

Institutionen för Hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044 - 20 30 00

Sjuksköterskeprogrammet
SK8113, Omvårdnad (41-60) 10p
C-uppsats, 10 poäng

**FAMILJENS SITUATION DÅ BARNET INSJUKNAR I
DIABETES TYP 1
- Litteratur sammanställning -**

2006-05-31

Författare: Sara Karlsson
Helen Roth
Nina Tuvevsson

Handledare: Lena Helander
Examinator: Agneta Berg



Institutionen för Hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044 - 20 30 00

Sjuksköterskeprogrammet
SK8113, Omvårdnad (41-60) 10p
C-uppsats, 10 poäng

TITLE

**THE FAMILY'S SITUATION WHEN THE CHILD FALLS ILL IN DIABETES
TYPE 1 – A literature review.**

AUTHORS

Sara Karlsson
Helen Roth
Nina Tuvevsson

ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus Type 1 is one of the most common chronic diseases in childhood. This signifies big changes in the daily life for the child and its family. **Aim:** The aim of the study was to illustrate the family's situation when the child falls ill in Type 1 diabetes. **Method:** The search for literature has been done both manually and in databases. The collected materials have been read and analysed by the authors. **Result:** The result of the 13 selected qualitative and quantitative present literature reviews show that a child's chronic condition is traumatic for all family members and it usually changes family life and requires parents to adapt. The role of the family when it comes to interventions and adaptability to the disease are important factors; it has a big significance in the child's health. **Conclusion:** The nurse could play a considerable part by knowing the burden of nursing. The qualification for a long-term effect in nursing is empathy and consideration for the patient. The study will increase the nurse's understanding to give a good and supportive care to the family.

KEYWORDS

Family, Mother, Father, sibling, diabetes, illness, adjustment, care, support.

INNEHÅLL

BAKGRUND	1
SYFTE	3
METOD	3
Design	3
Sökmetod	4
Urval	4
Kvalitetsbedömning	5
Analys	5
RESULTAT	6
Familjen upplever kaos då barnet får sin diagnos- chockfas	6
Insikten hos familjen bryter fram - reaktionsfas	6
Familjens anpassning i vardagen - bearbetningsfas	8
Familjen lär sig leva med diabetes- nyorienteringsfasen	10
DISKUSSION	12
Metoddiskussion	12
Resultatdiskussion	14
Slutsats	17
REFERENSLISTA	18
BILAGOR	
Bilaga I	Sökschema
Bilaga II	Artikelöversikt
Bilaga III	Bedömningsmall för studier med kvantitativ metod
Bilaga IV	Bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

BAKGRUND

Diabetes kan innebära stora förändringar i den dagliga livsföringen för barnet och dess familj (Gåfvells & Lorenz, 1999). Föräldrar reagerar ofta med skuld känslor, sorg, besvikelse, oro och ambivalens (Agardh, Berne & Östman, 2002). Det tar tid att anpassa sig till den nya livssituationen. Diabetes är en sjukdom som gör sig påmind 24 timmar om dygnet. ”Denna sjukdom är inte ett tillstånd som man går igenom och sedan är fri från; patienten måste leva med sjukdomen, och det den kräver, resten av sitt liv” (Almås, 2002, s.903). Många vill inte skylta med eller prata om sin diabetes och det krävs kurage att berätta för vänner och kamrater om sjukdomssituationen (Hanås, 2004). Att ha diabetes upplevs många gånger som både ensamt, hotfullt och ångestladdat (Ericsson & Ericsson, 2002). ”Hur det är att ha diabetes, eller någon annan sjukdom, kan bara begripas av den som känner den inpå bara kroppen, av den som själv måste sticka sig dag efter dag och inser vilket ansvar och vilka utmaningar den medför” (Barczi, 2004 s. 38).

Diabetes Typ 1 är den vanligaste kroniska sjukdom som barn och ungdomar insjuknar i (Thompson, Auslander & White, 2001). Antalet nyinsjuknande ökar kontinuerligt av hittills okänd anledning (Hanås, 2004). Cirka 40 barn per 100 000, det vill säga cirka 650 barn i åldern 0-14 år insjuknar årligen och det finns cirka 6400 barn under 18 års ålder som har diabetes Typ 1 i Sverige. Under de senaste 20 åren har diabetes hos barn i Sverige ökat med 50 procent. Forskarna tror att diabetes Typ 1 till viss del är ärftligt (Klasén McGrath, 2005). Förutom ärftliga anlag krävs vanligtvis också en utlösande faktor, som till exempel att de insulinproducerande cellerna utsätts för en påfrestning. Denna påfrestning kan i sin tur vara en virusinfektion eller toxisk skada. Forskarna har också funnit att mödrar vars barn tidigt insjuknat i typ 1 diabetes har hög halt av antikroppar mot vissa virus (Ericsson & Ericsson, 2002). Insjuknandet hos unga är ofta akut, med 2-3 veckors rikliga urinmängder, törst, trötthet och vikt nedgång (Berne & Fritz, 2005).

Diabetes Typ 1 innebär att glukoshalten i blodet ligger på en för hög nivå. Detta beror på att kroppen inte alls, eller i otillräcklig utsträckning, klarar av att producera det egna hormonet insulin. Traditionellt sett är kost, motion, insulin och egenvård hörnstenar i diabetesbehandlingen (Ericsson & Ericsson, 2002). Behandlingen syftar till att undvika symtom eller besvär av sjukdomen och att barnen/ungdomarna får en normal tillväxt och utveckling (Hanås, 2004). Kosten bör vara rik på fibrer, långsamma kolhydrater och vara

fettbalanserad (Ericsson & Ericsson, 2002). Långsamma kolhydrater är bäst för hälsan. De håller blodsockret på en jämn nivå vilket minskar godissug och hungerattacker (Bohlin, 2005). Individer med diabetes får ofta rådet att bibehålla samma aktivitetsnivå som före sjukdomens debut. Rädsla för hastiga, oväntade hypoglykemiattacker medför dock att många barn/ungdomar hellre avstår från att idrotta (Ericsson & Ericsson, 2002). Med hypoglykemi menas en för låg nivå av glukos i blodet som ger trötthet, svettningar, oklarhet och eventuellt medvetslöshet (Lundh & Malmqvist, 2001). Insulinbehandlingen syftar till att efterlikna den friska bukspottkörtelns sätt att insöndra insulin till blodet. Det finns olika typer av insulin som anpassas och doseras individuellt utifrån behovet. Målet med insulinbehandlingen är att hålla blodglukoshalten normal och undvika långvarig hyperglykemi och därigenom minska risken för komplikationer (Ericsson & Ericsson, 2002). Hyperglykemi innebär hög blodglukoshalt på grund av insulinbrist (Lundh & Malmqvist, 2001). Komplikationerna indelas i akuta respektive sena komplikationer. Akuta komplikationer kan te sig som hypoglykemi eller ketoacidosis. Ketoacidosis innebär en syraförgiftning som i sin tur beror på ofullständig fettförbränning vid högt blodsocker vilket kan leda till koma (Henriksen, Hother Nielsen, & Beck-Nielsen, 2001). Sena komplikationer ger skador i framförallt kärlendotel, nervceller och njurceller. Hot om komplikationer ger ångest. Tecken på komplikationer ger ännu mer ångest och kanske skuld känslor över att ”inte ha skött sig perfekt” (Ericsson & Ericsson, 2002).

