



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	339
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	9423
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	39
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Trygghet til foreldrene og barnet som er innlagt med  
nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1

Feeling of safety for the parents and the hospitalized  
child with Diabetes Mellitus type 1.

**Kandidatnummer: 339**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

**Innleveringsdato: 21.05.2021**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle  
kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Innhold

1.0 Introduksjon .....	5
1.0.1 Innledning .....	5
1.0.2 Problemstilling med problemformulering .....	7
1.0.3 Begrunnelse for problemstilling .....	7
1.0.4 Begrepsavklaringer .....	8
1.1 Bakgrunn .....	9
2.0 Metode .....	15
2.0.1 Design .....	15
2.0.2 Søkeprosess .....	15
2.0.3 Kritisk vurdering av artikler.....	18
2.0.4 Analyse og syntese.....	19
2.0.5 Kritikk av metode.....	20
2.0.6 Etske vurderinger .....	20
3.0 Syntese .....	21
3.0.1 Foreldrenes akutte behov for emosjonell støtte. ....	21
3.0.2 Mestring i undervisningsperioden. ....	23
4.0 Diskusjon .....	24
4.0.1 Resultatdiskusjon.....	24
4.0.1.1 Sykepleierens utfordringer med å møte emosjonelle behov .....	24
4.0.1.2 Mestring i undervisningsperioden for den komplekse familien. ....	27
4.0.2 Metodediskusjon .....	30
5.0 Konklusjon med perspektivering.....	30
Referanseliste.....	32
Vedlegg 1 PICO-skjema .....	36

Emne: BSS9, Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 339

Dato: 21.05.2021

Vedlegg 2 Flytskjema .....	39
Vedlegg 3 Samleskjema .....	40
Vedlegg 4 PICO-skjema med Søkeord .....	49

Emne: BSS9, Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 339

Dato: 21.05.2021

**Liste over tabeller:**

Tabell 1: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Tabell 2: Databaser og antall treff.

# 1.0 Introduksjon

## 1.0.1 Innledning

### **Sammendrag**

**Bakgrunn med mål:** I 2019 var det 426 barn med gjennomsnittsalder på 7,6 år som fikk diagnosen diabetes type 1. 26% av disse barna hadde ketoacidose ved diagnositidspunktet. Dette er en skremmende opplevelse, både for barnet som er innlagt og foreldrene.

Problemformulering blir da som følger; «Hvordan kan man som sykepleier fremme trygghet og mestring hos foreldrene og barnet som er innlagt med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?».

**Metode:** En systematisk litteraturstudie som inkluderte en kvantitativ og fem kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Foreldrene følte generelt på sjokk, sorg, og skyldfølelse da barnet ble diagnostisert med Diabetes type 1. Barnet følte også på frykt og tristhet da hen fikk diagnosen. Foreldre påpekte at om helsepersonell tok for seg foreldrenes bekymringer og angst i forkant, ville de være mer mottakelige for den praktiske informasjonen. Helsepersonell som brukte medisinsk terminologi, og som var avvisende eller dømmende, var til hinder for at familien kunne kjenne på trygghet og mestring. En studie viste at foreldre som fikk overlappende og gjentakende informasjon, hadde størst læringsutbytte. Foreldrene fortalte at de profitterte mest da de ble oppmuntret til å gjøre alt selv på sykehuset og på den måten bli bevisst på viktigheten av å lage et diabetesregime som er gjennomførbart.

**Konklusjon:** Som sykepleier er det i løpet av en to ukers innleggelse mye kunnskap og undervisning som skal formidles til foreldrene og barnet. Det er viktig for familiene å bli møtt med varme og åpenhet og at man viser dem at man har god tid til dem. Som sykepleier bør en la foreldrene og barnet fortelle om sine bekymringer før undervisningen starter. Som sykepleier bør en bli kjent med familien slik at man kan tilpasse undervisningen og behandlingen etter familiens behov, ressurser og utfordringer. I løpet av undervisningen er det viktig å tilpasse informasjonen og språket etter foreldrene og barnas forståelsesevne og kunnskap, og repetere informasjonen flere ganger.

## **Abstract**

**Background:** In 2019, 426 children at an average age of 7,6 years were diagnosed with Diabetes type 1. 26% of the children had ketoacidosis at the time of diagnosis. This is a frightening experience both for the child and the parents. The research question therefore is “How can the nurse promote the feeling of safety and coping in parents and the child who is admitted with newly diagnosed Diabetes Mellitus type 1?”.

**Method:** A systematic literature review containing one quantitative and five qualitative research articles.

**Results:** In general, the parents had feelings of shock, grief, and guilt when the child was diagnosed with Diabetes Mellitus type 1. The children also felt fear and sadness when they were diagnosed. Parents pointed out that if health personnel let the parents talk about their worries and concerns, they would feel more receptive to the practical information. If health personnel used medical terms, behaved dismissively or judgmentally, this was an obstacle for the families’ feeling of safety and coping. Parents who got overlapping and repetitive information had more knowledge at discharge. The parents felt they profited the most when they were encouraged to do everything themselves at the hospital, and then became aware of the importance of a diabetes care plan that was manageable for them.

**Conclusion:** As a nurse it is a lot of information and knowledge that must be taught to the parents and the child during hospitalization. It is important for the families to be met with warmth and openness, and to show them that you have time for them. As a nurse one should let the parents and the child share their concerns before the teaching is to begin. One should also get to know the family in order to be able to adapt the teaching and treatment to their needs, resources and challenges. During the lessons it is important to adapt the teaching and language to the parent’s and child’s ability to understand, level of knowledge and to repeat information.



## 1.0.2 Problemstilling med problemformulering

Diabetes type 1 er en krevende diagnose å forholde seg til som et lite barn, og det er en omstilling for hele familien. 26% av barn som fikk påvist diabetes i 2019 hadde allerede påbegynt ketoacidose (Diabetesforbundet, 2021). Dette er en skremmende opplevelse hvor mangel på insulin i kroppen har ført til opphopning av fettsyrer i blodet, og barnet får økt pH i blodet. Dette fører til koma og i verste fall død om ikke barnet får insulinbehandling (Diabetesforbundet, 2021). Under innleggelsen og etter utskrivelsen skal barnet sammen med foreldre lære hvordan en kan leve med sykdommen resten av livet. Dette krever en sykepleier som ser barnet og familien rundt slik at de får best mulig rammer for å mestre den nye hverdagen.

Problemformulering blir da som følger; «Hvordan kan man som sykepleier fremme trygghet og mestring hos foreldrene og barnet som er innlagt med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?».

## 1.0.3 Begrunnelse for problemstilling

Jeg syns dette er et interessant tema som jeg vil lære mer om fordi jeg har et ønske om å jobbe med barn og deres foreldre, eventuelt på barneavdeling, etter at jeg er ferdig utdannet. Som sykepleier er det da viktig å fremme trygghet og tillit i familien slik at påkjenningen ved å være innlagt på sykehus blir minst mulig. Da kan man som sykepleier minimere stressfaktoren sånn at familien får et best mulig utgangspunkt til å mestre barnets diabetes type 1, og man reduserer sjansen for at barnet og foreldrene sitter igjen med en vond opplevelse av innleggelsen.

For å begrense fokusgruppen har jeg valgt å fokusere på foreldre til barna innenfor aldersgruppen 6-12 år. Jeg har blant annet valgt denne gruppen fordi diabetes type 1 forekommer sjeldent hos barn i de første leveårene, men øker jevnt jo høyere alderen er, med en topp i pubertetsårene (Grønseth og Markestad, 2017, s.321). Dermed er sjansen større for at pasienter fra 6 år og oppover blir lagt inn for nyoppdaget diabetes. Ifølge Piaget

Emne: BSS9, Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 339

Dato: 21.05.2021

er barna da i det konkret-operasjonelle stadiet hvor de er avhengig av tydelig informasjon for å forstå abstrakte fenomener og knytte det til konkrete handlinger (Omhelse, 2020). Fordi pasientene i dette stadiet har variasjon i kognitiv utvikling, er det en gruppe man kanskje lett kan overvurdere de kognitive evnene og forståelsen hos. Man kan forklare handlinger og prosedyrer utydelig, og man kan bruke feil ord som gjør at de misforstår hva som skal skje. I en ukjent tilværelse skaper dette forvirring, usikkerhet og kan forsterke stressfølelsen hos pasienten istedenfor å fremme trygghet og mestring. I tillegg er barn i utgangspunktet en sårbar pasientgruppe som er avhengig av trygge voksne som kan hjelpe dem når vanskelige situasjoner som nyoppdaget diabetes oppstår. Da er det viktig å bidra til at foreldrene kan gi barna den støtten de trenger.

#### 1.0.4 Begrepsavklaringer

##### Barn, barnet:

Barn mellom 6-12 år av begge kjønn med diabetes type 1 diagnose.

##### Foreldre:

Mor og far, eller foreldre av samme kjønn. Kan være både biologisk og ikke-biologiske foreldre.

##### Diabetes:

Diabetes Mellitus type 1

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

### Kommunikasjon:

«Kommunikasjon er utveksling av informasjon (opplysninger, meninger, behov, ønsker og så videre) mellom individer og grupper. Språket er i denne forbindelse langt det viktigste middel» (snl, 2020). «Mimikk, gester, følelsesuttrykk, kroppsholdninger og kroppsspråk kan betraktes som alternative, ofte utfyllende eller korrigerende kommunikasjonsmidler» (snl, 2020).

### Tillit:

Det Norske Akademis Ordbok definerer tillit som «tro på, forvissning om at noen er til å stole på eller har de egenskapene som kreves for å mestre en bestemt situasjon, utføre en bestemt oppgave; tiltro» (NAOB, 2021).

### Trygghet:

Det Norske Akademis Ordbok definerer trygghet som å være trygg på noen, ikke være utsatt for fare, å ha en følelse av sikkerhet og ubekymrethet (NAOB, 2021). Store Norske leksikon definerer trygghet som psykologisk trygghet hvor «det mellom medlemmene i en gruppe er aksept for å ytre seg, stille spørsmål og gjøre feil» (SNL, 2020). I denne oppgaven tas det utgangspunkt i disse definisjonene hvor trygghet menes som en følelse av sikkerhet og ubekymrethet, at man er trygg på noen, og hvor det er rom for å stille spørsmål og gjøre feil.

### Mestring

Et begrep som viser til at en person håndterer utfordringer som en møter i løpet av livet. Det kan være konkrete oppgaver eller omfattende utfordringer som krever kompetanse og ferdigheter (SNL, 2018).

## 1.1 Bakgrunn

### Diabetes type 1

Diabetes type 1 er en «absolutt insulinmangel forårsaket av en autoimmun reaksjon der det

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

blir dannet antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhanske celleøyene i pankreas. [...] Når produksjonen ikke dekker kroppens behov, øker blodets glukoseinnhold, og det utvikles symptomer på hyperglykemi. Pasienten må da tilføres insulin for å overleve» (Stubberud et al., 2017, s. 53). Årsaken for diabetes skyldes sannsynligvis både genetikk og miljøfaktorer, og hovedsymptomene viser seg ofte i forbindelse med en luftveisinfeksjon. Hovedsymptomene er tørste, vekttap, hyppig urinering og sengevæting. Ved urin- og blodprøve vil man se glukose i urinen og høy konsentrasjon av blodglukose. Hvis ikke disse symptomene oppdages, utvikles det til diabetisk ketoacidose med slapphet, brekninger, magesmerter, dehydrering og acidose som kan føre til sjokk og koma (Grønseth og Markestad, 2017, s.321-322).

