekomsten av diabetes type 1 stadig er i økning (Barnediabetesregisteret 2014), er det viktig at sykepleiere har kunnskap og kompetanse i sitt arbeid med denne pasientgruppen. Valg av temaet for oppgaven bygger på et ønske om økt forståelse for hvordan barn med nyopplaget diabetes og barnets foreldre erfarer utbruddet av sykdommen, og tiden på barnemedisinsk avdeling. Gjennom slik innsikt og forståelse, kan sykepleiehandlingene tilpasses og forbedres. Alle med diabetes trenger gode støttespillere i

helsetjenesten. Den veiledende hjelpen og støtten personer med diabetes får for å lære og mestre sin sykdom, er en avgjørende faktor for livskvaliteten (Haugstvedt 2011:208).

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan barn med nyopplaget diabetes type 1 og deres foreldres erfaringer å være innlagt i en barnemedisinsk avdeling. Oppgaven vil anvende nyere forskningsresultater for å besvare problemstillingen.

1.3 Problemstilling

Hvilke erfaringer har barn med nyopplaget diabetes type 1 og deres foreldre fra en barnemedisinsk avdeling?

1.4 Begrepsforklaringer

Diabetes type 1: Diabetes type 1 kan defineres som en autoimmun sykdom, der kroppens eget immunsystem angriper de insulinproduserende betacellene i pankreas (Jenssen 2011:381).

1.5 Avgrensninger og spesielle fokus

Oppgaven fokuserer på barn i aldersgruppen 6-12 år, dette fordi mange barn debuterer med sin diabetes i disse årene (Haugstvedt 2011:283). Barn i denne aldersgruppen blir i stadig større grad en viktig del av «behandlingsteamet», men det er foreldrene som er barnets omsorgspersoner og vil ha hovedansvaret for behandlingen (Haugstvedt 2011:282). Av den grunn er det relevant å inkludere barnets foreldre som en del av oppgaven. Dermed vil oppgaven belyse både barns og foreldres erfaringer, og vil ha et pasient- og pårørendeperspektiv.

Barna og deres foreldre møter sykepleier i en barnemedisinsk avdeling, da det er her de nydiagnostiserte barna innlegges. Behandlingsopplegget til barna strekker seg vanligvis over 2 uker (Grønseth og Markestad 2013:353). Oppgaven vil fokusere på barns og foreldres *erfaringer*. Med dette menes de reaksjonene og opplevelsene barn med nyopplaget diabetes type 1 og deres foreldre sitter igjen med i forbindelse med sykehusinnleggelsen.

1.6 Organisering av oppgaven

I kapittel to vil aktuell teori som er relevant for problemstillingen presenteres. Videre vil kapittel tre vise hvilken metode som er benyttet. Dette gir en oversikt over arbeidet som ble

gjort for å finne relevante artikler. Deretter følger resultatdelen i kapittel fire der relevante funn fra forskningsartiklene blir belyst. I kapittel fem vil det drøftes funn opp mot teorien, og i kapittel seks presenteres oppgavens konklusjon.

2.0 Teoribakgrunn

Kapittelet vil presenterer relevant teori for å belyse problemstillingen. Innledningsvis vil det legges vekt på hva diabetes mellitus type 1 er, komplikasjoner og behandling ved sykdommen. Videre vil Erikssons utviklingsteori belyses. Deretter presenteres Cullbergs kriseteori. Avslutningsvis vil oppgaven si noe om kommunikasjon og den didaktiske relasjonsmodellen.

2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk stoffskiftesykdom som skyldes absolutt insulinmangel forårsaket av en autoimmun reaksjon. Kroppen danner antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de lagerhanske celleøyene i pankreas. Cellene ødelegges gradvis, og insulinproduksjonen avtar (Christiansen og Christiansen 2010). Sykdommen er avhengig av tilførsel av insulin for å unngå høye blodglukosenivåer (Jenssen 2011:381). Hyperglykemi gir symptomer som tørste, hyppig vannlatning og tretthet. Slike symptomer ses ofte ved nyoppdaget diabetes hos barn, og kan få foreldrene til å oppsøke lege. Hyperglykemi kan føre til ketoacidose, som er en opphopning av avfallsstoffer. Pasienten vil da stå i fare for å bli dehydrert som følge av at høyt glukosenivå trekker væske ut av kroppen. Ketoacidose kan gi symptomer som svekkelse i bevissthet, vekttap grunnet tap av væske, og avmagring på grunn av betydelig redusert opptak av karbohydrater og energi i muskel –og fettceller. Hos barn og unge kan uoppdaget diabetes debutere som ketoacidose (Jenssen 2011:382).

Behandlingen av diabetes må individualiseres ut fra pasientens livssituasjon. Hos barn vil foreldrene spille en viktig rolle. Det vil være nødvendig å diskutere tilpasninger i dagliglivet og hvordan insulin skal tas i bruk hos blant annet skolebarn. Kosthold og fysisk aktivitet spiller en sentral rolle. Ved diabetes type 1 er det viktig å ha et bevisst forhold til måltiders sammensetning og hyppighet. På grunn av virkningen på blodglukosen skal karbohydratinntaket bestå av absorberbare karbohydrater, som blant annet grønnsaker og grovt brød. Det er viktig med små og hyppige måltider (Jenssen 2011:383-7). Pasienter med type 1-diabetes er avhengig av daglig insulintilførsel for å opprettholde normal glukosemetning og effektiv utnyttelse av næringsstoffer. Insulin settes i form av subkutane injeksjoner, og det benyttes forskjellige insulinformer etter hvilket glukosenivå pasienten har (Jenssen 2011:384).

I enkelte tilfeller kan insulinpåvirkningen bli for kraftig og blodglukosen for lav. Det kan skyldes for mye insulin, sterk fysisk aktivitet eller for lite mat. Hypoglykemi er en hyppig og fryktet komplikasjon hos insulinbehandlede pasienter. Kroppen forsøker å heve blodglukosen ved å friggi adrenalin og pasienten kan få symptomer som sultfølelse, svette, svimmelhet og nedsatt syn. Hypoglykemi kan behandles ved å innta energiholdig mat eller drikke i form av for eksempel sjokolade, juice eller melk (Jenssen 2011:383).

2.2 Eriksons utviklingsteori

Erikson deler menneskets psykososiale utvikling inn i åtte faser, fra fødsel til alderdom. Alle fasene preges av ulike behov som det er om å gjøre å tilfredsstille. Avhengig av om behovene blir dekket eller ikke, utvikler mennesket positive eller negative grunnholdninger (Bunkholdt 2002:67). Bunkholdt (2002:67) definerer en grunnholdning som en samling av forestillinger om seg selv og andre som utvikles gjennom omsorgspersoner og andre viktige mennesker. I hver nye utviklingsfase oppstår det en krise. Krisen er ikke nødvendigvis preget av noe negativt, men står som et vendepunkt der barnet er rustet for å gå videre, men likevel sårbart (Bunkholdt 2002:70).

Ferdighetsfasen (6-12 år) kalles også stadiet for plikt og arbeid. Fasen preges av barnets ønske om å være produktiv, nyttig, være forpliktet til å delta i formelle aktiviteter og være en del av et sosialt fellesskap. Barnets omsorgspersoner har viktige oppgaver i å legge til rette for at barnet kan utføre enkle oppgaver og få delta i aktiviteter som gir en følelse av fellesskap. Dersom barnet får slike erfaringer, vil opplevelsen av å være kompetent styrkes på mange områder, både intellektuelt, sosialt og fysisk. I motsatte tilfeller vil barnet preges av følelser som mindreverd og unyttighet (Bunkholdt 2002:67).

2.3 Cullbergs kriseteori

Cullberg (2010:129) viser til en krisetilstand når mennesket befinner seg i en situasjon en ikke klarer å beherske. Dette fordi tidligere erfaringer og reaksjoner ikke er tilstrekkelige for å forstå situasjonen (Cullberg 2010:14). Krise betegnes som en følelse av kaos der man føler seg forlatt, ensom og verdiløs (Cullberg 2010:128). Nedenfor vil alle krisefasene nevnes, fokuset vil likevel rettes mot de fasene som er relevante for denne oppgaven. Nyorienteringsfasen vil derfor utelukkes.

For å orienteres i en krises forløp, deler Cullberg (2010:130) krisebegrepet inn i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. *Sjokkfasen* kan foregå over alt i fra et øyeblikk til noen døgn. Personene trekker seg tilbake fra virkeligheten, da en ennå ikke har klart å ta til seg situasjonen og bearbeidet sjokket. Personene kan ha problemer med å huske hva som har hendt og hva som har blitt sagt. *Reaksjonsfasen* starter når vedkommende klarer å forstå hva som faktisk har skjedd. Det skjer en omstilling der vedkommende prøver å finne en mening i kaoset og oppnå en virkelighet så funksjonell som mulig (Cullberg 2010:131). I denne fasen kan en se et antall forsvarsmekanismer som regresjon, som er en tilbakegang av tankebaner og atferdsmønster, fornektelse, projeksjon, som er å legge ansvar over på andre, samt rasjonalisering, isolering og undertrykkelse (Cullberg 2010:134). Den akutte fasen består av sjokkfasen og reaksjonsfasen, og avsluttes når personene starter å bearbeide det som har skjedd. I *bearbeidingsfasen* begynner vedkommende å bli mer fremtidsrettet, og er mer åpen for nye erfaringer (Cullberg 2010:138-139).

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av tegn og tanker mellom to eller flere parter, på en meningsfull måte. En tar i bruk nonverbal og verbal kommunikasjon i dialog med andre (Eide og Eide 2009:17). Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk ved bruk av kroppsspråk og tegn. Denne formen for kommunikasjon gir indirekte uttrykk for underliggende følelser og holdninger da uttrykksformen ofte avslører ens spontane reaksjoner (Eide og Eide 2009:197). Når et barn er innlagt på sykehus, er det viktig at sykepleier er bevisst på sin væremåte. Barn og unge befinner seg i ulike utviklingstrinn, og nøkkelen til god kommunikasjon med denne pasientgruppen er å kommunisere på deres premisser. Barnets alder er en viktig faktor for hvor mye de forstår, og er noe som må tas hensyn til når det brukes ord, begreper og nonverbal kommunikasjon (Eide og Eide 2009:358). For å skape kontakt med barn, kan det være nødvendig å ta i bruk hjelpemidler i form av lek, tegning, og bilder. Slik kan barn uttrykke seg og sine følelser på måter som er naturlig for aldersfasene de befinner seg i (Eide og Eide 2009:361).

2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Dersom en situasjon tilsier at undervisning kan planlegges og struktureres, kan didaktiske undervisningsmodeller være nyttige å ta i bruk i planleggingsprosesser av undervisning. Den didaktiske relasjonsmodellen er et eksempel på en helhetsmodell for

undervisningsplanlegging. Modellen benyttes som et verktøy for planlegging av pasientundervisning, spesielt rettet mot skoleelever. Den beskriver gjensidige sammenhenger mellom ulike faktorer (Brataas 2011:44). Disse faktorene er: deltakerforutsetninger, rammefaktorer, mål, innhold, arbeidsmåter og vurdering (Kristoffersen 2005:247-9). Å forstå helheten og sammenhengen mellom disse faktorene er avgjørende (Brataas 2011:44).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil det beskrives hva en systematisk litteraturstudie er, og hvordan data har blitt innhentet og systematisert. Datainnsamling –og systematisering beskriver inklusjons –og eksklusjonskriterier, søkestrategi, søkehistorie, kvalitetssikring av forskningsartikler og etiske hensyn. Til slutt i kapitelet vil analyse presenteres.