Modern diabetesbehandling ställer höga krav på patientens eget ansvar (Ericsson & Ericsson, 2002). Viktiga faktorer inom egenvården är patientens motivation och patientutbildning (Henriksen et al., 2001). Det är väsentligt att vara uppmärksam på sjukdomen och lära sig känna igen tecken på för högt eller för lågt blodsocker, så kallade känningar. Det är även betydelsefullt att kontrollera sitt blodsocker och balansera sitt insulinintag, kost och motion för att förebygga akuta och sena komplikationer (Hanås, 2004; Henriksen et al., 2001). Ansvaret över att själv ha kontroll över sin diabetes kan kännas tungt och ibland kan det vara svårt att uppnå god glykosbalans i blodet trots stora ansträngningar (Ericsson & Ericsson, 2002). HbA1c är ett blodprov som vanligtvis tas i fingret och är ett mått på hur barnets diabetes varit inställd under de senaste 4-6 veckorna. Enligt lokala nationella riktlinjer bör HbA1c kontrolleras var tredje månad (Olsson, 2004). Då barn får diabetes innebär det en psykologisk kris, hela familjen får en chock. De flesta människor passerar igenom samma stadier när man konfronteras med en krissituation

(Hanås, 2004). Föräldrar är oroliga och rädda för att barnet själv eller personer i barnets omgivning inte har tillräcklig kunskap att hantera situationer som är relaterade till barnets diabetes (McDougal, 2002). Diabetes kan göra en moder osäker och spänd vilket kan göra att barnets trygghet och grundtillit störs (Agardh et al., 2002). Barn som insjuknar i diabetes uttrycker oftare sämre självkänsla och är mer känslomässigt obalanserade i jämförelse med friska barn (Wake, Hesketh & Cameront, 2000). Det tar tid att anpassa sig till den nya livssituationen (Hanås, 2004). Att stödja både föräldrar och barn att öppet uttrycka sina känslor är viktigt i omvårdnadsarbetet (Cullberg, 2003).

Studien av Schmidt, Petersen & Bullinger (2003) visade att det är av stort värde att familjen har en förmåga att på bästa sätt hantera sjukdomen eftersom detta har stor betydelse för barnets hälsa och framtida autonomi (a.a). Föräldrar behöver uppmuntran, beröm och positiv förstärkning (Hanås, 2004). Sjuksköterskan har en central pedagogisk funktion gentemot patienter med diabetes (Almås, 2002). Den undervisning, handledning och hjälp att bearbeta de psykiska reaktionerna familjen får vid sjukdomsdebuten har stor inverkan på framtiden (Almås, 2002). Sjuksköterskan kan på olika sätt ge stöd och hänvisa till andra samhällsresurser för att underlätta barnets och familjens behov. Familjen har bland annat behov av att hantera problem som tid, pengar, stöd, oberoende, stigma och oro inför framtiden (McDougal, 2002). För att kunna hantera det oåterkalleliga faktum som diabetes innebär, är det viktigt att man fokuserar på hela familjens välbefinnande och på vilket sätt detta kan uppnås (Hanås, 2004). Då en person insjuknar i en kronisk sjukdom får detta betydande konsekvenser för hela familjen (Kirkevold, & Strömsnes Ekern, 2003).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa familjens situation då barnet insjuknar i diabetes Typ 1.

METOD

Design

Undersökningen genomfördes som en litteraturstudie där resultatet grundades på 13 vetenskapliga artiklar. En litteraturstudie är en skriven sammanfattning och en tolkning av aktuell litteratur inom ett forskningsområde där syftet är att presentera den kunskap som finns inom det valda området (Polit, Beck & Hungler, 2001).

Sökmetod

Vetenskapligt material söktes via Internet på olika databaser. Sökningarna gjordes i Cinahl/Medline, PsykInfo, PubMed samt i ELIN. Sökorden diabetes, family, parent, father, mother, siblings, adaptation, cop*, management och child användes var för sig och kombinerade med varandra för att ringa in sökningen. Sökbegränsningar gjordes då inklusionskriterierna var att artiklarna skulle innehålla abstract, vara skrivna på svenska eller engelska och vara publicerade mellan åren 1998 – 2006. I databaserna PsycInfo och PubMed kunde även begränsningar till childhood och 0 - 18 år göras. Med barn i denna studie menas alla individer under 18 år enligt FN:s barnkonvention (FN:s konvention, 2003). När, var och vilka begränsningar som användes vid den datorbaserade litteratursökningen kan även ses i sökschema (Bilaga I).

En manuell litteratursökning gjordes genom att studera referenslistor från utvalda artiklar.

Urval

I syfte att begränsa antalet artiklar som framkom i sökresultatet studerades först artiklarnas titlar. Abstracten lästes igenom i de fall artiklarnas titlar fokuserade vårt ämnesområde. Inklusionskriterier var att artiklarna handlade om familjens situation, korresponderade med studiens syfte samt baserades på vetenskapliga, empiriska studier som blivit etiskt godkända. Familjen är en enhet med uppgifter och funktioner som förändras över tiden. Då en person insjuknar i en kronisk sjukdom får detta betydande konsekvenser för hela familjen (Kirkevold, 2003). Uppfattningen om vad en familj är har skiftat genom tiderna. En typisk definition är; ”En familj är två eller flera individer som är förbundna med varandra genom blodsband, äktenskap eller adoption och som bor tillsammans och ingår i samma hushåll” (Kirkevold, 2003, s.21). Ytterligare inklusionskriterier var att artiklar från såväl kvalitativt som kvantitativt inriktade studier användes. Artiklar som fokuserade på medicin och teknik exkluderades. Den datorbaserade sökningen resulterade i 15 artiklar och den manuella sökningen tre artiklar. Av de valda artiklarna användes fyra till bakgrunden och 13 artiklar till resultatet. Ytterligare en artikel användes i resultatdiskussionen. De 13 artiklar som användes i resultatet kan ses i bilaga II.

Kvalitetsbedömning

För att kunna bedöma kvaliteten i olika studier krävs ett systematiskt tillvägagångssätt. Det innebär att det granskade materialet tolkas på ett konsekvent sätt som möjliggör en värdering av evidensen (Carlsson & Eiman, 2003). Forskningsresultat blir meningslösa om

man inte kan bedöma deras tillförlitlighet. Bedömningar av vetenskaplig kvalitet kan användas på flera sätt: för att välja ut de studier som ska ingå i studien och för att förklara skillnader i resultat från olika studier. Det finns goda möjligheter för den "vanlige" läsaren av vetenskapliga artiklar att bli säkrare i sina bedömningar av vetenskaplig kvalitet. Beroende på hur god kvaliteten är får rekommendationerna olika tyngd (SBU, 1996). Vid kvalitetsbedömningen av artiklarna valdes Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall då denna uppfattades som tydlig och lättarbetad. Alla klassificerade studier poängsattes enligt fastställda kriterier i bedömningsmallen. Bedömningen gav en poängsumma som sedan räknades om i procent och resulterade i en gradering I-III, där grad I avser hög kvalitet och grad III avser låg kvalitet. Det krävs 80-100 procent av bedömningsmallens poängsumma för att erhålla grad I. För grad II krävs 70-79 procent och för grad III 60-69 procent (a.a). (Bilaga III & bilaga IV).