Om ikke barnet har utviklet ketoacidose ved oppdagelsestidspunktet, må hen likevel legges inn på sykehus fordi dette kan utvikle seg raskt hos barn. Ved ketoacidose har barnet ketoner i urinen, og i en blodgass viser syre-base-statusen metabolsk acidose (Grønseth og Markestad, 2017, s.321-322). I 2019 var det 426 barn med gjennomsnittsalder på 7,6 år som fikk diagnosen diabetes type 1. 26% av disse barna hadde ketoacidose på diagnosetidspunktet (Barnediabetesregisteret, 2019, s.3). Ved ketoacidose får barnet sjokkbehandling, insulin gis intravenøst for å redusere blodglukose nivået, og Ringers acetat gis for å redusere barnets dehydrering (Grønseth og Markestad, 2017, s.322).

#### Innleggelse på sykehus for barnet og foreldrene

I løpet av en to ukers innleggelse lærer barnet og foreldrene blant annet om diabetes og dens symptomer. De lærer om forebygging av hyper- og hypoglykemi, og hvordan de kan iverksette tiltak når det oppstår. Foreldrene og barn over syv år får opplæring i å blande, trekke opp og injisere insulin, bruk av insulinpenn og eventuelt pumpe, inspeksjon og bytte av injeksjonssted. Familien får også opplæring i å regulere insulindosen etter matinntak, fysisk aktivitet, sykdom og blodglukoseverdier. Det blir undervist i hvordan man måler blodglukoseverdier og hvordan en kan undersøke urinen for glukose og ketoner. En klinisk ernæringsfysiolog bør helst bidra til undervisningen med kostholdsveiledning. Familien bør

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

også få informasjon om diabetesforeninger, trygderettigheter og andre relevante tilbud. Målet med behandlingen er å oppnå god blodglukosekontroll slik at alvorlige komplikasjoner kan unngås, at barnet får et så selvstendig liv som mulig, og at en forebygger langtidskomplikasjoner (Grønseth og Markestad, 2017, s.323).

Sykdom og innleggelse på sykehus medfører engstelse, ubehag, uforutsigbarhet, usikkerhet, og ofte frykt og smerte. Samlet fører disse faktorene til økt stress, og dette fører igjen til nedsatt immunforsvar og sårtilheling, økt metabolisme som krever mer energi, forsterket smerteopplevelse og økt utrygghetsfølelse. Hvis stressnivået blir for høyt over lang tid, kan det også føre til negative reaksjoner i etterkant. De fleste barn får ikke varige mén etter innleggelse, og noen kan faktisk oppleve trygghet og lettelse fordi de får den hjelpen de trenger. Likevel er det viktig at man har fokus på å redusere stressmengden. De største kildene til stress er det å være i et fremmed og ukjent miljø, trussel om atskillelse fra foreldrene, undersøkelser, prosedyrer, behandling og begrenset mulighet til å delta i fritids- og andre meningsfulle aktiviteter (Grønseth og Markestad, 2017, s.63).

Sykepleie til barn er et felt som har vært i utvikling siden 70-tallet, og i 1988 fikk barna en egen forskrift som skulle sikre deres rettigheter på norske sykehus. Siden 2000 ble forskriften utvidet i pasient- og brukerrettighetsloven og i lov om spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 6). Den slår blant annet fast at barn har rett til å ha foreldre hos seg så mye barnet selv og foreldrene måtte ønske. Foreldre har også krav på hjelp til overnatting og mat. (Sykepleien, 2018). Familiestrukturene har i seg selv også vært i stor forandring. I dag har antall enslige foreldre og samboende foreldre økt. Det har blitt mer vanlig at foreldre skiller seg og gifter seg på nytt, og noen barn opplever at foreldre etablerer nye samboerskap flere ganger. Det har også blitt mer vanlig med familier som har barn fra tidligere samliv i tillegg til felles barn. Flere barn vokser også opp i flerkulturelle familier (NOU 2020: 14, s. 35).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) presenterte «The Human- to -Human Relationship Model» hvor

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

hun var opptatt av de mellommenneskelige forholdene og hvordan man kan finne mening i sykdom og lidelse. Ifølge Joyce Travelbee er sykepleie «en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Omhelse, 2021).

Hun beskriver et menneske-til-menneske forhold som en erfaring eller flere erfaringer mellom sykepleier og pasienten hen har omsorg for. Pasienten og familien får sine behov ivaretatt av sykepleieren som har evne til å kombinere intellektuell problemløsning med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleieren bruker seg selv terapeutisk ved å anvende sin personlighet og kunnskap til å bidra til forandring hos pasienten. Hvis det bidrar til at plagene avtar, kan denne forandringen kalles terapeutisk (Omhelse, 2021).

Empati betegner Joyce Travelbee som «evnen til å gå inn i, eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk» (Omhelse, 2021). Sykepleieren kan ikke oppleve empati med alle syke mennesker, men evnen til empati kan utvikles ved å arbeide bevisst med det (Omhelse, 2021).

### Jean Piaget sin utviklingsteori

Jean Piaget (1896-1980) mente at barnet rundt seksårsalderen hadde en bratt kognitiv utvikling. I denne alderen er barnet i det konkret- operasjonelle stadiet hvor en lærer å utføre logiske og konkrete handlinger. Barnet vil likevel ikke forstå abstrakte fenomener og har behov for at det blir forklart ved å tilknytte fenomenet konkrete handlinger eller situasjoner. Ved syv-åtte års alderen vil barnet forstå konservering av mengde, ved niårsalderen forstår barnet hva vekt er, og ved elleveårsalderen forstår barnet volum. I denne fasen lærer også barnet reversibel tenking og å gruppere objekter etter ulike egenskaper (Omhelse, 2021).

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

## Tilknytningsteori

John Bowlby (1907-1990) var kjent for sin teori om at barnets følelsesmessige tilknytning til omsorgsgiveren hadde fundamental betydning for barnets psykologiske utvikling. Han la også grunnlaget for dagens holdning på sykehus og institusjoner om at det er gunstig behandlingsmessig å la barna ha foreldrene mest mulig til stede ved innleggelse. Denne holdningen oppstod fordi Bowlby etablerte begrepet "separasjonsangst" som omhandler angsten barnet kjenner på når omsorgsgiveren ikke er til stede. Det er gunstig for barnet å søke tilbake til en trygg base for å unngå fare og å sikre overlevelse. Omsorgsgiverens respons til barnets angstreaksjon har innvirkning på barnets angst og bygger en mental representasjon for hvilke personer og på hvilke måter hen kan få trygghet i fremtiden (SnI, 2020).

Mary Ainsworth forsket på barnets tilknytning til moren og er kjent for fremmedsituasjonsforsøket. Barnet ble en stund forlatt av mor for å sitte alene igjen med en fremmed. Reaksjonen til barnet da moren kom tilbake, kunne Ainsworth klassifisere enten som trygg tilknytning, utrygg ambivalent tilknytning eller utrygg unnvikende (SnI, 2018). «Ainsworth hevdet at barn med utrygg ambivalent tilknytning hadde foreldre som møtte barnets behov på en inkonsistent måte. Barn med utrygg unnvikende tilknytning ble hevdet å ha foreldre som ikke reagerte, eller var utilgjengelige når barnet viste tegn til stress og angst. Hun hevdet at typeplasseringen sa noe om kvaliteten på den følelsesmessige tilknytningen barna ville erfare videre i livet» (SnI, 2018).

## Kriseteori og kommunikasjon

Johann Cullberg er en svensk psykiater, og han definerer en traumatisk krise som «en situasjon der en person psykisk føler sin fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter truet» (NHI, 2014). Han deler traumatiske kriser inn i fire faser: Sjokkfasen som kan vare fra sekunder til dager, reaksjonsfasen som kan vare fra en til åtte uker, bearbeidingsfasen som kan vare opptil et halvt år og nyorienteringsfasen som kan vare resten av livet (NHI, 2014).

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

I sjokkfasen kan personen ofte virke rolig utad, og det kan være vanskelig for andre å oppfatte at en er i sjokk. Likevel vil man kunne observere at personen virker fjern, og mange opplever en drømmeaktig tilstand med en følelse av uvirkelighet. Fysiologiske reaksjoner som svetting, skjelving, blekhet og fysisk uro kan oppstå (Eide & Eide, 2018, s.78). I reaksjonsfasen kommer følelsene som en har undertrykt i sjokkfasen, frem. Dette kan være følelser som sinne, aggresjon, angst, depresjon og sorg. I bearbeidingsfasen bearbeider man det som har skjedd, og man kan ha behov for å snakke om situasjonen. Dette gjør at personen klarer å komme over i nyorienteringsfasen hvor man aksepterer den nye situasjonen. Hvis man klarer å komme igjennom disse fasene, kan man oppleve vekst og modning, tilsvarende vil man oppleve stagnasjon hvis ikke krisen blir bearbeidet. Hvordan hvert menneske går igjennom de forskjellige fasene, er individuelt og avhenger av støtten fra omgivelsene og egne ressurser (NHI, 2014).

Ved psykisk førstehjelp for mennesker i krise er det viktig at en som sykepleier kommuniserer åpent og anerkjennende og er en aktiv lytter slik at man forebygger langtidsskader og regresjon. En må vise medmenneskelighet til pasienten, la pasienten få avregere, godta reaksjoner og ikke være bebreidende mot pasienten, berolige, oppmuntre og legge vekt på at det er naturlige reaksjoner etter urimelige påkjenninger (Eide & Eide, 2018, s.79).

Det er barnets opplevelse som bestemmer hva som oppleves som en krise. Det betyr at det en voksen ser på som ufarlig, kan oppleves truende for barnet fordi hen forstår situasjonen annerledes. Det kan også være at barnet ikke forstår omfanget av situasjonen og dermed ikke oppfatter en situasjon som en krise. Barn kan reagere på svært forskjellige måter med for eksempel fysisk smerte som vondt i magen, hodepine og muskelsmerter. Barnet kan også oppleve uro og konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, skyldfølelse uten noen åpenbar grunn, sterke humørsvingninger, økt fysisk aktivitet og økt behov for nærhet og trygghet. Barnet kan også ha behov for å være for seg selv (Udir, 2016, s.4).

Både sykepleier og omsorgspersoner burde «gi barnet konkrete forklaringer. Ikke undervurder deres behov for å forstå, men tilpass dette til alderen. Vær åpen og ærlig uten å gi alle detaljer. Legg vekt på fakta. Dette kan stanse unødvendig forvirring og frykt. Et hendelsesforløp må



Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

ofte gjennomgås flere ganger. Lytt til barnet når det snakker om sine opplevelser, tanker eller bekymringer. Hjelp barnet med å rydde i tanker og bekymringer ved å snakke om det som angår barnet, og besvar alle spørsmål. Husk at barnet har rett til å ha sitt eget perspektiv. Ikke krev at barnet skal sette ord på følelsene sine» (Udir, 2016, s.7).