3.1 Systematisk litteraturstudie

Metoden i denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie. En slik studie innebærer systematiske søk, kritisk granskning og sortering av litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Litteraturstudien har som mål å gi en syntese, altså en helhet, av data fra tidligere empiriske studier. Den skal ha fokus på aktuell forskning som er hentet fra vitenskapelige artikler (Forsberg og Wengström 2014:30). I følge Forsberg og Wengström (2014:27) skal en systematisk litteraturstudie ha en godt formulert problemstilling som skal besvares gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning.

3.2 Datainnsamling

Arbeidet med denne bacheloroppgave startet i desember 2014. Temaet for oppgaven omhandler barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre. I starten var problemstillingen rettet mot trygghet hos denne pasientgruppen. Det var lite relevant forskning knyttet til temaet, og det ble valgt å endre problemstillingen til erfaringer. Barn –og foreldreperspektiv vil belyses i oppgaven. Det vil bli benyttet 8 refereebedømte forskningsartikler, og av den grunn ble det foretatt søk i ulike databaser for å undersøke tilgjengelige forskningsartikler. Videre har det blitt tatt i bruk relevant pensumlitteratur rettet mot oppgavens problemstilling.

3.2.1 Inklusjons –og eksklusjonskriterier

Oppgaven skal inkludere artikler som bygger på nyere forskning, fra 2005-2015. Videre skal oppgaven inkludere artikler med IMRAD-struktur, som er en mal for hvordan en vitenskapelig kilde bygges opp. Alle artiklene skal være referee-bedømte. Da oppgaven ønsker å undersøke noe om barns og foreldres erfaringer, ble søket basert på både barn og foreldre. Oppgaven ekskluderer søsken og annen familie, for å få et smalere utvalg av artikler.

For at forskningsartiklene som oppgaven bygger på skal være sammenlignbare med norske sykehus, er det valgt å anvende artikler fra vestlige land.

Tabell 1 – oversikt over inklusjons –og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRAD-struktur og referee-bedømte artikler	Søsken og øvrige familie
Nyere forskning (2005-2015)	Studier fra ikke-vestlige land
Barn med nyoppdaget diabetes type 1 i aldersgruppen 6-12 år	Barn med diabetes type 1 som har hatt diagnosen over lengre tid
Foreldre til barn med nyoppdaget diabetes type 1	

3.2.2 Søkestrategi

For å avgrense søk i ulike databaser, ble det tatt i bruk PICO-skjema for å få en teoretisk forankring. Forsberg og Wengström (2013:70) definerer PICO som en strukturert metode for å kunne danne søkestrategier ut ifra en problemstilling. Når PICO-skjemaet tas i bruk, er det viktig å formulere hensikt og spørsmål på en tydelig måte (Bjørk og Solhaug 2008:58). ”C” står for kontroll og kontrollgruppe. Da det ikke var ønskelig å sammenligne materialet, ble PIO-skjema anvendt i denne oppgaven.

”P” står for pasient eller populasjon. I denne oppgaven rettes populasjonen mot barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre. Søkeord: ”parents”, ”children”.

”I” står for intervensjon. Oppgaven ville undersøke barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre i den gitte situasjonen. Søkeord: ”diabetes type 1” og ”newly diagnosed”.

”O” står for utfall, og forteller om hva en skal oppnå, forbedre eller påvirke, oppgavens ønskede resultat. Oppgavens mål var å undersøke barn og foreldres erfaringer.

Søkeord: ”experience”.

Tabell 2 – oversikt over PIO-skjema

	P	I	O
Hoved-søkeord	Children Parents	Diabetes type 1 Newly diagnosed	Experiences
Synonymer	- Hospitalized children - At hospital - Children perspective		- Perceptions

I følge Forsberg og Wengström (2013:79) kan en søke på forfattere, abstrakt og tidsskrift i en database. Resultatet av det gitte søket, beskrives i antall treff i databasen. Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, ble det kombinert søkeord med den boolske søkeoperatøren "AND". Denne operatøren kombinerer søkeord og begrenser søkeresultatet ved å gi et smalere utvalg (Forsberg og Wengström 2013:79).

3.2.3 Søkeshistorie i ulike databaser

I starten ble det foretatt flere prøvesøk i ulike databaser. Hovedsøket (vedlegg 1) startet i mars 2015. I litteratursøket ble det tatt i bruk vitenskapelige databaser som Helsebiblioteket og SveMed+, ut i fra et ønske om å finne relevante studier fra Skandinavia. Søkeordene *diabetes type 1*, *barn* og *foreldre* ga ingen treff. Det ble da foretatt nye søk i internasjonale databaser som PubMed, Cinahl Complete og Science Direct. Science Direct gav ingen treff som var relevant for oppgavens problemstilling. Google Scholar ble tatt i bruk for å finne artikler i fulltekst. Artikler som ikke lot seg åpne, ble bestilt via BIBSYS. Søkene i Helsebiblioteket, Svemed+ og Science Direct vil ikke bli gjort rede for på grunn av manglende treff.

Det ble benyttet PIO-skjema ved søk i de ulike databasene. Fokuset i første omgang var å lese overskrifter og abstrakt i de ulike forskningsartiklene. Denne søkeprosessen resulterte i 24 relevante artikler. Det ble kontrollert at disse hadde IMRAD-struktur og var refereebedømte. To artikler ble ekskludert da IMRAD-struktur manglet. De gjenværende artiklene ble lest grundig og vurdert opp mot problemstillingen. 13 artikler var ikke relevant for oppgavens problemstilling, ettersom at de ikke samsvarte med oppgavens inklusjons –og eksklusjonskriterier. Før kvalitetsbedømmingen startet, var ni artikler aktuelle å ta i bruk. Fem artikler hadde foreldreperspektiv, to artikler barneperspektiv og to artikler barn –og

foreldreperspektiv. I følge Forsberg og Wengström (2013:172) er fortløpende dokumentasjon av søkene viktig. Underveis i søkeprosessen ble loggføring av søkehistorikken utført. En får da oversikt over benyttede databaser, leste-, vurderte-, ekskluderte –og inkluderte artikler.

Søkeord som ble benyttet i de ulike databasene

Ved å kombinere hovedsøkeordene i tabell 2, ble det begrensede antall treff i de ulike databasene. Det ble derfor valgt å inkludere synonymer til søkeordene i søkestrategien, se tabell 2. Alle søkene ble avgrenset med årstall 2005-2015. Etter hvert ga søkene mange like resultater, og det ble besluttet å avslutte søket.

Pubmed

Det ble utført fire søk med søkeord hentet fra PIO-skjemaet. I søk én (vedlegg 1) ble søkeordene diabetes type 1 "AND" children "AND" parents benyttet. Dette ga 684 treff. Søkeordet newly diagnosed ble tilføyd, og gav 32 treff. Sju abstrakt og seks artikler ble lest. Tre artikler ble inkludert. Søk to benyttet ordkombinasjonen diabetes type 1 "AND" hospitalized children "AND" parents. Elleve treff, der fire abstrakt og tre artikler ble lest. En artikkel ble inkludert. Søk tre inneholdt søkeordene diabetes type 1 "AND" hospitalized children "AND" experiences. To treff, to leste abstrakt og to leste artikler. Inkluderte én artikkel. Søk fire tok i bruk søkeordene diabetes type 1 "AND" childrens perspective, som ga 49 treff. Alle overskriftene ble vurdert, der fem abstrakt og fem artikler ble lest. Én artikkel ble inkludert.

Cinahl Complete

Det ble foretatt seks søk i Cinahl Complete. Fire av søkene inkluderte ingen artikler. Søk to (vedlegg 1) tok i bruk søkeordene diabetes type 1 "AND" children "AND" parents "AND" experiences". Det ga 35 treff. To abstrakt og to artikler ble lest. Én artikkel ble inkludert. Søk fem (vedlegg 1) benyttet søkeordene diabetes type 1 "AND" perceptions "AND" at hospital. Ni treff, der ett abstrakt og én artikkel ble lest. Én artikkel ble inkludert.

3.2.4 Kvalitetssikring av forskningsartiklene

En kvalitetssikring av studier innebærer at artiklene som er publisert i et vitenskapelig tidsskrift har gjennomgått en fagfelle vurdering (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester 2015). Før kvalitetssikringen startet, var ni artikler aktuelle å ta i bruk. Tidsskriftene for hvor artiklene var publisert, ble undersøkt om å være rangert på nivå 1 eller 2. Nivå 1 er ordinære

vitenskapelige publiseringsartikler, og nivå 2 er artikler med høyest internasjonal prestisje (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester 2015). Alle tidsskriftene var rangert på nivå 1, med unntak av et tidsskrift på nivå 2. Sju forskningsartikler var kvalitative, og to var både kvalitative og kvantitative. Alle artiklene ble kritisk vurdert gjennom en sjekkliste for kvalitative studier av Forsberg og Wengström (2013) (vedlegg 2) og fra Nasjonalt kunnskapssenter (2013) (vedlegg 2). I følge Forsberg og Wengström (2013:143) innebærer kvalitetssikring å se på ulike deler av studiene og vurdere innhold og arbeid. Det førte til at én artikkel ble ekskludert fordi etiske forhold ikke var vurdert. De resterende åtte forskningsartiklene ble ansett som å være av god kvalitet ut fra denne kvalitetsbedømmelsen. Artiklene inneholdt blant annet hensiktsmessige metoder, klare funn og etisk vurdering. Informasjon fra de åtte artiklene, ble ført i litteraturmatriser (vedlegg 3).

3.2.4 Etisk hensyn

Forsberg og Wengström (2013:69) påpeker viktigheten av at etiske overveielser blir overholdt når en utfører systematiske litteratursøk. Slettebø (2012:209) understreker at hensynet til individet skal gå foran hensynet til forskningen, spesielt sårbare grupper som pasienter og barn. Forskningsartiklene som oppgaven inkluderer skal ha mottatt en etisk godkjenning eller tillatelse for gjennomføring av studiene (Forsberg og Wengström 2013:69). Det er viktig at de etiske prinsippene blir ivaretatt, da oppgaven omhandler en sårbar gruppe. I artiklene som er inkludert i oppgaven er etiske forhold vurdert. Dette innebærer at deltakerne i studiene deltok frivillig, kunne trekke seg, mottok muntlig og skriftlig informasjon og ble forsikret om at resultatene ble anonymisert.

3.3 Analyse

Forsberg og Wengström (2013:151) betegner innholdsanalyse som en del av en systematisk litteraturstudie. Datasamlingen i flere studier skal systematiseres og kategoriseres i ulike temaer. Videre innebærer analyse å undersøke hver enkelt studie og sette funnene sammen til en helhet. Dette kalles en syntese. Denne oppgaven har tatt i bruk Evans (2002) 4 trinn i utførelsen av tematisk innholdsanalyse.