Analys

De insamlade artiklarna som motsvarade litteraturstudiens syfte lästes, översattes och analyserades av författarna, först var och en för sig och sedan tillsammans.

Litteraturgenomgången visade att familjen befann sig i en kris efter att de fått besked om att barnet insjuknat i diabetes. En kris vid kronisk somatisk sjukdom kan likna den kris som uppstår vid trauma (Richardsson, Adner & Nordström 2001). I återkommande artikelinnehåll belyses olika problem som kunde uppkomma utifrån var familjen befann sig i krisens förlopp. Krisens naturliga förlopp börjar med chockfasen där allt känns som ett kaos. Denna fas varar allt ifrån några timmar upp till någon dag och följs av reaktionsfasen som är lite mindre kaotisk och varar allt ifrån några veckor till flera månader. Undan för undan börjar en bearbetningsfas som innehåller mer konstruktiva tankar och beteenden. Denna fas varar olika länge men kan vara upp till ett år. Så småningom ersätts denna fas av nyorienteringsfasen där den krisrelaterade händelsen upplevs som borta och helt under kontroll (Cullberg, 2003). En slutlig analys kom fram till att familjens situation då ett barn insjuknar i diabetes kan beskrivas utifrån krisens olika faser.

RESULTAT

Familjen upplever kaos då barnet får sin diagnos - chockfas

Innan diagnos fastställdes hade föräldrarna en bakomliggande misstanke om diabetes.

Oavsett djupet av misstanke hade alla föräldrarna alternativa förklaringar till symtomen.

De flesta föräldrarna satte diabetes 'i bakhuvudet' och fortsatte att förknippa barnets symtom med andra mer vanliga infektioner eller tillstånd. Det visade sig att alla föräldrarna blev *chockerade* vid beskedet om diagnos, vissa fann det väldigt svårt att acceptera diagnosen eftersom deras barn inte var 'sjuka' medan några fick en känsla av lättnad (Lowe, Gregory & Lyne, 2005). Familjen kunde uppleva *kaos* och *känslan av kontroll saknades* (Seppänen, Kyngas & Nikkonen, 1999). Allt gick snabbt och plötsligt var deras barn insulinberoende. Oron hos föräldrarna i initialskedet beträffande diagnosen resulterade i att viss vårdpersonal rekommenderade en kort inläggning vid sjukdomsdebuten. Några föräldrar såg detta som god och snabb service medan andra kände sig stressade av brådskan och det höga tempot (Lowe et al., 2005).

Den information familjen fick initialt kändes till en början som mycket att ta in på en gång och de föredrog att ta emot lite information i taget (Lowe et al., 2005).

Genom att sjuksköterskor utbildade och gav föräldrarna stöd omedelbart efter diagnos, kunde en del av belastningen minskas (Sullivan-Bolyai, Deatruck, Gruppuso, Tamborlane & Grey, 2002; Seppänen et al., 1999). Föräldrar som fick adekvat och hoppfull inledande information angående barnets sjukdom och omvårdnad stimulerades till intresse och vilja att ställa frågor till läkare och sjuksköterskor (Seppänen et al., 1999). Några föräldrar kände *oro* kring att kämpa i hemmet med till exempel insulingivning och vissa kände oro över att de visste för lite om diabetes (Lowe, Lyne & Gregory, 2004). De flesta föräldrarna förväntade sig att barnet skulle bli inlagd på sjukhus men ville dock undvika sjukhusinläggning. Enligt Lowe et al. (2004) studie möjliggör hembehandling, i stället för sjukhusinläggning, bättre förutsättningar för föräldrar att hantera den *akuta krisen* bättre. Detta i sin tur leder till ett mer aktivt involverade i barnets diabetesskötsel från diagnosdebut.

Insikten hos familjen bryter fram - reaktionsfas

Familjen insåg snabbt efter fastställd diagnos att deras liv aldrig skulle komma att bli som det tidigare varit. De var oroliga för barnets hälsa och kommande problem framöver.

Barnet med diabetes gjorde i början *uppror* mot sin sjukdom, omvårdnaden och gränssättningar som hon kände var påtvingade i hennes liv (Seppänen et al., 1999).

Föräldrar uppgav att de i början kände sig *inkompetenta* i omvårdnaden kring barnet (Sullivan- Bolyai et al., 2002). Några föräldrar upplevde att lite information i taget under flera dagar var *svårt att hantera* och detta medförde en *rädsla* om vad som komma skulle (Lowe et al., 2004). Vissa föräldrar som endast hade lite kunskap om diabetes, kände sig

maktlösa och *beroende* av omvårdnad från vårdpersonal. Föräldrarna ansåg att vårdpersonalen fattade beslut vilka de inte förstod och kunde medverka i. En del föräldrar menade att det hade varit önskvärt med en informationsbroschyr redan vid utredning av diagnosen. Detta hade minskat *rädslan* kring omständigheterna, i väntan på det slutliga beskedet även om det visade sig att deras barn inte hade diabetes (Lowes et al., 2005). Diabetes var en väldigt krävande och stressfull sjukdom, inte bara för barnet utan även för hela familjen, speciellt när barnet insjuknade i diabetes i barndomen (Azar & Solomon, 2001).

Då insjuknandet i diabetes Typ 1 ökar hos barn krävs speciell uppmärksamhet kring de omvårdnadsgärder och stöd som bäst kan möta barns och föräldrars behov (Sullivan-Bolyai et al., 2002). Enligt Seppänen et al. (1999) ville föräldrarna vara inblandade och engagerade i vården kring barnets sjukdom så tidigt som möjligt efter diagnos. På detta sätt blev de *medvetna*, tog ansvar och motiverades att lära sig att klara av vården kring sjukdomen och omsorgen kring barnet (Seppänen et al., 1999). Det var därför viktigt att sjuksköterskor samarbetade med familjen för att förse dem med information, vägledning, uppmuntran angående skötsel av diabetes, särskilt i de första månaderna efter diagnos (Sullivan-Bolyai, Deatrick, Gruppuso, Tamborlane & Grey, 2003). En tillfredsställande information från vårdgivare gav föräldrarna hopp och positiv syn på framtiden, både för dem själv och för barnet (Seppänen et al., 1999).

Collier, Pattison, Watson & Sheard (2001) artikel visade att barnets ålder var av betydelse för föräldrars behov av allmän information. En studie i denna artikel visade att speciellt mammor hade ett tydligt informationsbehov som var relaterat till barnets ålder (Collier et al., 2001). Föräldrarna önskade mer stöd och support i familjer där barnet var under nio år än i familjer där barnet var över nio år (Kyngäs, Hentinen & Barlow, 1998). Då barn var 10- 14 år hade modern det största informationsbehovet runt det som rörde sjukdomen. Barnen höll då på att frigöra sig från föräldrarna och började bland annat ta större ansvar för sin kost och annat omkring sjukdomen. Denna övergångsperiod kom troligtvis att ge nya *oroskänslor* för föräldrarna. Fäder hade på grund av detta ett generellt behov och önskemål om betydligt mer information angående de sociala aspekterna kring barnets diabetes från vårdgivare. Föräldrarna ville även ha information om möjliga *komplikationer* och vad de kunde förvänta sig om sjukdomstillståndet försämrades (Collier et al., 2001).