## 2.0 Metode

### 2.0.1 Design

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å utføre en litteraturstudie. I følge Thidemann er litteraturstudie en studie hvor man systematiserer informasjon fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Metode beskriver hvordan man går frem for å innhente forskning rundt det man ønsker å undersøke. Dette kan være generell data om flere enheter, eller det kan omhandle dypere spørsmål rundt færre enheter (Dalland, 2014, s. 112-113). I denne oppgaven blir det inkludert fem studier med kvalitativ metode da det er opplevelsen av trygghet og mestring hos foreldre og barnet som er hovedfokus. Kvalitativ metode viser dybden og kan gi informasjon om meninger og opplevelser til en mengde mennesker som ikke kan vises gjennom tall eller målinger i en statistikk. Kvantitativ metode viser data ut fra noe som er målbart (Dalland, 2014, s. 112). En studie med kvantitativ metode blir inkludert for å få et overblikk over antall foreldre som har hatt forskjellige opplevelser rundt barnets diagnostisering med Diabetes type 1. Den innsamlede kunnskapen en får gjennom de kvalitative og kvantitative forskningsartiklene, diskuteres så opp mot problemstillingen. Under følger en beskrivelse av arbeidet med litteraturstudien.

### 2.0.2 Søkeprosess

For å strukturere og få en oversikt over søkeordene som er aktuelle for min problemformulering, benyttet jeg meg av et PICO-skjema (se vedlegg 1). Jeg gjennomførte et

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

søk i Mesh-databasen via Helsebiblioteket for å finne relevante emneord og fylte de inn i PICO-skjemaet. Jeg utførte tidlig et søk i Cochrane for å finne en systematisk oversikt jeg kunne ta utgangspunkt i for å finne relevant kvalitativ forskning. Inklusjonskriteriene var: Peer-reviewed, Fagfellevurdert. Avgrensing: 2011-2021, systematic review og trials. Søkeord: "Diabetes Mellitus Type 1" AND «Children» AND «Experience». Dette ga et resultat på 0 relevante systematiske oversikter, men det ga 55 treff på trials hvor en analyse av DEPICTED-studien var relevant. «The experience of living with type 1 diabetes and attending clinic from the perception of children, adolescents and carers: analysis of qualitative data from the DEPICTED study» (Lowe et al., 2015).

Jeg benyttet meg av søkehjelpen til biblioteket for å få hjelp til videre søking etter enkeltstudier. Da fikk jeg råd om å finne kvalitativ forskning gjennom Cinahl eller Medline Ovid. Det var mer eksisterende kvalitativ forskning om voksne og ungdom enn barn. For å beholde fokuset rundt trygghet for barnet, valgte jeg derfor å inkludere foreldre. Jeg oppdaterte PICO-skjemaet og lagde en tabell med inklusjons- og eksklusjonskriterier (Se tabell 1).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn mellom seks-tolv år med nyoppdaget Diabetes Type 1	Barn utenfor ønsket aldersområde som har hatt diagnosen over lang tid
Foreldre til barn (seks-tolv år) med nyoppdaget Diabetes Type 1	Søsken eller øvrig familie
Erfaring eller opplevelse i løpet av innleggelse på sykehus	Opplevelser eller erfaringer etter utskrivelse
Fagfellevurderte, kvalitative forskningsartikler på engelsk fra 2011-2021	Forskningsartikler som ikke er på engelsk
Familier som bor i vestlige land	Familier som bor i ikke-vestlige land
	Internett eller digitale hjelpemidler som verktøy

Tabell 1: Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Jeg gjennomførte deretter et søk i Google Scholar, Cinahl og Medline Ovid. Jeg gjennomførte to søk i hver database. Da ble mine søkeord følgende: «Diabetes type 1» AND «Parent» AND

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

«Child». Søkeordene ble skrevet som emneord og tekstord for å sikre at også nyere artikler kunne bli oppdaget. Søket ble avgrenset til: artikler publisert mellom 2011-2021 som var Peer-reviewed/fagfelleurdert.

I første søk i Cinahl ble "Clinical Queries: Qualitative-High Specificity" inkludert for å finne kvalitative forskningsartikler som var mest relevant for søket. I det andre søket ble tekstordet «Quantitative research» og emneordet «Quantitative Studies» inkludert for å finne kvantitative artikler. I Medline Ovid inkluderte jeg i første søk "Qualitative research" som emneord for å sikre at jeg fikk resultater med kvalitativ forskning. I søk nummer to inkluderte jeg søkeordet "Care" for å finne artikler med fokus på omsorg for pasienten og foreldre. Jeg ekskluderte da "Qualitative research" som søkeord fordi jeg fant få artikler og ville inkludere flere artikler selv om de ikke hadde "Qualitative research" som nøkkelord.

Database	Antall treff	Relevant artikkel
Medline Ovid	Søk 1: 49	Artikkel nummer 1: «Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study» (Rankin et al., 2014a)
	Søk 2: 170	Artikkel nummer 4: «Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents with diabetes» (Howe et al., 2012)  Artikkel nummer 5: «"The Logic of Care" – Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes» (Jönsson et al., 2012).
Cinahl	Søk 1: 45	Artikkel nummer 2: «Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes» (Rankin et

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

		al., 2014b)
	Søk 2: 11	Artikkel nummer 6: «Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes: A Systematic Mixed-Studies Review» (Whittemore et al., 2012).
Google Scholar	40	0

Tabell 2: Databaser og antall treff. (Se vedlegg 2: flytskjema).

I tillegg til søk i Google Scholar, Cinahl og Medline Ovid, gjorde jeg et referansesøk i referanselisten til «The experience of living with type 1 diabetes and attending clinic from the perception of children, adolescents and carers: analysis of qualitative data from the DEPICTED study» (Lowe et al., 2015). En artikkel kunne være relevant ut ifra tittel:

Artikkel nummer 3: «Swedish Families' Lived Experience When a Child Is First Diagnosed as Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: An Ongoing Learning Process» (Wennick & Hallström, 2006).

### 2.0.3 Kritisk vurdering av artikler

Artiklene som ga treff i databasene, ble først vurdert ut ifra om tittel var relevant. Deretter ble sammendraget vurdert for å se om det var aktuelt å lese videre. Google Scholar viste tre artikler som var aktuelle ut ifra vurdering av tittel, men ingen var aktuelle ut ifra vurdering av artiklenes sammendrag (Se vedlegg 2: flytskjema). Både i Google Scholar, Cinahl og Medline Ovid var det et høyt antall artikler som omhandlet gravide mødre med diabetes, søsken til barnet med diabetes, insulinbehandling med pumpe, baby eller tenåringer med diabetes, eller behandling på klinikk etter utskrivelse. Slik ble mange artikler ekskludert allerede ved å lese tittel og sammendrag.

Jeg konfererte med veileder om artikkel nummer 2 kunne bli brukt da den har flere av de samme forfatterne som artikkel nummer 1, og den ble publisert samme år. Den kunne bli inkludert likevel fordi det er to separate og selvstendige studier. Inklusjonskriteriene var til

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

stede i sammendraget, og dermed ville jeg ta med denne artikkelen videre til vurdering med sjekklister.

Artikkel nummer 3 er eldre enn 2011, men den er likevel høyst relevant for min problemstilling. Artikkelen omhandler diabetesbehandling i Sverige hvor helsesystemet ligner det som finnes i Norge, den omhandler familien med spesielt fokus på foreldre og barnet, og den omhandler relasjonen mellom sykepleieren og familien.

Artiklene ble vurdert med sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). De seks forskningsartiklene ble vurdert som troverdig med god kvalitet ut ifra kvalitetsbedømmelsen med sjekklister. Metodene var hensiktsmessige, funnene var klart formulert, og de ble vurdert som etisk forsvarlige forskningsartikler. De seks forskningsartiklene ble dermed ført inn i et samleskjema (se vedlegg 3).

## 2.0.4 Analyse og syntese

Etter at artiklene ble vurdert med sjekklister, ble de lagt inn i et samleskjema (se vedlegg 3) for å få en tydelig oversikt over metode, funn og konklusjoner. Funnene i artiklene viste seg å delvis overlape hverandre, men tilførte likevel forskjellige perspektiver og tilleggspoeng. Studiene benyttet både kvalitativ metode hvor det ble utført dybdeintervju og kvantitativ metode.

Artiklene ble lest grundig igjennom, og de delene av artiklene som var relevante for problemstillingen, ble plassert i et eget dokument. Slik kunne en få oversikt over hovedtemaene som skulle utforme syntesen. Hovedtemaene som kom fram i artiklene var, foreldrenes emosjonelle behov ved diagnostisering av barnet, foreldrenes og pasientens mestring i undervisning og behandling, i tillegg til et behov for individualisering av undervisning og behandling. De to siste hovedtemaene ble slått sammen, og teksten ble fargekodet etter hvilket av de to hovedtemaene den omhandlet. Slik kunne en lettere utforme en syntese.

## 2.0.5 Kritikk av metode

Metoden i denne oppgaven er litteraturstudium hvor studiene benytter både kvantitativ og kvalitativ metode. I et litteraturstudium finner man allerede eksisterende forskning andre har funnet frem til og som de har gjort tilgjengelig (Støren, 2013, s. 17). Det fører til at det er mye forskning å velge i på tvers av diverse databaser, og man må være nøye i utvelgelsen av studier for å finne dem som er av god kvalitet, og som har høy troverdighet. Det er et begrenset antall ord i litteraturstudiet, og det er begrenset antall artikler som kan inkluderes. Dette kan føre til at aktuelle artikler som kunne hatt innvirkning på resultatet, ble ekskludert.

## 2.0.6 Etiske vurderinger

Ifølge Dalland handler forskningsetikk om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland 2014, s.96). Resultatene skal være i overenstemmelse med virkeligheten, data skal være systematisk utvalgt og skal brukes nøyaktig, forskerens førforståelse må bli klargjort, resultatene må være kontrollerbare og forskningsvirksomheten bør være kumulativ (Dalland 2014, s.115-116). Man må kun inkludere de valgte artiklene i litteraturstudiet og ikke trekke resultatet lengre enn det faktisk er. Det er viktig å vurdere om studiene har fått godkjenning av lokale etikk-komiteer og hvorvidt de følger etiske retningslinjer som for eksempel Helsinki deklarasjonen. Alle inkluderte artikler måtte være fagfellevurdert som en «kvalitetssikring av forskningsbidrag ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publisering» (SNL, 2021).

I denne oppgaven hentet jeg inn kvalitativ forskning, så det var viktig at jeg vurderte hvorvidt barna og foreldrene fikk tydelig og tilstrekkelig informasjon om studiet, krav til deres samtykke, taushetsplikt om det de fortalte og at de kunne trekke tilbake samtykke når som helst. Et spesielt fokus på tydelig formidling av informasjon for barnet var også viktig å vurdere.

## 3.0 Syntese

I alt fant jeg 370 artikler da jeg gjennomførte Cochrane (n=55), Medline Ovid (n=49+ n=170), Cinahl (n=56) og Google Scholar (n=40). Jeg leste 370 titler og abstracts, og 363 studier ble ekskludert i dette stadiet. Videre ble en artikkel ekskludert da den omhandlet et e-kurs om kommunikasjon. Til slutt ble fem kvalitative studier og en systematisk oversikt over kvalitative- og kvantitative studier inkludert i litteraturstudiet. To studier fant sted i Sverige, to studier fant sted i Skottland, en studie fant sted i Philadelphia, USA og oversikten kommer fra Connecticut, USA.