I trinn 1 skal studier inkluderes i oppgaven ut fra oppgavens kriterier og relevans gjennom søk i ulike databaser (Evans 2002). Det ble valgt ut åtte artikler til å benytte i oppgaven. Det på bakgrunn av relevans for oppgavens problemstilling og inklusjons –og eksklusjonskriterier.

I trinn 2 skal studiene leses grundig for å få en helhetlig forståelse av innhold og detaljer. Funn i de ulike studiene skal samles og føres til hovedresultater, begreper og påstander (Evans 2002). Det ble identifisert funn fra de ulike artiklene. Disse funnene ble valgt på bakgrunn av temaer som gikk igjen i de utvalgte artiklene. De ulike funnene ble markert ved hjelp av fargekoder. Alle artiklene ble lest grundig og ført inn i litteraturmatiser (vedlegg 3).

I trinn 3 skal en relatere og sammenføre temaer i de ulike studiene. Likheter og ulikheter i studiene skal belyses. Denne prosessen skal gi en bedre forståelse for det videre arbeidet (Evans 2002). Artiklene ble vurdert i forhold til hverandre og en oversikt over de ulike temaene ble laget. Dette ga en god sammenfatning over de funnene som gikk igjen i artiklene og de funnene som skilte seg ut. Funn som omhandlet det samme, ble slått sammen. Videre ble det formulert tre hovedtemaer ut i fra undertemaene (se tabell 3). Sitat fra artiklene ble tatt i bruk for å underbygge funnene i oppgaven.

Trinn 4 innebærer å beskrive fenomenet som studiene tar for seg, deretter å lage en beskrivelse som henviser tilbake til de originale studiene (Evans 2002). I denne oppgaven er fenomenet erfaringer. De tre hovedtemaene i oppgaven vil bli presentert i oppgavens resultatdel.

Tabell 3 – oversikt over hovedfunn i artiklene

Hovedfunn 1	Fysiologiske og psykologiske reaksjoner
Hovedfunn 2	Kommunikasjon og informasjon
Hovedfunn 3	Undervisning og veiledning

4.0 Resultatdel

I denne delen av oppgaven vil funn fra forskningsartiklene belyses. Fysiologiske og psykologiske reaksjoner, kommunikasjon og informasjon, og undervisning og veiledning var fremtredne funn.

4.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner

De nydiagnostiserte barna rapporterte om mindre forståelse for hva som skjedde rundt dem. De beskrev symptomene på diagnosen, turen til sykehuset og starten på behandlingen som uklar og som å «være i en tåke» (Schmidt m.fl. 2012). Dette støttes av studien til Ekra og Gjengedal (2012) og Roper m.fl. (2009) som påpeker at flere av barna hadde hørt om diabetes, men hadde begrenset forståelse for hva sykdommen innebar.

Roper m.fl. (2009) og Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) viser at barn med nyoppdaget diabetes befinner seg i en sårbar situasjon. Flere av barna ga uttrykk for at det var utfordrende å bli diagnostisert. Noen var bekymret for fremtiden, og mange uttrykte en frykt for oppstart av behandlingen med insulin-injeksjoner. Barna var preget av nervøsitet, redsel og usikkerhet i det de ankom sykehuset. De fortalte at kroppen føltes annerledes og at de opplevde symptomer som tørste, hyppige toalettbesøk, sultfølelse, vektnedgang og hodepine (Ekra og Gjengedal 2012 og Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). De ga uttrykk for viktigheten av foreldrenes tilstedeværelse og de følte trygghet så lenge mor eller far var i nærheten. Dette var avgjørende for deres opplevelse av å være innlagt (Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Schmidt m.fl. 2012). Videre var det avgjørende at sykepleier var vennlig, rolig, og tok seg tid til lek (Howe m.fl. 2010 og Schmidt m.fl. 2012).

Foreldre til barn med nyoppdaget diabetes type 1 ga uttrykk for følelsesmessige reaksjoner da barnet ble innlagt på sykehus. Foreldrene var preget av sjokk, sorg, fortvilelse og skyldfølelse i det barnet ble diagnostisert. De forsøkte å skjule sorg og gråt aldri når barnet var tilstede. Videre uttrykte foreldrene en skuffelse over at deres emosjonelle reaksjoner ikke ble gitt større oppmerksomhet, da samtaler var rettet mot barna og barnas ferdigheter (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundquist 2012, Schmidt m.fl. 2012 og Rearick m.fl. 2011). Faren til en 12 år gammel jente uttrykte at han følte seg overveldet og berørt over at barnet måtte bære byrden av en livslang sykdom:

”One hopes their children’s childhood is free of major difficulties. It is sad to see children burdened with a significant illness” (Schmidt m.fl. 2012:91).

Fordi flere foreldre fikk følelsesmessige reaksjoner i det barnet ble innlagt, hadde mange behov for å snakke ut om sine bekymringer og motta støtte (Rearick m.fl. 2011 og Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Dette poengteres av studien til Schmidt m.fl. (2012) som viser at foreldrene følte seg lettere til sinns når sykepleieren ga psykisk støtte. Støtten innebar blant annet at sykepleier forsikret foreldrene om at de ikke hadde skyld i barnets sykdom. Videre var det av stor betydning å bli opplyst om at barnet kunne leve et normalt og aktivt liv. En betydningsfull faktor for foreldrenes opplevelse, var avdelingens miljø og dens tilretteleggelse for barn med diabetes. Videre uttrykte foreldrene at avdelingens førsteinntrykk var svært viktig (Howe m.fl. 2010). Under sykehusoppholdet opplevde derimot noen at forholdene i avdelingen var mindre tilpasset barn med diabetes og at den var lite familieorientert. Enkelte måtte dele rom med andre familier og opplevde en følelse av lite privatliv. I tillegg var det ukomfortabelt å måtte utlevere sensitiv informasjon i andre pårørendes nærvær (Sparud-Lundin og Halström 2015). Likevel var foreldrenes største bekymring planlegging av barnets måltider, og de følte høyt stressnivå i forhold til å holde barnets glukosenivå stabilt (Schmidt m.fl. 2012 og Sparud-Lundin og Halström 2015). Av den grunn anså foreldrene det som svært viktig at sykehusmaten var tilpasset barn med diabetes, og at det var flere valgmuligheter (Sparud-Lundin og Halström 2015).

4.2 Kommunikasjon og informasjon

Barna viste takknemlighet i henhold til at sykepleier viste omsorg ved å ta seg god tid, være oppmuntrende, smilende og gi tilbakemelding på barnas ferdigheter og kunnskaper (Schmidt m.fl. 2012). Barna erfarte at informasjonen de mottok var forståelig og tilpasset deres behov. Da voksenprat ble oppfattet som kjedelig og vanskelig å forstå, ønsket barna at sykepleier tok i bruk enkelt språk i kommunikasjonen (Roper m.fl. 2009, Schmidt m.fl. 2012, Ekra og Gjengedal 2012 og Kelo, Eriksson og Eriksson 2012). For å kunne vedlikeholde daglige rutiner erfarte barna at foreldrenes tilstedeværelse var viktig. I starten ved diagnostisering var de avhengige av foreldrenes hjelp til å håndtere sykdommen, da de visste lite om diabetes. Barna erfarte at de var delaktige i opplæringsprosessen, men at de ønsket å ha foreldrene til stedet når de fikk informasjon, slik at de kunne stille spørsmål ved senere anledning (Roper m.fl. 2009 og Ekra og Gjengedal 2012).

Flere foreldre erfarte at sykepleier burde avgrense mengden, og tilpasse tidspunkt for informasjon for å oppnå en følelse av kontroll. De uttrykte at de første dagene var overveldende og at informasjonsmengden de fikk, var for stor (Sparud-Lundin og Hallström 2015 og Schmidt 2012). Foreldrene rapporterte at det var viktig å motta informasjon av god kvalitet, og erfarte at det var forvirrende når informasjonen de mottok var ustrukturert (Sparud-Lundin og Hallström 2015 og Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). Videre fortalte foreldrene at de hadde mange ubesvarte spørsmål, men grunnet fortvilelse, var det vanskelig å formulere dem (Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). Foreldrene verdsatte sykepleiers beroligende tilstedeværelse. Nettopp dette bidro til at stressfulle situasjoner ble mer håndterbare (Schmidt m.fl. 2012 og Rearick m.fl. 2011). Flere foreldre erfarte at sykepleier tilrettela samtaler med barna på en god måte. De opplevde viktigheten av at sykepleier henvendte seg direkte til barnet og var villig til å samarbeide på ulike måter (Schmidt m.fl. 2012 og Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). Noen foreldre erfarte likevel at sykepleier var bestemt i sine handlinger, og opplevde at barna ble usikre og dermed søkte mot trygge omgivelser i foreldrene. Av den grunn ble ofte informasjon formidlet til barnet via foreldrene (Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012 og Ekra og Gjengedal 2012).

4.3 Undervisning og veiledning

Å være innlagt i sykehus kan være en utfordring. Ekra og Gjengedal (2012) rapporterte at barnas største bekymring ikke var knyttet til selve sykehusinnleggelsen, men til det å bli diagnostisert med en kronisk sykdom. Barna opplevde nå et krav om at de måtte være oppmerksomme på signaler som kroppen gir, spesielt i forhold til høyt og lavt blodsukker. Barn hadde mange spørsmål relatert til deres diagnose, blant annet om hvorfor akkurat de hadde fått diagnosen, og sykdommens behandling (Roper m.fl. 2009).

Barna hadde gode erfaringer med opplæring i injeksjonsteknikk og blodsuktermåling når sykepleieren benyttet ulike hjelpemidler. I starten var det vanskelig å engasjere barna i den teoretiske opplæringen. Det at sykepleieren tok i bruk filmer, brosjyrer og figurer, opplevde barna som engasjerende. Sykepleieren viste blant annet hvordan insulinsprøyten skulle settes ved å stikke den inn i en ball. Barna rapporterte at de lærte mest når sykepleieren var kreative og tok i bruk slike demonstrasjonsmåter (Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2012 og Schmidt m.fl. 2012).

Foreldrene beskrev opplæringen som intens, noe som kunne føre til forvirring (Jönsson, Hallström og Lundquist 2012, Howe m.fl. 2010 og Schmidt m.fl. 2012). Samtidig ønsket foreldrene å lære mest mulig og opplevde en følelse av trygghet under opplæringen.

Foreldrene rapporterte at de var takknemlige for detaljert ferdighetstrening og at de fikk muligheten til å utøve øvelsene i praksis, når sykepleier fulgte med og ga veiledning (Schmidt m.fl. 2012). Barnas foreldre hadde erfaring med et høyt krav om å forstå sykdomsprosessen, potensielle komplikasjoner og hvordan sykdommen kan mestres (Schmidt m.fl. 2012, Sparud-Lundin og Hallström 2015 og Kelo, Eriksson og Eriksson 2013). Ettersom at flere foreldre var bekymret for planlegging av måltider og telling av karbohydrater i henhold til insulindosering, hadde de et ønske om veiledning knyttet til barnets kosthold (Sparud-Lundin og Hallström 2015, Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012 og Schmidt m.fl. 2012).

