



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sykepleiefaglig, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB 3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02. 2014. kl. 14.00

Kandidatnummer: 20

Antall ord: 8887



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Nyoppdaget diabetes hos barn- hvordan fremme mestring hos foreldre?



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com

Diabetes kan på mange måter sammenlignes med en bil, der diabetikeren er sjåføren. Som barn og tenåring er man kartleser i bilen sammen med foreldrene, deretter kan man øvelseskjøre, og senere ta kontroll over sin egen bil, eller diabetes (Christopersen, 2004).

Bacheloroppgave i sykepleie, Haugesund, kull 2011

Antall ord: 8887

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes er en sykdom de fleste av oss har et forhold til, og mange kjenner noen som lever med sykdommen. På grunn av stadig økende forekomst, spesielt i den vestlige delen av verden, har temaet fått mye fokus blant forskere, media og samfunnet generelt. På verdensbasis har ca. 350 millioner mennesker diabetes, og antallet er ventet å dobles i løpet av de neste 20 årene, ifølge verdens helseorganisasjon. Diabetes er en sykdom som påvirker nærmest alle aspekter i livet. Når et barn innlegges i sykehus med nydiagnostisert diabetes settes barnet og foreldrene i en vanskelig situasjon.

Problemstilling: «Hvordan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes?»

Hensikt: Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om hvilket sykepleiefokus man må ha, og hvordan man som sykepleier kan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes.

Metode: Metoden som er brukt i den foreliggende studie er inspirert av systematiske litteraturstudier. Oppgaven er skrevet etter høgskolens retningslinjer for bacheloroppgaver.

Resultat: Resultatet viser at mange foreldre opplever psykisk stress når barnet får diabetes. Ved å identifisere foreldrenes psykososiale behov og iverksette tiltak for å mestre psykisk stress kan man bidra til økt mestring i hverdagen. Videre peker mine forskningsfunn at et godt første møte mellom foreldre/barn og sykepleier, og en god samhandling er avgjørende for en god undervisningsprosess. Sykepleieren spiller en viktig rolle når foreldrene skal tilegne seg kunnskapen som trengs for å mestre hverdagslige utfordringer.

Nøkkelord: Diabetes, mestring, barn, foreldre

Abstract

Background: Diabetes is a disease that affects most aspects in life. Diabetes takes control over the person's life unless he learns to adjust to it. Both the child and its parents is facing a tough, staying in the hospital after the child has been diagnosed. Approximately 350 million people live with diabetes worldwide. The global prevalence is assumed to increase with the double within twenty years.

Research Question: "How to increase coping for parents of children newly diagnosed with diabetes?"

Purpose: The purpose of this thesis is to gain knowledge on how nurses can increase coping for parents of children newly diagnosed with diabetes.

Method: The design of this study is inspired by a systematic literature review, and written in the line of the schools guidelines for writing assignments.

Results: Many parents find it extremely stressful to adjust to the consequences that follows with diabetes treatment. Parental coping with psychological distress is found to play an important role in the families adjusting to diabetes-related challenges. Nurses play an important role in helping parents cope with the adjustment to diabetes. Sharing experiences in group-based interventions for parents may lessen the impact of treatment management, improving coping and gain the skill, and lessen the impact of the child's diabetes. Parents described the importance of a fundamental process in establish a therapeutic relationship that integrated what is traditionally thought of as normal manners.

Key Words: Diabetes, coping, children, parents

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Hensikt.....	5
1.3 Presentasjon av problemstilling	5
1.4 Avgrensning og presisering	6
1.5 Begrepsavklaring.....	6
2.0 Teoretisk rammeverk	7
2.1 Diabetes type 1 hos barn.....	7
2.1.1 Symptomer og diagnostikk	7
2.1.2 Behandling	7
2.1.3 Hypoglykemi	8
2.2 Mestringsbegrepet	9
2.2.1 Lazarus og Folkman om mestring	9
2.2.2 Banduras sosiale læringsteori.....	9
2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv	10
2.3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	10
2.3.2 Travelbee om kommunikasjon	10
2.3.3 Møtet mellom mennesker.....	11
2.4 Barn på sykehus	11
2.4.1 Kommunikasjon med barn	11
2.5 Foreldre på sykehus.....	12
2.5.1 Psykisk stress.....	12
2.5.2 Å fremme mestring hos foreldrene	13
3.0 Metode	15
3.1 Ulike forskningsmetoder	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.3 Metodens sterke og svake sider	16
3.4 Kildekritikk	16
3.5 Litteratursøk og valg av forskning	16
3.6 Ethiske overveielser	16
4.0 Resultat	18
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	18
4.2 Hovedfunn:	19
5.0 Drøfting	21

5.1 Et godt første møte, nøkkelen til en god samhandling	21
5.2 Å mestre psykisk stress	23
5.3 Å tilegne seg kunnskap for å mestre daglige utfordringer	25
5.4 Å dele erfaringer og ansvar	27
6.0 Konklusjon.....	30
7.0 Referanseliste	I
8.0 Vedlegg.....	V
8.1 Søkeprosessen.....	V
8.2 Presentasjon av forskningsartikler	VI

1.0 Innledning

Diabetes er en sykdom de fleste av oss har et forhold til, og mange kjenner noen som lever med sykdommen. På grunn av stadig økende forekomst, spesielt i den vestlige delen av verden har temaet fått mye fokus blant forskere, media og samfunnet generelt. Ifølge Diabetesforbundet (2013) får rundt 300 barn under 15 år diabetes hvert år i Norge. Når et barn blir innlagt på sykehus med nydiagnostisert diabetes settes barnet og foreldrene i en vanskelig situasjon. Det er en situasjon preget av mye usikkerhet, bekymringer, og foreldrene opplever ofte skyldfølelse. Verdens helseorganisasjon (2013) kan rapportere at stadig flere land melder om en hyppigere forekomst av diabetes, spesielt blant yngre barn. På verdensbasis har ca. 350 millioner mennesker diabetes, og antallet er ventet å dobles i løpet av de neste 20 årene ifølge (WHO, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema kommer av min interesse for pediatrik sykepleie. Avgjørelsen om å avgrense temaet til foreldre til barn med nyoppdaget diabetes kommer av at jeg hadde medisinsk praksis på barneposten. Her erfarte jeg at foreldre reagerer på forskjellige måter når barnet får en slik diagnose. Jeg husker spesielt en situasjon der en liten gutt fikk diabetes, foreldrene hadde ingen erfaring av å være på sykehus. De hadde mye skyldfølelse og tok det ganske tungt. I løpet av praksisperioden fikk jeg inntrykk av at mestringsfremmende tiltak, tillit- og trygghetsfremmende kommunikasjon var av de viktigste aspekter og utfordringer i møte med barn og foreldre i en slik situasjon.

1.2 Hensikt

Den foreliggende litteraturstudien har som hensikt å øke kunnskap om hvilket sykepleiefokus man må ha, og hvordan man kan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes. Det er et mål at oppgaven skal føre til økt læring for undertegnende, i henhold til satte læringsutbytter for studien. I løpet av denne eksamensperioden vil jeg tilegne meg verdifull kunnskap innen valgt tema, noe som kan bidra til å styrke mine fagkunnskaper innen sykepleiefaget.

1.3 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes?»

1.4 Avgrensning og presisering

Da diabetes type 2 er sjelden blant barn, velger jeg å fokusere på barn med insulinavhengig diabetes, diabetes type 1. Jeg vil ta for meg den akutte perioden på sykehuset etter at barnet har fått diagnosen, og til barnet er utskrevet. Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle foreldre til barn under 15 år. Bakgrunnen for dette er at mine praksiserfaringer tilsier at foreldre til yngre barn kan trenge mer undervisning, oppfølging og støtte til å mestre utfordringene. Selv om oppgaven fokuserer på foreldre, ser jeg det som naturlig å presentere noen punkter som omhandler barns opplevelse av sykdom, sykehus og barns mestringsstrategier.

1.5 Begrepsavklaring

Diabetes: Sagen (2011, s. 19) definerer diabetes som en hormonell sykdom med relativ eller absolutt insulinmangel. De vanligste formene er diabetes type 1 og diabetes type 2. Ved diabetes type 1 foreligger det absolutt insulinmangel på grunn av ødeleggelse av betacellene i bukspyttkjertelen som frigjør insulin, dette resulterer i forhøyede blodsukkerverdier (Sagen, 2011, s. 19). Diabetes er en kronisk sykdom som rammer mennesker i alle aldersgrupper (Skafjeld og Graue, 2011, s. 14).

Mestring: Lazarus og Folkmann (1984, s. 135) definerer mestring som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å takle spesifikke ytre og/ eller indre utfordringer som oppfattes som en byrde, eller som går utover de ressursene vedkommende har.

2.0 Teoretisk rammeverk

I det følgende presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Først vil jeg legge frem teori om diabetes hos barn. Deretter presenteres definisjoner på mestringsbegrepet og Joyce Travelbees sykepleieteori. Videre vil dette kapitlet blant annet omhandle det å være barn og foreldre på sykehus.

2.1 Diabetes type 1 hos barn

Diabetes blant barn er som regel alltid type 1, årsaken er sannsynligvis et samspill mellom miljøfaktorer og genetisk disposisjon. Det er sjeldent at diabetes forekommer i første leveår, men forekomsten øker jevnt etter dette, med en topp i tenårene (Grønseth og Markestad, 2011, s. 351).

2.1.1 Symptomer og diagnostikk

I et tidlig stadium er de vanligste symptomene vekttap, tørste og hyppig og rikelig med urin. Dersom sykdommen ikke oppdages tidlig kan barnet få symptomer som slapphet, brekninger, magesmerter, dehydrering og i verste fall acidose, sjokk og koma. De første symptomene forekommer ofte i forbindelse med en vanlig luftveisinfeksjon (Grønseth og Markestad, 2011, s. 351). Ifølge Dahlquist og Sjöblad (2008, s. 25) er sykehistorien hos spedbarn og småbarn ofte mye kortere, med ca. 2-3 dager eller noen uker, sammenlignet med eldre barn, som ofte har symptomer fra 2-4 uker. Diagnosen stilles ved at det påvises glukose i urinen som skyldes høy blodglukose. Det kan også påvises ketoner i urinen som indikerer en diabetisk ketoacidose. Det vil da være en ubalanse i syre- base- statusen som gjør seg til uttrykk ved at barnet er dehydrert (Grønseth og Markestad, 2011, s. 352).

