

Abstrakt

Bakgrund Diabetes är en kronisk sjukdom och mer än 220 miljoner människor i världen är drabbade. När ett barn insjuknar blir det en omställning för hela familjen och det kan ta tid att anpassa sig till den nya livssituationen. **Syfte** Att belysa föräldrars känslomässiga upplevelser av ett barn med typ 1 diabetes. **Metod** Det är en litteraturstudie med litteratursökning i chinal och pubmed där vetenskapliga artiklar analyserats och sammanställts. **Resultat** Föräldrarna har känslomässiga upplevelser som oro, känsla av att tappa kontrollen, en känsla av misstro. Bra stöd från sjukvårdspersonal är viktigt för föräldrarna för att känna sig trygga i handhavandet av sitt barns diabetes. **Diskussion/Slutsats** Slutsatsen är att föräldrar till barn med diabetes har ett stort ansvar, sjukvårdspersonalens omvårdnadsperspektiv i mötet med familjen är viktigt.

Nyckelord: barn, bearbetning, typ 1 diabetes, föräldrar, känslomässiga upplevelser, litteraturstudie

Att vara förälder till ett barn som drabbats av typ 1 diabetes
-En litteraturstudie om föräldrars känslomässiga upplevelser

SELLGREN JEANETTE
Mittuniversitetet, Sundsvall
Institutionen för hälsovetenskap
Omvårdnad C, 15 Hp
Mars 2011



Mittuniversitetet

MID SWEDEN UNIVERSITY

Institutionen för hälsovetenskap

**Att vara förälder till ett barn som drabbats av typ 1 diabetes
-En litteraturstudie om föräldrars känslomässiga upplevelser**

Sellgren, Jeanette

Examensarbete (Omvårdnad C) 15 hp

Mars 2011

Sundsvall

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	4
Metod	4
Litteraturstudie.....	4
Inklusionskriterier-exklusionskriterier.....	4
Litteratursökning.....	4
Granskning och kvalitetsbedömning	5
Analys	6
Etisk granskning	6
Resultatredovisning	7
Känsla av oro, förlust, misslyckande, sorg och stress	7
Känsla av att tappa kontrollen	9
Känsla av misstro samt känsla av att behöva stöd.....	10
Diskussion	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	13
Slutsats	16
Referenslista	17

Bilagor 1-3

Bakgrund

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som har varit känd i urminnes tider. Diabetes betyder ”rinna igenom” och mellitus betyder ”honungssöt”. Målningar har hittats på egyptiska hieroglyfer från år 1550 före Kristus som beskrivit symtom på diabetes. Innan insulinet uppfanns fanns det ingen behandling och då var typ 1 diabetes en dödlig sjukdom. En 14 årig pojke i Canada år 1922 var den första människan som behandlades med insulin i världen och i Sverige gavs det första insulinet till en 5 årig pojke i Göteborg år 1923 (Hanås, 2004, s. 18).

Mer än 220 miljoner människor världen över har diabetes (URL 1). Barn och ungdomar som får diabetes får nästan alltid typ 1 diabetes. Vid typ 1 diabetes förstörs bukspottkörtelns betaceller som är insulinproducerande av kroppens egna immunsystem (Hanås, 2004, s. 18). Insulinet fungerar som nycklar och låser upp dörrarna till cellerna så glukos som är det viktigaste bränslet/näringen för cellerna i kroppen kan komma in. Vid insulinbrist stannar näringen i blodet istället och blodsockret blir högt (Bergman, 2009, s. 52). Hyperglykemi är tillstånd med högt blodsocker vilket blir en effekt av okontrollerad diabetes. Pågår detta tillstånd under längre perioder kan det leda till allvarliga komplikationer (Ericson & Ericson, 2008, s.541-542). Högt blodsocker och många års diabetes med ett högt HbA1c ökar risken för komplikationer. Komplikationerna drabbar framförallt blodkärlen i kroppen, de stora blodkärlen: komplikationer som hjärt- och kärlsjukdomar och de små blodkärlen: komplikationer med ögon, njurar och lever (Hanås, 2004, s. 288-289). Hypoglykemi är ett tillstånd med lågt blodsocker som orsakas på grund av för mycket insulin i kroppen (Ericson & Ericson, 2008, s. 541-542). Typ 1 diabetes måste behandlas med insulin som ges med insulinsprutor eller insulinpump (Bergman, 2009, s. 53).

Nationella riktlinjerna i Sverige innefattar rekommendationer inom områdena screening, prevention, levnadsvanor, glukoskontroll, förebyggande av hjärt- kärl sjukdomar, omvårdnad och förebyggande av komplikationer. Rekommendationerna beskriver vad hälso- och sjukvården bör göra. Riktlinjerna är starka rekommendationer om vilken vård som bör erbjudas men är inte bindande (URL 2). De barn och ungdomar som drabbas av nyupptäckt diabetes vårdas på sjukhus på barnavdelning enligt gemensamma riktlinjer. När diagnosen

diabetes fastställs kan föräldrarna inte få för mycket information om sjukdomen, behandlingen och framtiden (URL 3).

På barnavdelningen etableras en kontakt med ett diabetesteam och i det teamet ingår bland annat barnläkare, diabetessjuksköterska, dietist, kurator och på vissa sjukhus även psykolog. Diabetesteamet ger information om sjukdomen och lär ut hur blodsockervärdet mäts och hur insulininjektionerna ska tas. Diabetesteamet ger både föräldrarna och barnet information och stöd. Det kan ta lång tid att vänja sig vid sjukdomen och kan göra att en livskris uppstår. Under tiden som sjukdomen går vidare ändras behovet av stöd. Det är vanligt att ungdomar när de går in i vuxenlivet gör uppror mot sjukdomen vilket kan leda till att de både slarvar med sina matvanor och insulindoser för att de vill göra och vara som sina kompisar (URL 4). Det kan också bli krångligare att hålla en bra blodsockernivå vilket beror på att hormonerna i kroppen ändrar sig, vilket kan bidra till att under denna period kan det behövas mer insulin. Oftast kan man behöva kolla sitt blodsocker ännu fler gånger per dag jämfört med tidigare (Bergman, 2009, s. 56). Denna tid kan vara mycket problematisk för familjen, och det kan då vara viktigt att ha en bra kontakt med diabetesteamet. Varje barn och familj är unik varpå diabetessjukdomen orsakar olika problem i olika familjer (URL 4). Enligt Dashiff, Vance och Wallander (2009) finns en oro bland föräldrarna över barnets förmåga till egenvård. Oron kan påverka föräldern till att inte stödja utvecklingen för sitt barn till att bli mer självständig i sin sjukdom. Det är viktigt med stöttning från föräldrarna till barnets egen förmåga att hantera sin situation självständigt för att kunna ta ansvar själva för effektiv egenvård.