To hovedtemaer ble identifisert og vurdert som relevant for problemstillingen; Foreldrenes akutte behov for emosjonell støtte og mestring i undervisningsperioden. Disse temaene gjøres nærmere rede for i dette kapittelet.

### 3.0.1 Foreldrenes akutte behov for emosjonell støtte.

Studiene til Rankin et al., Jönsson et al., og Wennick og Hallström bekrefter at foreldrene opplevde følelser av sorg, sjokk, angst og redsel i det barnet ble diagnostisert med diabetes (Jönsson et al, 2012, s.5; Rankin et al., 2014b, s.6; Wennick & Hallström, 2006, s.9).

Whittemore et al. sin oversikt viser at gjennomsnittlig 33,5% av foreldrene følte på psykisk stress ved diagnosetidspunktet og 19% opplevde psykisk stress 1-4 år etterpå. Foreldrenes angstsymptomer varierte fra 21-59%, depresjonssymptomer varierte fra 10-74% og PTSD symptomer varierte fra 19-24% (Whittemore et al., 2012, s.3). Ifølge Rankin et al. følte foreldre som ikke hadde en forhistorie med diabetes seg ofte lite emosjonelt forberedt på diagnosen. De følte seg veldig opprørt og hadde utfordringer med å forstå barnets diagnose. Foreldre som oppdaget symptomene sent, og spesielt i de tilfellene hvor sen oppdagelse førte til at barnet fikk diabetisk ketoacidose, følte på ekstrem skyld. I etterkant av diagnostisering har flere av disse foreldrene gjenopplevd perioden før innleggelse og kritisert seg selv for at de ikke reagerte tidligere (Rankin et al., 2014b, s.6).

Etter nylig diagnostisering fortalte foreldre at det var utfordrende å akseptere diagnosen, og

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

at de hadde utfordringer med hukommelsessvikt og å forstå betydningen av diagnosen. Barnet følte også på frykt og tristhet da hen fikk diagnosen. Frykten kom av at hen ikke visste hva som skulle skje i løpet av innleggelsen. Foreldre opplevde at barnet ikke helt forstod at diagnosen var kronisk og var ofte uvitende om konsekvensen av diagnosen. Foreldrene så ofte en ny side av barnet sitt da de innså at en hverdag med injeksjoner og blodglukosemålinger skulle bli den nye normalen. Foreldrene hadde mange bekymringer i forhold til sykdomsrelaterte komplikasjoner og død som følge av diabetes, men de delte dette sjeldent med noen andre (Wennick & Hallström, 2006, s. 9-10). Ifølge Jönsson et al. prøvde foreldrene å «bite tennene sammen» og heller gråte da de var alene. De synes det var skuffende at det ikke var tilrettelagt mer tid for sorg og sjokk (Jönsson et al., 2012, s.7). Å ikke kunne dele bekymringene sine bidro til enda tyngre sorg og fortvilelse hvor de fikk følelsen av at ting aldri skulle bli bra igjen, og at de ikke skulle komme over at barnet deres fikk diagnosen. Foreldre opplevde at de ikke kunne snakke om barnet sitt uten å gråte, og dette var noe som barnet la merke til (Wennick & Hallström, 2006, s. 9-10).

Alle foreldre så behovet for et regimestyrt informasjons- og undervisningsforløp selv om de følte seg overveldet og slet med å ta inn over seg informasjonen. På grunn av sjokktilstanden uttrykte dermed foreldre behov for å få beroligelse og emosjonell støtte før de fikk all praktisk informasjon. Noen foreldre påpekte at om helsepersonell tok for seg foreldrenes bekymringer og angst i forkant, ville de være mer mottakelig for den praktiske informasjonen (Rankin et al., 2014a, s.5-6). Jönsson et al. sin studie viste at foreldre ble introdusert for en psykolog og sosionom på avdelingen, men ingen time ble bestilt hos psykolog. Noen foreldre følte seg ikke klar for å snakke med psykolog, mens andre foreldre fikk ikke muligheten (Jönsson et al., 2012, s.7). Rankin et al. sin studie foreslo at foreldre fikk mer oppfølging i forhold til hvordan veien fram til diagnostisering hadde vært. Slik kunne foreldrene få skreddersydd og passende emosjonell støtte. Det kunne være en fordel å vurdere foreldrenes psykiske tilstand med jevne mellomrom og gi dem hjelp om det er nødvendig. Dette kunne bidra til at foreldrene mestret barnets sykdom på en bedre måte (Rankin et al., 2014b, s.7).

Howe et al. sin studie belyste foreldres behov for en sykepleier som møtte pasienten og foreldrene med åpenhet, varme og godhet. En sykepleier som viste med kroppsspråket at



hen hadde god tid til dem, uavhengig av hvor travelt det var på avdelingen. Foreldrene satte også pris på en sykepleier som viste interesse for barnet, og som forsøkte å bli kjent med familien istedenfor å begrense fokuset til medisinsk behandling og diagnose (Howe et al., 2012, s.3).

### 3.0.2 Mestring i undervisningsperioden.

Howe et al. kobler mestring opp mot "Empowerment" i det de definerer empowerment som «any action by the provider that increased a sense of mastery in managing diabetes» (Howe et al., 2012, s. 5). I denne studien omhandlet ikke dette bare å lære foreldrene ferdighetene de trengte for å mestre barnets diabetes, men også gjøre foreldrene bevisst på hvor stor selvstendighet de kunne regne med etter hvert som de lærer mer. En del foreldre beskrev hindringer i å føle «empowerment» som selvstendige beslutningstagere angående barnets helse idet helsepersonell med en dømmende eller avvisende holdning, var ufleksible eller påla familien et regime som ikke var forenlig med familiens hverdag (Howe et al., 2012, s. 5). Foreldrene som ikke var helsepersonell selv eller som hadde diagnosen selv, fortalte at de hadde utfordringer med å forstå informasjonen som ble gitt dem da helsepersonell brukte ukjent terminologi. En av foreldrene beskrev det som at han følte seg som en kunststudent som ble kastet inn i en medisinsk forelesning (Rankin et al., 2014a, s.5).

Wennick & Hallström sin studie beskriver læreprosessen til foreldrene og barnet som en kontinuerlig prosess hvor de lærer om både omfanget og det uunngåelige med sykdommen. Dette er en kontinuerlig læreprosess fordi foreldrene og barnet stadig opplever nye situasjoner hvor de må løse problemer og fornye kunnskapen rundt omfanget av sykdommen (Wennick & Hallström, 2006, s.8). Jönsson et al. belyser at foreldre som hadde mest forståelse for sykdommen, først fikk mer teoretisk undervisning om diagnose og behandling av pediatrik lege og deretter fikk overlappende undervisning om den mer praktiske delen av en diabetessykepleier (Jönsson et al., 2012, s.5).

En av utfordringene for foreldrene etter at barnet fikk diagnosen, var å videreformidle informasjon om diabetes og behovet for daglige injeksjoner til barnet. Mange foreldre med barn som motsatte seg injeksjon, beskrev erfaringen som traumatisk og stressende da de

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

måtte fysisk holde igjen barnet for å sette injeksjonen. Noen foreldre hadde selv sprøytefobi og måtte dermed bruke mye energi på å forberede seg psykisk før de satte injeksjonene (Rankin et al., 2014a, s.6).

Foreldrene fortalte at de profitterte mest da de ble oppmuntret til å gjøre alt selv på sykehuset, og på den måten ble bevisst på viktigheten av å lage et diabetesregime som er gjennomførbart. Å få dra hjem fra sykehuset på permisjon var en positiv opplevelse som ga dem tid til å kjenne på forandringene i kjente omgivelser og å reflektere (Wennick & Hallström, 2006, s.11).

## 4.0 Diskusjon

### 4.0.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet skal jeg drøfte problemstillingen opp mot forskning som ble funnet i litteratursøket og teori fra kapittel 1.1. Jeg skal undersøke hvordan man som sykepleier kan fremme trygghet og mestring hos foreldrene og barnet som er innlagt med Diabetes type 1. Diskusjonen blir delt inn i to deler:

- Sykepleierens utfordringer med å møte emosjonelle behov
- Mestring i undervisningsperioden for den komplekse familien

#### 4.0.1.1 Sykepleierens utfordringer med å møte emosjonelle behov

Grønseth og Markestad viser at foreldre i løpet av en to ukers innleggelse skal lære om diagnosen, insulinbehandling, hyper- og hypoglykemi, bruk av utstyr, regulere dose etter sykdom, aktivitet eller blodglukoseverdier, kostholdsveiledning, trygderettigheter og diverse tilbud i løpet av denne korte innleggelsen (Grønseth og Markestad, 2017, s.323). Som sykepleier er det i løpet av en to ukers innleggelse mye kunnskap og undervisning som skal formidles til foreldrene og barnet. I tillegg er det ofte travelt på avdelingen, og man har gjerne ansvar for flere pasienter samtidig i løpet av en vakt. Dette kan føre til at det oppleves

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

utfordrende for en sykepleier å møte behovene familien har utover medisinsk behandling og undervisning. Den knappe tiden og ressursene man har som sykepleier, krever da at man følger rutinene avdelingen har og prioriterer etter hvor en oppfatter at behovet er størst.

Likevel nytter det lite at man som sykepleier bruker to uker på å undervise foreldre og barnet som er innlagt om familien ikke er psykisk og emosjonelt klar for å ta innover seg den nye informasjonen. Studiene til Rankin et al., Jönsson et al., og Wennick og Hallström bekrefter at foreldrene opplevde følelser av sorg, sjokk, angst og redsel i det barnet ble diagnostisert med diabetes (Jönsson et al, 2012, s.5; Rankin et al., 2014b, s.6; Wennick & Hallström, 2006, s.9). Tall fra Whittemore et al. underbygger disse funnene da det gjennomsnittlig er 33.5% av foreldre som følte på psykisk stress ved diagnositidspunktet. Dette gjaldt spesielt tilfellene med komplisert forhistorie eller sen oppdagelse av diagnose (Rankin et al., 2014b, s.6). Foreldrenes høye stress- og angstnivå kan forhindre dem fra å være den trygge basen som barnet har behov for i løpet av innleggelsen (SNL,2020). Som Ainsworth sin forskning viser, er en utilgjengelig forelder som ikke responderer på barnets angst og stress, skadelig og kan ha innvirkning på barnets følelsesmessige tilknytning (SNL, 2018). En to ukers innleggelse vil kanskje ikke ha den største innvirkningen på barnets tilknytningsevne senere i livet, men det kan ha negativ innvirkning på barnets livskvalitet om ikke foreldrene får hjelp til å være barnets trygge base både under og etter innleggelse.