2.1.2 Behandling

Ifølge Lind og Rasmussen (1999, S. 300) er det overordnende målet med diabetesbehandling å få barnet og dets familie til å forstå og akseptere sykdommen, samt fremme mestring og bidra til at de tilegner kunnskaper som trengs for å kunne ha en så normal hverdag som mulig. Ludvigsson, Sjöblad, Örtqvist og Hanås (2008, s.73) legger vekt på at en optimal insulinbehandling er en forutsetning for å holde en god metabolsk kontroll. Forfatterne påpeker at insulinbehovet varierer hos barn i vekst, og at det derfor kreves ekstra oppmerksomhet i forhold til insulindoser, doseringsintervall, insulintype og administreringsmetode. Behovet for insulin øker drastisk i puberteten, for å så minske etterpå (Ludvigsson et. al, 2008, s. 73).

Sagen (2011, s. 46) beskriver 2 hovedtyper av insulin.

→ Hurtigvirkende insulin:

Innen denne gruppen finnes det to hovedtyper av hurtigvirkende insulin, regulært hurtigvirkende insulin og insulinanaloger. Regulært hurtigvirkende insulin settes ofte en halvtime før et måltid på grunn av sin innsettende effekt på 30 minutter, virketiden er på 7-9 timer. Insulinanaloger har effekt etter 10-20 minutter og kan dermed settes i forbindelse med måltidet. Hos barn settes noen ganger sistnevnte etter måltidet da barns matinntak ofte er uforutsigbart. Virketiden på insulinanaloger er 3-5 timer (Sagen, 2011, s. 46).

→ Middels langtidsvirkende insulin

Denne insulin typen skal dekke det basale insulinbehovet og injiseres to ganger i døgnet. Effekten oppnås etter 1-2 timer, maksimal virkning foreligger normalt etter 4-12 timer (Sagen, 2011, s. 47).

2.1.3 Hypoglykemi

Hypoglykemi blir i daglig tale forstått som føling eller lavt blodsukker. Kroppen, spesielt hjernen er avhengig av at blodglukosen er over et visst nivå. Dersom nivåene er lavere enn optimalt gir det symptomer på hypoglykemi (Grønseth og Markestad, 2011, s. 354).

Hypoglykemi forekommer som oftest hos personer med diabetes som behandles med insulin, og oppstår dersom vedkommende spiser for lite eller trener for mye i forhold til insulininntaket (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røise, 2012, s. 297).

Blodsukkerverdier under 3,5 mmol/L må betraktes som lave, verdier under dette vil påvirke hjernen og føre til at den jobber saktere (Nordfeldt 2008, s. 87).

Symptomer og tegn på føling er hodepine, sultfølelse og kaldsvette. Uro, svekket bevissthet, koma og kramper inntreffer dersom tiltak for å høyne blodsukkeret ikke utføres. Kroppen har ingen lagre av glukose, men glukose kan mobiliseres raskt og omdannes fra glykogen i leveren. Behandling og tiltak av hypoglykemi går ut på å tilføre pasienten raske karbohydrater i form av sukker (glukose). Injeksjoner med glukagon bidrar også til å øke blodsukkeret, og foreldre til barn med diabetes må derfor læres opp i bruk av glukagon. Glykogenlageret er lite, men glukose kan også mobiliseres fra fett, og ved at aminosyrer omdannes. (Jacobsen et. al, 2012, s. 297).

2.2 Mestringsbegrepet

Ifølge Heggen (2008, s. 65) er mestringsbegrepet særlig knyttet til ulike individs reaksjoner på stress og truende situasjoner. Mestring assosieres med det å få til noe på egen hånd, takle stress, kriser, påkjenninger eller sykdom, slik at man kommer seg videre på en god måte. Det handler om å ha tilgang til ressurser- til kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, utstyr, hjelpere, og evnen til å nytte disse (Heggen, 2008, 64, 65). Selve mestringsprosessen er først og fremst en dynamisk prosess, og ingen lineær bevegelse. I denne prosessen veksles det mellom å lukke og åpne seg, skyve unna, slippe til, mellom kaos og kontroll, forvirring og forståelse og det å mestre situasjonen gjennom praktisk handling ut fra det som kreves av situasjonen (Eide og Eide, 2007, s.171).

2.2.1 Lazarus og Folkman om mestring

Lazarus og Folkman (1984, s. 135) nevner at stressmestring tradisjonelt sett har vært et viktig forskningsfelt innen psykologifaget, men legger til at uttrykket handler om relasjoner mellom individer og omgivelsene. Lazarus og Folkman (1984, s. 135) påpeker at fornektelse av et problem, for eksempel sykdom, er forbundet med ineffektivitet fordi individet da feiler i å mestre problemet, som for eksempel å søke informasjon og hjelp ved sykdom. Stress kan mestres ved å gjøre noe direkte, søke informasjon, og ved å prøve å forandre sitt syn på situasjonen (Lazarus, 1991).

2.2.2 Banduras sosiale læringsteori

Sosial ferdighetstrening, eller modell- læring er en grunnleggende måte å lære på, og kjennetegnes ved at deltakerne observerer dyktige utøvere i ulike samspillsituasjoner, for å så vise liknende atferd når situasjonen krever det. Den kanadiske psykologen Albert Bandura er en av de som har bidratt til forståelse av denne teorien, han skapte begrepet «self-efficacy». Bandura la særlig vekt på at modell- læring ikke nødvendigvis trenger å inneholde imitasjon. Tradisjonelt har psykologiske teorier påstått at mestringstrening bare kan lykkes gjennom egenutøvelse (Gundersen og Moynahan, 1995, s. 126).

I virkeligheten er all læring et resultat av både direkte utøvelse og av å observere andres oppførsel og konsekvensene det får for dem (Bandura, 1986, s. 19). Bandura definerer «modell» som de stimuli som gir observatøren informasjonen som trengs for å kunne opptre annerledes ved neste situasjon. Modeller kan være film, bilder, personer, media og instruksjoner. Teori viser at denne modelleffekten kan bedres ved å benytte «modeller» som ligger på omtrent samme nivå som «eleven» selv, for eksempel andre «elever», istedenfor den

kompetente modellen. Atferden som demonstreres av modellen blir påvirket av omgivelsenes forsterkende hendelser, men vil også påvirkes av mottakerens kompetanse, tankebearbeiding og følelser (Gundersen og Moynahan, 1995, s. 128).

Tveiten (2009, s. 32, 33) trekker også frem Banduras sosiale læringsteori som sentral innen mestring. Begrepet «self-efficacy» kan ifølge Tveiten (2009, s. 32) tolkes som en evne til å vurdere ens muligheter for å nå satte mål, eller det å tro på og se egne muligheter og ressurser. Sykepleierens mestringshjelp innebærer blant annet å legge til rette for at vedkommende oppdager egne muligheter og tror på dem (Tveiten, 2009, s. 33).

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

I det følgende presenteres Joyce Travelbees sykepleieteori. Sykepleieteorier stimulerer til sykepleiefaglig tenkning, de beskriver og identifiserer sentrale sykepleiefenomener, og tydeliggjør sykepleierens særegne funksjonsområde (Kristoffersen, 2009, s. 14).

2.3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Travelbees sykepleietenkning og filosofi har en stor innflytelse innen norsk sykepleierutdanning, og hennes teorier vil alltid være aktuelle (Kristoffersen, 2009, s. 26). Det er Travelbees teori om etableringen av et menneske- til- menneskeforhold som er sentralt i hennes tenkning, og som gjør teorien aktuell for å belyse denne oppgaven. Travelbee (2011, s. 29) definerer sykepleie som: «En mellommenneskelig prosess der 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». Travelbee (2011, s. 171) forklarer at det som kjennetegner et menneske-til- menneskeforhold er at både sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som «sykepleier» og «pasient».

2.3.2 Travelbee om kommunikasjon

Travelbee (2011, s. 135) beskriver kommunikasjon som en prosess som kan hjelpe sykepleieren til å etablere et menneske- til- menneske- forhold, og dermed oppnå sykepleiens mål og hensikt, som blant annet å hjelpe enkeltindivider til å oppnå mestring. Ved å kommunisere og observere kan sykepleieren identifisere den sykes, eller familiens behov (Travelbee, 2011, s. 135).

2.3.3 Møtet mellom mennesker

Travelbee la vekt på det første møtet mellom mennesker, og særlig da mellom sykepleier og pasient. Travelbee (2011, s. 187) påpeker at sykepleierens rolle er klar ved dette møtet, hun skal bryte ned kategoriseringen og se mennesket i «pasienten». Skau (2011, s. 33) skriver også om møtet mellom mennesker, og sier at en hjelper bør ha ambisjoner om at møtene med sine pasienter skal være betydningsfulle. Denne ambisjonen kan bare innfris dersom yrkesutøveren gjør møtet betydningsfullt også for seg selv. Dette kan oppnås ved å betrakte seg selv som et menneske som fortsatt har mye å lære, istedenfor en ekspert som kan alt (Skau, 2011).

2.4 Barn på sykehus

Når helsepersonell skal forholde seg til syke barn er det nødvendig å vite noe om barns oppfatninger og forståelse av sykdom, samt barns måter å mestre sykdom på. Grønseth og Markestad (2011, s. 51) skriver at en sykehusinnleggelse medfører usikkerhet, ubehag og stress for barn og ungdom. Disse reaksjonene kommer blant annet av undersøkelser og prøver som virker skumle, trussel om adskillelse fra foreldre og det å være i et ukjent miljø med fremmede mennesker. Barn kan se på trusselen om å bli forlatt som reel selv om foreldrene er sammen med barnet under hele sykehusoppholdet (Grønseth og Markestad, 2011, s. 51). Det er individuelt hvordan barn forstår og forholder seg til sykehusinnleggelse og egen sykdom. Små barn har en diffus oppfatning av sykdom, ofte en kombinasjon av magi, fakta og fantasi. Barn har ofte vanskeligheter med å forstå sykdom som ikke synes utenpå kroppen, som diabetes. Sykdom som synes, eksempelvis vannkopper er lettere å forstå. Helsepersonell må ha dette i tankene når de skal forklare sykdom og behandling for barn (Renolen, 2008, s. 97-99). Barn reagerer forskjellig på det å være syk. I et forsøk på å mestre sykdom kan førskolebarn ofte reagere med aggresjon, regresjon og benekting. Reaksjonene er barnets forsvarsmekanismer i forbindelse med undersøkelser og behandling (Renolen, 2008, s. 99).