Syskon till barnet med diabetes blev påverkade av syskonets sjukdom. De fick tyvärr träda tillbaka och gavs mindre uppmärksamhet av föräldrarna (Seppänen et al., 1999). Familjens livsstil kunde kanske komma att ändras, precis som stämningen och relationerna mellan familjemedlemmarna (Kyngäs et al., 1998).

Familjens anpassning i vardagen - bearbetningsfas

Livet med ett barn som insjuknat i diabetes visade sig vara mer *utmanande* för föräldrarna än vad de hade föreställt sig. Föräldrarna kände sig inte bara ledsna över att deras barn insjuknat i en kronisk sjukdom utan även över att denna sjukdom gjorde barnet mycket *beroende* av dem. Föräldrarna kände sig ensamma i sitt ansvar om barnets hälsosituation då de var tvungna att *anpassa sig* till de nya levnadsregler som diabetes innebar. Väl hemma från sjukhuset insåg föräldrarna att det innebar mycket mer än att bara ge injektioner och kontrollera blodsocker (Seppänen et al., 1999). Lowes et al. (2005) studie visade att telefonrådgivning som var tillgänglig dygnet runt var i synnerhet lugnande. Även om det fanns möjlighet att kontakta behandlande sjukhus för socialt stöd visade det sig att föräldrarna sällan gjorde detta. De flesta föräldrar valde istället att *få kunskaper* om barnets diabetes *genom erfarenheter* i den dagliga omvårdnaden kring sjukdomen (Seppänen et al., 1999). Daglig omvårdnad innefattade inte bara en förmåga i praktisk skötsel utan även att *känna igen* tecken på beteendeförändringar i motsats till barnets normala beteendemönster (Sullivan-Bolyai et al., 2003). Föräldrarna fokuserade initialt på de praktiska aspekterna av diabetesskötseln och prioriterade barnens omedelbara behov, vilket krävde tid och resurser (Lowes et al., 2005; Kyngäs et al., 1998). De dagliga rutinerna blev formade utifrån skötseln av sjukdomen (Seppänen et al., 1999). Föräldrar införde en rad strategier för att kunna *hantera* situationen. Några tog ´en dag i taget` och fann tröst i att prata med andra människor som hade *kunskap* om diabetes. En del föräldrar uttryckte betydelsen av att få *rutiner* och några behovet av att planera och ha framförhållning (Lowes et al., 2004). Familjen behövde skaffa sig *erfarenhet* av att hantera barnets diabetes såsom problemlösning, förmåga att tolka och prioritera situationer relaterat till sjukdomen (Sullivan-Bolyai et al., 2003).

Enligt Sullivan-Bolyai et al. (2003) var det mödrarna som tog sig den ledande rollen i konstant vaksamhet över barnet. De flesta mödrar till barn med diabetes valde att inte arbeta då barnet insjuknade i diabetes på grund av att de kände ansvar för barnens

omvårdnad och att det fanns brist på tillfredställande kunskaper inom daglig kommunal barnomsorg. Mödrar uttryckte att det tog tid att lära sig omvårdnaden kring barnet och att de i början var rädda för att gå hemifrån. Mödrar beskrev att de kände sig isolerade, inkompetenta och upplevde sömnbrist, speciellt de första sex månaderna efter diagnos. Mödrar kände också att självförtroendet successivt bröts ner varje gång barnet hade hypoglykemi. Ansvar och omvårdnaden resulterade även i att några mödrar upplevde personliga hälsoproblem som depression, viktökning, viktnedgång eller migrän. En del mödrar blev inlagda på sjukhus. De relaterade dessa problem till *ansvaret* för omvårdnaden kring barnets sjukdom som de upplevde gav dem begränsat stöd och tid till andrum (Sullivan-Bolyai et al., 2002).

I en liknande studie av Kiess et al. (2001) uppgav barnen med diabetes att det var mest mödrarna som hjälpte dem med de dagliga uppgifter som var relaterade till sjukdomen. I studien framkom att faderns roll i omvårdnaden kring barnets diabetes var emotionellt labil och passiv. Fäderna tenderade att ha den roll de hade innan barnet insjuknade och hade ingen betydelsefull och stödjande roll då det gällde de vardagliga rutinerna kring barnets egenvård. Fäderna var inte direkt involverade i omvårdnaden i sjukdomen. De följde sällan med till öppenvården med sina barn även om det visade sig att de var arbetslösa och skulle ha haft tid att följa med. Då fäderna var involverade vid en viss daglig rutin, visade det sig att han automatiskt gjorde uppgiften, istället för att låta barnet lära sig hantera situationen själv. Det visade sig att fäderna hade mindre krav och förväntningar på barnet än vad mammorna hade (Kiess et al., 2001). Många av mödrarna uttryckte dock att det var maken eller sambon som gav ett viktigt *emotionellt stöd*, trots att de arbetade och endast kunde tillbringa begränsat antal timmar i hemmet (Sullivan- Bolyai et al., 2003).

En studie av Hollidge (2001) visade att friska syskon som växte upp med ett syskon med diabetes klagade fyra gånger mer på psykosomatiska symtom än studiens kontrollgrupp. De uttryckte att de hade lägre självkänsla och upplevde ofta nedstämdhet på grund av familjens nya livsstil som var relaterat till sjukdomen. Syskonen kände också osäkerhet och orättvisa i kampen om föräldrarnas uppmärksamhet och ömhet, detta på grund av kraven runt diabetes. Fyrtiotvå procent av barnen i undersökningen kände att det sjuka barnet fick mer uppmärksamhet av föräldrarna (Hollidge, 2001). Mödrar beskrev att deras äldre barn hjälpte till i omvårdnaden av det sjuka syskonets diabetes. Syskonen hade som

vana att uppmärksamma och känna igen smygande tecken på det sjuka syskonets eventuella hypoglykemi. Detta underlättade för modern som ständigt kände att hon måste vara *uppmärksam* på just detta (Sullivan-Bolyai et al., 2003). För att kunna *hantera* den nya situationen var stöd från vårdgivarna viktig. Detta stöd kunde leda till färre familjekonflikter och bättre acceptans av den nya livssituationen (Kyngäs et al., 1998). Modeller borde utvecklas för att på bästa sätt *involvera* fadern, andra familjemedlemmar och vänner i den direkta omvårdnaden kring barnet (Sullivan-Bolyai et al. 2003). Föräldrarna uppgav att de skulle vinna fler fördelar från vårdgivarna och dess rådgivning om det togs hänsyn till familjens livssituation och individuella behov (Seppänen et al., 1999). Vårdgivarna borde *anpassa behovet* av individuell information till familjer och vara lyhörda för deras förmåga att kommunicera (Collier et al., 2001; Sullivan-Bolyai et al., 2002). Sjuksköterskan borde bland annat fråga hur mycket tid föräldrarna ägnade sig åt dagliga rutiner i omvårdnaden kring barnet i ett försök att utveckla riktlinjer för föräldrarnas tidsplanering (Sullivan-Bolyai et al., 2003). Sjuksköterskan kunde spela en väsentlig roll genom att hon kände igen den påfrestning omvårdnaden innebar och göra andra kollegor medvetna om det oerhört stora ansvar som låg på dessa familjer, speciellt mödrarna (Sullivan-Bolyai et al., 2002).