Cullberg definerer en traumatisk krise som «en situasjon der en person psykisk føler sin fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter truet» (NHI, 2014). Av de fire fasene i en traumatisk krise er det mest sannsynlig sjokkfasen og eventuelt reaksjonsfasen foreldrene og barnet opplever i løpet av innleggelsen (NHI, 2014). Vi reagerer alle forskjellig på kriser i livet, og ifølge Eide og Eide kan en person i sjokkfasen oppleves som helt rolig for menneskene rundt (Eide & Eide, 2018, s.78). Ifølge Udir er det barnets opplevelse som bestemmer hva som oppleves som en krise. Det er ikke sikkert barnet opplever situasjonen som en krise eller ønsker å snakke om følelsene sine. Tegnene på krise hos barn kan variere og viser seg både fysisk og psykisk som smerter, uro, søvnvansker, skyldfølelse, humørsvingninger, økt fysisk aktivitet, økt behov for nærhet og trygghet eller behov for å være for seg selv (Udir, 2016, s.4). Det kan være utfordrende for en sykepleier å oppfatte sjokket som foreldrene eller barnet opplever og dermed ikke legge

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

nok vekt på å utforske det bakenforliggende som skjuler seg bak fasaden. Dette kan føre til en traumatisk opplevelse for personen som ikke føler seg sett, og som ikke får hjelp til å bearbeide sjokket. Dette kan føre til nedsatt mestring i etterkant eller i verste fall stagnasjon (NHI, 2014).

NHI forteller at i reaksjonsfasen kommer følelsene som personen tidligere har undertrykt, fram. Dette kan være følelser som sinne, angst, depresjon og sorg. Personen kan reagere med fortrenning og regresjon om man ikke får hjelp til å bearbeide disse følelsene (NHI, 2014). I krisen er det avgjørende at en som sykepleier skaper rom for at disse følelsene kan komme ut ved å kommunisere åpent og anerkjennende og være en aktiv lytter. Da må en vise medmenneskelighet til pasienten, godta reaksjoner og ikke være bebreidende mot pasienten, berolige, oppmuntre og aktivisere, og en må legge vekt på at det er naturlige reaksjoner (Eide & Eide, 2018, s.79). Det kan være en skremmende og ubehagelig opplevelse for sykepleieren å stå i, spesielt hvis det er en situasjon hvor frustrerte foreldre tar sitt sinne utover en. Det kan gjøre det vanskelig å være åpen, lyttende, empatisk og bruke seg selv terapeutisk slik som Joyce Travelbee beskriver (Omhelse, 2021). Fra tidligere erfaring i praksis har jeg observert at om man som sykepleier må stå i slike situasjoner jevnlig, kan det føre til tretthet over tid og gjøre det enda mer utfordrende å møte disse pasientene og pårørende med empati og tålmodighet.

Som Travelbee presiserer er det likevel en balansegang hvor man skal sette seg inn i pasientens situasjon, men samtidig ikke bli handlingslammet (Omhelse, 2021). Hvordan kan man da som sykepleier gi tid og rom for at foreldrene og barnet skal få bearbeide følelsene sine samtidig med at det ikke går utover undervisningen og behandlingen? I studiene til Rankin et al., og Jönsson et al. etterlyste foreldre tiltak som ikke nødvendigvis trenger å ta mye tid. Tiltakene gikk ut på å trygge foreldrene før man setter i gang undervisningen hvor man forteller foreldrene at barnet ikke kommer til å dø, eventuelt kartlegger hva de kan fra før, snakker igjennom forløpet opp mot diagnostisering slik at man som sykepleier vet hvilket utgangspunkt foreldrene og barnet har og åpner opp for at foreldre kan komme med sine bekymringer og spørsmål (Jönsson et al., 2012, s. 10; Rankin et al., 2014a, s. 5-6; Rankin et al., 2014b, s.6). Selv om disse tiltakene ikke trenger å ta lang tid hver for seg, kan det tenkes at det likevel samlet sett blir utfordrende for en sykepleier å gi nok rom for sorg og

sjokk på en god måte og sikre familien samtaler med god kvalitet. Det kan tenkes at det da blir nødvendig å prioritere tiltakene etter behovene til hver familie. I praksis har jeg observert at det krever en individualisert fremgangsmåte for å imøtekomme hver enkelt families emosjonelle behov på en god måte.

#### 4.0.1.2 Mestring i undervisningsperioden for den komplekse familien

Gjennom praksis har jeg observert at man som sykepleier tilstreber å jobbe strukturert og følge rutiner slik at pasienter får den behandlingen de har rett til. Jeg har også observert utfordringer hvor en som sykepleier møter mennesker med en livssituasjon som ikke nødvendigvis passer innenfor de tradisjonelle rammene man forholder seg til i avdelingens rutiner og strukturerte arbeid. Det er mange hensyn å ta i forhold til relasjonelle-, psykologiske- og praktiske utfordringer i dagens samfunn hvor familiesammensetningene er mer komplekse enn tidligere med skilte foreldre, stepforeldre, ikke-biologiske søsken og barn som bor i flere hjem (NOU 2020: 14, s. 35). Da kan det bli vanskelig som sykepleier å observere og møte behovene til skilte foreldre som eventuelt står midt i en konflikt, barn og foreldre som eventuelt har en anstrengt relasjon, enslige foreldre som forsørger barnet alene eller en familie med en krevende og varierende hverdag. I hvert tilfelle må man forsøke å tilrettelegge det nødvendige insulinregimet.

Howe et al. viser at foreldre satte pris på en sykepleier som møtte dem med varme, åpenhet og godhet. Foreldrene satte også pris på en sykepleier som kommuniserte med kroppsspråket at hen hadde god tid til dem og gjorde et forsøk på å bli kjent med barnet og familien utover den medisinske diagnosen (Howe et al., 2012, s.3). Fra praktisk erfaring har jeg sett at man fort kan oppdage ekstra behov hos familien ved å ta seg tid til å bli litt kjent utover det medisinske aspektet. Da kan man avdekke om det er ukjente familieforhold man må ta høyde for i løpet av undervisningen, og det kan fremme en trygghet hos foreldrene og pasienten.

Rankin et al. bekrefter at foreldre så viktigheten av regimebasert undervisning selv om de følte seg oververveldet (Rankin et al., 2014a, s.5-6). Foreldrene som ikke var helsepersonell

selv eller som hadde diagnosen selv, fortalte at de hadde utfordringer med å forstå informasjonen som ble gitt dem da helsepersonell brukte medisinsk terminologi (Rankin et al., 2014a, s.5). Man kan stille spørsmål om det at foreldre ikke tør å spørre om det de lurer på, kan tyde på mangel på trygghet på helsepersonellet, eller om det er følelsen av å være overveldet som fører til at de ikke vet hvordan de skal spørre om det de lurer på. Det kan også være en kombinasjon. Rankin et al. viser til at foreldrene etterspurte helsepersonell som tok for seg deres bekymringer før undervisningen ble iverksatt slik at de var mer mottakelig for informasjonen (Rankin et al., 2014a, s.5-6). Dette kan bidra til at foreldrene får mer ut av undervisningen og dermed fremmer mestring og empowerment hos foreldrene. På den måten får de den selvtilliten de trenger for å være selvstendige foreldre til et barn med diabetes etter hjemreise.

Jönsson et al. beskriver hvordan man som sykepleier kan demonstrere injeksjoner og undervise mens foreldrene og barnet observerer. De fikk observere først, deretter fikk de injisere saltvann i en appelsin, og til slutt fikk foreldrene måle blodsukkeret sitt og injisere saltvann i magen sin. Foreldrene påpekte at de ikke ble spurt om de var redd for sprøyter på forhånd (Jönsson et. al, 2012, s.6). Å få observere prosedyrer før man utfører dem selv, kan fremme følelsen av trygghet og vil øke sjansen for at foreldrene og barnet får prosedyren til. Fra erfaring i praksis har jeg sett at dette bidrar til mestringsfølelse og gir selvtillit. Det kan bidra til at foreldrene og barnet får det lettere når de kommer hjem. Studien til Rankin et al. bekrefter at foreldre som hadde sprøytefobi, brukte mye energi på å forberede seg psykisk før de satte injeksjonene. Studien viste også at mange foreldre slet med å videreformidle informasjon om diabetes og behovet for daglige injeksjoner til barnet, og de følte at det var traumatiserende og stressende å holde barnet fast for å injisere insulin (Rankin et al., 2014a, s.6). Da kan det være nyttig at undervisning om injeksjoner blir gjort i et rolig tempo slik at foreldrene og barnet får se at dette er en prosedyre de mestrer, og at sprøytefobien blir tatt på alvor. En kan tenke seg at det å senke tempoet også kan bidra til at foreldrene og barnet føler seg mindre overveldet, og dermed vil de også være mer mottagelig for å jobbe med sprøytefobien.

Det er også viktig at prosedyrene blir forklart slik at barnet forstår hvorfor man utfører dem. Ifølge Piaget er barna da i det konkret-operasjonelle stadiet hvor de er avhengig av tydelig

Emne: BSS9, Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 339

Dato: 21.05.2021

informasjon for å forstå abstrakte fenomener og knytte det til konkrete situasjoner og handlinger (Omhelse, 2020). I følge Wennick og Hallström følte flere foreldre at barnet ikke helt forsto at diagnosen var kronisk, og at de måtte leve med den etter utskrivelse. Et barn fortalte at hun følte på frykt i løpet av innleggelsen fordi hun ikke visste hva som skulle skje, og hun forsto ikke hva diabetes var. Dette gjorde også at foreldrene så en nye side av barnet sitt (Wennick & Hallström, 2006, s.9-10). Det som kan tenkes å være utfordringen for en sykepleier, er at barna utvikler seg i ulikt tempo. Selv om to barn er like gamle, kan det ene barnet forstå mer eller mindre enn det andre barnet. Noen barn er sjenerte og tør heller ikke å spørre like mye som andre barn. Det kan tenkes at det er lettere å vurdere forståelsesevnen til et barn som er utadvendt og spør om det en lurte på. Likevel må man sikre at barna, uansett utviklingsnivå og grad av utadvendthet, får god behandling som gir dem forståelse for diagnosen. Udir viser til at man burde gi konkrete forklaringer og ikke undervurdere behovet for å forstå. Man skal legge vekt på fakta og være åpen. Informasjonen må gjerne repeteres flere ganger. En burde oppmuntre barnet til å snakke høyt om bekymringene sine og hjelpe barnet til å rydde opp i bekymringene. Likevel skal en ikke kreve at barnet setter ord på følelser og huske at barnet har rett til å ha sitt perspektiv (Udir, 2016, s.7). Jönsson et al. sin studie bekrefter at voksne også har behov for overlappende og gjentakende informasjon slik at man får god forståelse av diagnosen (Jönsson et al., 2012, s.5).

I følge Wennick og Hallström fortalte foreldre at det å få dra hjem fra sykehuset på permisjon, var en positiv opplevelse som ga dem tid til å kjenne på forandringene i kjente omgivelser og å reflektere (Wennick & Hallström, 2006, s.11). En kan tenke seg at dette også kan bidra til at foreldrene får mulighet til å se hvilke utfordringer som møter dem hjemme. Da kan de ta med seg disse utfordringene tilbake til avdelingen og få hjelp av personalet til å løse dem. Howe et al. sin studie bekrefter at foreldre har behov for en behandlingsplan som er tilpasset deres familieliv og livsstil (Howe et al., 2012, s. 4). For at familiene skal få realistiske løsninger til verktøy i hverdagen, må det tilpasses deres familieliv. Dette krever at en tar høyde for deres rutiner, ønsker og vaner, ressurser og vansker slik at de får et individualisert behandlingsløp. På den andre siden er det ikke alt som kan tilpasses, men det kan være lettere å inngå et kompromiss enn å føle at man lever et liv styrt av en diagnose.