2.4.1 Kommunikasjon med barn

Eide og Eide (2012, s. 358) legger vekt på at det ikke foreligger noen entydig oppskrift på hvordan man bør kommunisere med barn og unge, noe som begrunnes ved at hvert barn og ungdom er unikt. Barn og unge befinner seg på ulike utviklingstrinn og hvert individ og situasjon er forskjellig. Dette utfordrer vår evne til å kommunisere på den andres premisser, hvor barnet eller ungdommen befinner seg (Eide og Eide, 2012, s. 358).

Ifølge Grønseth og Markestad (2011, s. 81 og Eide og Eide, 2012) er god kommunikasjon nøkkelen til å bli kjent med og skape et tillitsforhold til barn. Tillit er alfa- omega når målet er å informere, forbedre og hjelpe barn og deres foreldre til å bearbeide opplevelser knyttet til sykdom og sykehusinnleggelse. Barn er ofte skeptiske til fremmede mennesker, de kan se på sykepleieren som tillitsvekkende og hyggelig, men samtidig som en person som utfører skremmende og ubehagelige ting (Grønseths og Markestad, 2011, s. 81).

2.5 Foreldre på sykehus

Når barn innlegges i sykehus er det naturlig at man som sykepleier også må forholde seg til barnets foreldre. Foreldrene er viktige samarbeidspartnere i samtaler med barn. Det er de som kjenner barnet best, og kan tolke barnets reaksjonsmønstre, signaler og uttrykk. Foreldre bør delta i behandlingen og undersøkelsene sammen med sykepleieren, og med egne ord forklare viktig informasjon til barnet. Ved prosedyrer kan foreldrene delta aktivt ved å støtte barnets mestringsstrategier, for eksempel ved avledning eller humor. En forutsetning for at foreldre skal kunne gi barna trygghet og mestring er at foreldrene selv er godt informert (Grønseth og Markestad, 2011, s. 61, 64, 65 og 86).

Barnet har rett til å være sammen med minst en av foreldrene når de er innlagt i sykehus. Retten er lovfestet i forskrift om barn på sykehus. Kapittel 2, § 6, første ledd sier at: «Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet, eller samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven» (Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon, 2000).

2.5.1 Psykisk stress

Reitan (2010, s.75) beskriver psykisk stress som en prosess som virker belastende på personens ressurser. Stress kommer av at sanseapparatet oppfatter en ytre påkjenning, en stressor, som utløser en emosjonell stressrespons (frykt, angst, sinne osv.), som får mening ved at den bearbeides kognitivt. Det skilles mellom akutt og kronisk stress. Akutt stress er forbundet med livshendelser, og er en forbigående reaksjon på fysisk og psykisk stress. Symptomene oppstår umiddelbart, men avtar etter hvert som de bearbeides og mestres. Akutt stress kjennetegnes ved at personen opplever redusert oppmerksomhet, handlingslammelse og uvirkelighetsfølelse (Reitan, 2010, s.75).

Anderson og Brackett (2005, s. 3) og Haugstvedt (2011, 275) skriver at foreldre til små barn med diabetes type 1 blir de ekte «pasientene», særlig opptil 2 år etter at barnet har fått

diagnosen. Opplevelsen av stress og sorg er ofte større hos foreldre til små barn. Det at barnet får en slik diagnose i så ung alder er emosjonelt ødeleggende og flere foreldre rapporterer om psykisk stress og depressive symptomer i tiden etter diagnosen. I en slik situasjon sørger ikke foreldrene bare over å ikke lenger ha et «friskt» barn, men mangelen på spontanitet og fleksibilitet i hverdagen fører til en konstant bekymring og opplevelse psykisk stress (Anderson og Brackett, 2005, s. 3).

2.5.2 Å fremme mestring hos foreldrene

Ifølge Tveiten (2009, s. 31) er hensikten med sykepleierens undervisende funksjon å bidra til mestring, vekst, læring og utvikling. Grønseth og Markestad (2011, s. 71) trekker frem Nurse-Parent Support Model som et godt hjelpemiddel når målet er at foreldre skal mestre barnas sykdom. Grønseth og Markestad (2011, s. 71, 72) trekker frem følgende punkter som grunnleggende i denne modellen;

1. Kommunikasjon og informasjon

Foreldres tilfredshet med oppholdet, tilliten til helsepersonellet og vurderingen av pleiens kvalitet bygger på at de opplever empatisk holdning hos helsepersonellet og at det foreligger en god kommunikasjon mellom partene. Tilgang til realistisk og ærlig informasjon bidrar til mestring og øker opplevelsen av kontroll. Mange ønsker å delta i behandlingen og vil diskutere deres oppgaver og bidrag, noe som krever god kommunikasjon mellom partene (Grønseth og Markestad, 2011, s.72).

2. Støtte til foreldrene

Foreldrene har et behov for å bli sett og få støtte og annerkjennelse for at barnets sykdom har stor innvirkning for deres liv. Det oppleves godt når noen lytter aktivt, viser medfølelse og kommer med støttende bemerkninger som viser at man ser at de har det tøft. Det er nødvendig å gi foreldrene informasjon om at det er normalt å ha skyldfølelse og at følelsene og reaksjonene deres er normale. Det er lettere for foreldre å stole på at barnet mottar god behandling dersom sykepleieren er opptatt av hvordan de mestrer situasjonen (Grønseth og Markestad, 2011, s. 72-75). For mange oppleves det som svært vondt å ikke kunne beskytte barnet mot vonde opplevelser og prosedyrer, noe som kan forårsake stress. Dersom foreldrene gis hjelp til å fylle foreldrerollen bidrar det til å styrke selvtilliten og mestringsfølelsen. Sykepleieren må oppmuntre til deltakelse og lytte til deres tolkninger og beslutninger (Grønseth og Markestad, 2011, s. 72-75).

3. Sykepleie av god kvalitet

Det skapes tillitt mellom sykepleiere og foreldre dersom sykepleieren gir barnet god omsorg, behandler det med verdighet og respekt, og dersom hun anerkjenner betydningen av foreldrenes rolle i omsorgen. For at foreldre skal betrakte sykepleiere som flinke i jobben, kreves det at de bryr seg, er kunnskapsrike og handler aktivt og målrettet (Grønseth og Markestad, 2011, s. 75).

3.0 Metode

3.1 Ulike forskningsmetoder

Ifølge professor Ivar Ringqvist (2009, s. 9) er vitenskapens mål å kunne fortolke eller forklare omverdenen, og på den måten få økt kunnskap. All forskning tar utgangspunkt i ett eller flere problemstillinger, spørsmål, eller ideer som forskeren tar for seg (Olsson og Sørensen, 2009, s. 16). Valg av forskningsmetode er avhengig av problemstillingen og ikke av yrkestilhørighet (Ringqvist, 2009, s. 9). Dalland (2013, s. 111) nevner at det strides om hva som kjennetegner vitenskapelig metode, men påpeker at det å være vitenskapelig er å være metodisk.

Metodebegrepet er definert av flere. Dalland (s. 2013, s. 111) trekker frem Vilhelm Auberts definisjon som en av de mest brukte, og skriver at Aubert formulerer sin definisjon slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilken som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2013, s. 111).

Metoden er fundamentet og et nyttig verktøy i møte med noe en har lyst til å undersøke, og hjelper oss til å samle inn informasjonen som trengs. Det skilles hovedsakelig mellom to hovedtyper av metoder for å samle inn data, kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ forskning benyttes for å kartlegge subjektive menneskelige opplevelser, erfaringer og holdninger, og bruker ikke- statistiske metoder for analyse (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Reinart, 2008, s. 73). Det som blant annet kjennetegner den kvalitative metoden er at forskeren er subjektiv, ofte har langvarig kontakt med deltakerne, og at resultatene bygger på et lite antall individer og et større antall variabler (Olsson og Sørensen (2009).

I kvantitativ metode tar man sikte på å kunne forme informasjonen fra funnene om til målbare enheter, som deretter gir oss muligheter til å skaffe målbar data. Denne metoden kjennetegnes blant annet ved at forskningen er strukturert, og med en entydig og forhåndsbestemt problemstilling. Forskerne som benytter kvantitative metoder er objektiv og tilstreber å holde distanse til undersøkelsesobjektet. I motsetning til den kvalitative metoden bygger resultatene her på et makronivå med et stort antall individer, og et begrenset antall variabler (Olsson og Sørensen, 2009, s. 16, 17).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er skrevet etter retningslinjer for litteraturstudier, og høgskolen kriterier for bacheloroppgaver. I litteraturstudier nytter man litteratur som informasjonskilde, på samme

måte som respondenten er informasjonskilde i intervjuer eller spørreskjemaer (Olsson og Sørensen, 2009, s. 91). I en litteraturstudie skal man søke systematisk, granske, vurdere og avgrense litteratur for å besvare en tydelig formulert problemstilling. Forskningen som nyttes for å besvare problemstillingen og belyse tematikken skal være relevant og systematisk identifiseres og analyseres (Forsberg og Wengstrøm, s. 30, 31).

3.3 Metodens sterke og svake sider

Litteraturstudie som metode har både negative og positive sider. Det negative er at det kan være begrenset med relevant forskning og utvalget kan være selektivt dersom man har valgt studier etter eget synspunkt. Det positive ved metoden er blant annet at det allerede foreligger litteratur og forskning på det valgte tema, og at man kan tilegne seg mye kunnskap innenfor et valgt tema på relativt kort tid (Forsberg og Wengstrøm, 2008, s. 30, 31).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er definert som de metodene man benytter for å konstatere om en kilde er pålitelig. Kildekritikken skal vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet man nytter i en oppgave eller i en artikkel, og hvilke kriterier man har benyttet i utvelgelsen (Dalland, 2013, s. 72).