5.0 Diskusjon

Vi vil starte med å presentere metodediskusjon, og deretter ta for oss resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Oppgaven har fokusert på akademisk ærlighet. Dette ved å vise til kilder, da en ikke tar ære for andre sitt arbeid. Vi har tatt i bruk teori fra Forsberg og Wengstrøm (2013) i utførelsen av metodedelen. I den tematiske innholdsanalysen tok vi i bruk artikkelen til Evans (2002) om 4-trinns analyse. Da de engelske artiklene ble lest, ble Google Translate tatt i bruk ved enkeltord som var uforståelige. Det begrunner vi som en sikkerhet for at forståelsen av forskningsartiklene blir så korrekt som mulig. Sitater fra artiklene ble beholdt på engelsk for at teksten ikke skal miste sin betydning.

I starten ble det laget en prosjektplan, som inneholdt en fremdriftsplan. Vi var innstilte på å følge denne fremdriftsplanen. Da vi var nødt å endre problemstillingen, var det vanskelig å holde tidsfrister som var satt. Vi ble etter hvert ajour med fremdriftsplanen. Vi har arbeidet godt sammen, og vært nøye med å sjekke hverandres arbeid. Når vi fordelte arbeidet, ga vi hverandre tilbakemeldinger på det som var gjort. Vi hadde da kontroll på hva oppgaven vår inneholdt, noe vi ser på som en styrke i oppgaven.

Da vi startet med oppgaven gikk mye tid til prøvesøk. Vi opplevde at det var vanskelig å avgrense problemstillingen, og finne gode søkeord. Videre fikk vi tilbakemeldinger på at det kunne være en fordel å endre på problemstilling og hensikt med oppgaven. Ingen av oss har kunnskap fra tidligere i å utføre en systematisk litteraturstudie, og det kan ha hatt innvirkning på oppgavens søkestrategi. Vi hadde derfor god nytte av å ta i bruk PIO-skjema. Det ble bestilt time med bibliotekar, som bidro til en mer nøyaktig søkehistorikk og et smalere utvalg av artikler. En styrke i oppgaven er at søkehistorikken ble dokumentert etter hvert søk. Det at vi ikke benyttet oss av like søkeord i hele søkeprosessen, kan være en svakhet i metodedelen. Da det ligger til grunn for å utføre et systematisk litteratursøk. Vi opplevde likevel at vi fant relevante artikler relatert til problemstillingen.

Vi tok i bruk avgrensning av årstall når artiklene var publisert. Vi valgte å inkludere artikler som var publisert mellom år 2005-2015 som en sikkerhet for at oppgaven bygger på oppdatert forskning. Det kan være en styrke i oppgaven at forskningsartiklene som har blitt inkludert er fra 2009 eller senere. Vi har også tatt i bruk en artikkel fra mars 2015. Alle artiklene vi har valgt å inkludere er fra vestlige land. Det ser vi på som en styrke, da helsetilbudet kan sammenlignes med Norge. Videre har vi inkludert en artikkel fra Norge og to artikler fra Sverige. Artiklene som er inkludert har benyttet IMRAD-struktur. En slik struktur sikrer artikkelens troverdighet og er et krav ved en systematisk litteraturstudie. Alle artiklene er referee-bedømte. Ved at artikkelen er refereebedømt og har IMRAD-struktur er den av god kvalitet og er troverdig.

Vi har valgt å inkludere barn i aldersgruppen 6-12 år. En svakhet i oppgaven kan være at enkelte artikler inneholder et større aldersspenn enn det vi er ute etter, noe som kan medføre at funnene i artiklene ikke samsvarer med problemstillingen. Av den grunn har vi valgt å kun inkludere de funnene fra barn mellom 6-12 år og ekskludert andre aldersgrupper.

Vi har en problemstilling som tar for seg både barn –og foreldreperspektiv, og det ville da ha vært naturlig å inkludere 4 artikler fra hvert perspektiv. Vi har benyttet 4 artikler med foreldreperspektiv, 2 artikler med barneperspektiv og 2 artikler med både barn –og foreldreperspektiv. Det begrunner vi med lite tilgjengelig forskning som omhandler barns erfaringer fra å være innlagt i sykehus. Likevel mener vi at det er en styrke i oppgaven å ha benyttet flere artikler med foreldreperspektiv, da barn i aldersgruppen 6-12 år ofte henvender seg til sykepleier gjennom foreldrene.

Vi har benyttet seks kvalitative, og to kvalitative og kvantitative artikler. Funnene vi har tatt i bruk stammer fra artiklenes kvalitative del. Da vi ønsket å undersøke barn og foreldres erfaringer er kvalitativ metode hensiktsmessig, nettopp fordi kvalitativ metode har som mål å tolke og forstå menneskets opplevelse av omverden (Forsberg og Wengström 2013:54). Vi valgte å utelukke den kvantitative delen i artiklene da kvantitativ metode ofte kategoriserer resultatene i tabell, diagram eller figurer uten å reflektere over deltakernes egne opplevelser (Forsberg og Wengström 2013:54). Vi begrunner derfor valget av kvalitative artikler på bakgrunn av en korrekt besvarelse for problemstillingen. På en annen side kan det være en svakhet i oppgaven å ikke ha benyttet kvantitativ forskning. Kvantitativ metode har sin styrke

ved at den i større grad gir oversikt og opplysninger over mange undersøkelsesenheter (Forsberg og Wengström 2013:54).

For å arbeide systematisk med det innsamlede materialet, benyttet vi Evans (2002) 4-trinn, ved analysering av data. Analysedelen var utfordrende og tidkrevende. I fase 2 opplevde vi at det var vanskelig å skille funnene fra hverandre. Ved hjelp av en strukturert kategorisering i fase 3, satt vi igjen med tre hovedtemaer. Disse ga tydelig svar på vår problemstilling.

5.2 Resultatdiskusjon

Forsberg og Wengström (2013:53) sier at resultatene skal diskuteres i lys av problemstilling, hensikt og bakgrunns litteratur. De åtte artiklene som vi har benyttet oss av i oppgaven, fokuserer på barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldres erfaringer i en barnemedisinsk avdeling. Med utgangspunkt i våre funn vil egne erfaringer og konsekvenser for sykepleien bli belyst.

5.2.1 Fysiologiske og psykologiske reaksjoner

Barn uttrykte lite forståelse for hva som skjedde og at de befant seg i en "tåke" når de ble innlagt på sykehuset (Schmidt m.fl. 2012). Roper m.fl. (2009) og Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) viser til barnas fysiologiske reaksjoner ved nyoppdaget diabetes. Barna opplevde kroppen som annerledes og symptomer som tørste, hyppige toalettbesøk, sultfølelse, vektnedgang og hodepine var fremtredene. Når barn med nyoppdaget diabetes type 1 ankommer sykehus, er tilstanden ofte kritisk. Ved ubehandlet diabetes kan det oppstå ketoacidose, noe som kan føre til forvirring på grunn av svekkelse i bevissthet (Jenssen 2011:382). Ved ankomst til avdeling er det viktig at sykepleier setter i gang intensiv behandling hos barnet dersom det har oppstått ketoacidose. Den intensive behandlingen innebærer å korrigere dehydrering, stoppe opphoping av avfallsstoffer, og senke blodglukosen med insulintilførsel. Det er videre hensiktsmessig å få en oversikt over pasients glukose –og ketonnivå, gjennom en urinprøve (Christiansen og Christiansen 2010:307-8). Insulin gis som intravenøs infusjon, og dehydrering korrigeres med Ringer løsning eller fysiologisk saltvann (Grønseth og Markestad 2011:352). Et viktig sykepleietiltak er videre å observere barnets kliniske tilstand. Vi foreslår at sykepleier tar hyppige blodsuktermålinger og kontrollerer lengde og vekt, da vektnedgang hos denne pasientgruppen er et hyppig symptom (Christiansen og Christiansen 2010:308). Sykepleier må tilrettelegge for at barnet får en god opplevelse fra starten av. Det må tas hensyn til at barnets psykiske tilstand kan påvirkes av

forhøyet blodglukosenivå og eventuelt ketoacidose. Vi foreslår at sykepleier forholder seg rolig og gir omsorg og trygghet.

I følge Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) og Ekra og Gjengedal (2012) var barna preget av nervøsitet, redsel og usikkerhet i det de ankom sykehuset. Barna uttrykte viktigheten av foreldrenes tilstedeværelse, og at de bidro med trygghet og støtte. Barna erfarte at det var utfordrende å bli diagnostisert med en kronisk sykdom, og var bekymret for hva fremtiden ville bringe (Ekra og Gjengedal 2012). Det understreker Grønseth og Markestad (2011) da det å være innlagt i sykehus kan bidra til en fremmedgjørelse hos barn. Foreldre er gode støttespillere og viktige bidragsytere for barnas trivsel og opplevelse når de er innlagt i sykehus (Grønseth og Markestad 2011:9). Vi anbefaler at sykepleier er bevisst på -og tar dette i betraktning i møte med barn med diabetes, nettopp fordi foreldrene også vil spille en sentral rolle i barnets diabetesbehandling. Sykepleier må tilrettelegge for at barna og deres foreldre blir godt ivaretatt. Det understrekes i Lov om pasient –og brukerrettigheter (Lovdata 1) at barn innlagt i sykehus har rett til samvær med foreldrene. Vi mener at foreldrene kan bidra med trygghet og støtte til barnet, der sykepleier ikke strekker til.

Både foreldre og barn satte pris på et barnevennlig og tilpasset miljø (Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2013 og Sparud-Lundin og Hallström 2015). Flere foreldre ga likevel uttrykk for at sykehusavdelingen var lite familieorientert og ga et tap av privatliv, da de måtte dele rom med andre familier (Sparud-Lundin og Hallström 2015). I følge Eide og Eide (2009:254) er det av stor betydning at sykepleier benytter rom der samtalene kan foregå uforstyrret. På den måten kan pasienten unngå å måtte utlevere sensitiv informasjon i andre pasienters nærvær. Bunkholdt (2002:76) viser at kontinuitet innebærer at barn er omgitt av de samme menneskene, slik at det ikke blir varige brudd i kontakt mellom barn og dets omsorgspersoner. Sett i fra et annet lys kan brudd i kontakt skade barns opplevelse av å være innlagt på sykehus og påvirke deres læringsevner og tillitsforhold til andre mennesker. Av den grunn bør avdelingen tilrettelegge for primærsykepleie.

Et gjennomgående funn var at foreldre til barn med nyoppdaget diabetes type 1 var preget av sorg, fortvilelse og skyldfølelse da barnet ble diagnostisert (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundquist 2012, Schmidt mfl. 2012 og Rearick mfl. 2011). I det foreldrene opplever at barnet blir diagnostisert med en kronisk sykdom, preges tilværelsen av sjokk (Schmidt m.fl. 2012). Flere foreldre opplevde et større behov for psykisk støtte ved

barnets innleggelse. De uttrykte at deres emosjonelle reaksjoner ikke ble tatt hensyn til, da barnets ferdigheter stod sentralt (Kelo, Eriksson og Eriksson 2013, Jönsson, Hallström og Lundquist 2012, Schmidt mfl. 2012 og Rearick mfl. 2011). *Sjokkfasen* betegner Cullberg (2010) som en krisesituasjon der en ikke klarer å ta inn det som har skjedd. En beskytter seg mot erkjennelse av tapet og sorgen som følger med, og trekker seg tilbake fra virkeligheten (Cullberg 2010). I starten av pasientforløpet mener vi at det er hensiktsmessig at sykepleier ikke bare fokuserer på barnets velbefinnende, men også ser etter symptomer på emosjonelle reaksjoner hos foreldrene. Mennesker i sjokk, kan ha svekket evne til å løse problemer og vil ha et større behov for støtte, medfølelse og omsorg (Eide og Eide 2009:176). Vi mener at sykepleier må bidra med nærhet, omsorg og vise forståelse for den situasjonen foreldrene befinner seg i. Det kan være hensiktsmessig at sykepleier oppfordrer foreldre i krise til å snakke ut om sine bekymringer, slik at de kan avreagere. Å imøtekomme foreldrenes behov, kan bidra til at foreldrene kan ta innover seg det som har skjedd, og begynne å akseptere situasjonen de befinner seg i (Cullberg 2010).