## 4.0.2 Metodediskusjon

Jeg har ingen tidligere erfaring med litteraturstudier, og dette kan ha påvirket resultatet i form av et mangelfullt søk som ekskluderte aktuelle artikler, eller mangelfull kritisk vurdering av artiklene. Artiklene var skrevet på engelsk, og da kan det ha oppstått ytterligere misforståelser eller feiltolkninger da jeg skulle lese dem. Mye tid ble brukt på å lese gjennom artiklene slik at jeg fikk en ordentlig dybdeforståelse og å søke opp kompliserte uttrykk og ord.

Jeg har prøvd å være bevisst på at jeg ikke har valgt forskning som bare støtter samme perspektiv på problemstillingen, men som forsøker å belyse flere sider av saken. Dette har vært utfordrende da studiene underbygget hverandre, og dermed ble det vanskelig å diskutere resultatene. Jeg har likevel forsøkt å konkludere på en nøytral og etisk måte. Jeg har forsøkt å reflektere kritisk over datainnhentingsmetoden til studiene og om det var noen ulemper med artiklene jeg tok i bruk. Min mangel på tidligere erfaring begrenset meg her, men jeg har etter beste evne forsøkt å vurdere artiklene kritisk.

## 5.0 Konklusjon med perspektivering

I denne litteraturstudien var hensikten å øke kunnskapen om hvordan man som sykepleier kan fremme trygghet og mestring hos foreldrene og barnet som er innlagt med diabetes type 1. Oppsummert viser studiene at foreldrene ser nytten av den store mengden med informasjon og undervisning som de skal lære i løpet av den korte innleggelsen. De har et behov for at sykepleieren gir rom for sorgen og sjokket som familien går igjennom, og før undervisningen starter, trenger foreldrene at man gir dem mulighet til å dele sine bekymringer og spørsmål. Studiene viser også at helsepersonell som bruker medisinsk terminologi i fasen hvor familien er i en tilstand av sjokk, sorg og angst, blir et hinder for at familien kan kjenne på trygghet og mestring. Det er viktig for foreldrene at man som sykepleier blir kjent med barnet og foreldrene, møter dem med varme og åpenhet og viser at man har god tid til dem. I løpet av undervisningen er det viktig å tilpasse språket etter



Emne: BSS9, Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 339

Dato: 21.05.2021

foreldrene og barnas forståelsesevne og kunnskap, repetere informasjon og tilpasse undervisningen så godt det lar seg gjøre. Familiene har også behov for en realistisk behandlingsplan som er tilpasset deres familieliv hvor en tar høyde for deres rutiner, ressurser og utfordringer slik at de får et individualisert behandlingsløp. Dette kan gi foreldrene en følelse av mestring og kontroll. Det kan være behov for mer forskning i forhold til hvordan man kan tilrettelegge forholdene på avdelingene slik at disse behovene kan bli møtt.

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

## Referanseliste

Barnediabetesregisteret, Oslo Universitetssykehus. (oktober, 2020). *Årsrapport 2019*.

[https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/18\\_arsrapport\\_2019\\_barnediabetes.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/18_arsrapport_2019_barnediabetes.pdf)

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Det Norske Akademis ordbok (2021). *Trygghet*. Hentet 11.03.2021 fra

<https://naob.no/ordbok/trygghet>

Diabetesforbundet (2021). *Syreforgiftning (diabetisk ketoacidose)*. Hentet 11.03.2021 fra

<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/blodsukker/syreforgiftning/>

Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2019) *Pediatrisk sykepleie* (4.utg.). Fagbokforlaget.

Hagemann, K. (2020, 30. mai). *Kommunikasjon*. Store Norske Leksikon.

<https://snl.no/kommunikasjon>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Hernæs, N. (2018, 2. oktober). *Barn på sykehus: Stor forandring på 40 år*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2018/10/barn-pa-sykehus-stor-forandring-pa-40-ar>

Howe, C.-J., Ayala, J., Dumser, S., Buzby, M., Murphy, K. (2012). Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.10.006>

Jönsson, L., Hallström, I. & Lundqvist, A. (2012). "The Logic of Care" - Parents' perceptions of

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMC Pediatrics*, 12(1), 165–165. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-165>

Kennair, L.-E.-O. (2018, 29. august). *Mestring*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/mestring>

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2015). *Grunnleggende sykepleie* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lowes L. Eddy D. Channon S. McNamara R. Robling, M. Gregory JW & DEPICTED study team. (2015). The experience of living with type 1 diabetes and attending clinic from the perception of children, adolescents and carers: analysis of qualitative data from the DEPICTED study. *Journal of pediatric nursing*, 30 (1), s.54-62. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.09.006>

Mørch, W.-T. (2018, 8. oktober). *Mary Ainsworth*. Store Norske Leksikon. [https://snl.no/Mary\\_Ainsworth](https://snl.no/Mary_Ainsworth)

Mørch, W.-T. (2020, 9. mars). *John Bowlby*. Store Norske Leksikon. [https://snl.no/John\\_Bowlby](https://snl.no/John_Bowlby)

NHI (2014). *Å dele en krise i livet – Kriser*. Hentet 27.03.2021 fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/kriser/>

NOU 2020: 14. (2020). *Ny barnelov — Til barnets beste*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-14/id2788399/?ch=5>

Om Helse (2020) Piaget-utviklingsteori. Hentet 4. november 2020 fra: <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/piaget/>

Om Helse (2020) Joyce Travelbee. Hentet 4. november 2020 fra: <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_7)

Emne: BSS9, Bacheloroppgave  
Kandidatnummer: 339  
Dato: 21.05.2021

Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K.-D. & Lawton, J. (2014 a). Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study. *Health Expectations*, 19 (3), 580-591. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/hex.12244>

Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K.-D., Stephen, J., Robertson, L.-B., Robertson, L. & Lawton, J. (2014 b). Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 15 (8), 591-598. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/pedi.12124>

Sagberg, I. (2020, 21. oktober). *Psykologisk trygghet*. Store Norske Leksikon. [https://snl.no/psykologisk\\_trygghet](https://snl.no/psykologisk_trygghet)

Statistisk Sentralbyrå (2020). Statistikkbanken. Hentet 4. november 2020 fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2017) *Klinisk sykepleie* (5.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Cappelen Damm Akademiske.

Svardal, F. (2021, 10. januar). *Fagfelle vurdering*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/fagfelle vurdering>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Universitetsforlaget.

Udir (2016). *Foreldrehefte: Når barn opplever kriser og sorg*. [Brosjyre]. [https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/veiledere/udir\\_foreldrehefte\\_kriser\\_og\\_sorg\\_net.pdf](https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/veiledere/udir_foreldrehefte_kriser_og_sorg_net.pdf)

Wennick, A., & Hallström, I. (2006) Swedish Families' Lived Experience When a Child Is First Diagnosed as Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: An Ongoing Learning Process. *Journal of Family Nursing*, 12 (4), 368-389.

Emne: BSS9, Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 339

Dato: 21.05.2021

<https://doi.org/10.1177/1074840706296724>

<p><b>Hvordan kan man som sykepleier fremme trygghet og mestring hos foreldrene og barnet som er innlagt med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?</b></p>	<p><b>Type spørsmål:</b> Erfaring og holdninger/Effekt av tiltak.</p>
---	---

	<b>P:</b>	<b>I:</b>	<b>C:</b>	<b>O:</b>
<p>Norsk formulering hentet fra din problemstilling</p>	<p>Barn med diabetes type 1, alder 6-12 år, innlagt på somatisk avdeling.</p>	<p>Sykepleie</p>		<p>Fremme trygghet og mestring (Forebygge angst og stress.)</p>
<p>MeSH ord</p>	<p>Parent Parents parents' experiences Child, Hospitalized Children, Hospitalized Hospitalized Children Hospitalized Child Type 1 Diabetes Mellitus Diabetes Mellitus, Type 1 Type 1 Diabetes Diabetes, Type 1 pediatric diabetes Childhood diabetes</p>	<p>Nurse Nursing Personnel, Nursing Nursing Personnel Care</p>		<p>Adaptation, Psychologic Psychologic Adaptation Psychological Adaptation Coping Behavior Behavior, Coping Behaviors, Coping Coping Behaviors Coping Skills Coping Skill Skill, Coping Skills, Coping Behavior, Adaptive Adaptive Behavior Adaptive Behaviors Behaviors, Adaptive  Experience Experiences (Stress Anxiety Hypervigilance Nervousness)</p>
<p>Cinahl</p>	<p><b>Søk 1: Kvalitativ artikkel</b>  Emneord: Parents AND</p>			

	<p>Child AND Type 1 Diabetes Mellitus</p> <p>Tekstord: Child Parent</p> <p><b>Søk 2: Kvantitativ artikkel:</b></p> <p>Emneord: Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus Quantitative Studies</p> <p>Tekstord: Child Parent Quantitative Research</p>			
Medline Ovid	<p><b>Søk 1:</b></p> <p>Emneord: Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus Qualitative Research</p> <p>Tekstord: Child Parent</p> <p><b>Søk 2:</b></p> <p>Emneord: Parents</p>	<p><b>Emneord inkludert ved søk 2:</b></p> <p>Care</p>		

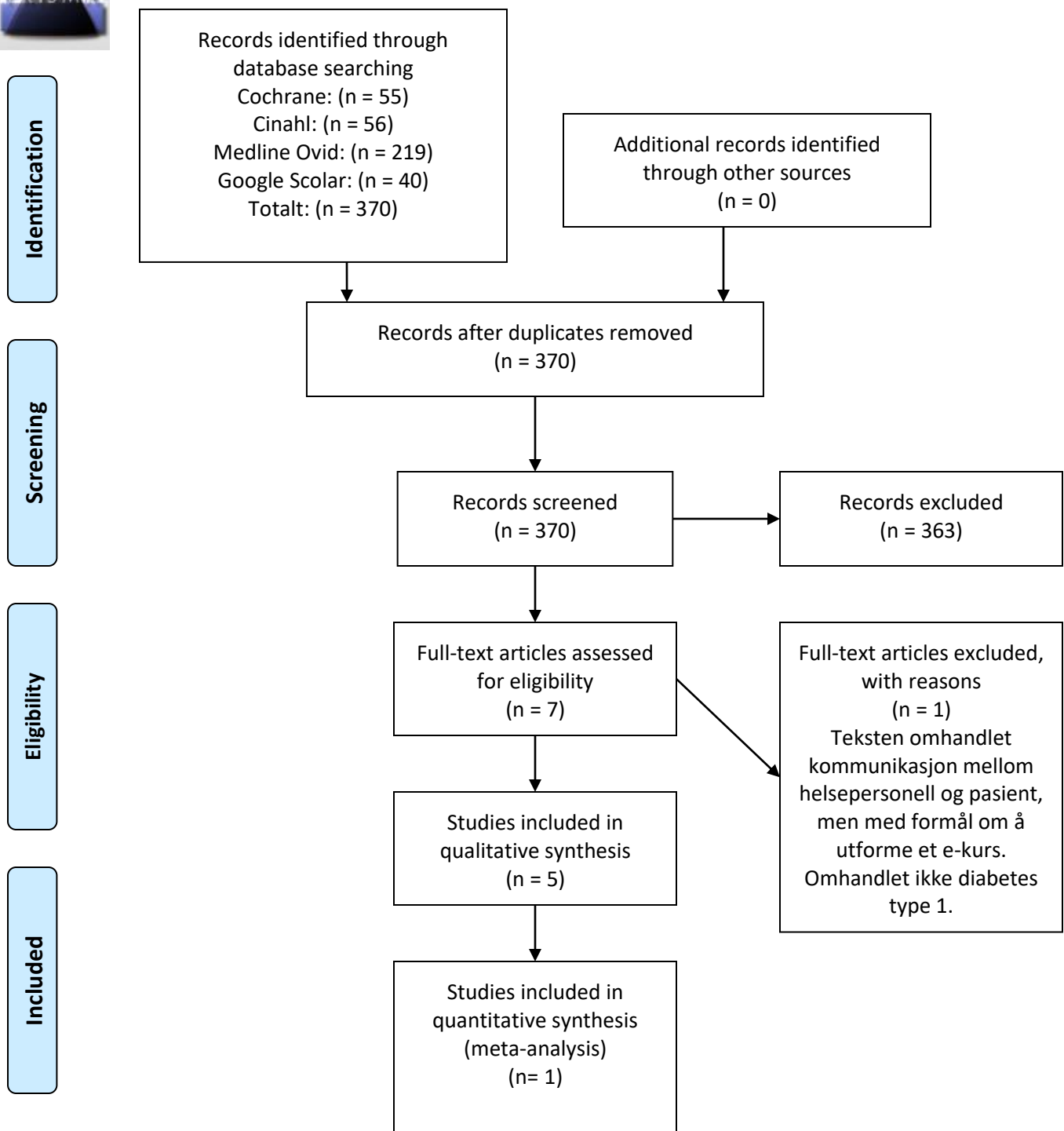
	Child Type 1 Diabetes Mellitus Tekstord: Child Parent			
Google Scholar	Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus			