3.5 Litteratursøk og valg av forskning

All forskning og litteratur er valgt ut for å kunne besvare min problemstilling og belyse mitt tema for oppgaven. For å finne oppdatert forskning har jeg satt krav om at forskningsartikler ikke skal være eldre enn 5 år og litteratur ikke eldre enn 10 år. Unntaket er primærkilder til sykepleieteorier og andre teoretikere, samt litteratur jeg anser som like relevant for dagens praksis. I artikkelsøk har jeg brukt databasene Cinahl, Medline og PubMed. I søkeprosessen har jeg funnet det effektivt å gå grundig gjennom litteraturlistene i artiklene jeg har funnet, og på denne måten funnet annen aktuell litteratur. Søkehistorikken for de utvalgte forskningsartiklene er presentert i egen tabell som ligger vedlagt oppgaven.

3.6 Etiske overveielser

Både Dalland (2013, s. 95) og Forsberg & Wengstrøm (2013, s. 69) påpeker at etiske overveielser og oversiktlig bruk av personopplysninger må tilstrebes når man skal drive med forskning. Ifølge Slettebø (2008, s. 208) er anbefalte retningslinjer innen forskning som omfatter mennesker satt i Helsinkideklarasjonen. Det viktigste prinsippet i denne deklarasjonen er at hensynet til individet alltid skal gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt (Slettebø, 2008, s. 208). I søkeprosessen har jeg benyttet Kunnskapssenterets

(2008) sjekklister for vurdering av forskningsartikler. I disse sjekklisene er etiske forhold et viktig punkt. Dersom man skal benytte forskningsartikler i studier bør man blant annet se etter om studien ble forklart for deltakerne, og om den er godkjent av etisk komite.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

I det følgende presenteres kort valgte forskningsartikler. Deretter fremheves hovedfunn.

Funnene anses som betydelige for å besvare spørsmålet om hvordan man kan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes.

Viser til vedlegg 2 for mer utfyllende presentasjon av artiklene.

Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes (Whittemore, Jaser, Chao, Jang, Grey, 2012)

Oversiktsartikkel med hensikt å beskrive forekomsten av psykisk stress hos foreldre til barn med diabetes type 1, og deres opplevelser ved å ha et barn med diabetes. Jeg har valgt å inkludere denne studien for å kunne tilegne meg mer kunnskap om hvordan foreldre opplever å ha et barn med diabetes. Funnene i studien underbygger påstanden om at foreldre trenger hjelp til å mestre daglige utfordringer med barnets diabetes.

Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes (Howe, Ayala, Dumser, Buzby, Murphy, 2012)

Kvalitativ studie med hensikt å beskrive foreldres forventninger til helsepersonellet, og perspektiver på hvordan helsepersonellet kan fremme mestring for familier til barn og unge med diabetes. Studien er aktuell for å besvare min problemstilling fordi den forteller noe om hvordan foreldre til barn med diabetes ønsker å bli ivaretatt av sykepleierne.

Coping Skills Training for Parents of Children with Type 1 Diabetes: 12-Month Outcomes (Grey, Goodrich, D., Goodrich, A., Jaser, Whittemore, Jeon, Lindemann, 2011)

Kvantitativ studie med hensikt å sammenligne to grupper av foreldre. Den ene gruppen mottok undervisning, den andre fokuserte på mestringstrening. En hypotese forskerne hadde var; foreldre som mottar mestringstrening opplever bedre livskvalitet og mestring sammenlignet med foreldre som mottar diabetesundervisning.

“The Logic of Care”- Parents perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes (Jönsson, Hallström, Lundqvist, 2012)

Kvalitativ studie med hensikt å beskrive foreldres perspektiver på undervisningsprosessen når barnet nylig er diagnostisert med diabetes type 1. Da denne studien er utført ved svenske sykehus, kan forholdene i høyeste grad relateres til norske forhold.

Perceptions of parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood (Smaldone og Ritholz, 2011).

Kvalitativ studie med hensikt å utforske foreldres perspektiver på det mestre det psykiske stresset ved å ha ansvar for et barn nydiagnostisert med diabetes i ung alder. Jeg har valgt å inkludere denne studien da den gir meg kvalitativ data på hvordan det er å ha ansvar for barnets diabetes over lengre tid.

4.2 Hovedfunn:

Et godt første møte

I studien til Howe et. al (2012) påpekte foreldrene at det å skape et terapeutisk forhold bygd på tillitt, respekt og vanlig folkeskikk er avgjørende for et godt samarbeid med sykepleieren. Foreldre understreket at veldig mye avhenger av sykepleierens oppførsel overfor oss (Howe et. al, 2012). Ifølge Jönsson et. al (2012) mestret foreldre den akutte situasjonen bedre dersom sykepleieren informerte om at de kom til å lære alt de trenger å vite ved det første møtet. Whitemore et. al (2012) nevner i sin studie at psykisk stress hos foreldre lettere kan mestres dersom sykepleieren identifiserer eventuelt psykisk stress og ivaretar psykososiale behov allerede ved det første møtet.

Å mestre psykisk stress

Foreldre beskrev en stressfølelse som oppstod akutt etter at barnet fikk diabetes, men som ble redusert etter hvert som de opplevde økt mestring i hverdagslige utfordringer ved sykdommen (Whitemore et. al, 2012). Foreldrene i studien til Jönsson et. al (2012) uttalte at de ønsket mer tid til å bearbeide sorgfølelsen og sjokket etter å ha fått beskjed om diagnosen. Grey et. al (2011) påpeker at mestring av diabetesrelatert stress er avgjørende for om barnet og foreldrene tilpasser seg og aksepterer utfordringene ved sykdommen. I studien til Howe et. al (2012) uttalte foreldre at de følte seg mer komfortable dersom sykepleieren var i stand til å se

deres psykososiale behov. Resultatet fra studien til Smaldone & Ritholz (2011) viste at foreldrene opplevde psykisk stress i form av søvnproblemer og irritabilitet og at de mottok varierende grad av empati fra helsepersonellet.

Å tilegne seg ny kunnskap for å takle hverdagslige utfordringer

Whittemore et. al (2012) har funnet at det er vanskelig å bearbeide informasjonen som blir gitt i tiden rett etter å ha fått beskjed om diagnosen. Studien til Grey et. al (2011) viser at undervisning og mestringstrening er assosiert med bedre livskvalitet og mestring hos foreldre. Howe et. al (2012) trekker også frem det å tilegne seg ny kunnskap som grunnleggende for mestring. I denne studien påpekte foreldrene at undervisningsprosessen måtte være tilpasset familiens rutiner. Dette funnet støttes også av Jönsson et. al (2012) som påpeker at foreldrene i deres studie mente undervisningsprosessen må være rettet mot familiens daglige rutiner, og mot hvordan sykdommen kan mestres hjemme etter utskrivelsen.

Å dele erfaringer og ansvar

Undervisning og mestringstrening ved å nytte fokusgrupper har vist seg å ha en positiv innvirkning på foreldres opplevelse av mestring og livskvalitet (Grey et. al, 2011). Ved å observere andre og deretter utføre ulike prosedyrer har foreldrene i studien til Grey et. al (2011) hatt signifikant effekt. Flere mødre beskrev i studien til Smaldone & Ritholz (2011) at fokusgrupper reduserte følelsen av å være alene, fedrene beskrev derimot fokusgruppene som ineffektive. I studien til Jönsson et. al (2012) kommer det frem at mange foreldre ble introdusert for psykologer og sosialarbeidere, men få fikk muligheten til å faktisk avtale et møte for å snakke om sine erfaringer. Andre ville ikke belaste helsepersonell med deres utfordringer og problemer, og ville derfor ikke benytte seg av tilbudet (Jönsson et. al, 2012).

5.0 Drøfting

Denne delen av oppgaven vil omhandle drøftingsdelen. Her vil hovedfunn i studiene drøftes opp mot teoretiske perspektiv og egne erfaringer, med mål om å svare på hvordan man kan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes.

I boken *diabetes for livet* skriver diabetiker Yngvar Christopersen (2004, s. 27) om sine erfaringer rundt det å leve med sykdommen. Han påpeker at den beste medisin mot diabetes er kunnskap og motivasjon. Ifølge Christopersen (2004, s. 27) har Jack Jervell sammenlignet diabetes med en bil, der diabetikeren er sjåføren. Som barn og tenåring er man kartleser i bilen sammen med foreldrene, deretter kan man øvelseskjøre, og senere ta kontroll over sin egen bil, eller diabetes (Christopersen, 2004, s. 27).

Ut fra praksiserfaring ser jeg at det kan trekkes paralleller fra Christopersens sammenligning. Når et barn er nydiagnostisert med diabetes handler det om å tegne kartet og bidra til at barnet og foreldrene selv kan ta hånd over sin egen bil, eller diabetes. Det handler altså om å fremme mestring. Foreldrene har hovedansvaret når det gjelder omsorgen for sitt barn, men helsepersonellet overtar deler av dette ansvaret når barnet er sykt. Det er viktig å tilrettelegge for at foreldrene mestrer ansvaret det innebærer å ha omsorg for det kronisk syke barnet etter utskrivelsen (Tveiten, 2009, s. 195). De kommende underkapitlene vil komme med forslag til hvordan man som sykepleier kan fremme mestring hos foreldre, basert på forskningsfunn, teoretisk perspektiv og egne erfaringer.

5.1 Et godt første møte, nøkkelen til en god samhandling

I studien til Jönsson et. al (2012) påpekte foreldre at de fikk en fantastisk mottakelse på sykehuset etter å ha fått diagnosen. Det å bli informert om at det finnes god behandling for diabetes og at det ikke var deres feil at barnet fikk diagnosen, var viktig (Jönsson et. al, 2012). Ved det første møtet mellom barn/foreldre og sykepleier er god kommunikasjon nøkkelen for å opprette en god samhandling. Tilgang til ærlig og realistisk informasjon bidrar til en opplevelse av kontroll og mestring av situasjonen. Tillitten til helsepersonellet og opplevelsen av et godt sykehusopphold er avhengig av at foreldrene opplever en klar kommunikasjon og en empatisk holdning fra helsepersonellet (Grønseth og Markestad (2011, s. 72). Denne betydningen er også fremhevet i studien til Howe et. al (2012), som skriver at foreldrene opplevde mestring ved tidlig informasjon om at nødvendige kunnskaper ville tilegnes i løpet av sykehusoppholdet.