5.2.2 Kommunikasjon og informasjon

Barna erfarte at informasjonen de mottok var forståelig og tilpasset deres behov. Da voksenprat ble oppfattet som kjedelig og vanskelig å forstå, hadde de et ønske om at sykepleier tok i bruk et enkelt språk når de kommuniserte. Barn erfarte at foreldrenes tilstedeværelse var viktig når de fikk informasjon, slik at de kunne stille spørsmål ved senere anledning (Roper m.fl. 2009, Schmidt m.fl. 2012, Ekra og Gjengedal 2012 og Kelo, Eriksson og Eriksson 2012). Videre understreker Roper. m.fl. (2009) og Kelo, Eriksson og Eriksson (2013) at barn med nyoppdaget diabetes befinner seg i en sårbar situasjon. I Eriksons teori (2002) hevdes det at barn er ukjente med kroppens signaler ved sykdom, og er derfor mer sårbare (Bunkholdt 2002:70). Barns opplevelser av å bli diagnostisert med en kronisk sykdom bærer derfor preg av en normal sorgreaksjon. Kommunikasjon og informasjonen som blir gitt kan da oppleves som overveldende og uklar. Sykepleier må ha i tankene at barna befinner seg i ulike utviklingstrinn, og deretter at kommunikasjonen foregår på deres premisser (Eide og Eide 2009:358). Viktigheten av at informasjonen sykepleier gir, er lett forståelig, er hensiktsmessig for barns opplevelse av situasjonen. I tillegg må det være overensstemmelse mellom den nonverbale og verbale uttrykksformen. Sykepleier må eksempelvis ikke si at hun har god tid, og deretter nonverbalt uttrykke at hun er stresset. Erikson (Bunkholdt 2002:69) presiserer at måten miljøet rundt oss møter behovene og tar vare på forutsetningene, er medbestemmende for resultatene av utviklingen.

Hos barn kan nonverbal kommunikasjon kan ha sterkere gjennomslag da de ikke har fullt utviklet kognitive evner. Nonverbal kommunikasjon kan bidra til å bygge gode relasjoner, motivere og stimulere til at barn tar i bruk sine ressurser på en så god måte som mulig (Eide og Eide 2009:199). I tillegg kan bekreftende kommunikasjon bidra til trygghet og tillit. Sykepleier må vise at barnet blir sett og forstått, som kan bidra til å styrke selvfølelsen til barn. Eide og Eide (2009:220) hevder at å bli sett og at andre viser at de lytter, styrker et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytning og nærhet til andre mennesker. Legger sykepleier til rette for at foreldrene er til stede under hele oppholdet, vil det bidra til at barna opplever en forsterket tilknytning og nærhet, som igjen kan gi positiv innvirkning på barns mestring –og læringsevne.

Foreldrene erfarte at sykepleier burde avgrense mengde, og tidspunkt for når informasjon ble gitt. Videre rapporterte de at informasjonen måtte være av god kvalitet, og at det var forvirrende å motta ustrukturert informasjon (Sparud-Lundin og Hallström 2015, Schmidt m.fl. 2012 og Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). Når foreldre befinner seg i en krisesituasjon er god og tilstrekkelig informasjon viktig. De vil ha et økt behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med (Eide og Eide 2009:166). Sykepleier har en sentral rolle i å informere foreldrene på en troverdig måte. Sykepleier kan hjelpe foreldrene til å mestre situasjonen, gjennom å gi god informasjon, slik at større kunnskap opparbeides. De må få adekvat og ærlig informasjon om sykdommen, symptomer og behandling. Vi mener at økt kunnskap og forståelse kan bidra til at foreldrene opplever at de er i stand til å håndtere barnets sykdom. På en annen side vil likevel ikke alle foreldre være like mottakelig for informasjon. Det er da hensiktsmessig at sykepleier tilpasser informasjon etter hvilken krisefase foreldrene befinner seg i (Cullberg 2010:130). I sjokkfasen hevder Cullberg (2010:131) at vedkommende kan oppleve problemer med å huske hva som har blitt sagt og feiltolke informasjonen som blir gitt. Vi foreslår derfor at sykepleier gjentar informasjonen som har blitt gitt og forsikrer seg om at den har blitt oppfattet på riktig måte.

Flere foreldre erfarte at de hadde mange spørsmål, men grunnet fortvilelse, var det vanskelig å formulere spørsmålene (Jönsson, Hallström og Lundqvist 2012). De verdsatte sykepleiers beroligende tilstedeværelse, og at nettopp dette bidro til at stressfulle situasjoner ble mer håndterbare (Schmidt m.fl. 2012 og Rearick m.fl. 2011). Eide og Eide (2009:358) påpeker at sykepleier kan skape trygghet i en sykdomssituasjon gjennom nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon signaliserer hvorvidt en er innstilt på å lytte og hjelpe, og kan

være avgjørende for at foreldrene føler seg trygg og ivaretatt (Eide og Eide 2009:198). Igjen er det viktig at det er samsvar mellom sykepleiers nonverbale og verbale uttrykksformer. Ved at sykepleier kommuniserer på en kongruent måte, vil det nonverbale understøtte det verbale, og sykepleier fremstår da som pålitelig og tillitsvekkende. Eksempelvis kan sykepleier se vennlig på foreldrene når hun spør hvordan det går, og dermed formidles interesse nonverbalt og verbalt (Eide og Eide 2009:200). Ettersom flere foreldre opplever vanskeligheter med å formulere spørsmål, bør sykepleier ha en åpen og lyttende holdning. Det kan være hensiktsmessig at sykepleier stiller åpne spørsmål på en slik måte at foreldrene klarer å uttrykke seg (Eide og Eide 2009:276). Når sykepleier er bevisst på å uttrykke seg på riktig måte, kan det ha en positiv innvirkning på foreldrenes opplevelse og redusere stressfulle situasjoner.

5.2.3 Undervisning og veiledning

Barna opplevde vanskeligheter med å engasjere seg for den teoretiske opplæringen. De satte pris på at sykepleier tok i bruk leketøy som hjelpemidler ved demonstrasjon av ferdigheter i praksis. Også bruk av filmer, brosjyrer og figurer rapporterte barna som positivt for utbyttet av opplæringen (Ekra og Gjengedal 2012, Kelo, Eriksson og Eriksson 2012 og Schmidt mfl. 2012). Det poengteres av Eide og Eide (2009:360) som fremhever at det kan være nødvendig å ta i bruk hjelpemidler for å skape tilstrekkelig læringsutbytte hos barn. I Erikssons utviklingsteori strekker *ferdighetsfasen* seg fra barnet er 6-12 år. I denne perioden har barn et ønske om å være produktiv og nyttig, samt få følelsen av å mestre enkle oppgaver. Dersom barnets behov innfris, vil opplevelsen av å være kompetent styrkes på flere områder (Bunkholdt 2005:67). Sett i fra et annet lys er barns selvfølelse i denne aldersgruppen utsatt. Ved motsatt utvikling, vil arbeidslyst hos barn påvirkes negativt (Eide og Eide 2009:372). Sykepleier bør bidra til at barn opplever følelsen av å mestre enkle oppgaver. Det kan gjøres gjennom å ta hensyn til barnets alder og utvikling. Sykepleier kan gi informasjon om hva som skal skje, formidle ro, ta i bruk hjelpemidler ved opplæringen og la foreldrene være til stede. Videre vil bekreftelse på barns ferdigheter være av betydning. Positive tilbakemeldinger skaper nemlig trygghet og selvtillit (Eide og Eide 2009:339). Det er viktig at sykepleier lar barn inkluderes i diabetes-opplæringen og sykdomsbehandlingen helt fra starten av. Det vil kunne bidra til at barn lærer å håndtere sykdommen på en konkret måte gjennom å utføre, se og oppleve. Barna vil kunne utvikle gradvis selvstendighet og forståelse, som igjen kan bidra til økt selvtillit (Eide og Eide 2009:372).

Uansett bakgrunn for utdanning eller tidligere erfaring med diabetes, er foreldrene i en ny og uvant rolle. De har fått et barn med en kronisk sykdom og preges av følelsesmessige reaksjoner. Foreldrene ga uttrykk for at de ønsket å lære mest mulig, men at store mengder informasjon de første dagene opplevdes som slitsomt og forvirrende (Sparud-Lundin og Hallström 2015). Når man får et sykt barn har foreldrene et større behov for informasjon og kunnskap om en rekke forhold. Å gi opplæring og veiledning er en av sykepleierens viktigste oppgaver. Sett fra et annet ståsted må opplæringen tilpasses, og sykepleieren bør ikke overlesse foreldrene med ny kunnskap de ikke evner å huske (Eide og Eide 2009:293). Det understrekes igjen i Cullbergs kriseteori som forteller at personer i *reaksjonsfasen* opplever situasjonen som kaotisk og overveldende (Cullberg 2010:131). Vi mener at sykepleier bør ha kunnskap om kriseteori, ane hvilken fase foreldrene befinner seg i og tilrettelegge opplæringen deretter. Det er mulig at foreldrene er i en fase der undervisning og veiledning bør holdes litt på vent. Av den grunn er det viktig at sykepleier ikke øser på med opplæring den første dagen, men forteller foreldrene at de kan spørre om det er noe de lurer på. Foreldre og barn bør forsikres om at alt ikke trenger å læres med en gang, og at de får den tiden de har behov for. Dette kan bidra til at foreldrene starter å bearbeide det som har skjedd, *bearbeidingsfasen*, og blir mer fremtidsrettet og åpen for nye erfaringer (Cullberg 2010:138-139).