## Vedlegg 2: PRISMA-Flow Diagram



### PRISMA 2009 Flow Diagram



## Vedlegg 3: Samleskjema

### Samleskjema for artikler

Metode						Resultater		
Artikkel nr.	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
1 Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.	2014	Kvalitativ forskning med semistrukturerte dybde intervjuer. Data ble analysert på en tematisk induktiv fremgangsmåte.	Det ble utført et strategisk utvalg av 54 foreldre til barn under 12 år med diagnosen Diabetes type 1, fordelt på 4 forskjellige diabetesklinikker i Skottland.	Finne svar på behovet foreldre har for informasjon og støtte når barnet blir diagnostisert med DMT1, inkludert deres mening om «timing» og kronologien på dagens tilbud for hjelp og støtte. Mål: Identifisere nye måter foreldre kan få støtte på i fremtiden.		Foreldre trengte mer betryggelse etter diagnosen ble satt før kompleks informasjon ble gitt av helsepersonell. Noen følte at de var ute av stand til å spørre om hjelp eller tenkte at helsepersonellet ikke kunne vise empatisk støtte. De etterlyste også mer emosjonell og praktisk støtte fra helsepersonell når de skulle iverksette det nye regimet etter utskrivelse slik at det ble mer tilpasset deres livsstil. Noen uttrykte ønske om «peer-support», mens andre var ambivalent i forhold til råd og input de hadde fått.	Helsepersonell burde vurdere rekkefølgen og timingen angående undervisning og støttetilbud for å sikre foreldrenes emosjonelle behov og behov for informasjon etter at barnet har fått diagnosen. Praktiske råd og emosjonell støtte tilpasset deres dag-til-dag opplevelse må sikres videre.	Det er relevant at foreldrenes (og barnets) psykiske tilstand blir tatt høyde for i behandlingsperioden og at helsepersonell vurderer rekkefølgen og timingen i forhold til undervisning og oppfølging som foreldrene har behov for. Det ble fremhevet i artikkelen at foreldrene hadde spesielt behov for emosjonell støtte i perioden rett etter diagnosetidspunktet slik at de på en bedre måte kunne ta inn over seg den nye kunnskapen. Mer praktisk støtte i overgangen fra innleggelse til utskrivelse bør vurderes slik at iverksetting av nye rutiner og prosedyrer blir mer gjennomførbart.
2 Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and	2014	Kvalitativ deskriptiv design med dybdeintervjuer. Utførte også forberedende intervjuer med	Det ble utført et strategisk utvalg av 54 foreldre til barn under 12 år med diagnosen Diabetes type 1, fordelt på 4 forskjellige	Utforske fra foreldrenes perspektiv og erfaringer angående perioden opptil barnet		Foreldrene beskrev enten en rask eller en forsinket prosess fra mot diagnostisering av deres barn. Foreldrene som beskrev en rask prosess fortalte	Foreldres og bekjentes kunnskap om DMT1 kan ha påvirkning på tidsrommet før barnet får diagnosen. Kampanjer kan gjøre foreldre mer	Det er relevant fordi det kom fram i artikkelen at ikke alle foreldre har forutsetningen til å tilegne seg denne kunnskapen dersom de ikke har DMT1 selv, noen bekjente har

### Vedlegg 3: Samleskjema

emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes		helsepersonell for å få oversikt. Data ble analysert på en tematisk induktiv fremgangsmåte.	diabetesklinikker i Skottland.	fikk diagnosen; Hvorvidt de oppfattet symptomer og hvordan de responderte, deres erfaring med støtte og informasjon fra helsevesenet, og tilslutt hvordan de reagerte etter at barnet fikk diagnosen.		hvordan de selv eller andre hadde oppdaget symptomene som deretter førte til en rask oppsøking av helsepersonell. Foreldrene som beskrev en forsinket prosess hvor de ikke koblet symptomene til DMT1 og forklarte symptomene som årsak til endring av rutiner, eller som del av barnets utvikling. Disse foreldrene søkte først hjelp da symptomene ble ekstreme. Begge gruppene med foreldre var engstelige over barnas diagnose, men ved forsinket oppdagelse var foreldrene tynget med skyldfølelse. Dette gjaldt spesielt innleggelse med ketoacidose.	oppmerksomme på symptomene til DMT1. Helsepersonell kan snakke med foreldrene om forhistorien før diagnosen ble satt slik at man bedre kan vurdere foreldrenes emosjonelle behov og behov for støtte.	diagnosen, de er helsepersonell med kjennskap til symptomene, eller har barn i den alderen at de kan kommunisere smertene sine selv. Å få innsikt i forhistorien til foreldrene og barnet kan gi helsepersonellet verdifull informasjon i forhold til foreldrenes psykiske behov en må ta hensyn til. Da får en mulighet til å tilpasse undervisning, oppfølging og informasjon til familiens behov.
3 Swedish Families' Lived Experience When a Child Is First Diagnosed as	2006	En deskriptiv, induktiv studie med kvalitative intervjuer.	Inklusjonskriterier: Barn i familie som er 7 år eller eldre med diagnosen, familien måtte kunne snakke/forstå svensk, søsken over	Belyse hele familiens opplevelse og erfaring da barnet i familien ble diagnostisert med diabetes	Det er en eldre artikkel som ikke egentlig er innenfor tidsrommet 2011-2021. Likevel er den relevant da den omhandler familier i vårt naboland,	Familiens erfaring ble definert som en pågående læringsprosess som både omfattet å lære om de uungåelige aspektene og konsekvensene av	Når et barn får diagnosen må familien omstille seg i forhold til sykdommen tillegg til at hverdagslige oppgaver fortsatt må utføres innad i familien. Studier viser	Artikkelen omhandler familier i vårt naboland, med et ganske likt helsesystem. I tillegg omhandler den familiens opplevelse perioden rett etter diagnosetidspunktet. Det er fokus på deres

## Vedlegg 3: Samleskjema

Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: An Ongoing Learning Process			7 år ble også inkludert. 23 foreldre (12 mødre, 11 fedre), 12 barn med diagnosen (5 gutter, 7 jenter), 7 søsken (5 gutter, 2 jenter). Mødre var fra 30-45 år og fedre var 30-52 år. Barn i alder 7-14. To hjem hadde en singel forelder, to gjenforente familier, tre familier med ugifte foreldre, fem familier med gifte foreldre. I to familier hadde en forelder diabetes.	type 1.	med et ganske likt helsesystem, og artikkelen er høyst relevant for min problemstilling.	sykdommen i tillegg til å lære om omfanget av sykdommen. Denne læringsprosessen opplevde familien som et gjentakende fenomen hver gang de ble utsatt for nye situasjoner eller sammenhenger.	at foreldrenes første mestringsrespons til barnets nye diagnose er en indikator på dere psykososiale fungering og langsiktige tilpasningsevne. Det er derfor essensielt at hele familien er velinformert og har tilgang til tilbud for diabetes undervisning. Individualisert behandling kan redusere vanskelighetene med diabetesregimet for familien og gjøre overgangen til hjemmet lettere.	erfaring og følelser rundt denne tiden og artikkelen fremmer forslag til hvordan man som helsepersonell kan forbedre behandlingen.
4 Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents with Diabetes	2012	Dette er den 4. delen av en større studie på 4 deler. Denne delen representerer kun funn fra den kvalitative delen med dybdeintervju.	63 foreldre med barn som har diabetes type 1 ble intervjuet. «Maximum variation sampling» ble brukt for å sikre etnisk og sosioøkonomisk variasjon. Over halvparten av barna hadde hatt diagnosen i 1-5 år, 32%: 5 til 10 år, 13%: 10 til 15 år, 3%: 15 til 16.5 år.	Finne foreldrenes perspektiver på hvordan helsepersonell kan støtte og hjelpe familien og barnet til å mestre sykdommen.	Begrensninger i forhold til mangel på informasjon om barnas sykehistorie. Påpekes i artikkelen at informasjon om barnets sykehistorie, alder, eller behandlingskontroll kunne bidratt til dypere forståelse av forholdet mellom sykepleier og pasient.	3 hovedpunkter kom fram da foreldre beskrev helsepersonell som på en vellykket måte kunne hjelpe dem med å mestre livet med barnets diabetes: 1-Legge et grunnlag for et godt samarbeid. Her kom det fram at førsteintrykket av sykepleieren er avgjørende (utstråle åpenhet, varme og holde fokus på	Foreldre verdsatte helsepersonell som tok seg god tid selv om det var hektisk på avdelingen, og som var nysgjerrig og jobbet for å bli kjent med pasienten og familien. De respekterte helsepersonell som underviste dem til å ta egne informerte beslutninger, og som jobbet for å utforme individualiserte behandlingsplaner som	Dette er relevant for helsepersonell å vite slik at man kan, så langt det lar seg gjøre, tilpasse behandling og oppfølging etter familiens livssituasjon, kunnskap og behov. Artikkelen viser også hvor viktig det er at sykepleier møter pasienten og familien med åpenhet, interesse og varme slik at foreldrene og pasienten føler seg tryggt.