Videre viser studien til Howe et. al (2012) at bruk av vanlig folkeskikk i prosessen med å skape et terapeutisk forhold til familien, var avgjørende for den gode samhandlingen mellom pårørende og sykepleier. Foreldre uttalte at det handler om hvordan sykepleieren oppfører seg i møte med barnet og dem selv. Det at sykepleieren hadde en god utstråling, var snill og rolig var viktig for å skape trygghet og tillit (Howe et. al, 2012). Disse funnene kan relateres til Travelbee (2011, s. 135) sitt syn på sykepleierens oppgave i møte med pasient og pårørende, nemlig det å bryte kategoriseringen og skape et menneske- til- menneske forhold.

Gjennom praksis har jeg fått erfare travle dager i en barneavdeling, og hvor viktig det er å opptre rolig i møte med foreldrene til disse pasientene. Min praksiserfaring tilsier at liten tid til samtaler og besvaring av spørsmål resulterer i en svekket samhandling og usikre foreldre. I studien til Howe et. al (2012) trakk foreldre frem viktigheten av helsepersonelllets evne til å holde seg rolig i en travle avdeling. Foreldre uttalte: “The nurse practitioner can sit her (...) she MAY have six people waiting in the other rooms, but she never seems rushed (...) She just seems relaxed, and acts like, you know, she has all the time in the world for us.” (Howe et. al, 2012, s. 121).

Disse funnene støttes av Thorsen (2009, s. 28) sine tanker om den gode samhandling. Thorsen (2009, s. 28) påpeker at opplevelsen av tilgjengelighet er viktig i en trygg samhandling og nevner at en person som gir trygghet er rolig, sikker, varm og vennlig. Ifølge Bjørø og Kirkevoll (2009, s. 155) handler god sykepleie om å være tilgjengelig, og det å møte pasienter og pårørende med vennlighet. Howe et. al (2012) understreker at foreldre i deres studie samhandlet godt med helsepersonellet. Det som ble trukket frem som avgjørende for den gode samhandlingen var blant annet det at sykepleierne utstrålte varme, snillhet og viste interesse for å bli kjent med barnet, ikke bare sykdommen (Howe et. al, 2012). En informant i studien til Howe et. al (2012, s. 121) uttalte følgende: “She really takes an interest in my kids, and it really makes them feel comfortable to know that it’s not just a white coat walking in the door”. Igjen kan vi trekke paralleller til Travelbee (2011) sitt syn på sykepleierens rolle i møte med pasienter og pårørende, nemlig det å bryte kategorier og se mennesket i pasienten. De siste påstandene presiserer noe jeg personlig mener er svært viktig, og som helsepersonell ofte glemmer i møte med barn og deres foreldre. Ut fra praksiserfaring har jeg opplevd at svært mange sykepleiere fokuserer på foreldrene når de skal kommunisere med barnet, vi snakker gjennom pasienten og retter kommunikasjonen mot foreldrene.

Viktigheten av å rette kommunikasjonen mot barna, og da spesielt eldre barn ble påpekt og drøftet i studien til Howe et. al (2012). Her uttalte foreldre: “They talk to the kids (...) it’s more directed to them than at me, and I think that’s a good thing” (Howe et. al, 2012, s. 122). Sykepleiernes kommunikasjon med barna ble også påpekt og drøftet i studien til Jönsson et. al (2012). Her beskrev noen av informantene at sykepleierne rettet kommunikasjonen til barnet ved individuell undervisning av familien, og på den måten forstod barnet raskt alvoret i situasjonen. Disse funnene samsvarer med mine egne erfaringer fra praksis.

5.2 Å mestre psykisk stress

Whittemore et. al (2012) skriver at psykisk stress hos foreldre har en negativ innvirkning på både barnets og foreldrenes helse og familieforholdet forøvrig. Videre nevnes det at psykisk stress hos foreldre i tiden rett etter at diagnosen er satt, øker risikoen for psykisk stress ved et senere tidspunkt (Whittemore et. al, 2012). Når barn er syke er det viktig å styrke foreldrenes ressurser og samtidig redusere kilder til stress og engstelighet. Barnas stressnivå øker i takt med foreldrenes opplevelse av stress. Foreldrenes stressnivå når barn er innlagt i sykehus avhenger blant annet av hvordan de blir møtt og tatt hand om på sykehuset, og hvor trygge de føler seg på behandlingen. I en vanskelig situasjon trenger foreldrene å bli sett, de må få støtte og anerkjennelse for at barnets sykdom har stor innvirkning på livet deres. Det psykososiale behovet kan være større enn det sykepleierne antar (Grønseth og Markestad, 2011, s. 71, 72).

Karlsen (2007, s. 316) understreker at kroniske sykdommer som diabetes er en kontinuerlig kilde til stress som må mestres dersom personen skal kunne leve godt med sykdommen. Stress relatert til diabetes kan redusere evnen til egenomsorg, noe som også kan påvirke den metabolske kontrollen og psykisk velvære (Karlsen, 2007, s. 316). Disse påstandene påpeker viktigheten av at både foreldre og barn mestrer stress og reiser spørsmål om stressmestring bør ha førsteprioritet i akutfasen etter at barnet har fått diabetes. Jeg velger å belyse deler av dette spørsmålet ut fra min erfaring. I praksis møtte jeg flere foreldre som nylig hadde fått beskjed om at barnet hadde fått diabetes, og foreldrene hadde ingen tidligere erfaringer fra sykehus. I disse tilfellene opplevde jeg at det ble gitt for mye informasjon tidlig i forløpet, og viet for lite tid til trøst og bearbeiding av sjokket. Dette kom til uttrykk ved at foreldrene ofte tok til tårer og gjentok spørsmål og informasjon som var blitt gitt tidligere.

Mine praksiserfaringer er gjenkjennbare i studien til Jönsson et. al (2012) hvor foreldre uttalte at de ønsket mer tid til å bearbeide sorg og sjokkfølelsen etter diagnostiseringen. Foreldrene

beskrev at de måtte ta på seg en modig maske når barna var i nærheten, og at de tok til tårer når de var alene (Jönsson et. al, 2012). Disse opplevelsene ses også i studien til Whittimore et. al (2012), der foreldrene beskrev at psykososiale behov ikke ble ivaretatt av helsepersonellet i tiden etter at diagnosen ble satt. Disse funnene reiser spørsmålet om hvilke tiltak man kan iverksette for å ivareta disse behovene og fremme mestring av psykisk stress. Grønseth og Markestad (2011, s. 72) skriver at foreldre trenger tid i starten til å bearbeide følelsene rundt sykehusinnleggelsen, de er usikre på sin rolle. Deretter spør de forsiktig hva andre foreldre gjør, og prøver og feiler for å finne grenser for sin deltakelse. Som sykepleier er det derfor viktig å snakke mye med foreldrene og oppmuntre dem til å stille spørsmål (Grønseth og Markestad, s. 72).

Whittimore et. al (2012) skriver at helsepersonellet bør informere om at sorg, skyldfølelse og depressive tanker er vanlig, og forklare at mestring av psykisk stress er avgjørende for en optimal tilpasning til sykdommen. Foreldrene bør også motiveres til å søke støtte fra familie, venner og helsepersonell (Whittimore et. al, 2012). Grønseth og Markestad (2012, s. 73) foreslår at sykepleierne bør gi anledning til, og støtte i å fylle foreldrerollen, og påpeker at det kan bidra til at foreldrene får økt selvtillit og følelsen av at de fortsatt mestrer det å være foreldre. I studien til Smaldone & Ritholz (2011, s. 90) uttalte foreldre: "I felt like my old kid was taken away and now I've got this new kid that I didn't know how to take care of".

Jönsson et. al (2012) understreker at deltakerne i deres studie satte pris på sykehusets skole og at lek og spill ble sett på som en god måte å kople av på. I praksis erfarte jeg at engasjementet til sykehusets barneskolelærer kunne være en god støtte både for foreldre og barn. Jeg erfarte også at undervisning og veiledning til foreldre ble mer effektiv dersom læreren tok seg tid til å passe på barnet. Praksiserfaring viste meg at lek, spill eller skolearbeid arrangert av læreren ble sett på som en god avkopling fra sykdommens fokus, både for barnet og foreldrene. Grønseth og Markestad (2011, s. 61) understreker at det ved lengre sykehusinnleggelse er spesielt viktig at barna blir godt kjent med helsepersonellet på avdelingen. På denne måten kan foreldrene få avlastning ved å for eksempel ta en tur ut av sykehuset for å trekke frisk luft. Ved å ta familien med på lek, spill, og skolearbeid, erfarte jeg at læreren kunne bidra til at foreldrene fikk følelsen av at de mestret foreldrerollen.

5.3 Å tilegne seg kunnskap for å mestre daglige utfordringer

Grey et. al (2011) skriver at foreldre til yngre barn tar på seg det fulle ansvaret for behandlingen av barnets diabetes. Mestringsfremmende tiltak fra helsepersonellet er derfor nødvendig for at barnets diabetes i minst mulig grad skal påvirke familiens liv i etterkant av utskrivelsen (Grey et. al, 2011). Liknende fokus kan ses i studien til Howe et. al (2012), som påpeker at sykepleiere har en viktig rolle i å fremme kompetanse hos disse foreldrene slik at sykdommen mestres. På den måten kan spontaniteten og fleksibiliteten opprettholdes, selv om diabetesbehandlingen er en integrert del av deres liv (Howe et. al, 2012).