Målet inom hälso- och sjukvården för diabetesbehandling ska barnet inte behöva ha några symtom eller besvär av sin diabetes. Att alla barn får en normal tillväxt och utveckling, normal pubertet och skolgång. Normalt kamratliv och yrkesliv, samt förebyggande av komplikationer. Men vikten av det egna engagemanget i diabetessjukvården kan inte nog betonas. Diabetes är en sjukdom man lever med tjugofyra timmar om dygnet. Det är viktigt att som vårdpersonal (sjuksköterska) tidigt betona att barnen och ungdomarna ska ta en aktiv del i behandlingen. Målet är att barnet före puberteten ska kunna grunderna i diabetesbehandlingen. Detta är av vikt eftersom barnet i puberteten får annat att tänka på (Hanås, 2004, s.14-16).

När ett barn eller ungdom blir sjuk i en kronisk sjukdom kan det bli en situation

som blir svår för hela familjen och det kan ta tid att anpassa sig till den nya livssituationen. Barnet, ungdomen utvecklas hela tiden mellan beroende och självständighet i hanterandet av sin sjukdom och föräldrarnas svårighet är ett dilemma med att ge tillräckligt mycket stöd utan att hämma barnet genom att bli för överbeskyddad (Hanås, 2004, s. 315, 338). Ginsburg, Howe, Jawad, Buzby, Ayala, Tuttle och Murphy (2005) visar i sin studie att det finns flera faktorer som påverkar en förälders förmåga att hantera sitt barns diabetes. Det är därför viktigt att vårdpersonalen kan ge god, professionell hjälp för att ge familjen styrka att klara de praktiska och emotionella svårigheter som kan uppstå med att vårda sitt barn med diabetes.

Enligt Lowes & Lyne (2000) uppkommer känslomässiga reaktioner som chock, skuld, depression, ångest, oro, frustration och osäkerhet hos föräldrar till barn med nydiagnostiserad diabetes. Varje familj och individ är unik och kommer att passera olika stadier av känslomässiga reaktioner. Föräldrarnas liv innehöll stress som var relaterade till barnets diabetes. Föräldrarna var i behov av information och stöd. Whittemore, Urban, Tamborlane och Grey (2003) beskriver att på grund av stress, oro och svårigheter med att hantera sjukdomen ökar depressioner bland barn och föräldrar dramatiskt. Men med ett bra stöd kan depressionerna minskas.

I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskans arbete ska kännetecknas av etiskt förhållningssätt och en helhetssyn. Bevara patientens integritet, autonomi och värdighet. Som sjuksköterska ska man tillvarata patientens/närståendes kunskaper och erfarenheter och genom team samverka med andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården bidra till en helhetssyn på patienten. Sjuksköterskan ska tillgodose patientens specifika och basala omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska, sociala andliga och kulturella inom teori och praktik. Kommunikation är en viktig del i sjuksköterskans arbete, att ha förmåga att kommunicera på ett respektfullt, empatiskt och lyhört sätt. Samt i dialog med patient/närstående ge stöd och vägledning för att göra patient/närstående delaktig i vården och behandlingen. Sjuksköterskan ska ha förmåga att informera och undervisa patienter/närstående samt försäkra sig om att de förstått informationen som de fått. Sjuksköterskan ska ha förmågan att använda information och kommunikation som stöd i omvårdnadsarbetet för att säkerställa säkerhet och kvalitet (URL 5).

Syfte

Syftet är att belysa föräldrars känslomässiga upplevelser av ett barn med typ 1 diabetes.

Metod

Detta är en litteraturstudie där stor vikt ligger på att systematiskt söka, värdera, analysera, kritiskt granska och sammanställa resultat från tidigare studier inom valt ämne eller problemområde. Genom detta arbetssätt uppnås ny kunskap och teoribildning som kan förstärka tidigare studier (Forsberg&Wengström, 2008, s. 34-35). Efter att relevanta artiklar funnits inom området för denna litteraturstudie har artiklarna granskats och analyserats för att lättare kunna identifiera mönster och teman som ger en beskrivning av specifika fenomen (jfr. Forberg & Wengström, 2008, s. 150-151). Denna studie handlar om att ge en överblick av föräldrars känslomässiga upplevelser av att ha ett barn med typ 1 diabetes.

Inklusionskriterier- exklusionskriterier

Inklusionskriterier är kriterier som ska uppnås för att den vetenskapliga artikeln ska inkluderas i studien (Forberg & Wengström, 2008, s. 106). Artiklarna i denna studie var vetenskapliga artiklar skrivna på engelska och som var publicerade mellan 2000-2011 där innehållet fokuserade på föräldrars upplevelse av att ha ett barn med typ 1 diabetes. Barnens ålder var mellan 0-18 år. Enligt FN:s barnkonvention är varje människa under 18 år barn om inte barnet blir myndigt tidigare i så fall enligt den lag som gäller barnet (URL 6). Andra anhöriga än föräldrar till barn med typ 1 diabetes uteslöts ur studien.

Litteratursökning

För att uppnå syftet med litteraturstudien var det viktigt att finna relevanta artiklar med bra kvalitet. Enligt Polit och Beck (2008, s. 111) är Pubmed och Cinahl två betydelsefulla databaser för sökning inom området omvårdnad för sjuksköterskor, i och med det har sökningen avgränsats till dessa.

När sökning gjordes i databaserna på sökordet typ 1 diabetes kom det upp ett stort antal artiklar därför gjordes kombinationer av sökord (**se tabell 1**). Först lästes

titlarna på artiklarna och om de överensstämde med syftet lästes abstrakten (n=50) för att få en mer inblick i vad de handlade om. Efter att abstrakten var lästa gjordes ett urval för vilka som skulle granskas (21 stycken) och kvalitetsbedömas.

Tabell 1. Översikt av sökord, kombinationer, träffar och databaser. 2011-01-20, 2011-01-29

Databas	Sökord	Limits	Träffar	Lästa abstrakt	Utvalda	Inkluderade
PubMed	Type 1 diabetes and children and nursing	Artiklar ej äldre än 10 år	635	0	0	0
Chinal	Diabetes and children and parent and nursing	Artiklar ej äldre än 10 år	31	5	2	1
PubMed	Type 1 diabetes and Home Nursing	Artiklar ej äldre än 10 år	45	11	5	4
PubMed	Type 1 Diabetes and chronic sorrow	Artiklar ej äldre än 10 år	3	3	1	1
PubMed	type 1 diabetes children and parents and coping	Artiklar ej äldre än 10 år	71	9	6	5
PubMed	Experience and families and diabetes and children	Artiklar ej äldre än 10 år	102	22	7	3
				50	21	14

Granskning och kvalitetsbedömning av artiklarna

De 21 artiklar som vart utvalda och som var relevanta för syftet till denna studie och uppfyllde inklusionskriterierna bearbetades granskades och sedan kvalitetsbedömdes de enligt SBU/SSF nr 4 (1999) i tre faser **se bilaga 1 och 2**. De 14 artiklar som vart kvar sattes upp i en gemensam fullständig artikelöversikt **se bilaga 3**.