For at barn og deres foreldre skal kunne mestre barnets kroniske sykdom, vil det være nødvendig med et undervisningsopplegg om hvordan de skal forholde seg til sin nye livssituasjon. Ved å ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen, kan sykepleier utforme et passende undervisningsopplegg (Brataas 2011:44):

Et *mål* for undervisningen bør være at barn og foreldre skal føle seg trygge på at de vil mestre hverdagen hjemme. Praktiske ferdigheter som blodsuktermåling og føring av dagbok, kan være gode og håndterbare oppgaver for foreldrene i starten. Deretter kan kortsiktige mål dreie seg om mestring i å sette subkutane injeksjoner, eller å ha kontroll over hvordan karbohydrater skal telles. For at barna og foreldrene skal kunne nå målene som settes, er det vesentlig å vite noe om undervisningsoppleggets *innhold* og hvilke *arbeidsmåter* som benyttes (Kristoffersen 2005:247). Det kan være rimelig at sykepleieren gir informasjon om diabetes type 1 og om at mulige komplikasjoner, slik som hyper –og hypoglykemi, kan forekomme. Deretter vil det være relevant å si noe om den virkningen insulin har på blodsukkeret, bivirkninger av insulin og om blodsukkerverdier. Opplæringen bør

avslutningsvis inneholde prosedyrer og demonstrasjonsmodeller slik at barna og foreldrene får en innføring i praktiske ferdigheter. Videre sier barnas og foreldrenes *deltakerforutsetninger* noe om forutsetninger for å lære, og sykepleieren bør kjenne til dagsform og intellektuell kapasitet (Kristoffersen 2005:248). For eksempel må sykepleier tilpasse undervisningen i forhold til barnets utviklingsnivå og ikke starte opplæringen før barna og foreldrene er mottakelige og klare for informasjon. Videre er *rammefaktorer* knyttet til undervisningen viktig (Kristoffersen 2005:248). Undervisningen må foregå i rette omgivelser og til rett tid. På sykehus bør undervisningen befinne seg på et rom med minst mulig forstyrrelser. Til slutt må det foretas en *vurdering* (Kristoffersen 2005:249). Er målene med undervisningen nådd? Mestrer foreldrene å sette subkutane injeksjoner? Kjenner barnet til symptomer på høyt og lavt blodsukker? Vurderingen innebærer en «kontroll» av hva barnet og foreldrene har lært (Kristoffersen 2005:249). Avslutningsvis er det viktig å merke seg at alle mennesker er individuelle og at undervisningsopplegget er et veiledende redskap for sykepleiere. Det er mulig at foreldre og barn vil ha opplæringen i sitt tempo, men har behov for at noen «pusher» forsiktig for å oppnå fremgang.

6.0 Konklusjon

Spørsmålet som skulle besvares i denne oppgaven var: «*Hvilke erfaringer har barn med nyoppdaget diabetes type 1 og deres foreldre fra en barnemedisinsk avdeling?*». I våre funn var den vanligste reaksjonen hos barn i aldersgruppen 6-12 år nervøsitet, redsel og usikkerhet i det de legges inn på sykehuset. Barna opplever liten forståelse for sin egen diagnose og kan kjenne på forvirring i situasjonen. Forvirringen kan oppstå som en følge av at kroppen befinner seg i en kritisk sykdomstilstand som krever rask behandling. De opplever at kroppen føles annerledes og har erfaring med plagsomme symptomer i det de ble innlagt. Foreldrenes tilstedeværelse og at sykepleierne tilpasser sin undervisning etter barnas premisser og behov, er betydningsfullt for barna.

Våre funn viser til at foreldres reaksjoner preges av sorg, fortvilelse og skyldfølelse. Foreldrene vil ha behov for å prate ut om sine følelser og motta emosjonell støtte. Videre ønsker foreldre tilstrekkelig informasjon. Undervisning og veiledning om hvordan de skal ivareta barnets nye omsorgsbehov og hvordan de skal mestre hverdagen, oppleves som betryggende. Likevel har de erfaring med at de første dagene opplevdes som overveldende, og at informasjonsmengden de mottok var for massiv. Når foreldrene var klare for undervisning satte de pris på detaljert ferdighetstrening og muligheter for å utøve ferdigheter i praksis.

Barn som har blitt diagnostisert med diabetes type 1 og foreldre kan oppleve å komme i en krise. I forhold til dette er det en forutsetning at sykepleier er bevisst på at krisen kan hemme vedkommendes forutsetning for læring. Dermed er det viktig at sykepleier er påpasselig med å ikke utgi for mye informasjon når de befinner seg i en slik tilstand. I tillegg må sykepleier ha kunnskap om kommunikasjon, og møte barn og foreldre der de befinner seg. Sykepleier kan starte individuell veiledning når barna og foreldrene gir uttrykk for å være mottakelig for informasjon. Sykepleier bør møte psykiske behov gjennom gode samtaler, omsorg og bekreftelse. Videre er det av betydning at sykepleier er observant på barna og foreldrenes uttrykksmåter. Gjennom psykisk støtte kan barn og foreldre oppleve grunnleggende –og følelsesmessig kontroll. For at barn med nyoppdaget diabetes og deres foreldre skal kunne mestre de nye kravene de står ovenfor, er det betydningsfullt at sykepleier tilrettelegger for veiledning og undervisning.

Denne oppgaven kan formidle hvordan sykepleier kan styrke sin kompetanse og hvordan en skal bruke sin pedagogiske funksjon i praksis.

6.1 Forslag til videre forskning

Det fantes mye forskning fra foreldreperspektivet, men mindre studier med barneperspektivet. Vi vil anbefale at det blir gjort videre forskning på barns erfaringer ved nyoppdaget diabetes type 1. Deres erfaringer kan være til hjelp for sykepleier i sitt arbeid med denne pasientgruppen.

Litteraturhenvisning

- Bjørk I. T., og Solhaug M., (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: akribe AS.
- Brataas, H.V (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis – prosess og verktøy. I: *Sykepleie-pedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Brataas, H. (Red.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi. En innføring for helse –og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barnediabetesregisteret. (2014). *Årsrapport 2013 – med plan for forbedringstiltak*. Oslo: barnediabetesregisteret.
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Stockholm: Universitetsforlaget.
- Diabetesforbundet. (2015). *Diabetes type 1*. Oslo: Diabetesforbundet.
- Eide, H. Og Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekra, E.M. og Gjengedal, E. (2012). Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness – A phenomenological study of children’s lifeworld in the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. Vol 7. Lastet ned den 17.04.15, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Being+hospitalized+with+a+newly+diagnosed+chronic+illness+a+phenomenological+study+of+children%27s+lifeworld+in+the+hospital.%E2%80%9D>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol:20, nr. 2, s. 22-26.
- Forsberg, C. og Wengstrom, C. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur.
- Grønseth, R. Og Markestad, T. (2013). *Pediatric og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I: Skafjeld, A. og Graue, M. *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.
- Howe C.J, Ayala J., Dumser S., Buzb M. og Murphy K. (2010). Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*. Volume 27, Issue 2, Pages 119–126. Lastet ned 23.04.15, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341190>
- Jensen, T. (2011). Diabetes mellitus. I: Ørn, S., Mjell, J. Og Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. 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*. Vol. 12, Nr. 165. Lastet ned den 17.04.15, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%29.+%E2%80%9DThe+logic+of+ca%E2%80%9D+%E2%80%93+Parents%E2%80%99+perceptions+of+the+education+process+when+a+child+is+newly+diagnosed+with+type+1+diabetes>
- Kelo M., Eriksson E., Eriksson I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 27, Issue 4, pages 894–904. Lastet ned den 17.04.15, fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=0eb8d379-1d97-4353-893f29d71ecac3d8%40sessionmgr113&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ3d%3d#db=ccm&AN=2012344611>
- Kristoffersen, N.J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. Og Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Måløy A.K, (2011). Praktiske ferdigheter. I: Skafjeld A. og Graue M. (red.) *Diabetes, forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo, Akribe AS.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2015). *Publiseringskanaler*. [Online]. Lastet ned den 27.april 2015, fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?>
- Pasient –og brukerrettighetsloven. Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om barns særlige rettigheter. <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§6-2>
- Rearick, E.M., Sullivan-Bolyai, S., Bova, C. Og Knafel, K.A. (2011). Parents of children newly diagnosed with type 1 diabetes. *The diabetes educator*. Vol. 37, Nr. 4. Lastet ned 17.04.15, fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700814>
- Roper, S.O., Call, A., Leishman, J. Ratcliffe, G.C., Mandleco, B.L., Dyches, T.T. og Marshall, E.S. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of advanced nursing*. Vol. 65. Nr. 8, s. 1705-1714. Lastet ned den 17.04.15, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19493147>
- Schmidt A.C, Bernaix L.W, Chiappetta M., Carrol E, Beland A. (2012). In-hospital survival skills training for type 1 diabetes: Perceptions of children and parents. *American Journal of Maternal Child Nursing*. Vol 37, Nr. 2, s. 88-94. Lastet ned den 17.04.15, fra: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=89576e07-e85f-4082aa879c38c9989ab6%40sessionmgr4005&hid=4112&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3Qtb2Z%3d%3d#db=ccm&AN=2011508861>
- Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sparud-Lundin C., Hallström I., (2015). Parents' Experiences of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes. *Qualitative Health Research 1-10*. Lastet ned den 17.04.15, fra

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Parents%27+Experiences+of+Two+Different+Approaches+to+Diabetes+Care+in+Children+Newly+Diagnosed+With+Type+1+Diabetes.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Parents%27+Experiences+of+Two+Different+Approaches+to+Diabetes+Care+in+Children+Newly+Diagnosed+With+Type+1+Diabetes)

Vedlegg 1 – søkehistorie

Søke- nummer i de ulike databasene	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
	Diabetes type 1 "AND" barn "AND" foreldre	17.04.15	Svemed	21	0	0	0
	Diabetes type 1 "AND" barn "AND" foreldre	17.04.15	Helse- biblioteket	0	0	0	0
Søk 1	Diabetes type 1 "AND" Children "AND" parents	17.04.15	Pubmed	684	0	0	0
Søk 1	Diabetes type 1 "AND" Children "AND" parents "AND" newly diagnosed	17.04.15	Pubmed	32	7	6	3
Søk 1	Diabetes type 1 "AND" children "AND" parents	17.04.15	Cinahl Complete	328	0	0	0
Søk 1	Diabetes type 1 "AND" parents "AND" children "AND" newly diagnosed	17.04.15	Cinahl Complete	18	2	2	0
	Diabetes type 1 "AND" children	17.04.15	Science direct	73	1	1	0
Søk 2	Diabetes type 1 "AND" children "AND" parents "AND" experiences	17.04.15	Cinahl Complete	35	2	2	1
Søk 3	Diabetes type 1 "AND" hospitalized children "AND" parents	17.04.15	Cinahl Complete	2	0	0	0
Søk 2	Diabetes type 1 "AND" hospitalized children "AND" parents	17.04.15	Pubmed	11	4	3	1

Søk 3	Diabetes type 1 "AND" Hospitalized children "AND" experiences	17.04.15	Pubmed	2	2	2	1
Søk 4	Diabetes type 1 "AND" experiences "AND" At hospital	17.04.15	Cinahl Complete	18	0	0	0
Søk 5	Diabetes type 1 "AND" perceptions "AND" At hospital	17.04.15	Cinahl Complete	9	1	1	1
Søk 4	Diabetes type 1 "AND" children perspective	23.04.15	Pubmed	49	5	5	1
Søk 6	Diabetes type 1 "AND" children perspective	23.04.15	Cinahl Complete	6	0	0	0

Vedlegg 3 – sjekkliste for kvalitetssikring

Sjekkliste for kvalitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter (2014).