Graue og Haugstvedt (2011, s. 237) skriver at opplæring og veiledning er en forutsetning for at individet skal kunne mestre hverdagen med en kronisk sykdom. Sykepleiere har som en av sine viktigste oppgaver å bidra til å skape motivasjon og mestring, blant annet ved å fremme kunnskap. Det er meningsfullt å fokusere på mestring dersom sykepleierens pedagogiske funksjon er at individet skal utvikle seg og lære (Reitan, 2009, s. 32). Som nevnt blir det å ha tilgang til, og evnen til å nytte seg av kunnskap, satt som en forutsetning for å oppnå mestring, ifølge Heggen (2008, s. 65). Forfatterne synes her å være enige om at økt kunnskap gjennom opplæring og veiledning er viktige sykepleieroppgaver når målet er at individet skal oppnå mestring. Min praksiserfaring tilsier at ren undervisning og kunnskapsformidling på langt nær er nok når målet er at foreldrene skal mestre daglige utfordringer ved diabetes. Fra et mestringsteoretisk perspektiv vil ikke kunnskapsføring og informasjon være tilstrekkelig når man skal fremme mestring for individet (Karlsen, 2007, s. 318).

Det som poengteres i avsnittet over reiser spørsmålet om hvordan man i praksis kan gjøre foreldrene i best mulig stand til å mestre hverdagslige utfordringer. I studien til Whitemore et. al (2012) påpekte foreldrene at de var svært motivert for å lære om diabetes, men at informasjonen som ble gitt ble for komplisert og vanskelig å forstå. Dette funnet understreker hvor viktig det er å utvikle gode tiltak for å fremme mestring hos foreldre.

Praksiserfaring har vist meg at mestring kan fremmes ved å gi undervisning og informasjon, for å så demonstrere ulike prosedyrer i forskjellige situasjoner. Deretter har jeg erfart at mestringsfølelsen kan styrkes ved at foreldrene imiterer sykepleieren, enten ved å øve på seg selv eller andre, for å senere utføre satte tiltak på barnet. Denne måten å veilede på er beskrevet i studien til Jönsson et. al (2012). I starten viste sykepleieren hvordan insulin skal injiseres, deretter øvde foreldrene ved å stikke en appelsin, før de til slutt fikk øve på å injisere seg selv med saltvann (Jönsson et. al, 2012).

Samme prinsipp ses i studien til Grey et. al (2011), der effekten av diabetesundervisning og mestringstrening ble testet og drøftet. Foreldre som fokuserte på mestringstrening tilegnet seg kunnskaper ved å observere helsepersonell og hverandres metoder i fokusgrupper. I mestringstreningen nyttet deltakerne rollespill og diskusjon for å lære å løse familiekonflikter og mestre daglige utfordringer. Ved undervisningen var målet å lære om insulinbehandling, blodsuktermåling, karbohydrattelling, og hvordan man takler dager der barnet er syk, eller der barnet er i ekstra aktivitet (Grey et. al, 2011). Denne måten å tilegne seg kunnskap og egenskaper er basert på Banduras (1986) sosiale læringsteori som er presentert i teorikapitlet i denne oppgaven. Bandura (1986, s. 29) påpeker at egenskaper ikke nødvendigvis må tilegnes gjennom egenutøvelse, og understreker at det kan tilegnes gjennom å observere andres oppførsel og konsekvensene de får for dem.

I studien til Smaldone og Ritholz (2011) trakk flertallet av mødrene frem fokusgrupper som effektive og beskrev dem som; «a place where I wasn't by myself» (Smaldone og Ritholz, 2011, s. 91). I motsetning til mødrene, beskrev fedrene fokusgrupper som ineffektive, og som noe de måtte gjøre fordi konene deres hadde nytte av det. Noen av fedrene utdypet at de syntet det var vanskelig å høre på andre foreldres problemer, og at dette bidro til å øke deres stressnivå (Smaldone og Rotholz, 2011). Disse perspektivene understreker viktigheten av at sykepleieren blir kjent med familien og identifiserer deres behov. I praksis har jeg erfart at flertallet av deltakerne i slike fokusgrupper er mødre, og at fedre ofte tar en mer passiv rolle i slike grupper.

Graue og Haugstvedt (2011, s. 238) skriver at det kan være en utfordring for helsepersonell å være åpen for at de som skal leve med diabetes i ulik grad ønsker å integrere sykdommen i livet. (Tveiten, 2009, s. 196) understreker at det er viktig at vi som helsepersonell finner ut hvordan foreldrene oppfatter situasjonen, lytter til deres løsninger og eventuelt bidrar til at de kan iverksette egne ideer og tiltak. Dette støttes av Ayala og Murphy (2011) som fremhever at foreldrene gradvis bør oppmuntres til å selv ta daglige valg relatert til behandlingen, samtidig som de tilegner seg ny kunnskap gitt av det tverrfaglige diabetesteamet. Liknende synspunkt er påpekt av Karlsen (2007, s. 318) som understreker at personer som skal leve med diabetes bør trenes i å møte daglige utfordringer, og krav knyttet til sykdommen og behandlingen. Et sentralt mål bør være at personen med diabetes skal bli mer aktiv og problemløsende i møte med diabetesrelaterte utfordringer i hverdagen, slik at disse mestres på en adekvat måte (Karlsen, 2007, s. 318).

Ifølge Ayala og Murphy (2011) viser forskningslitteratur at en tredjedel av årsaken til at foreldre opplever psykisk stress året etter at diagnosen er satt, skyldes deres frykt for at barnet skal få hypoglykemi. Whittemore et. al (2012) fant i sin studie at foreldre levde med en konstant bekymring om at barnet skulle få hypoglykemi om natten. Forfatterne skriver videre at tid og trening i å etablere rutiner i forbindelse med blodsuktermåling og administrering av insulin bør være et prioritert tiltak i å redusere denne bekymringen. I studien til Jönsson et. al (2012) fikk familien forlate avdelingen for å dra hjem, og på denne måten forsøke å mestre utfordringene knyttet til blodsuktermåling og administrering av insulin på egen hånd. Familien reiste først hjem for noen timer, deretter en natt og til slutt en hel helg. Foreldrene rapporterte at disse hjemreisene var godt planlagt sammen med diabetesteamet, og trakk frem at telefonkontakten med sykepleierne var en viktig trygghet (Jönsson et. al, 2012).

5.4 Å dele erfaringer og ansvar

I studien til Grey et. al (2011) hadde foreldrene god nytte av å dele erfaringer og kunnskap gjennom diskusjon og rollespill i fokusgrupper både ved undervisning og mestringstrening. Å dele erfaringer med helsepersonell, andre foreldre, familie og venner ble påpekt som viktige kilder til mestring (Grey et. al, 2011). Også i studien til Whittemore et. al (2012) ble støttegrupper trukket frem som positivt for noen foreldre. Forfatterne synes her å være enige om at fokusgrupper kan være en effektiv måte oppnå mestring på, og at familie og venner er viktige ressurser. Av praksiserfaring har jeg sett at gruppebasert undervisning og veiledning ikke bare har positive sider, og tiltaket er ikke like effektivt for alle. Jeg har erfart at enkelte foreldre ofte trekker seg tilbake når de deltar i grupper, og unngår å stille spørsmål i frykten for å si noe dumt. Hopen (2010, s. 294) skriver at pasienter og pårørende kan oppnå trygghet og mestring av å erfare at andre har samme behov som en selv. Ved å høre andre stille spørsmål en selv ikke våger å stille, eller ikke kommer på, kan være med å bidra til bevisstgjøring om egen situasjon (Hope, 2010, s. 294, 295).

Whittemore et. al (2012) kan også vise til oppsiktsvekkende funn i sin studie. Foreldrene rapporterte her om at familie og venner ikke viste støtte i starten, på grunn av deres manglende kunnskaper om diabetes, og frykten for å gjøre noe galt (Whittemore et. al, 2012). Dette gjør rom for å diskutere om man bør fokusere på å integrere andre familiemedlemmer og venner inn i denne undervisningsprosessen. Fra praksiserfaring har jeg sett at mange foreldre opplever det å dele erfaringer og kunnskap med andre familiemedlemmer som positivt. Jeg erfarte at mange foreldre fikk besøk av familiemedlemmer og venner under besøkstidene, og på den måten fikk støtte og avlastning. Ut fra egen erfaring har jeg sett at

foreldre har nyttet besøkstidene til å videreformidle sin kunnskap om diabetes til familiemedlemmer, noe som førte til økt mestring og trygghet for både foreldre og familiemedlemmer.

I en finsk studie utført av Kelo, Martikainen og Eriksson (2013) har sykepleiere beskrevet sine erfaringer ved det å undervise foreldre til barn med kroniske sykdommer. Sykepleierne påpekte viktigheten av å ha tilgang til et stille rom når de skal undervise. Videre ble det påpekt at dersom mange familiemedlemmer var involvert i undervisningen ble effekten svært liten. En sykepleier som underviste en jente med diabetes og hennes mor uttalte; "The girl had fear of injections and did not inject herself without her mother's supervision, However, the mother could not always help ... because they had many children ... The education room was crowded and noisy... Telephones where ringing, and people kept popping in..." (Kelo et. al, 2013, s. 73).

Alle mennesker er ulike, og som helsepersonell skal man ikke ta det for gitt at foreldre ønsker å dele erfaringer med andre i samme situasjon, eller med familie og venner. Ifølge Arsky (2006, s. 144) kan diabetes ofte oppfattes som en litt ensom sykdom da det ikke synes på utsiden at man er rammet. Hanås (2011, s. 323) skriver at mange mennesker ikke ønsker å snakke om sykdommen, nettopp fordi den ikke synes på utsiden. Hos disse menneskene er det tydelig at de ikke har akseptert sykdommen. Det beste er å dele erfaringer og informere om sykdommen til venner og familie rett etter at diagnosen er stilt (Hanås, 2011, s.323).