## Vedlegg 3: Samleskjema

			<p>Barna inkluderte 30 jenter og 33 gutter (70% hvite, 22% afrikansk-amerikanere, 3% spanske, og 3% «multiracial». Gjennomsnittlig HbA1c: 9.02%. Mødre med høyere utdanning: 78%. Fedre med høyere utdanning: 60%.</p>			<p>pasienten og familien). 2- klinisk behandling og oppfølging bestående av kompetanse og en behandlingsplan som var tilpasset den individuelle familien. Familien fremhevet at det å se hele mennesket og ikke bare diagnosen var viktig for dem. En sykepleier som var rolig og som forsøkte å bli kjent med familien var ønskelig. 3- At familien ble inkludert som en partner i samarbeidet med helsepersonellet. Samarbeidet burde være preget av gjensidig respekt og tillitt med fokus på «Empowerment».</p>	<p>passet til familiens livsstil. Foreldrene ønsket også system rundt oppfølgingstimer på klinikk som var effektive, praktiske og komfortable.</p>	
5 “The Logic of Care” – Parents’ perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1	2012	<p>En studie hvor kvalitative intervju ble utført. Intervjuene ble analysert ved bruk av deduktiv innholdsanalyse og Mol’s filosofiske teori.</p>	<p>Studien ble utført sør i Sverige og inkluderte tre pедиатriske avdelinger. Barna måtte være mellom 3-16 år og nylig fått diagnosen. 18 individer deltok. 16 familier hadde foreldre som bodde</p>	<p>Beskrive foreldrenes opplevelse og erfaring med opplæringsprosessen da deres barn ble diagnostisert med diabetes type 1.</p>		<p>Nesten alle foreldre var fornøyde med opplæringsprosessen. Likevel synes foreldrene at undervisningen burde bli mer tilpasset den individuelle familien slik at de kan lære å leve med diabetes i deres hverdag. I stedet for å lære ut i fra en ferdig</p>	<p>For å optimalisere opplæringsprosessen kan det være nyttig å øke fokuset på familiens oppfatning som kan føre til ny innsikt og som dermed kan føre til at undervisningen blir mer forståelig for familien.</p>	<p>Dette er relevant fordi det er en studie i Sverige med et helsesystem som ligner det i Norge. Det er familier som forteller om sine opplevelser rundt opplæring av helsepersonell etter nyopplaget diabetes hos barnet, og det omhandler kommunikasjon mellom familie og helsepersonell.</p>

**Vedlegg 3: Samleskjema**

diabetes			sammen, 1 mor var singel og 1 mor bodde ikke med barnefare. Alder til foreldre: 31-46. Damer: 10, menn: 8. Høyere utdanning 11, videregående utdanning: 7. Antall barn som var 3-10 år ved diagnosetidspunktet: 6. Antall barn som var 11-14 ved diagnosetidspunktet: 4. Erfaring med diabetes i familien fra før: Ja- 3 Nei-15.			plan med kunnskapsmål bør undervisningen være pasientsentrert og gi tid og rom for sorg og sjokk. Det burde også bli forklart hvorfor ting blir gjort og ikke bare hva som skal gjøres. De innlærte rutinene på sykehuset gjorde det utfordrende å være gode foreldre som skulle håndtere sykdommen og fortsette det normale familielivet hjemme igjen.		
6 Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes: A Systematic Mixed-Studies Review.	2012	Systematic mixed-studies review. Et systematisk søk ble utført med søkeordene «parent, children, adolescents, type 1 diabetes, and adjustment, stress, anxiety, depressive symptoms, and	34 studier ble inkludert; 20 kvantitative. 4 studier evaluerte mødre og fedre separat, 3 studier evaluerte foreldre uten å skilne mellom mødre og fedre, og 2 evaluerte kun mødre. Gj.snitts alderen på barne i studiene var 4.4-14.4 år, og varigheten av	Vurdere kvalitativ og kvantitativ forskning i forhold til foreldres opplevelse av å ha et barn med DMT1.		Av de 20 kvantitative studiene, var prevalensen av psykisk stress hos foreldre til barn med T1DM rapportert i 9 studier. På tvers av alle studiene varierte foreldrenes psykiske stress fra 10-74% med et gjennomsnitt på 33,5% av foreldrene som opplevde psykisk stress ved diagnosetidspunktet. 19% av foreldrene	Å screene foreldres psykiske stressnivå er nødvendig i tillegg til intervensjoner.	Det er relevant for problemstillingen fordi tallene i den kvantitative delen av den systematiske oversikten underbygger funnene i de kvalitative artiklene.

## Vedlegg 3: Samleskjema

		depression" i databasene: Pubmed, Scopus, CINAHL, og PsychInfo. Tidsrom: 1994-mai, 2011.	barnets diabetes varierte fra nylig diagnostisert til gj.snittlig 4.4 år.			opplevde psykisk stress 1-4 år etter diagnostidspunktet. Foreldrenes psykiske stress, uavhengig av definisjonen, førte til at barna opplevde høyere nivåer av stress, depressive symptomer, problematisk atferd, redusert livskvalitet.		
--	--	--	---	--	--	---	--	--

## Vedlegg 3: Samleskjema

### Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter	Evt. GRADE/evidensnivå
1 Parents' information and support needs when their child is diagnosed with type 1 diabetes: a qualitative study.	Det ble utført et strategisk utvalg på 4 diabetesklinikker spredd utover Skottland. Strategisk utvalg ble brukt for å sikre diversitet i utvalget. Det ble spurt om tillatelse til å fortsette studiet etter hvert intervju og studiet ble avsluttet da det ikke var mer ny informasjon som kom fram. De brukte et utforskende design. Studien fikk godkjenning av «South East Scotland Research Ethics Committee».	Noen av foreldrene hadde barn som fikk diagnosen for 11 år siden. Da er det stor sannsynlighet for at foreldrenes gjenfortelling omhandler utdaterte metoder i sykehuset eller bias. Alle barna måtte også ha vært innlagt på sykehuset, og det finnes tilfeller hvor det ikke er nødvendig.	
2 Pathways to diagnosis: a qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes	Det ble utført et strategisk utvalg på 4 diabetesklinikker spredd utover Skottland. Strategisk utvalg ble brukt for å sikre diversitet i utvalget. Det ble spurt om tillatelse til å fortsette studiet etter hvert intervju og studiet ble avsluttet da det ikke var mer ny informasjon som kom fram. Foreldre til barn med forskjellig alder viste hvordan barnets alder har innvirkning på foreldrenes opplevelse. De brukte et utforskende design. Studien fikk godkjenning av «South East Scotland Research Ethics Committee».	Kandidatene var stort sett hvite. Studien baserte seg på foreldrenes fremstilling og hukommelse, og resultatet kan dermed ha blitt påvirket av bias eller narrativ rekonstruksjon	
3 Swedish Families' Lived Experience When a Child Is First Diagnosed as Having Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: An Ongoing Learning Process	Kandidatene ble intervjuet individuelt og tiden ble tilpasset ved intervju av barn. De hadde fokus på å sikre heterogenitet i utvalget. Kandidatene ble informert	Familier som ikke kunne snakke svensk ble ekskludert og dette kan ha ført til en innvirkning på resultatet.	



**Vedlegg 3: Samleskjema**

	om at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn, de fikk garanti om at informasjon ikke ble gitt var konfidensiell. Studiet fikk godkjenning av deres lokale Research Ethics Committee.		
4 Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents with Diabetes	Funn i tidligere forskning støtter mange av funnene i artikkelen. Den er en del av en større studie med fokus på foreldrenes og barnets forventning.	Begrensninger i forhold til mangel på informasjon om barnas sykehistorie. Påpekes i artikkelen at informasjon om barnets sykehistorie, alder, eller behandlingskontroll kunne bidratt til dypere forståelse av forholdet mellom sykepleier og pasient.	
5 "The Logic of Care" – Parents' perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes	Foreldre ble intervjuet individuelt, men samtidig av to intervjuere uten tidligere arbeidserfaring med barn som har diabetes. Det ble brukt åpne spørsmål og åpne oppfølgingsspørsmål. Foreldre fikk på forhånd informasjon om at informasjon ikke bli gitt til behandlere. Studien ble utført i henhold til Helsinki deklarasjonen. Studien ble også godkjent av «Research Ethics Committee of the Medical Faculty, Lund University, Sweden».	Noen svar under visse hovedtemaer fra intervjuene ble fjernet fordi det var for lite eller utilstrekkelig informasjon om temaet. Et sterkt flertall for foreldre i gruppen 36-40 (15 av 18) som er gift (13 av 18).	
6 Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes: A Systematic Mixed-Studies Review.	Kvaliteten på studiene ble vurdert av 3 personer; 2 doktorgradsstudenter og en sykepleieforsker. De benyttet et	Inkluderer også foreldre til «adolescents» som vil si ungdom som er mer enn 12 år. De inkluderte bare publiserte	

## Vedlegg 3: Samleskjema

	<p>poengsystem laget for «mixed-studies reviews» for å vurdere kvaliteten. En dialektisk og komplementær holdning ble benyttet da resultatet skulle syntetiseres. Kvantitative studier beskrev prevalensen og forholdet mellom foreldres psykiske stress og helseutfall, kvalitative studier omfattet foreldres erfaringer av å ha et barn med Diabetes type 1.</p>	<p>studier, ikke upubliserte studier eller avhandlinger. De hadde utfordringer med å sammenligne studier pga. heterogeniteten i studiene, målinger av foreldres stressnivå og variasjoner ellers i studiene. Studiene hadde også begrensninger i etnisitet, familiesammensetninger og inneholdt små utvalg.</p>	
--	---	---	--

<b>Tittel på prosedyre:</b> Trygghet til foreldrene og barnet som er innlagt med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1.	
<b>Fullstendig spørsmål:</b> Hvordan kan man som sykepleier fremme trygghet og mestring hos foreldrene og barnet som er innlagt med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?	<b>Type spørsmål:</b> Erfaring og holdninger/Effekt av tiltak.

	<b>P:</b>	<b>I:</b>	<b>C:</b>	<b>O:</b>
MeSH	Parent Parents parents' experiences Child, Hospitalized Children, Hospitalized Hospitalized Children Hospitalized Child Type 1 Diabetes Mellitus Diabetes Mellitus, Type 1 Type 1 Diabetes Diabetes, Type 1 pediatric diabetes Childhood diabetes	Nurse Nursing Personnel, Nursing Nursing Personnel Care		Adaptation, Psychologic Psychologic Adaptation Psychological Adaptation Coping Behavior Behavior, Coping Behaviors, Coping Coping Behaviors Coping Skills Coping Skill Skill, Coping Skills, Coping Behavior, Adaptive Adaptive Behavior Adaptive Behaviors Behaviors, Adaptive  Experience Experiences (Stress Anxiety Hypervigilance Nervousness)
CINAHL	<b>Søk 1: Kvalitativ artikkel</b> Emneord: Parents AND Child AND Type 1 Diabetes Mellitus			

	<p>Tekstord: Child Parent</p> <p><b>Søk 2: Kvantitativ artikkel:</b></p> <p>Emneord: Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus Quantitative Studies</p> <p>Tekstord: Child Parent Quantitative Research</p>			
<p>Medline Ovid</p>	<p><b>Søk 1:</b></p> <p>Emneord: Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus Qualitative Research</p> <p>Tekstord: Child Parent</p> <p><b>Søk 2:</b></p> <p>Emneord: Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus</p>	<p><b>Emneord inkludert ved søk 2:</b></p> <p>Care</p>		

	Tekstord: Child Parent			
Google Scholar	Parents Child Type 1 Diabetes Mellitus			
Tekstord				