Familjen lär sig leva med diabetes – nyorienteringsfas

Det blev nödvändigt för föräldrarna att *anpassa sig* till ett liv med diabetes (Kyngäs et al., 1998). För en god anpassning krävdes *stödjande resurser* vilka innefattade andra familjemedlemmar, släktingar och vänner, stödgrupper och diabetesteam (Kyngäs et al., 1998; Sullivan- Bolyai et al., 2003). Föräldrarna var i huvudsak de som tog ansvar för socialiseringen under barnets uppväxt (Jutras, Morin, Proulx, Claude Vinay, Roy & Routhier, 2003). Föräldrar som anpassade sig väl till barnets kroniska sjukdom kunde rätta sig efter barnets behandling och omvårdnad och därmed möta barnets utveckling, sina egna och andra familjemedlemmars behov (Kyngäs et al., 1998). En studie visade att barn med diabetes innebar större påfrestningar i motsats till normala utmaningar i samband med barnuppfostran så som inläring, psykiskt-, känslomässigt- och *socialt stöd* för barnet (Sullivan-Bolyai et al., 2003).

Barn har i studier beskrivit sina känslor av att klara av dagliga val, till exempel gällande kost och motion, hantera känslomässiga förändringar och samtidigt uttryckt *familjens*

betydelse i sammanhanget. Barn med diabetes yttrade oftare negativa känslor som ledsamhet och ilska och var mer emotionellt labila i förhållande till friska barn (Penza & Susan, 2000). Familjen var den primära källan när det gällde omvårdnaden av ett kroniskt sjukt barn. Föräldrarna blev ansvariga att klara av skötseln kring de dagliga rutinerna (Kyngäs et al., 1998). Föräldrarna sökte med tiden en *positiv bild* av situationen och försökte finna en ny mening i barnets sjukdom. Som exempel, tyckte föräldrarna att det var positivt att barnet utvecklade sjukdomen före skolålder, de upplevde det då lättare för barnen att lära sig egenvården kring sjukdomen (Seppänen et al., 1999). Föräldrarna ville ha mer detaljerad information om resultaten av de fysiologiska test som gjordes, till exempel HbA1c. De behövde förstå innebörden av testerna för att känna sig bekräftade och på så sätt motivera det barnen och de själva fick gå igenom (Collier et al., 2001). På så sätt hade föräldrarna möjlighet att se på de fysiologiska resultaten som ett tecken på hur bra barnet och familjen klarade av att hantera sjukdomen (Collier et al., 2001; Seppänen et al., 1999; Kiess et al., 2001). Det som även var av betydelse för föräldrarna var barnens framtid, huruvida de som vuxna hanterade en social utveckling och förmåga att bilda familj (Collier et al., 2001).

Generellt uppfattade tonåringarna ett *gott välbefinnande* som innebar tillfredsställelse med livet med måttlig påverkan och relativt låg oro över sin diabetes. De upplevde sina familjer vara förhållandevis varma och omsorgsfulla men att föräldrarna generellt ville ha mer inflytande över deras tillvaro. Detta gjorde att tonåringarna hade minskad känsla av kontroll jämfört med den genomsnittliga tonåringen. De tonåringar som var *nöjda* och tillfredsställda med sina liv och med sin sjukdom hade färre symtom på depression. I de fall diabetessjukdomen påverkade tillvaron sågs skillnader mellan pojkar och flickor. Flickorna oroade sig mer för sin diabetes och kände mer depressionssymtom och tyckte hanteringen och skötseln av diabetes var svår. Även tonåringar vilka uppnått sina HbA1c mål med behandlingen kunde eventuellt se diabetes som en negativ följd i deras liv, kunde bli deprimerade och tycka att diabetes vara svårhanterbart. Diabetesteamet behövde uppmärksamma den tysta icke upproriska tonåringen med välkontrollerad diabetes från en *stödjande* familj lika mycket som de uppmärksammade den upproriska tonåringen med dåligt kontrollerad diabetes (Grey, Boland, Yu, Sullivan-Bolyai & Tamborlane 1998). Successivt började föräldrarna anpassa sig till barnets diabetes och omvårdnad (Seppänen et al., 1999). Med tiden kände de sig säkrare på att förse barnet med den omvårdnad som

behövdes (Sullivan- Bolyai et al., 2002). Familjelivet kunde nästan fortsätta på samma sätt som innan insjuknandet. Föräldrarna återgick till jobbet och barnet till dagis/skola (Seppänen et al., 1999). En del föräldrar kände att hembehandling hade hjälpt dem att se diabetes som ett *hanterbart tillstånd snarare än en sjukdom* (Lowe et al., 2004). I Seppänen et al. (1999) studie hade föräldrarna utvecklat en konkret funktionsmodell för att kunna hantera *dagliga rutiner* och för att ha kontroll på det som krävdes i egenvården av diabetes. *Ansvar*et för omvårdnaden av barnet *var delat* mellan familjemedlemmarna (a.a). Slutligen kände de att de blev skickliga i den dagliga omvårdnaden och byggde successivt upp självförtroendet och kunde koppla av (Sullivan- Bolyai et al., 2003).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den datorbaserade sökningen gjordes i Cinahl, Medline, PsykInfo, PubMed samt i ELIN. Genom att använda flera databaser och på så sätt bredda sökningen, erhöles ett stort utfall av artiklar. Vid sökningarna förekom samma artiklar i flera av databaserna. Detta kan visa på en grundlighet i litteratursökningen. En manuell sökning gjordes för att minska risken att förbise användbara artiklar. Den manuella sökningen genomfördes genom att leta efter relevanta artiklar i vetenskapliga tidskrifter. Återkommande författarnamn inom området söktes vidare i databaser och referenslistor. Enligt Backman (1998) kan manuell sökning i en tidskrift referenslista vara en värdefull källa för sökning (a.a). De lästa abstracten kunde snabbt påvisa vilka artiklar som var användbara. De artiklar vars abstract svarade mot litteraturstudiens syfte valdes ut. Svagheten med detta tillvägagångssätt kan vara att relevanta artiklar inte kommit fram vid sökning.

Under litteratursökningen användes sökord som skulle finnas i artiklarnas abstract. Dessa sökord justerades efterhand som litteratursökningen pågick. Vid datorbaserad sökning kan ett flertal sökord vara till fördel för att begränsa antalet artiklar det träffar på. Nackdelen kan vara att artiklar som kunde ha haft betydelse för litteraturstudien kan ha förbisetts. Sökningens begränsning till åren 1998-2006 gjorde att materialet var aktuellt, men kan också ha lett till att äldre och intressanta studier har förlorats.

Författarna fann artiklar som täcker olika delar av familjen. Jutras et al. (2003) beskrev bland annat mödrars situation, Kiess et al. (2001) belyste faderns situation och Hollidge

(2001) som beskrev syskonets situation. Författarna har haft glädje av att använda artikeln av Seppänen et al. (1999), trots att forskningen endast gjordes på två familjer. Positivt var att Seppänen et al. (1999) inte bara gjorde intervjuer utan även observationer som beskriver familjens situation på ett djupare plan i motsats till de andra forskarna som endast baserade sitt material på frågeformulär och intervjuer.