I studien til Jönsson et. al (2012) ble dette løst ved at sykepleieren informerte familiemedlemmer, barnehagepersonell og lærere og elever ved skolen om at barnet hadde diabetes. Informasjonen gikk ut på å undervise hvordan lærere og elever kan hjelpe barnet å mestre hverdagen med diabetes og hvordan de skal handle i eventuelle krisesituasjoner som ved hypoglykemi (Jönsson et. al, 2012). Haugstvedt (2011, s. 281) skriver at mange barneposter tilbyr et opplegg hvor sykepleierne reiser rundt på skoler og barnehager for å undervise om diabetes, og lære opp i administrering av insulin. I løpet av min praksisperiode erfarte jeg at foreldre ofte stilte spørsmål om hvordan det skal gå med barnet når foreldrene begynner i jobb og barnet etterlates til barnehagepersonell eller lærere på skolen. I praksis har jeg erfart at slik informasjon og undervisning også kan gis av barnet selv. Da jeg hadde praksis på medisinsk barnepost fikk et barn på 12 år hjelp til å forberede en presentasjon av diabetes for resten av klassen. Barnet underviste klassen om sin diabetes og delte sine erfaringer kort tid etter utskrivelsen. Haugstvedt (2011, s. 284) skriver at sykepleieren som

skal undervise lærere og elever om diabetes bør snakke med barnet om dette på forhånd. Noen barn ønsker å bli trukket frem, og er gjerne stolte av å vise frem diabetesutstyr og prosedyrer i klassen. Andre barn ønsker ikke å bli trukket frem, det er da viktig at sykepleieren respekterer dette. Videre må sykepleieren bidra til at barnet etablerer et positivt forhold til seg selv og sin diabetes, dette med tanke på fremtidig mestring av sykdommen (Haugstvedt, 2011, s. 284).

I studien til Smaldone og Ritholz (2011) har foreldre beskrevet erfaringer rundt det å dele ansvaret for barnets diabetesbehandling med barnehagepersonell og lærere. En mor fortalte at skolelæreren var svært positiv til å lære om diabetes, og at læreren brukte ferien sin på å delta på kurs med foreldrene. Lærerens positive innstilling var tillitsskapende og bidro til et godt samarbeid om barnets diabetesbehandling (Smaldone og Ritholz, 2011). De daglige behandlingsmessige krav og diabetesspesifikke bekymringer gjør at foreldre til yngre barn har et ekstra stort behov avlastning og støtte.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å øke kunnskapen om hvordan man kan fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes. Oppsummert viser besvarelsen at flere faktorer er viktige når målet er å fremme mestring. Resultatet viser at et godt første møte og en god samhandling mellom foreldre/barn og sykepleier bidrar til økt mestring.

Fortløpende kommunikasjon, og tilgang til ærlig og realistisk informasjon er vist å være avgjørende for å oppnå mestring i startfasen. Ved å vurdere og avgrense forskningslitteratur og teori har undertegnede funnet at betydningen av å mestre psykisk stress var større enn først antatt. Helsepersonellet har en viktig oppgave i å identifisere psykisk stress hos foreldre, og ivareta psykososiale behov. Tid til å bearbeide sorg og sjokkfølelsene har vist seg å være avgjørende for en god tilpasning til hverdagen med diabetes. Mine forskningsfunn viser at fokusgrupper kan bidra til økt kunnskap og mestring av daglige diabetesrelaterte utfordringer. Sosial støtte som venner og familie har vist seg å være viktige ressurser. Sykepleierens oppgaver innebærer blant annet å motivere foreldre til å søke støtte hos familie og venner. Det foreligger lite forskning på hvordan foreldre ønsker å bli støttet av helsepersonellet. Få studier har klart å identifisere spesifikke tiltak som kan anvendes i praksis når målet er å fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes. Mer forskning og økt fokus på området kan bidra til en dypere forståelse, og bidra til å forbedre sykepleiepraksis.

7.0 Referanseliste

- Anderson, B, J., Brackett, J. (2005). Diabetes in children. I: Snoek, F, J., Skinner, T, C. *Psychology in Diabetes Care* (2. utg., s.1-25). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Arsky, G, H. (2006). *Barn & diabetes; de beste hverdagstipsene*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS
- Ayala, J, M., Murphy, K. (2011). Parental response to a diagnosis of diabetes: how nurses can help. *Journal Of Pediatric Nursing*, 26(1), 101-103. Doi:10.1016/j.pedn.2010.10.010
- Bandura, A. (1986). *Social foundations Of Thought & Action. A social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice- Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Bjørø, K., Kirkevold, M. (2009). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I: Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E, A. *Grunnleggende Sykepleie bind 4* (4. Utg., s. 149-183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Christopersen, Y. (2004). *Diabetes for livet*. [s.l.] Christopersen, Y.
- Dalland, O. (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dahlquist, G. (2008). Den första informationen. I: Sjöblad, S. (red.). *Barn- och undomsdiabetes* (2. Utg., s. 61-63). Sverige, Lund: Forfatterna och studentlitteratur
- Dahlquist, G., Sjöblad, S. (2008). Definition- diagnostik- etiologi- epidemiologi. I: Sjöblad, S. (red.). *Barn- Och Undomsdiabetes* (2. Utg., s. 23-32). Sverige, Lund: Forfatterna och studentlitteratur
- Diabetesforbundet (2013). *Barn med diabetes*. Oslo: Diabetesforbundet
- Eide, H., Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg, C., Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

- Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold på helseinstitusjon*. Hentet: 13. Januar 2014 fra http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Graue, M., Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veiledning. I: Skafjeld, A., Graue, M. (red.). *Diabetes* (1. Utg., s. 237-253). Oslo: Akribe AS
- Grey, M., Jaser, S, S., Whittlemore, R., Jeon, S., Lindemann, E. (2011). Coping Skills Training for Parents of Children With Type 1 Diabetes; 12 Months Outcomes. *Nursing Research*. 60 (3), 173-181. Doi: 10.1097/NNR.0b013e3182159c8f
- Grønseth, R., Markestad, T (2011). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Gundersen, K., Moynahan, L. (1995). *Nettverk og sosiale ferdigheter*. Nærbø: Haugtussa Forlag
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsperspektiv. I: Skafjeld, A., Graue, M. (red.). *Diabetes* (1. Utg., s. 269-315). Oslo: Akribe AS
- Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes; Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Heggen, K. (2008). Rammer for mestring. I: Ekeland, T, J., Heggen, K. *Mestring og myndiggjøring* (2. utg., s. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hopen, L. (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. Utg., S.74-107). Oslo: Akribe AS
- Howe, 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. doi:10.1016/j.pedn.2010.10.006
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S, E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., Røise, O. (2012). *Sykdomslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Jönsson, L., Hallström, A., 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*, 12 (165), 1-11. Doi: 10.1186/1471-2431-12-165
- Karlsen, B. (2007). Gruppebasert veiledning for å fremme mestring av diabetes. I: Gjengedal, E., Hanestad, B, R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom* (3. utg., s. 316-329). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS
- Kristoffersen, N, J. (2009). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E, A. *Grunnleggende Sykepleie bind 4* (4. Utg., s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Oslo: Kunnskapssenteret
- Nordfeldt, S. (2008). Hypoglukemi- Insulinkänningar- insulinchock. I: Sjöblad, S. (red.). *Barn- Och Undomsdiabetes* (2. Utg., s. 87-92) Sverige: Forfatterna och studentlitteratur
- Nortvedt, M, W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinart, L, M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Olsson, H., Sørensen, S. (2009). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lazarus, R, S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University Press
- Lazarus, R, S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lind, B., Rasmussen, H. N. (1999). *Børn: sundhed og sygepleje*. København: Munksgaard
- Ludvigsson, J., Sjöblad, S., Örtqvist, E., Hanås, R. (2008). Insulinbehandling. I: Sjöblad, S. (Red.). *Barn- och Ungdomsdiabetes* (2. Utg., s.73-86). Sverige: Författarna och Studentlitteratur
- Reitan, A, M. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. Utg., S.74-107). Oslo: Akribe AS

- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ringqvist, I. (2009). Forord. I: Olsson, H., Sørensen, S. *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sagen, J, V. (2011). Sykdomslære. I: Skafjeld, A., Graue, M. (red.). *Diabetes* (1. Utg., s. 19-73). Oslo: Akribe AS
- Skafjeld, A., Graue, M. (2011). Innledning. I: I: Skafjeld, A., Graue, M. (red.). *Diabetes* (1. Utg., s. 14-16). Oslo: Akribe AS
- Skau, G, M. (2011). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- Slettebø, Å. (2008). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B, S. (red.). *Etikk i sykepleien* (2. utg. s. 207-224). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Smaldone, A., Ritholz, M, D. (2011). Perceptions of Parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood. *Journal of Pediatric Health Care*. 25 (2), 87-95. DOI: 10.1016/j.pedhc.2009.09.003
- Thorsen, R. (2009). Trygghet. I: Kristoffersen, N, J., Nortvedt, F., Skaug, E, A. *Grunnleggende Sykepleie bind 3* (3. Utg., s. 13-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., Grey, M. (2012). Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educator* 38 (562), 562-579 DOI: 10.1177/0145721712445216
- World Health Organization. (2013). What are the risks of diabetes in children? WHO

8.0 Vedlegg

8.1 Søkeprosessen

Søkeord:	Avgrensninger:	Antall treff:	Database:	Funn:
Children* AND Diabetes AND Coping AND Training OR Intervention	Publication date: 2004-2013. Full text available Da søk med full tekst gav få treff, fjernet jeg det kriteriet. Artikelen jeg da fann var tilgjengelig via Ovid.	5 (Full Text Only) 13 (Søk uten full text)	Cinahl	Coping Skills Training for Parents of Children With Type 1 Diabetes: 12 months outcomes
Children* AND Diabetes AND Parent* AND Perceptions	Publication date: 2004-2013, Alder: barn 2-5 år	6	Cinahl	Parental Expectations in The Care of Their Children and Adolescents with Diabetes
Children* AND Diabetes AND Parents AND Perceptions	Ingen 5 year publication date	127 52	PubMed	“The Logic of Care”- Parents perceptions of the educational process when a child is
Children* AND Diabetes AND Parents* AND Psychological	Publication date; 5 years Publication date; 5 years and free full text available	84 26	PubMed	Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes
Children* AND Diabetes AND Parents AND Perceptions	Publication date; 5 years	55	Medline	Perceptions of Parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood

8.2 Presentasjon av forskningsartikler

Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes

Whittemore, R., Jaser, S., Chao, A., Jang, M., Grey, M. (2012) The Diabetes EDUCATOR

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive forekomsten av psykisk stress hos foreldre til barn med diabetes type 1, foreldrenes erfaringer med å ha et barn med diabetes og forholdet mellom psykisk stress og helse.