Fas 1

Först lästes abstrakten på de artiklar (n=50) som på titeln kunde anas ha med syftet till denna litteraturstudie att göra. Detta resulterade i n=21 relevanta artiklar

som uppfyllde inklusionskriterierna och valdes ut för vidare granskning.

Fas 2

Artiklarna som valdes ut i fas 1 lästes mer ingående för att få en ännu mer inblick i vad de handlade om vilket resulterade i att fem artiklar som inte motsvarade syftet exkluderades ur studien. N= 16 artiklar gick därmed vidare för mer noggrann granskning och klassificering.

Fas 3

N=16 artiklarna bedömdes och klassificerades enligt kriterierna i enlighet med SBU/SSF (1999) nr 4. De mallar som användes se granskningsmall bilaga 1 och klassificeringsmall bilaga 2. Två artiklar bedömdes som låg vetenskaplig kvalitet och uteslöts. Resterande inkluderades i studien (n=14). Under denna fas jämfördes och sammanställdes resultaten från artiklarna och sattes in i en gemensam fullständig artikelöversikt se bilaga 3 samt presenteras dessa artiklar i en översiktstabell, se tabell 3.

Analys

Analysen startade med att artiklarna som motsvarade syftet och som inkluderats i studien lästes igenom. För att få ytterligare en helhet av artiklarna lästes artiklarnas resultat igenom upprepade gånger för att få en bild av vad innehållet handlade om. Markering gjordes av det innehållet som upplevdes relevant för denna studie. Utifrån de markeringarna i resultaten som gjorts på artiklarna sammanställdes varje artikel. Utifrån dessa sammanställningars resultat gjordes på nytt markeringar och på så vis skapades huvudtema och underteman som skulle innefatta resultatet i denna studie (se tabell 2). Artiklarna återkommer under flera teman eftersom de berört mer än ett område. De granskade och kvalitetsbedömda artiklarna presenteras i **tabell 3** i en översikt av artiklarna som ingår i denna studie.

Etisk granskning

Artiklarna som inkluderats i denna studie har fått etiskt godkännande från etisk kommitté eller gjort noggranna etiska överväganden

Resultatredovisning

Av de (n=14) artiklar som inbegripits i resultatet är 11 kvalitativa och 3 kvantitativa. Artiklarna har utförts i sex olika länder vilka är: Sverige, USA, England, Australien, Canada, Taiwan (se bilaga 3). Analysen av artiklarna resulterade i ett huvudtema och tre underteman och presenteras i **tabell 2**. Artiklarna kommer att kunna återkomma under flera teman eftersom de berört mer än ett område.

Tabell 2. Huvudtema och underteman

Föräldrars känslomässiga upplevelser
Känsla av oro, misslyckande, stress, sorg och förlust
Känsla av att tappa kontrollen
Känsla av att vara ifrågasatt och att behöva stöd

Föräldrars känslomässiga upplevelser

Känsla av oro, förlust, misslyckande, sorg och stress

Under sjukhusvistelsen vid diagnostiseringen av typ 1 diabetes hos barnet upplevde föräldrarna sig trygga i sjukhusmiljön. Föräldrarna kände tillit till personalen och att de fick den uppmärksamhet som de behövde. Trots detta blev föräldrarna mer medvetna om sitt framtida ansvar för sjukdomen. Det faktum att de måste ta över och kunna anpassa sina nya kunskaper till sin hemmiljö gjorde att oron ökade (Wennick & Hallström 2006). Enligt Marshall, Carter, Rose & Brotherton (2009) upplevde föräldrarna en förlust av sitt tidigare friska barn och en förlust av sin frihet. Föräldrarna talade även om deras upplevelse av misslyckande av att skydda sitt barn från utvecklingen av sjukdomen och deras oro över hur de skulle kunna skydda sitt barn i framtiden mot komplikationer.

När föräldrarna ombads att beskriva sina erfarenheter av när barnet fått diagnosen typ 1 diabetes beskrev många föräldrar att känslorna liknade känslan vid sorg.

Även om föräldrarna inte kände sig ledsen hela tiden återkom dessa känslor vid bland annat sjukhusvistelser. En oro infann sig hos föräldrarna över hur det skulle bli för barnet i tonåren och under givningen av insulininjektionerna. Det var främst mödrarna som fann det upprörande att titta på eller ge sitt barn insulininjektioner. Föräldrarna fann den praktiska hanteringen av diabetes svårt först men med tiden vart det till en del av de dagliga rutinerna (Bowes, Lowes, Warner & Gregory, 2009).

Enligt Streisand, Swift, Wickmark, Chen & Holmes (2005) upplevde föräldrarna stress i samband med att barnet drabbats av diabetes. Stressen de upplevde handlade om sin förmåga att ta ansvar över sitt barns sjukdom, det praktiska med blodsockerkontroller och insulingivning samt rädslan och oron över att barnet skulle drabbas av hypoglykemi. Föräldrar med lägre self-efficacy hade större rädsla för hypoglykemi och upplevde oftare stress angående föräldraskapet över sitt barn med diabetes. Även Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane & Grey (2002) tar upp att mödrar upplevde ökad stress på grund av barnets diabetes och den oro den skapade men visade även på att mödrarna hanterade utmaningarna av föräldraskapet likvärdigt som föräldrarna med barn som inte hade diabetes.

Föräldrarna oroade sig för när deras barn skulle växa upp och bli självständig men godtog att de behövde lära sig att lita på och stödja sitt barn (Marshall et al., 2009). Pappornas oro handlade om oron över när barnet skulle börja i skolan (Sullivan- Bolyai & Rosenberg, 2006). Även mödrarna oroade sig över säkerheten för sitt barn under skoltiden, en oro om faktorer såsom brist på lärare med kunskap om diabetes, brist på eventuell vård under skoldagen, deras barns fysiska säkerhet och sitt barns anpassning i skolan. På grund av detta hade mödrarna mycket kontakt med skolan (Lin, Mu & Lee, 2008).