Studie	Er formålet med studien klart formulert ?	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen ?	Er studie-designet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen ?	Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen ?	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført?	Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Er etiske forhold vurdert?	Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene?	Hvor nyttig er funnene i denne studien?
Ekra m.fl. (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Howe m.fl (2010)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	NYTTIG
Jönsson m.fl.(2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	NYTTIG
Kelo m.fl. (2013)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	MEGET NYTTIG
Rearick m.fl (2011)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	UKLART	JA	NYTTIG
Roper m.fl. (2009)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	UKLART	JA	JA	NYTTIG
Schmidt m.fl (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG
Sparud-Lundin m.fl. (2015)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	SVÆRT NYTTIG

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

Studie	A) Hensikt: Hvilken metode er benyttet? Er designet relevant for å besvare problemstillingen?	B) Utvalg: 1) Er kriteriene for utvalget tydelig beskrevet? 2) Hvor gjennomføres undersøkelsen? 3) Hva er utvalget? 4) Er utvalget feil?	C) Metode for datasamling: 1) Er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2) Beskrives metoden tydelig? 3) Er data systematisk samlet?	D) Dataanalyse: 1) Hvordan er begrep, temaer og kategorier utviklet og tolket? 2) Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) Er resultatet troverdig og pålitelig? 4) Er det stabilitet og overenstemmelse? 5) Er resultatet diskutert med utvalget? 6) Finnes det bevis på at resultatet er basert på den innsamlede data?	E) Evaluering: 1) Kan resultatet sammenliknes med forsknings-spørsmålet? 2) Støtter innsamlet data forskerens resultater? 3) Har resultatet klinisk relevans?
Ekra m.fl. (2012)	Metode: Dybdeintervjuer Designet: Relevant	1: JA 2: Sykehus 3: Ti barn i alderen 6-12 år, 4: NEI	1,2,3: JA	1: Analyse (van Manen ble anvendt) 2,3,4,6: JA 5: NEI	1,2,3: JA
Howe m.fl (2010)	Metode: Dybdeintervjuer og spørreundersøkelse. Designet: Relevant	1: JA, 2: Sykehus 3: 63 foreldre. 4: NEI	1,2,3: JA	1: Analyse (Nvivo ble anvendt) 2, 3, 4, 6: JA 5: NEI	1,2,3: JA
Jönsson m.fl.(2012)	Metode: Intervjuer Designet: Relevant	1: JA 2: I hjemmene 3: 18 foreldre, 4:NEI	1,2,3: JA	1: Analyse (deduktiv innholdsanalyse og Mol's teori) 2, 3, 4, 5, 6: JA	1,2,3: JA
Kelo m.fl. (2013)	Metode: Intervjuer Designet: Relevant	1: JA 2: Sykehus 3: 12 barn, 19 foreldre 4: NEI	1,2,3: JA	1: Analyse 2, 3, 4, 6: JA 5: NEI	1,2,3: JA

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

Studie	A) Hensikt: Hvilken metode er benyttet? Er designet relevant for å besvare problemstillingen?	B) Utvalg: 1) Er kriteriene for utvalget tydelig beskrevet? 2) Hvor gjennomføres undersøkelsen? 3) Hva er utvalget? 4) Er utvalget feil?	C) Metode for datasamling: 1) Er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2) Beskrives metoden tydelig? 3) Er data systematisk samlet?	D) Dataanalyse: 1) Hvordan er begrep, temaer og kategorier utviklet og tolket? 2) Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) Er resultatet troverdig og pålitelig? 4) Er det stabilitet og overenstemmelse? 5) Er resultatet diskutert med utvalget? 6) Finnes det bevis på at resultatet er basert på den innsamlede data?	E) Evaluering: 1) Kan resultatet sammenliknes med forsknings-spørsmålet? 2) Støtter innsamlet data forskerens resultater? 3) Har resultatet klinisk relevans?
Rearick m.fl (2011)	Metode: Intervjuer (STED-metoden) Designet: Relevant	1: NEI 2: I hjemmet 3: 21 foreldre 4: NEI	1, 2, 3: JA	1: Analyse, funne ble slått sammen i ulike temaer 2, 3, 4, og 6: JA 5: NEI	1, 2, 3: JA
Roper m.fl. (2009)	Metode: Intervjuer Designet: Relevant	1: NEI 2: I hjemmet 3: 58 barn og unge 4: NEI	1, 2, 3: JA	1: Analyse, induktiv 2, 3, 4, 6: JA 5: NEI	1, 2, 3: JA
Schmidt m.fl (2012)	Metode: Intervjuer Designet: Relevant	1: JA 2: I hjemmet 3: 20 barn og 25 foreldre 4: NEI	1, 2, 3: JA	1: Analyse (Knafl og Websters reduksjonistiske og konstruksjonistiske trinn) 2, 3, 4, 6: JA 5: NEI	1, 2, 3: JA
Sparud-Lundin m.fl.(2015)	Metode: Intervjuer Designet: Relevant	1: JA 2: På to pediatriske sentre 3: 17 foreldre 4: JA	1, 3, 3: JA	1: Analyse, likheter og forskjeller ble identifisert 2, 3, 4, 5, 6: JA	1, 2, 3: JA

Vedlegg 3 – Litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Schmidt, C.A., Bernaix L.W., Chiappetta M. Carrol E. og Beland A. (2012). In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions of children and parents. <i>American Journal of Maternal Child Nursing</i> . Vol 37, Nr. 2, s. 88-94.	Formålet med denne studien var å få oversikt over barnas og foreldrenes oppfatninger av den første sykehusperioden som inneholder den innledende fasen med undervisning og støtte fra sykepleierne.	Children Diabetes education Parents Type 1 diabetes Self-care skills	Utvalg: Tjue barn i alderen 8-15 år sammen med 25 foreldre. Data: Det ble anvendt kvalitative metode. En intervjuguide for barn ble brukt for å lokke frem barnas og foreldrenes oppfatninger. Analyse: Svarene ble overført til felles kategorier. Reduksjonistiske og konstruksjonistiske trinn ble brukt for å analysere data.	Barna beskrev symptomene på diagnosen, turen til sykehuset og starten på behandlingen som «å være i en tåke». Barna rapporterte om liten forståelse for hva som skjedde. Under sykehusinnleggelsen følte barna at de hyppige, men nødvendige, helsemessige tiltakene var invaderende og forstyrrende. Samt det å bli vekket opp om natten. Barnas foreldre rapporterte om sterkt emosjonelt ubehag relatert til barnets diagnostisering. Mange følte seg redde og triste. Noen var preget av skyld. Både barna og foreldrene var fornøyde med omsorgen og opplæringen de mottok under innleggelsen. Spesielt nyttig var det at sykepleierne viste kunnskaper, demonstrerte tiltak i praksis, var betryggende, samt forsikret familiene om at barna kan leve gode liv, til tross for diagnosen.	Artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den gir innblikk i barnas og foreldrenes erfaringer, tanker og følelser den første tiden mens barna er innlagt på sykehus. Med konstruktive tilbakemeldinger kan sykepleierne få et inntrykk av hva som fungerer – og ikke. Dette kan igjen fremme sykepleietiltakene, samt sykdomshåndteringen hos barna og deres foreldre.

Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Roper, S.O., Call, A., Leishman, J. Ratcliffe, G.C., Mandleco, B.L., Dyches, T.T. og Marshall, E.S. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. <i>Journal of advanced nursing</i> . Vol. 65. Nr. 8, s. 1705-1714.	Studiens mål var å beskrive hva barn og unge med diabetes type 1 visste og ville vite om sykdommen.	Adolescents, children, diabetes education, interviews, nursing, type 1 diabetes	<p>Utvalg: 58 barn og unge i alderen 8-18 år med diabetes type 1 deltok i studien.</p> <p>Data: Kvalitativ metode ble tatt i bruk ved å intervju alle de ulike deltakerne. Alle intervjuene foregikk hjemme hos deltakerne og ble tatt opp på lyd-opptak.</p> <p>Analyse: Det ble tatt i bruk en induktiv analyse for å finne ulike temaer i intervjuene. Ved hjelp av et åpent koding-system, kom forfatterne frem til flere store temaer: omsorg, psykologi, konsekvenser, behandling, effekter på familien og erfaringer ved diagnostiseringstidspunkt.</p>	<p>Det viser seg at barn og unge har noe kunnskap om diabetes type 1, men fortsatt har et ønske om å få ytterligere informasjon om blant annet om egenomsorgen som behøves når de kommer hjem, fysiologiske reaksjoner i kroppen og om konsekvensene som sykdommen kan gi. De hadde et ønske om å få tilrettelagt informasjon på deres premisser.</p> <p>Et klart resultat i studien viser til at barn og unge som har blitt diagnostisert med diabetes type 1, befinner seg i en sårbar situasjon. Barn og unge har og vist seg å være i stand til å artikulere når de får mulighet til dette.</p>	Studien er relevant for vår oppgave da den gir en god oversikt over hva barn og unge med nyoppdaget diabetes type 1 ønsker å vite om sykdommen og deres behov for god undervisning og informasjon. Barn og unge ønsker å få muligheten til å stille spørsmål om sykdommen.

Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Ekra, E.M. og Gjengedal, E. (2012). Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness – A phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> . Vol 7.	Målet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer barn som blir innlagt på sykehus med nyopplaget diabetes type 1 har. Videre ønsket en å få en økt forståelse for de følelsesmessige påvirkningene dette har på barnas livskvalitet.	Hospitalized children, lived experience, hospital environment, type 1 diabetes, bodily changes, hermeneutic phenomenological method	Utvalg: Fem gutter og fem jenter med nyopplaget diabetes type 1 i aldersgruppen 6 til 12 år, deltok i studien. Deltakerne var rekruttert i fra en barneavdeling i Norge. Data: Kvalitativ metode ble benyttet. Hver av deltakerne ble intervjuet med en av foreldrene til stedet. Emne i intervjuene var rettet mot barnas erfaringer og deres forståelse knyttet til sykdom og behandling, de fysiske og sosiale miljøene, og barnas forhold til familien, de ansatte og andre barn på avdelingen. Analyse: For å undersøke barnas opplevelser av å være syk og innlagt i sykehus, ble det benyttet en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming (van Manen), der fokuset ble rettet mot barnas livsverden.	Flere barn uttrykte at det var utfordrende å bli diagnostisert med en kronisk sykdom. Et godt, tilpasset miljø, med foreldrenes tilstedeværelse var avgjørende for deres opplevelse av å være innlagt i sykehus. Barna ble etter hvert i stand til å håndtere de nye omstendighetene. Foreldrenes nærhet var viktig, da de gav god støtte til barna. Flere av barna opplevde likevel en følelse av hjemlengsel, og at de kunne motta besøk og holde kontakt med venner var avgjørende. Barnas største bekymring var ikke det å bli innlagt i sykehus, men knyttet til det å få en kronisk sykdom. Noen av deltakerne uttrykte også bekymringer for fremtiden. Mange av deltakerne uttrykte frykt for diabetesbehandlingen, da det å sette injeksjoner var skremmende. Barna erfarte at de fikk symptomer som tørste, hyppige toalettbesøk, sultfølelse,	Denne studien er relevant for vår oppgave da den gir en god oversikt over hvordan barn med nyopplaget diabetes type 1 erfarte å være innlagt i sykehus. De satte pris på tilrettelagt opplæring, god informasjon, og at foreldrene fikk være til stede.