Metode: En systematisk mixed- studies review artikkel. Oversiktsartikkelen tar for seg 34 artikler, både kvalitative og kvantitative, som alle oppfylte kravene. Systematiske søk ble gjort i databasene CINAHL, Pubmed, Scopus og Psychinfo. Artiklene ble grundig analysert og vurdert etter en skala fra 0-100, hvor 100 var høyeste rangering. Gjennomsnittsrang på artiklene var 77,8 og gikk fra 55-95.

Resultat: I gjennomsnitt rapporterte 33,5 % av foreldrene om psykisk stress i perioden da barnet fikk diagnosen, 19 % kunne melde om det samme hele 1-4 år etter diagnostiseringen. Studien viste at foreldrenes stressnivå virket negativt inn på mestringen av sykdommen. Definisjonene på psykisk stress varierte, men inkluderte det å alltid være bekymret for hypoglykemi, symptomer på angst, depresjoner og post traumatisk stress- syndrom.

Konklusjon: Mange foreldre finner forskjellige måter å mestre stress i forbindelse med barnets diabetes, som å skape rutiner og søke sosial støtte. Det er allikevel påvist en høy forekomst av psykisk stress, inkludert symptomer på depresjon, angst og posttraumatisk stress. Disse symptomene har vist negativ effekt på livskvalitet, metabolsk kontroll og foreldrenes mestring på sykdommen.

Relevans for min problemstilling: Jeg har valgt å inkludere denne studien for å kunne tilegne meg mer informasjon om hvordan foreldre opplever det å ha et barn med diabetes. Funnene i denne studien er dessuten med på å underbygge påstanden om at foreldre trenger hjelp til å mestre utfordringer i behandlingen av barnets diabetes.

Studiens begrensninger: Studien tar ikke for seg artikler som enda ikke er publisert. Studien inkluderte artikler fra publisert fra 1994- 2011.

Coping Skills Training for Parents of Children with Type 1 Diabetes: 12-Month Outcomes. Grey, M., Goodrich, A., Jaser, S, S., Whittemore, R., Jeon, S., Lindemann, E. (2011) Journal of Nursing Research

Bakgrunn: Det er kjent at det å være foreldre til barn med diabetes er stressfullt, men få tiltak er utviklet og for denne gruppen. Foreldre, spesielt til småbarn med diabetes tar på seg ansvaret for behandlingen av sykdommen og tiltak er nødvendig for å fremme foreldrenes opplevelse av mestring.

Hensikt: Hensikten med studien var å sammenligne en intervensjonsgruppe som mottok diabetesundervisning med en gruppe som mottok mestringstrening. Hensikten var å se på om det var forskjell i opplevelse av mestring hos disse to gruppene.

Metode: Foreldrene til barn med diabetes type 1 ble tilfeldig valgt ut. 79 foreldre deltok i undervisningsgruppen, 50 foreldre i mestringsgruppen. Deltakerne rapporterte sin opplevelse av mestring til forskerne etter 3, 6 og 12 måneder etter forsøket.

Resultat: Studien viste ingen signifikant forskjell mellom de to intervensjonsgruppene. Foreldre fra begge gruppene uttalte at de opplevde økt mestringsfølelse og livskvalitet.

Konklusjon: Forskerne konkluderte med at resultatene av mestringstreningen ikke var like gode som forventet, men påpeker likevel at det sees en sammenheng mellom gruppefokustert undervisning og mestringstrening og opplevelse av livskvalitet og mestring av daglige utfordringer som kommer med sykdommen.

Relevans for min problemstilling: Studien søker å få frem viktigheten av å fremme foreldres mestring av deres barns diabetes ved å nytte henholdsvis mestringstrening og diabetesundervisning, blant annet ved å benytte Banduras (1986) sosiale læringsmodell i gruppearbeid.

Studiens begrensninger: Forfatterne av artikkelen nytter noen eldre referanser. Studien tar mest for seg foreldre til barn i skolealder. Studien omhandler ikke generelle tiltak for å fremme mestring, men påpeker viktigheten av mestringstrening, undervisning og sosial støtte.

Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes

Howe, C. J., Ayala, J., Dumser, S., Buzby, M., Murphy, K. (2012). Journal of Pediatric Nursing

Bakgrunn: Det er gjort lite forskning på hva foreldre til barn med diabetes forventer og ønsker fra helsepersonellet med diabeteserfaring.

Metode: Studien er en del av en større studie som inkluderer 4 deler. Studien nytter både kvalitative og kvantitative metoder. Denne artikkelen presenterer siste og fjerde del av studien. Her er det kun presentert funn fra den kvalitative delen hvor det er nyttet dybdeintervju. 63 foreldre til barn med diabetes type 1 ble intervjuet.

Hensikt: Hensikten med studien var å høre foreldrenes perspektiver på hvordan helsepersonell kan støtte familien til barn med diabetes og hjelpe dem til å mestre det å leve med sykdommen. Studien søker å få et overblikk over hvordan foreldrene mener helsepersonellet skal ivareta dem.

Resultat: Mange av funnene i artikkelen understøtter tidligere funn fra forskning. Resultatene viser at foreldre opplever at førsteinntrykket av sykepleieren er avgjørende for kvaliteten på det videre samarbeidet. Videre peker foreldre blant annet på gjensidig respekt og det å se hele mennesket og ikke bare diagnosen, som viktige aspekter. Sykepleieren bør opptre rolig, og forsøke å bli godt kjent med familien. Informantene ønsket at sykepleieren utviklet og jobbet hardt med en behandlingsplan som passet deres rutiner

Konklusjon: Studien hadde som hensikt å få frem foreldres perspektiver på hvordan helsepersonellet kan støtte familier til barn med diabetes og hjelpe dem til å mestre det å leve med sykdommen. Forfatterne konkluderer med at foreldres perspektiver er svært viktige i å utvikle gode praksisrutiner for familier med nyopplaget diabetes.

Relevans for min problemstilling: Studien er aktuell for å besvare min problemstilling fordi det er en kvalitativ studie som forteller noe om hvordan foreldre til barn med diabetes ønsker å bli støttet av diabetessykepleierne.

Studiens begrensinger: En av studiens begrensninger er at det ikke fantes noen bakgrunnsinformasjon for barnas sykehistorie. Forfatterne påpeker at dersom det hadde foreligget grundigere data på sykehistorie, barnets alder, og behandlingskontroll, kunne det bidratt til en dypere forståelse av sykepleier/pårørende- forholdet.

“The Logic of Care”- Parents perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes (Jönsson, L., Hallström, A., Lundqvist, A., 2012), BMC Pediatrics

Bakgrunn: Forekomsten av diabetes type 1 har økt betraktelig de siste årene og er den vanligste kroniske endokrine sykdommen blant barn. I Sverige er barnet og familien innlagt i sykehus fra 1 til 2 uker etter diagnosen for å få undervisning og mestringstrening.

Hensikt: Hensikten med studien var å beskrive foreldres perspektiver på sykehusperioden og undervisningsprosessen når barnet nettopp er diagnostisert med diabetes type 1.

Metode: 10 mødre og 8 fedre ble intervjuet 3- måneder etter diagnosen. Kvalitative intervjumetoder ble benyttet.

Resultat: De fleste var fornøyd med undervisningsprosessen, men noen foreldre mente at undervisningen burde være rettet mer mot familien som helhet, og knyttet opp mot familiens daglige rutiner. Et annet viktig funn var at foreldrene mente at det burde vies mer tid til å bearbeide sorg og sjokkfølelsene de satt igjen med etter å ha fått diagnosen.

Konklusjon: Forfatterne av artikkelen konkluderer blant annet med at foreldres perspektiver er viktige i arbeidet med å optimalisere undervisningsprosessen og mestringsprosessen når barn får diagnosen diabetes type 1. De konkluderer også med at videre forskning på temaet er nødvendig.

Relevans for min problemstilling: Da denne studien er utført ved svenske sykehus med like forhold som i Norge ser jeg på studien som høyst relevant.

Studiens begrensninger: Det er ikke funnet begrensninger ved studien.

Perceptions of Parenting Children With Type 1 Diabetes Diagnosed in Early Childhood (Smaldone, A., Ritholz, M, D., 2011). Journal of Pediatric Health Care

Hensikt: Utforske foreldres perspektiver på den psykiske tilpasningen til det å mestre barnets diabetesbehandling, og foreldres erfaringer av å leve med barnets diabetes over lengre tid.

Metode: Kvalitativ studie hvor foreldre til 11 barn med diabetes ble intervjuet med 8 åpne spørsmål. Foreldrene var enten sammen eller enslige, par ble intervjuet separat. En forutsetning var at barnet hadde vært mellom 0 og 5 år ved diagnostiseringstidspunktet.

Resultat: 3 ulike temaer ble beskrevet av foreldrene: erfaringer rundt det å få diagnosen, erfaringer ved å tilpasse seg til daglige utfordringer ved behandlingen og erfaringer rundt det å samarbeide med skole og barnehage om barnets diabetesbehandling. Foreldrene fortalte om følelser som frustrasjon, usikkerhet, og frykt om tiden da barnet fikk diagnosen. Psykisk stress i form av søvnproblemer og irritabilitet ble identifisert hos mange av foreldrene. Videre beskrev foreldrene at det å dele erfaringer med hverandre, og andre foreldre i fokusgrupper som effektivt. Det å samarbeide med skole og barnehage om barnets diabetesbehandling ble trukket frem som en stor utfordring for mange, og negative opplevelser og situasjoner ble beskrevet.

Konklusjon: Forfatterne konkluderer blant annet med at helsepersonell kan bedre foreldres opplevelser av å få en slik diagnose ved å identifisere psykososiale behov, motivere til et godt samarbeid mellom foreldrene og hyppig tilby veiledning.

Relevans for problemstilling: Studien er relevant for å besvare min problemstilling fordi den sier noe om hvordan foreldre opplever å ha et barn med diabetes over lengre tid. Erfaringene foreldre beskriver etter å ha levd med sykdommen gjør grunnlag for å drøfte hvilke tiltak som må vektlegges når man skal bidra til mestring av barnets diabetes.

Studiens begrensninger: I denne studien hadde informantenes barn levd med sykdommen i gjennomsnitt 8 år. Jeg vil anta at helsepersonellens rutiner på sykehuset har endret seg mye på disse årene.