Enligt Wennick, Lundqvist & Hallström (2009) kände föräldrarna en oro över det pendlade blodsockret och att de inte kunde påverka det i den utsträckning de ville. Till exempel med måltider och aktiviteter som hade resulterat i höga nivåer på blodsockret ena gången och nästa gång låga nivåer på blodsockret trots lika tillvägagångssätt av mat och aktiviteter. Många gånger var oron så stor att en ångest infunnit sig hos föräldrarna nattetid. Detta hade resulterat i att föräldrarna

övervakat barnets blodsockervärde under natten flera gånger och ibland flera nätter i rad, helst om blodsockervärdet på kvällen varit lite avvikande. Efter ett tag kände föräldrarna att de lärt sig mer och mer om att leva med sitt barns diabetes men att nya situationer medfört ständigt behov av att uppdatera sig genom fakta om diabetes.

Föräldrarna uttryckte svårigheter i att kunna hitta en balans mellan att vara intresserad och inte bli för kontrollerande av barnets förmåga att hantera sin sjukdom. Föräldrarna uppgav även att de ständigt plågades av en oro för hur de skulle kunna skydda sitt barn i framtiden och hur detta påverkat deras förtroende som förälder (Marshall et al., 2009).

Känsla av att tappa kontrollen

Föräldrarna till barn med typ 1 diabetes har svårt att acceptera sitt barns diagnos. De var under barnets uppväxt ett stort stöd och hjälp till sitt barn för att skapa självförtroende hos barnet att hantera sin diabetes (Spraud- Lundin, Öhrn & Danielson, 2010). Sedan var det de föräldrar som konstaterade att få ett barn med en kronisk sjukdom kan förändra en individs/familjs mening med livet. Sjukdomen hade lärt familjen att uppskatta livets möjligheter och fastställa prioriteringar (Gannoni & Shute, 2009).

Föräldrarna tyckte det var svårt att lämna över ansvaret kring diabetesvården till sitt barn trots att de känt ett behov och varit medvetna om vikten av att styra barnet till att bli mer självständig med att ta ansvar och handskas med sin sjukdom. Föräldrarna upplevde en rädsla av att tappa kontrollen. Föräldrarna var även mer försiktiga med att allmänt släppa taget om sitt barn med diabetes jämfört med barnets syskon (Wennick, Lundqvist & Hallström, 2009).

Enligt Spraud-lundin, Öhrn & Danielson (2010) gjordes överföringen av ansvaret från föräldrarna till de äldre barnen successivt efter ökat förtroende från föräldrarna för sitt barns förmåga att hantera sin diabetes. Under denna period förekom det mycket känslomässiga upplevelser. Det förekom under denna period många gånger konflikter mellan barnet och föräldrarna. Konflikter som handlat om föräldrarnas kontrollbehov som barnet upplevt att föräldrarna tjatat om testning av blodsockervärde har gjorts, matvanor och fysisk aktivitet och detta i

sin tur skapat ytterligare oro.

Mödrar med äldre barn med diabetes hade stor ångest som berodde på det faktum att de inte längre hade samma kontroll över sina barn när de blivit äldre. Ofta handlade ångesten/oron om de val barnet gjorde som stred mot sin diabetes. Deras barns diabetes fanns ständigt i deras tankar och hade blivit mer eller mindre en del av deras livsstil (Marshall et al., 2009). Enligt Bowes et al. (2009) rapporterade de flesta föräldrarna främst mödrarna att diabetesskötseln och deras kunskaper om konsekvenser av dålig kontrollerad diabetes gjorde det svårt att inte längre ha kontrollen över sitt barn nu när de blivit äldre. Detta orsakade stress, ångest och oro även fast det gått många år sedan barnet fått diagnosen typ 1 diabetes.

Enligt Newbould, Smith och Francis (2008) upplevde ofta föräldrarna överföringen av ansvaret till ungdomen med diabetes som en del av den naturliga processen av att växa upp och börja ta ansvar över sitt eget liv men att det skedde inte helt problemfritt. Föräldrarna upplevde att vårdpersonalen inte var intresserad av att svara riktigt på frågor om hjälp hur de skulle göra, bete sig när det gällde överföringen av ansvaret till barnet. Av föräldrarna beskrevs oftast sjuksköterskans roll som att hjälpa ungdomarna och föräldrarna genom att tala om tillståndet diabetes och att bistå med hjälp angående medicineringen.

Känsla av att vara ifrågasatt och att behöva stöd

Azar & Solomon (2001) visade på tillvägagångssätt som föräldrarna använde sig av för hanteringen av barnets kroniska sjukdom. Allmänna strategier framkom och var noggrann problemlösning, sociala stödstrategier, positiv omvärdering, avståndstagande, självbehärskning, konfrontation, undvikande i att ta ansvar. Mödrarna använde strategier som att leva en dag i taget, vara optimistisk, empatiska mot barnets tillstånd, upprätthålla normala familjeaktiviteter och att de hjälpte barnet till att ta kontrollen över sjukdomen själv. Fädernas strategier som uppkom var upprätthållandet av familjeförhållandet, minimera sjukdomens svårighetsgrad och hjälpte barnet att acceptera sin sjukdom.

Föräldrarna till barnen med diabetes upplevde cirka ett år efter diagnosen att leva med diabetes inte var så svårt längre men heller inte enkelt. Känslorna föräldrarna

beskrev handlade om hur de kände sig övervakade under återbesöken på sjukhuset med sitt barn med typ 1 diabetes. Under besöken togs bland annat ett långtidssockervärde, HbA1c och att detta värde kände föräldrarna som om det skulle vara en bekräftelse på hur väl de hade fullgjort sina ansvarsområden angående sitt barns diabetes. Föräldrarna ansåg att sjukhuspersonalen aldrig var helt nöjda med det slutliga värdet, alltså hanteringen av barnens diabetes (Wennick & Hallström, 2007). Enligt Bowes et al. (2009) tog föräldrarna upp att det fanns ett ökat behov av emotionellt stöd för dem i hanteringen av sitt barns diabetes och att det skulle vara fördelaktigt eftersom mycket känslor och osäkerhet kring diabetes uppstår. Det var delade meningar om när detta stöd bäst skulle erbjudas av sjukvårdspersonalen. Vissa tyckte det skulle vara bra med extra stöd för dem under första tiden efter diagnosen typ 1 diabetes ställts. Andra tyckte det skulle vara mer fördelaktigt senare och en annan grupp föräldrar tyckte att det skulle erbjudas emotionellt stöd för föräldrarna kontinuerligt. Enligt Gannoni & Shute (2009) kände sig många föräldrar förbisedda av vårdpersonalen i fråga om stöd medan andra kände att de fick den typ av stöd de behövde såsom information, emotionellt och instrumentellt stöd från vårdpersonalen.