Både kvalitativa och kvantitativa artiklar har använts i studien. Kvalitativa studier strävar efter att beskriva människors upplevelser, där finns en närhet mellan informant och forskare. Då studieobjektet får möjlighet att tala fritt med egna ord blir resultatet smalare och förståelsen blir djupare. Kvantitativa studier syftar däremot till att undersöka större folkgrupper för att kunna generalisera sina resultat. Forskaren håller en viss distans till undersökningsobjektet och ger en bredare men samtidigt ytlig förståelse (Olsson & Sörensen, 2001). Genom att använda såväl kvalitativa och kvantitativa artiklar i litteraturstudien blir ämnesområdet belyst utifrån olika synsätt och värderingar.

Av de 13 artiklar som ingår i studiens resultat var fem av artiklar från England, två från Finland, två från Canada, två från USA och en från Tyskland. Författarna har inte kunskap om hur sjukvården är utformad i de olika länderna men studierna har fokuserats på familjers situation då barn insjuknar i diabetes. Det kan vara en nackdel att inga svenska studier hittats då resultatet kunnat appliceras inom svensk diabetesomvårdnad. Det kan dock vara en fördel att åtta av artiklarnas undersökningar var genomförda i ett europeiskt land då deras levnadsförhållanden kan liknas de i Sverige.

Enligt den kvalitetsgranskning som författarna gjorde bedömdes fyra av de 13 artiklarna ha en hög vetenskaplig kvalitetsgrad, fem en medelhög vetenskaplig kvalitetsgrad och fyra en låg vetenskaplig kvalitetsgrad. Det höga antalet av artiklar med hög samt medelhög kvalitetsgrad ses som en styrka i denna litteraturstudie. Författarna valde bort två frågor från vardera bedömningsmall då dessa inte ansågs ha någon avgörande betydelse för slutresultatet.

Eftersom författarna var tre stycken som gjorde litteraturstudien ökar denna studies trovärdighet. Enligt Kvale (1997) kan kontrollen av godtycklighet och ensidig subjektiv

bedömning öka om det är flera som läser ett material. Risken för tolkningsfel och översättningsfel minimerades eftersom trovärdigheten kan öka om det är mer än en person som läser och bearbetar materialet (a.a).

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa familjens situation då barnet insjuknar i diabetes Typ 1. I resultatet framkom att barn med diabetes ofta yttrade negativa känslor som ledsamhet och ilska och var mer emotionellt labila i förhållande till friska barn (Penza & Susan, 2000). Barn har i studier beskrivit sina känslor kring att hantera de val som sjukdomen kräver. Dessa val upplevde barnen/ungdomarna som påtvingade i deras liv och hindrade dem i vardagen. Barnen/ungdomarna har också uttryckt familjens betydelse för att på bästa sätt leva med diabetes (Seppänen et al., 1999; Penza & Susan, 2000).

Richardson et al. (2001) menar att livsstilen måste ändras och detta kännetecknas ofta av förlust av kontroll, vilket kan leda till en akut kris (Hanås, 2004). Författarna anser att det är viktigt att betona att barnet är samma person som före sjukdomsdebuten. Om behandlingskraven blir allt för stora kan barnet protestera mot de restriktioner som behandlingen innebär. Genom lek kan barnet bearbeta sina känslor och upplevelser av sprutor och stick. Denna lek tränar barnet att ta aktiv del i och förstå diabetesbehandlingen. Bland annat Månsson & Enskär (2000) anser att detta ger barnet en trygg grund inför puberteten. Enligt Hwang & Nilsson (1995) som beskriver Ericssons psykosociala teori, menar Ericsson att människan utvecklas genom hela livet. Under puberteten och framåt, det vill säga tonårstiden, kommer det som Eriksson kallar identitet – identitetsförvirring. Uppmärksamhet kretsar ofta kring frågor om vem man är och vem man skulle kunna vara. Sexuell identitet, yrkesidentitet och personlig identitet är viktiga i detta skede. Individens gång in i vuxenvärlden och en positivt upplevd tonårsperiod innebär att integrera tidigare positiva erfarenheter till en stabil helhetsbild. Denna helhetsbild ska i stort sätt utgöra grunden för hela den vuxna identiteten. En negativ upplevd tonårsperiod medför en splittrad och konturlös identitet som kan resultera i revolt, överdriven anpassning eller till och med att konflikten vänds inåt och kan uttrycka sig i en depression (Hwang & Nilsson, 1995). Författarna menar att för ett barn med diabetes är det fortfarande angeläget att bli bekräftad. Barnet behöver känna sig betydelsefullt och att familjen bryr sig om barnet trots alla svårigheter. Som omgivning är det viktigt att vara medveten om att det kan kännas svårt för barnet under puberteten och inse att barnets egna krav ofta är tillräckliga. Det är angeläget att förstå barnets psykologiska utveckling, barnets relation till kamrater och

föräldrar, hur den normala frigörelsen äger rum och hur diabetes på olika sätt kan störa denna. Det är viktigt att barnen får unna sig något och att hela livet inte upplevs som ett stort nej. Den som har diabetes ska inte behöva känna sig påpassad eller som en patient i familjen. De personer som ofta finns i barnets omgivning måste ha kunskap om diabetes för att kunna hjälpa och förstå, ju mer de vet desto mer nytta har familjen av sina vänner. Det är betydelsefullt att hela tiden förklara vad som görs och varför.

I resultatet framkom att syskon till barnet med diabetes blev påverkade av syskonets sjukdom. De fick tyvärr träda tillbaka och gavs mindre uppmärksamhet av föräldrarna (Seppänen et al., 1999). Syskon kommer lätt i skymundan när föräldrarnas hela engagemang riktas mot barnet med diabetes (Månsson & Enskär, 2000). Då barn söker uppmärksamhet från föräldrarna kan det skapa oro mellan syskonen (Barczi, 2004). Syskon kan även ha svårt att förstå vad barnet med diabetes går igenom samt ha skuld känslor och tro att det är deras fel att syskonet blivit sjukt (Månsson & Enskär, 2000). ”Jag hade stått bredvid och tittat på när min syster fick sina utbrott. Jag hade sett hennes tårar och vetat att hon bara ville ge upp. Men jag var evigheter ifrån hennes känslor. Trots mina ansträngningar att förstå, förblev diabetes den föraktade främling som lade beslag på min lillasysters kropp” (Barczi, 2004 s. 38). Vidare i resultatet beskrev mödrar att deras äldre barn hjälpte till i omvårdnaden av det sjuka syskonets diabetes (Sullivan-Bolyai et al., 2003). Författarna anser att syskon inte bör belastas med allt för stort ansvar för sin bror eller syster med diabetes. Det kan vara en god idé att låta syskonet följa med på sjukhuset och vara delaktiga i behandlingen. Det är viktigt att ibland låta det friska syskonet ensamt rå om sina föräldrar.