				<p>vektnedgang, hodepine og magesmerter.</p> <p>Hypoglykemi var en merkelig opplevelse for barna. De ble svimmel, sulten, svett og gretten. Barna var engstelig for å utvikle hypoglykemi om natten, under aktiviteter eller når de var alene.</p> <p>Helt i fra begynnelsen av sykehusinnleggelsen opplevde barna å få god opplæring i injeksjonsteknikk og blodsuktermåling. Sykepleierne viste hvordan de skulle håndtere det medisinske utstyret, slik at de gradvis klarte å stikke seg selv.</p> <p>De fleste av barna hadde hørt om diabetes, men hadde begrenset forståelse for hva sykdommen innebar. Det var ofte vanskelig for barna å forstå ”voksen snakk”, og prøvde ofte å finne på andre ting i stedet for å følge med på diabetes opplæringsprogrammet.</p>	
--	--	--	--	--	--

Litteraturmatrikse 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>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. <i>BMC Pediatrics</i>. Vol. 12, Nr. 165.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive foreldres oppfatninger ved den pedagogiske prosessen som foregikk når deres barn ble diagnostisert med diabetes type 1.</p>	<p>Diabetes education, children, parents, qualitative research, type 1 diabetes</p>	<p>Utvalg: Ti mødre og åtte fedre av svenske barn med nyoppdaget diabetes type 1 deltok i studien.</p> <p>Data: Kvalitativ metode ble tatt i bruk, hvor foreldrene ble intervjuet, tre til seks måneder etter at barnet hadde fått diagnosen.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble analysert ved å ta i bruk deduktiv innholdsanalyse og Mol's filosofiske teori.</p>	<p>Et utgangspunkt i diabetesundervisningen bør være å spørre foreldre om hva de allerede vet om diabetes eller om de kjenner noen som har diabetes.</p> <p>Flere av deltakerne uttrykte at de ønsket god opplæringen av injeksjonsteknikker, kostholdsveiledning og opplæring i blodsuktermålinger.</p> <p>Flere foreldre hadde satt et mål om hva som er lavt og høyt blodsukkernivå, uavhengig av hvilket glukosenivå barnet ville få hypoglykemi på.</p> <p>Noen av deltakerne opplevde å få utlevert brosjyrer og bøker, uten at sykepleier diskuterte eller viste til innhold i disse.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da den viser til foreldres behov for god undervisning og veiledning. De hadde behov for å få god informasjon om behandling, komplikasjoner, symptomer og kosthold.</p>

Litteraturmatrikse 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Howe C.J, Ayala J., Dumser S., Buzby M. og Murphy K. (2010). Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. <i>Journal of Pediatric Nursing</i>. Volume 27, Issue 2, Pages 119–126</p>	<p>Målet med studien var å undersøke hva slags forhold foreldre til barn med type 1 diabetes hadde til helsearbeidere i tiden de var på sykehuset.</p> <p>Spesielt ville studien undersøke hvilke former for samarbeid mellom helsepersonell og foreldre angående barnets diabetes, som ble oppfattet som nyttige, og hvilke som ble oppfattet som mindre nyttige.</p>	<p>Parent-provider relationships, type 1 diabetes, children, adolescence</p>	<p>Utvalg: 63 foreldre til barn med type 1 diabetes.</p> <p>Data: Dybdeintervjuer og spørreundersøkel se. Kvalitativ og kvantitativ metode ble benyttet.</p> <p>Analyse: Intervju tatt opp på lydband ble transkribert ved hjelp av NVivo. Deretter ble datamaterialet innholdsanalyisert og satt sammen.</p>	<p>Foreldrene presenterte tre hovedpunkter de mente var med på å skape en god relasjon til helsearbeiderne.</p> <p>1. Å legge grunnlaget: Helsearbeiderens egenskaper og kvaliteter i samspillet med foreldrene legger det første grunnlaget for et godt eller dårlig forhold, og et nyttig eller unyttig samarbeid. Sykepleiernes førsteinntrykk var viktig, det var avgjørende om hun var oppriktig, varm, åpen, hvordan hun fikk foreldrene til å føle seg og om hun tok seg god tid.</p> <p>2: Utøve klinisk sykepleie: Foreldrene ønsket at sykepleierne utøvede god klinisk sykepleie og tilbydde terapeutiske samtaler.</p> <p>3: Inkludere foreldrene som partnere: Når sykepleierne engasjerte familien som samarbeidspartnere markerte dette en grad av godt samspill. Samspillet var preget av gjensidig tillitt og respekt.</p>	<p>Artikkelen er svært relevant for vår oppgave. Den viser foreldrenes behov for omsorg, trygghet og delaktighet i barnets sykdoms- og behandlingsprosess. Gjennom et innblikk i foreldrenes synspunkter, kan helsearbeidere få et inntrykk av hvordan de på best mulig måte kan støtte barn og foreldre og videre hjelpe dem til å leve et godt liv med diabetesen.</p>

Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Kelo M., Eriksson E., Eriksson I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . Volume 27, Issue 4, pages 894–904.	Studien ønsker å undersøke hvordan barn med en kronisk sykdom og deres foreldre beskriver opplæringen de får den første tiden mens de er innlagt på sykehus.	Children Chronic illness Parent Patient Education Qualitative study	Utvalg: 12 finske barn (5-12 år) innlagt i sykehus med en nyoppdaget kronisk sykdom, samt 19 foreldre. Data: Det ble anvendt en kvalitativ, beskrivende metode. Data ble hentet ut gjennom intervjuer. Analyse: Beslektede setninger og avsnitt, ble plassert i tre kategorier. Kategoriene ble deretter vurdert og delt videre i seks underkategorier. Positive og negative resultater, angående sykdomsmestring etter opplæringen, ble plassert hver for seg.	Barna følte stor trygghet i at foreldrene var til stede, og at de ble inkludert i opplæringen. De hadde en positiv opplevelse når sykepleierne ikke brukte vanskelige ord, men forklarte dem på en lett måte hvordan de skulle ta vare på seg selv. Foreldrene opplevde at når barnet ble diagnostisert med en kronisk sykdom slet de med usikkerhet, frykt, sorg og fortvilelse. Noen av foreldrene følte seg mindre i stand til å ta til seg informasjon, stille spørsmål eller huske den informasjonen som allerede var blitt gitt. Sykepleierens kunnskap, evne til å ta vare på barn og deres pårørende, minske frykt og smerte gjennom medisinsk og ikke-medisinsk behandling og legge til rette for passende aktiviteter, opplevde barn og foreldre som av stor betydning for oppholdet. Sykepleiernes personlige egenskaper som at hun var vennlig, oppmuntrende, bestemt, tålmodig og hadde humor opplevde både foreldre og barn som positivt.	Denne studien gir oss et viktig innblikk i forhold til hva barn og foreldre opplever som god opplæring, omsorg og pleie i løpet av perioden på sykehus. Den viser hvilke sykepleiehandlinger og egenskaper foreldre og barn verdsetter høyt.

Litteraturmatrikse 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Rearick, E.M., Sullivan-Bolyai, S., Bova, C. Og Knafl, K.A. (2011). Parents of children newly diagnosed with type 1 diabetes. <i>The diabetes educator</i> . Vol. 37, Nr. 4.	Hensikten med denne studien var å beskrive erfaringer som foreldre med barn med nyoppdaget diabetes type 1 har, ved å ta i bruk STEP metoden samt FaMM – familie-fokuserte tiltak.	Child Adults Diabetes mellitus type 1 Health-education	<p>Utvalg: 21 foreldre av barn med nyoppdaget diabetes type 1 ble intervjuet, der 11 av disse tok del i FaMM-programmet. Barna var under 12 år.</p> <p>Data: Kvalitativ metode ble tatt i bruk ved at deltakerne ble intervjuet ved hjelp av STEP metoden. Kvantitativ metode ble tatt i bruk ved hjelp av FaMM-programmet.</p> <p>Analyse: Intervjuene og de ulike scorene i FaMM-programmet ble analysert i paralleller og slått sammen i ulike temaer.</p>	<p>Nødvendigheten av å tilpasse seg barnets nye diagnose og tilhørende omsorg var et gjennomgående funn. Flere av deltakerne uttrykte at kommunikasjon på tomannshånd med en egen mentor var avgjørende. Samtaler rundt de praktiske tipsene deltakerne fikk, viste seg å være hensiktsmessig. De hadde da mulighet til å få hjelp og stille spørsmål etterfulgt av ærlige svar.</p> <p>Flere av deltakerne erfarte at å vite at en mentor alltid var tilgjengelig, gjorde stressfulle situasjoner mer uutholdelig. De kunne kontakte mentoren til enhver tid, da barnet var innlagt i sykehus. Hyppig kontakt var en viktig støtte og forsterket deres læringsutbytte, da de var overveldet på det tidspunktet barnet ble diagnostisert.</p> <p>De ble fortalt at det hadde vært og ville bli vanskelige dager når de skulle tilbake til hverdagslivet, noe deltakerne satte pris på å høre.</p>	I denne studien får en et innblikk i den emosjonelle støtten foreldre med nyoppdaget diabetes type 1 behøver. En trenger tilrettelagt informasjon, gjerne fra en person som de kan sammenligne seg selv med og viser forståelse for den situasjonen de befinner seg i.

Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Sparud-Lundin C. og Hallström I., (2015). Parents' Experiences of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes. <i>Qualitative Health Research 1-10</i> .	Studiens mål er å undersøke foreldrenes erfaringer med to ulike former for diabetes-sykepleie: sykepleien som foregår på sykehuset de første ukene, og sykepleien som blir gitt på poliklinikken i tiden etterpå.	Type 1 diabetes, children, diabetes care, family-centered care, interviews, grounded theory	Utvalg: 11 mødre og 6 fedre til diabetesrammede barn i tiårsalderen. Studien foregikk i Sverige. Data: Intervjuer ble foretatt 8-10 måneder etter diagnose-tidspunktet. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. Analyse: Foreldrenes tanker, følelser og erfaringer ble sortert i forskjellige kategorier. Likheter og forskjeller ble vurdert.	Foreldrene rapporterte at sykehusets omgivelser var lite egnet for familier, spesielt i tilfeller der flere familier måtte dele rom. Foreldrene opplevde lite privatliv og følte seg ukomfortable med å utleverte sensitiv informasjon når det var flere pårørende til stede. Alle deltakerne i undersøkelsen erfarte at sykehusavdelingen var lite rettet mot barn med diabetes. En grunn til det var at alle måltidene ble utdelt på bestemt tidspunkt. Foreldrene oppfattet dette som stressende i forhold til å holde barnets blodsukker stabilt. Maten var i tillegg lite egnet for diabetikere og utvalget var begrenset. Foreldrene beskrev seg som ivrige etter å lære, men følte seg «over-informert» de første dagene. Likevel satte foreldrene pris på informasjonen de fikk, og opplevde den som nyttig. Erfaringer med personalets diabetes-kompetanse varierte. De vanlige sykepleierne gjorde sitt beste, men det var åpenbart at pleierne ikke var eksperter på diabetes, noe som kunne føre til frustrasjon hos foreldrene. Mangel på tillitt kunne føre til konflikter. Likevel ble sykepleien generelt vurdert som god, og foreldrene satte stor pris på å ha sykepleierne tilgjengelige.	Studien er svært relevant for vår oppgave. Undersøkelsen bidrar blant annet til økt forståelse for hvordan foreldre opplever den innledende fasen på sykehus, og hvordan dette påvirker deres læringsprosess.