Jönsson, Hallström & Lundqvist (2010) tog upp hur viktigt det var under vårdtiden att vårdpersonalen arbetade med att uppmuntrade familjen och barnet i att aktivt delta i vården för att kunna handskas lättare med allt vad sjukdomen innebär när de kommer hem utan att känna alltför stor oro. Det var viktigt med en bra undervisning och stöd till familjemedlemmarna i bland annat information kring diabetes, insulingivning, kontroll av blodsockervärdet, regleringen av kosten och att detta tillämpades på rätt sätt för att föräldrarna skulle känna sig tryggare då de kommit hem. De tog även upp vikten av att vårdpersonalen förmedlade en känsla av hopp och att ge dem mod. Undervisningen/informationen måste ske i föräldrarnas och barnets egen takt.

Tabell 3. Översikt över kvalitetsgranskade artiklar som ingår i denna litteraturstudie.

Studie	Författare och publiceringsår	Antal personer	Område de berört i resultatet	Kvalitet
Kvantitativ	Azar & Solomon (2001)	n=60	Stöd.	II
Kvalitativ	Bowes, Lowes,	n=17	Oro. Tappa	I

	Warner & Gregory (2009)		kontrollen. Stöd.	
Kvalitativ	Gannoni & Shute (2009)	n=39	Tappa kontrollen. Stöd.	I
Kvalitativ	Jönsson, Hallström & Lundqvist (2010)	n=68	Stöd.	I
Kvalitativ	Marshal, Carter, Rose & Brotherton (2009)	n=21	Oro. Tappa kontrollen.	I
Kvalitativ	Newbould, Smith & Francis (2008)	n=138	Tappa kontrollen.	I
Kvalitativ	Lin, Mu & Lee (2008)	n=12	Oro.	II
Kvalitativ	Spraud-Lundin, Öhrn & Danielson (2010)	n=26	Tappa kontrollen.	I
Kvantitativ	Streisand, Swift, Wickmark, Chen & Holmes (2005)	n=134	Oro.	I
Kvantitativ	Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso & Tamborlabe (2002)	n=50	Oro.	II
Kvalitativ	Sullivan-Bolyai & Rosenberg (2006)	n=14	Oro.	II
Kvalitativ	Wennick & Hallström (2006)	n=35	Oro.	I
Kvalitativ	Wennick & Hallström (2007)	n=32	Känsla av att vara ifrågasatt.	I
Kvalitativ	Wennick, Lundqvist & Hallström (2009)	n=35	Oro. Tappa kontrollen.	I

Diskussion

Metoddiskussion

Denna studie innehåller studier med både kvantitativ forskningsansats och kvalitativ forskningsansats varvid flest kvalitativa eftersom kvalitativa lämpar sig bäst då man vill lyfta fram människors upplevelser. Det var inga svårigheter med att hitta artiklar. Det fanns en mängd artiklar och det var istället svårt att komma på riktigt bra sökord för att verkligen träffa det syfte jag hade med studien. Många bra vetenskapliga artiklar som skulle vara användbara för detta syfte kan ha missats. Artiklar som valts ut har svarat bra mot syfte. Inklusionskriterier som sattes upp för hur gamla artiklarna fick vara, publicerad mellan 2000-2011. Detta

kan vara en brist då det händer mycket inom vården på kort tid och behandlingen/omvårdnaden hinner ändrat sig kring diabetesvården. Artiklarna som användes översattes från engelska till svenska och detta kan ses som en brist eftersom detta inte är modersmålet för mig, så på grund av det kan det finnas viss del av översättningen som kan vara felaktig. Barnens ålder i artiklarna är 0-18 år och detta kan både vara en svaghet och styrka. Styrkan kan vara bland annat att man fått fram en bredare bild av att ha barn i olika åldrar med diabetes och se hur olika föräldrarnas upplevelser kan te sig beroende på detta men det kan också vara negativt med de spridda åldrarna beroende på barnets ålder som barnet insjuknat i och hur länge de haft sin diabetes och detta har ej riktigt redovisats i resultatet. Artiklarna som använts i resultatet kommer inte bara från Sverige vilket gör att man inte kan generalisera detta helt till svenska befolkningen utan artiklarna är från sex olika länder USA, Canada, England, Australien, Sverige, Italien och Taiwan men detta kan även vara till en fördel då man kunde se likheter i föräldrars upplevelser från olika länder.

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att få en ökad förståelse av föräldrars känslomässiga upplevelser av att ha ett barn med Typ 1 diabetes. I studien framkom det tydligt att föräldrar hade svårt att acceptera barnets sjukdom samt svårt med hanteringen av den känslomässiga problematiken sjukdomen medfört. Detta bidrog till att föräldrarna upplevde oro.

I denna studie har det framkommit att många föräldrar upplever att när barnet diagnostiserats med typ 1 diabetes innebär det en stor belastning, stress och oro som bidrar till att föräldrarna hamnar i en ond cirkel med att känna sig maktlösa och en känsla av att mista kontrollen över sitt barn. Känslan av att mista kontrollen handlade till stor del om rädslan för komplikationer senare i livet. En känsla av stress infann sig hos föräldrarna som härrörde till sin förmåga att klara av att ta ansvar för barnets diabetes. Att sjukdomen innebär ett stort stresspåslag och en känsla av oro är en normal situation, det är en sjukdom som indirekt drabbar hela familjen och det är ens barn som är drabbad och ens barn är allt. När en kronisk sjukdom plötsligt ska ingå i de dagliga rutinerna är det mycket som ska planeras och tänkas på. Livet tar en drastisk vändning och många rutiner kan

komma ska ändras. Agardh, Berne och Östman (2002, s. 368) skriver att familjen är det viktigaste sociala nätverket för barn som drabbas av typ 1 diabetes. När barnet drabbas av diabetes är det ofta föräldrarna som är mest stressade. För att barnets anpassning till sjukdomen ska bli så bra som möjligt spelar föräldrarnas reaktioner vid debut en viktig roll för vidare hantering. Sjukdomen kommer finnas med hela livet men för att sjukdomen inte ska forma livet krävs det ett samarbete och ett förtroende barnet och föräldrarna emellan detta minskar den känslomässiga belastningen. Detta tyder på att sjuksköterskan ska kunna ge lämpligt stöd till familjer med barn med nydiagnostiserad diabetes. Det är därför nödvändigt att förstå den process de går igenom. Att uppmuntra familjen i den nya livssituationen för att bland annat minska den stress och oro de upplever. Lowes, Lyne & Gregory (2004) menar att otillräcklig information och inte tillräckligt professionellt stöd kan påverka hur föräldrarna klarar deras förändrade livssituation med ett nydiagnostiserat barn med typ 1 diabetes.