Resultatet visade att det i huvudsak är modern som tar på sig det yttersta ansvaret kring den dagliga skötseln av barnets diabetes samt ansvaret för barnets förmåga till egenvård. Detta styrks av bland annat Sullivan- Bolyai et al. (2003) & Jutras et al. (2003). Ju yngre barnet är, desto mer dramatiskt är insjuknandet. Små barn visar redan efter några dagar allvarliga symtom men ju äldre barnet är desto mer smygande blir också symtomen (Månsson & Enskär, 2000). Enligt Örtengren (2003) kan ha Mahlers teori ha betydelse vid ett kroniskt insjuknande. Teoretikern menar och författarna tror att det är av betydelse att den viktigaste personen för spädbarnet är modern, hos henne får barnet trygghet, tröst och mat. Mahler menar vidare att barnet de första fem månaderna lever i symbios med modern och

de kan vid ett kroniskt insjuknande senare i livet regrediera till något som kan liknas vid en symbios. För barnet blir fadern viktig först senare (Örtengren, 2003). När ett barn får en kronisk sjukdom sätts föräldrarna på prov. Män och kvinnor hanterar sina känslor på olika sätt i en krissituation (Lindberg, 2003). En sedan tidigare stark sammanhållning kan förstärkas av diabetesjukdomen. Om det saknas en stark sammanhållning inom familjen finns det risk att en förälder, vanligtvis modern, tar på sig ansvaret. Detta ansvar kan då bli tungt vilket i sin tur kan leda till att föräldrarna glider isär. Trots att det idag har lagts ner mycket resurser i Sverige på att fånga upp och ge hela familjen en god vård och omvårdnad kvarstår fortfarande problematiken att det är modern som får ta den stora bördan och därmed riskera hälsan (Agardh et al., 2002). Författarna menar därför att föräldrar behöver uppmuntran, beröm och positiv förstärkning redan i det akuta skedet av insjuknandet. På så sätt lägger man en god grund i det fortsatta omvårdnadsarbetet.

Forskarnas resultat i de olika studierna har olika uppfattningar om vilken roll fadern har i omvårdnaden kring barnets diabetes. Kiess et al. (2001) menar att faderns roll i omvårdnaden kring barnets diabetes var emotionellt labil och passiv. Sullivan- Bolyai et al. (2003) kom dock fram till i sin studie att fadern spelade en viktig roll i att förse mamman med emotionellt stöd. Hanås (2004) menar att det är svårt att generalisera utifrån enstaka undersökningar vilken betydelse faderns roll har i familjen. För att klara av de nya situationer som uppkommer i och med att ett barn får diabetes fodras en viss flexibilitet i familjen (Agardh et al., 2002). Det är dock klart att det fungerar bäst i de familjer där båda föräldrarna är engagerade i barnet och dennes diabetes (Hanås, 2004). Författarna anser precis som Sullivan- Bolyai et al. (2003), att det måste utvecklas modeller för att fånga upp och utnyttja även faderns möjligheter och tillgångar på ett bättre sätt om dessa anses sig saknas i familjen. På så sätt tror författarna att föräldrarna har bättre möjligheter att uthärda sjukdomens påfrestningar och deras relation kan fördjupas och leda till fördel för familjen. Endast Lowes et. al. (2004) belyser hembehandlingens möjligheter och menar att det ger bättre förutsättningar för föräldrar att hantera den *akuta krisen*. Detta i sin tur leder till ett mer aktivt involverande i barnets diabetesskötsel från diagnosdebut (a.a). Lowes et. al (2004) menar vidare att tidig utskrivning till en träningslägenhet kan ge framsteg för information och omvårdnad gällande behandlingen. Föräldrarna lärde sig från diagnos att hantera situationer som uppstod i vardagslivets struktur (Lowes et al., 2004). Detta kan ses som att forskarna försöker utmana omvårdnadsperspektivet kring familjens situation vilket

författarna ser som en konstruktiv process. Denna utmaning gör att familjen bättre hanterar och fokuserar sin situation och lättare kan anpassa sig i sin nya vardag. Författarna har inte funnit mer om hembehandlingar i andra artiklar. Resultat av vidare forskning skulle vara intressant att följa då Lowes påstår att längden av sjukhusvistelsen kan reduceras utan negativa effekter på metaboliska och psykosociala utfall. I Sverige är familjen inte inneliggande under hela tre veckor som sägs i Lowes et al. (2004) artikel utan börjar med permissioner så fort barnet mår kliniskt bra. Till att börja med endast någon timme för att sedan utökas successivt. Kanske är tidig hembehandling en idé även i Nordiska länder för att bättre tillfredsställa familjens behov.

Slutsats

I litteraturstudiens resultat framkommer att det var svårt för hela familjen då ett litet barn insjuknar i en kronisk sjukdom. Sammanfattningsvis ser författarna fortfarande ett behov av fortsatt forskning i Sverige för att till exempel underlätta moderns roll, hur psykosocial information och stöd ska ges till fadern. Sjuksköterskan har en viktig roll för familjen då barnet insjuknar i diabetes Typ 1. Hon ska ha pedagogisk kompetens och på ett professionellt sätt kunna fånga upp, förutse och vara lyhörd för hela familjens behov. Denna förmåga ska leda till goda omvårdnadsåtgärder och leda till välbefinnande för hela familjen. Förutsättningen för ett långsiktigt gott resultat i omvårdnaden är empati och respekt för patienten. Genom att ha en kontinuitet och tillgänglighet i omvårdnaden finns det möjlighet att utveckla en trygghet.

REFERENSLISTA

Agardh, C-D., Berne, C., & Östman, J. (2002). *Diabetes*. Stockholm: Författarna och Liber AB

Almås, H. (2002). *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber

Azar, R C., & Solomon, R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes mellitus. *Journal of pediatric nursing*, Vol 16, No 6, 418-428

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur: Lund

Barczi, J. (2004). En storasysters bekännelser, *Diabetes*, nr 4

Berne, C & Fritz T. (2005). *Läkemedelsboken 2005/2006*. Apoteket AB

Bohlin, A. (2005). Allt om kolhydrater. 2005-12-05

<http://www.aftonbladet.se/vss/halsa/story/0,2789,741622,00.html>, den 9 maj 2006

Carlsson., S & Eiman., M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad* (Rapport och samhälle). Malmö Högskola

Collier, J., Pattison, H., Watson, A., & Sheard, C. (2001). Parental information needs in chronic renal failure and diabetes mellitus. *European Journal of Pediatrics* 160: 31-36

Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Falkenberg: Sättning Ytterlids

Ericson, E., & Ericson T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur AB

FN:s konvention om barnets rättigheter. 2003-06-01.