Det framkom i studien att föräldrar med lägre self-efficacy upplevde oftare stress angående föräldraskapet till ett barn med typ 1 diabetes. Self-efficacy handlar enligt Klang-Söderkvist (2008, s.121) om personens tro till sin egen förmåga att agera på ett visst sätt i en viss situation, alltså en bedömning av sin förmåga att genomföra en viss handling, att man klarar av att ändra sitt beteende i en speciell situation. Detta kan ses som att sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa familjen att ta kontroll över livet och stärka föräldrarnas självförtroende för att minska stressen och oron föräldrarna upplever. Ginsburg, Howe, Jawad, Buzby, Ayala, Tuttle & Murphy (2005) tar upp vikten av sjukvårdspersonalens professionella hjälp, stöd samt ge styrka till familjen att klara av den nya livssituationen och det sjukdomen medför.

Som sjukvårdspersonal bör man vara lyhörd och se varje familj som unik, alla är vi olika och reagerar och beter oss olika. Alla är olika starka och har olika tro på sig själv. Som Agardh, Berne och Östman (2002, s. 374) skriver, utifrån ett omvårdnadsperspektiv bör man se varje patient som unik i sitt sammanhang det vill säga att sjuksköterskan arbetar utifrån ett holistiskt tänkande.

I studie framgår även föräldrars negativa upplevelser av vården vid återbesöken. När ett barn får diagnosen kronisk sjukdom påverkas hela familjen. Alla blir extra

sårbara och extra känslig och alla är olika och reagerar olika i olika situationer. Detta bör sjukvårdspersonalen tänka på och möta föräldrarna på ett bra sätt och ge dem den information och stöd de behöver för att kunna känna sig trygga med att hantera sitt barns diabetes. Det är av vikt att föräldrarna känner sig trygga för att kunna förmedla trygghet och acceptans av sjukdomen till sitt barn. Det framkom i studien att föräldrarna har ett ökat behovet av emotionellt stöd för dem i hanteringen av sitt barns diabetes. Men att det är delade meningar kring när stödet kan behövas som mest. Detta kan tolkas som att vården bör bli bättre på vikten av kontinuitet. Det är något som vården bör sträva efter så att föräldrar och barn inte känner att de hamnar utanför och känner att de inte kan hjälpa sitt barn i fullast mån. Detta kan även läsas i boken skriven av Agardh, Berne och Östman (2002, s. 206) som belyser kortfattade råd för att kunna få förståelse för barnets- tonåringens reaktioner på behandling och reaktioner kring sjukdomen. Dels behöver sjukvårdspersonalen förstå den psykologiska utvecklingen barnet genomgår, relation med kamrater och föräldrar. Personalen behöver ha kunskap om den normala frigörelsen, hur den äger rum samt hur sjukdomen på olika sätt kan störa denna. Stor del av råden som belyses handlar om att respektera patienten och dess anhöriga och lyssna på alla budskap och ha empati. Detta kan tolkas som att även om föräldrarnas erfarenheter kan variera beroende på krisens karaktär eller familjesituation är det av vikt att som sjuksköterska kunna lyssna och se budskap om information familjen behöver samt stöd. Enligt Lowes, Gregory & Lyne (2005) de tre första månaderna handlade om en känsla för föräldrarna om ren rädsla för en sjukdom som de inte visste något om innan. Informationen de fick under denna period hade de svårt att ta till sig. Men eftersom familjens kunskap om diabetes ökade blev föräldrarna säkrare i hanteringen av barnets diabetes. I artikeln av Lowes & Lyne (2000) framkom även där att föräldrarnas liv innehöll stress som var relaterad till barnets diabetes och deras okunskap om diabetes samt oro för framtiden. Föräldrarna var i behov av ett tryggt och bra stöd samt information.

Det framgår i denna studie att föräldrar har ett stort kontrollbehov över sitt barn med typ 1 diabetes och har svårt att överlämna ansvaret över sjukdomen till bland annat skolpersonalen och andra på grund av medvetenheten av sjukdomens konsekvenser vid okontrollerad diabetes och att de kände sig inte trygga med

säkerheten för sitt barn under skoltid. Som förälder vill man känna trygghet när man lämnar sitt barn på skolan. Tanken är att de ska vara i trygga händer under den tid man själv inte finns till hands. När tillit saknas ökar kontrollbehovet och botten i en ökad oro. Trygghet i skolan styrks av Agardh, Berne och Östman (2002, s. 210) skriver bland annat om att vad lärare, personal i skolmatsalen och skolkamrater kan om diabetes och deras attityd spelar stor roll för barnets och föräldrarnas trygghet. Enligt Dashif, Vance & Wallander (2009) är det även av vikt att föräldrarna stöttar och tillåter sitt barn med typ 1 diabetes att bli självständig i sin sjukdom och att delvis ta ansvar själv för sin sjukdom. Eftersom i slutändan är det barnet som ska leva med sjukdomen tjugofyra timmar om dygnet.

Slutsats

Resultatet visar på att föräldrarna till barn med typ 1 diabetes upplever olika känslomässiga upplevelser som till exempel stress, oro, sorg och en känsla av att missta kontrollen och att föräldrarna är i behov att stöd. Att ha ett barn som drabbats av en kronisk sjukdom som diabetes innebär ett stort ansvar för föräldrarna. Därför är det av stor vikt att sjukvårdspersonalen ger familjen bra undervisning, information och stöd i hanteringen. Att man utifrån ett omvårdnadsperspektiv bör se varje familj som unik, att som sjuksköterska arbetar utifrån ett holistiskt tänkande.

Referenslista

(*) = Referenser som ingår i resultatet.

Agardh, C-D., Berne, C., Östman, J. (2002). *Diabetes*. Falköping: Liber AB.

*Azar, R., & Solomon, C-R. (2001). Coping Strategies of Parents Facing Child Diabetes Mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(6), 418-428.

Bergman, T. (2009). *August vilja*. Belgien: Utbildning AB

* Bowes, S., Lowes, L., Warner, J., & Gregory, J. (2009). Chronic sorrow in parents of children with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (5), 992-1000.

Dashiff, C., Vance, D., Abdullatif, H., & Wallander, J. (2009). Parenting, autonomy and self-care of adolescents with Type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 35, 79-88.

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar – specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

*Gannoni, A., & Shute, R. (2009). Parental and child perspectives on adaption to childhood chronic illness: A qualitative study. *Clinical childpsychology and psychiatry*, 15 (1), 39-53.

Ginsburg, K., Howe, C., Jawad, A., Buzby, M., Ayala, J., Tuttle, A., & Murphy, K. (2005). Parents' Perceptions of Factors That Affect Successful Diabetes Management for Their children. *Pediatrics*, 116, 1095-1104.

Hanås, R. (2004). *Typ 1 diabetes hos barn, ungdomar och unga vuxna*. Västerås: BetaMed AB.

*Jönsson, L., Hallström, I., & Lundqvist, A. (2010). A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes. *BMC Pediatrics*, 10, 36-45.

Klang-Söderkvist, B. (2008). *Patientundervisning*. Polen: Studentlitteratur.

Lowes, L., & P, Lyne. (2000). Chronic sorrow in parents of children with newly diagnosed diabetes: a review of the literature and discussion of the implications for nursing practice. *Journal of Advanced Nursin*, 32, 41-48.

Lowes, L., Lyne, P., & Gregory, J, W. (2004). Childhood diabetes: parents experience of home management and the first year following diagnosis. *Diabetic Medicine*, 21(6), 531-538.

Lowes, L., Gregory, J. W., & Lyne, P. (2005). Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents? *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 253-261.

* Marshal, M., Carter, B., Rose, K., & Brotherton, A. (2009). Living with type 1 diabetes: perceptions of children and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1703-1710.

*Newbould, J., Smith, F., & Francis, S-A. (2008). I'm fine doing it on my own':partnerships between young people and their parents in the management of medication for asthma and diabetes. *Journal of Child Health Care*, 12(2), 116-128.

* Lin, P., Mu, P-F., & Lee, Y. (2008). Mothers experience supporting life adjustment in children with type 1 diabetes. *Western journal of nursing research*, 30(1), 96-110.

Polit, D., & Beck, C-T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (uppl. 8)*. Philadelphia: Lippincott.

SBU & SSF. (1999). Evidensbaserad omvårdnad. Behandling med schizofreni. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport nr 4.

*Spraud-Lundin, C., Öhrn, I., & Danielson, E. (2010). Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 128-138.

* Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., & Holmes, C. (2005). Pediatric Parenting Stress Among Parents of Children with Type 1 Diabetes: The Role of Self-Efficacy, Responsibility, and Fear. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 513-521.

* Sullivan- Bolyai, S., Deatrck, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., & Grey, M. (2002). Mother's experiences Rasing Young Children With Type 1 Diabetes. *JSPN: Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 7(3), 93-103.

* Sullivan- Bolyai, S., & Rosenberg, R. (2006).Fathers reflections on parenting young children with type 1 diabetes. *MCN: American Journal of Maternal Child Nursing*, 31 (1), 24-31.

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

*Wennick, A., & Hallström, I. (2007). Families' lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 299-307.

*Wennick, A., Lundqvist, A., & Hallström, I. (2009). Everyday experience of families three years after diagnosis of Type 1 diabetes in children. *Journal of*

Pediatric Nursing, 24(3), 222-230.

Whittemore, R., Urban, A., Tamborlane, W., & Grey, M. (2003). Quality of life in School aged children with type 1 diabetes on intensive treatment and their parents. *The diabetes educator*, 29, 847-854.

URL 1: WHO media centre. (2011). Fact sheets diabetes. [Elektronisk]. England: WHO media centre. Tillgänglig: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> . Sökväg: WHO . [2011-03-10].

URL 2: Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden>. Sökväg: Socialstyrelsen.[2011-03-10].

URL 3: Growingpeople. (2010). Kunskapskällan om barn som växer, diabetes. [Elektronisk]. Umeå: Redaktionen för growingpeople. Tillgänglig. <http://www.growingpeople.se/templates/Page.aspx?id=1861>. Sökväg: growingpeople.[2011-03-10].

URL 4: Landstingens och regionernas gemensamma webbplats för råd och vård. (2010). Fakta och råd typ 1 diabetes. [Elektronisk]. Kristianstad: Medicinkliniken Centralsjukhuset. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Diabetes-typ-1/>. Sökväg: 1177. [2011-03-10].

URL 5: Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. [Elektronisk]. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf. Sökväg: Socialstyrelsen [2011-03-23].

URL 6: Unicef. (2010). Barnkonventionen. FN: s konvention om barnets rättigheter. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.unicef.se/assets/barnkonventionen.pdf>. Sökväg: Unicef. [2011-03-11].

Bilaga 1.

Granskningsprotokoll för studier med kvalitativ- och kvantitativ metod.

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

Titel:.....

.....

Årtal:..... Tidskrift:.....

Land där studien utfördes.....

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bilaga 2. Tabell 1a. Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvantitativ metod (www.sbu.se).

Typ av studie	Hög kvalitet (I)	Medel (II)	Låg kvalitet
RCT	Prospektiv randomiserad studie. Större väl planerad och genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter tillräckligt stort för att besvara frågeställningen.		Randomiserad studie med för få patienter, och /eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter, otillräckligt beskrivet eller för stort bortfall.
PS	Prospektiv studie utan randomisering. Väldefinierad frågeställning, tillräckligt med patienter, adekvata statistiska metoder.		Litet antal patienter, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
RS	Retrospektiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder. Lång uppföljningstid.		Begränsat patientmaterial, otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.
DS	Deskriptiv studie. Stort konsekutivt patientmaterial som är välbeskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder. Lång uppföljning.		Begränsat patientmaterial, otillräckligt beskrivet. Alltför kort uppföljning eller inadekvata statistiska metoder.

Tabell 1b Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, studier med kvalitativ metod.

Typ av studie	Hög kvalitet (I)	Medel (II)	Låg kvalitet
K	Studie med kvalitativ metod. Väldefinierad frågeställning, relevant urval, samt välbeskriven undersökningsgrupp och kontext. Metod och analys välbeskriven och genomförd, resultatet är logiskt och begripligt, god kommunikerbarhet.		Vagt formulerad frågeställning, undersökningsgrupp för liten/ otillräckligt beskriven, metod/analys ej tillräckligt beskriven eller bristfällig resultatredovisning.

Bilaga 3 Fullständig artikelöversikt

Författare, år och land	Syfte med studien	Deltagare	Metod/design	Instrument/ analysmetod	Resultat	Kvalitet
Azar, Solomon (2001) Canada	Var att identifiera skillnader i strategier som används av pappor och mammor för att hantera sitt barns diabetes	n=60	Kvantitativ	Intervjuer och frågeformulär Deskriptiv analys, stegvis regressionsanalys	Studien visar på olika strategier som föräldrarna använder sig av för att hantera sitt barns sjukdom. Allmänna strategier som framkom var noggrann problemlösning, sociala stödstrategier, positiv omvärdering, avståndstagandesjälvbehärskning, konfrontation, undvikande i att ta ansvar.	Medel
Bowes, Lowe, Warner, Gregory (2009) England	Var att undersöka föräldrarnas långsiktiga upplevelser av att ha ett barn med typ 1 diabetes	n=17	Kvalitativ	Fördjupade intervjuer Innehållsanalys	Föräldrarna upplevde stress ångest, oro över att inte ha samma kontroll längre sedan barnet blivit äldre. Föräldrarna behöver emotionellt stöd. Hanteringen av barnets diabetes svårt först men med tiden lättare.	Hög
Gannoni, Shute (2009) Australien	Var att få en djupare förståelse för föräldrars och barns anpassning till en kronisk sjukdom.	n=39	Kvalitativ	Intervjuer Innehållsanalys	Studien visade på att många föräldrar kände sig förbisedd av vårdpersonal när det gällde att få stöd i behandlingen av sitt barns diabetes. Medan en del föräldrar kände att de fick det stöd de var i behov av.	Hög

Författare, år, land	Syfte med studien	Deltagare	Metod/design	Instrument/ Analysmetod	Resultat	Kvalitet
Jönsson, Hallström, Lundqvist (2010) Sverige	Var att söka en djupare förståelse för hur diabeteslaget arbetar för föräldrar/ barn med undervisnings processen funktion från diagnostik bland familjer med ett barn som nyligen diagnostiseras med typ 1 diabetes.	n=68	Kvalitativ	Fokusgrupps- intervjuer Innehållsanalys	Studien visade på vikten under vårdtiden att vårdpersonalen arbetar med att uppmuntra familjen och barnet. Viktigt med bra undervisning och stöd.	Hög
Marshal, Carter, Rose, Brotherton, (2009) England	Var att undersöka och beskriva föräldrarnas och barnens erfarenheter av att leva med typ 1 diabetes från dagen när diagnosen fastställdes och framåt.	n=21	Kvalitativ deskriptiv	Intervjuer som bandades Tematisk analys	Visade på föräldrarnas oro över hur de skulle kunna skydda sitt barn i framtiden. Oroade sig för när barnet skulle växa upp och bli självständig. Svårt hitta en balans mellan att vara intresserad och inte bli för kontrollerande av barnets förmåga att hantera sin sjukdom.	Hög
Newboul, Smith Francis (2008) England	Var att undersöka relationerna mellan unga personer och deras föräldrar i hantering av medicinering av två kroniska sjukdomstillstånd, astma och diabetes	n=138	Kvalitativ	Halv- strukturerade intervjuer Kvalitativ och kvantitativ analys= frekvensanalys, innehållsanalys	Resultatet visar på att barnet skötte administrering av medicin och föräldrarna skötte det praktiska i att hämta på apotek. Föräldrarna upplevde överföringen av ansvaret av sjukdomen till ungdomen själv som del av att växa upp	Hög

Författare, år, land	Syfte med studien	Deltagare	Metod/design	Instrument/ Analysmetod	Resultat	Kvalitet
Lin, Mu, Lee (2008) Taiwan	Var att utforska grundläggande struktur av moderns livserfarenhet medan mödrar assisterar deras barn med Typ 1 diabetes under skoltiden	n=12	Kvalitativ	inspelade intervjuer Fenomenologisk analys	Visar på att mödrarna känner oro över säkerheten för sitt barns under skoltiden.	Hög
Spraud-Lundin , Öhrn, Danielson (2010) Sverige	Var att undersöka betydelsen av interaktioner med stöd för egenvård från föräldrar och anhöriga till unga vuxna med typ 1 diabetes.	n=26	Kvalitativ Deskriptiv	Intervjuer Innehållsanalys, komparativ analys	Visar på att föräldrarna har under barnets uppväxt varit ett stort stöd och hjälp till barnet att skapa förtroende för sin egna förmåga att hantera sin diabetes.	Hög
Streisand, Swift, Wickmark, Chen, Holmes (2005) USA	Var att granska den stress som föräldrar upplevde av att ha ett barn med typ 1 diabetes samt den psykologiska och beteendemässiga beteendet relaterat av stress.	n=134	Kvantitativ	Frågeformulär, själv rapportering Deskriptiv analys, regressions analys	Visade på stressen föräldrarna upplevde handlade om hur föräldrarna skulle klara av sitt barns sjukdom.	Hög
Sullivan- Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane, Grey (2002) USA	Var att undersöka mödrars dag till dag upplevelser av att uppfostra yngre barn med typ 1 diabetes	n=50	Kvantitativ Deskriptiv	Frågeformulär, Observationer	Visade på att mödrarna med barn med diabetes upplevde ökad stress på grund av sjukdomen.	Medel

Författare, år, land	Syfte med studien	Deltagare	Metod/design	Instrument/ Analysmetod	Resultat	Kvalitet
Sullivan- Bolyai, Rosenberg (2006) USA	Var att beskriva pappors upplevelser av att ta hand om och vårda sitt barn med typ 1 diabetes	n=14	Kvalitativ Deskriptiv	Intervjuer Innehållsanalys	Visade på att oron de kände handlade om när barnet skulle börja i skolan. Papporna beskrev vikten av att snabbt lära sig vårdfärdigheter	Medel
Wennick, Hallström (2006) Sverige	Var att belysa hela familjens levda erfarenheter utifrån varje familjemedlems perspektiv när ett barn i familjen diagnostiserats med diabetes	n=35	Kvalitativ deskriptiv Induktiv	Intervjuer Innehållsanalys	Visade på att föräldrarna upplevde tyggighet i sjukhusmiljö. Oroade sig över sitt framtida ansvar över sitt barns diabetes.	Hög
Wennick, Hallström (2007) Sverige	Var att belysa familjens levda erfarenheter av diabetes ett år efter ett barn fick diagnosen med typ 1- diabetes	n=32	Kvalitativ	Intervjuer Frågeformulär Hermeneutisk- fenomenologisk- analys	Visade på hur föräldrarna kände sig övvervakade av sjukhus personalen under återbesöken av deras färdigheter att klara av sitt barns diabetes.	Hög
Wennick, Lundqvist, Hallström (2009) Sverige	Var att belysa både det drabbade barnet, syskon och föräldrarnas upplevelse av att leva med diabetes 3 år efter att ett barn i familjen fått diagnosen.	n=35	Kvalitativ Deskriptiv	Individuella intervjuer Innehållsanalys	Föräldrarna kände oro över det pendlande blodsockret. Tyckte det var svårt att lämna över ansvaret av sjukdomen till barnet även fast ett behov fanns att göra barnen mer självständig i sin sjukdom.	Hög