<http://www.bo.se/adfinity.aspx?pageid=44#1>, den 18 maj 2006

Grey, M., Boland, E., Yu, C., Sullivan-Bolyai., S., & Tamborlane., W. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, Vol 21, No 6, 909-914

- Gåfvells, C., & Lorenz, K. (1999). *Diagnos diabetes och alla känslor inombords*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB
- Hanås, R. (2004). *Typ 1 diabetes hos barn, ungdomar och unga vuxna*. Lund: Studentlitteratur AB
- Henriksen, J-E., Hother Nielsen, O., & Beck-Nielsen, H. (2001). Typ 1-diabetes. 2001-01-10, <http://netdoktor.passagen.se/default.ns?lngItemID=3363>, den 26 januari 2006
- Hollidge, C. (2001). Psychological adjustment of siblings to a child with diabetes. *Health & Social work, Vol 26, No 1, 15-25*
- Hwang, P., Nilsson, B. (1995). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur
- Jutras, S., Morin, P., Proulx, R., Claude Vinay, M., Roy, E., & Routhier L. (2003). Conception of Wellness in Families with a Diabetic Child. *Journal of Health Psychology, Vol 8, 573-586*
- Kiess, W., Galler, A., Schmidt, A., Nietzschmann, U., Neu, A., Raile, K., & Kapellen, T. (2001). Fathers of children with Diabetes Mellitus and their role in coping strategies in the family. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, Vol 14, 639-643*
- Kirkevold, M., & Strömsnes Ekern, K. (red) (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber AB
- Klasén McGrath, M. (2005). Diabetes hos barn (Typ 1-diabetes). 2005-04-11, <http://www.varldguiden.se/Article.asp?ArticleID=3162>, den 16 januari 2006
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Kyngäs, H., Hentinen, M., & H. Barlow, J. (1998). Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care? *Journal of Advanced Nursing, 27, 760-769*

Lindberg, A-S. (2003). Olika reaktioner. *Diabetes*. nr 6 2003

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

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

Lundh, B., & Malmqvist, J. (2001). *Medicinska ord – Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur

McDougal, J. (2002). Promoting Normalization in Families With Preschool Children With Type 1 Diabetes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Vol 7, No 3

Månsson M E:son., & Enskär K. (2000). *Pediatrik vård och specifik omvårdnad*. Lund. Studentlitteratur AB

Olsson, G. (2004). Vad är HbA1c? 2004-04-02,
<http://www.alltomdiabetes.se/view.asp?ID=1238>, den 9 maj 2006

Olsson, H., & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Falköping: Liber AB

Penza, C., & Susan, M. (2000). Patterns of emotion regulation coping in children with asthma and diabetes. *Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering*, Vol 60(11-B)

Polit, D F., Beck, C T & Hungler B T. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and Utilization*. Philadelphia: Lippincott

Richardson, A., Adner, N., & Nordström G. (2001). Persons with insulindependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of advanced nursing*, Vol 33(6), 758-763

SBU, (1996). Vetenskap & Praxis- Frågor och svar om vetenskaplig kvalitet.

<http://www.sbu.se/www/index.asp>, den 2 juni 2006

Schmidt, S., Petersen, C & Bullinger, M. (2003). Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents – a conceptual framework and its implications for participation. *Child: Care, Health and Development*. Vol 29, 63-75

Seppänen, S., Kyngas, H., & Nikkonen, M. (1999). Coping and social support of parents with a diabetic child. *Nursing and Health Sciences*. Vol 1, 63-70

Sullivan-Bolyai, S., Deatrck, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., & Grey, M. (2002). Mothers' experiences raising young children with type 1 diabetes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, Vol 7(3), 93-103

Sullivan-Bolyai, S., Deatrck, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., & Grey, M. (2003). Constant vigilance: Mother's work parenting young children with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 18, No 1, 21-29

Thompson, S., Auslander, W., & White, N. (2001). Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health Social Work*, 26(1), 7-14

Wake, M., Hesketh, K., & Cameront, F. (2000). The child health questionnaire in children with diabetis: cross-sectional survey of parent and adolescent-reported functional health status. *Diabetic Medicine*, 17, 700-707

Örtengren, L. (2003) Välkomna barnets vilja.

<http://www.levandeliv.se/dokument/uppsats2004.pdf> , den 13 maj 2006

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda artiklar
2006-01-16	ELIN	childhood, diabetes	1998-2006, fulltext, abstract, enkel sökning	343	0
2006-01-16	ELIN	childhood, diabetes, family	1998-2006, fulltext, abstract, enkel sökning	37	2
2006-01-16	ELIN	diabetes, adaptation	1998-2006, fulltext, abstract, enkel sökning	1	0
2006-01-16	ELIN	diabetes, social support	1998-2006, fulltext, Alla fält, enkel sökning	64	2
2006-01-16	ELIN	diabetes, child,	1998-2006, fulltext, Alla fält, enkel sökning	370	0
2006-01-16	ELIN	diabetes, child, family	1998-2006, fulltext, Alla fält, enkel sökning	70	5
2006-01-19	ELIN	childhood diabetes, parents	1998-2006, fulltext, Alla fält, enkel sökning	14	1
2006-01-19	Pubmed central	diabetes, cope	All child 0-18 år, only itheims in ab stract, english, humans	49	1
2006-01-19	Cinal, Medline	diabetes and cop*	advanced search, 1998-2006, abstract	4442	0
2006-01-19	Cinal, Medline	childhood and diabetes and cop*	advanced search, 1998-2006, abstract	149	1
2006-01-19	Psykinfo	diabetes and management and childhood	Advanced search, 1998-2006 human, English, Journal Articles Only, abstract	66	1
2006-01-19	Psykinfo	diabetes and wellness and childhood	Advanced search, 1998-2006 human, English, Journal Articles Only, abstract	1	1
2006-01-19	Psykinfo	diabetes and siblings	Advanced search, 1998-2006 human, English, Journal Articles Only, abstract	12	0
2006-01-19	Pubmed	diab* and cop	Child: 0-18 years, Publication Date from 1998 to 2006, only items with abstracts, English, Humans, Nursing journals	11	0
2006-01-19	Pubmed	diab* mother*	Child: 0-18 years, Publication Date from 1998	29	1

			to 2006, only items with abstracts, English, Humans, Nursing journals		
2006-01-19	Pubmed	diab* father*	Child: 0-18 years, Publication Date from 1998 to 2006, only items with abstracts, English, Humans, Nursing journals	485	0

Artikelöversikt

1	<p>Titel: Parental information needs in cronic renal failure and diabetes mellitus.</p> <p>Författare: Collier, J., Pattison, H., Watson, A., & Sheard, C.</p> <p>Källa: European Jounal of Pediatrics (2001); 160: 31-36.</p> <p>Land: England</p>	<p>Syftet: Undersöka informationens betydelse till familjer där barn har njursjukdom eller diabetes.</p>	<p>Urval: N= 43 föräldrar till 26 barn med njursjukdom och 41 föräldrar till 23 barn med diabetes.</p> <p>Metod: En studie som gjordes under 2 år, med frågeformulär som skickades ut 7 gånger med 4 månaders intervaller, till vardera mammor och pappor.</p>	<p>Resultat: Det framkom att föräldrar till barn med njursjukdom har liknade informationsbehov som föräldrar till barn med diabetes, trots större beroende av sjukhusvård och behandling och ökad risk för dödlighet.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 2</p>
2	<p>Titel: Psychological Adjustment of Siblings to a Child with Diabetes.</p> <p>Författare: Hollidge, C.</p> <p>Källa: Healht & Social work. (2001); Vol 26. No 1. 15-25.</p> <p>Land: Canada</p>	<p>Syftet: Undersöka psykologiska erfarenheter av friska barn boende i samma hushåll som syskon med diabetes.</p>	<p>Urval: N= 28 friska syskon ingick under följande kriterier:</p> <p>Att barnet hade Typ 1 diabetes och hade haft diagnosen minst 3 månader, att barnet med diabetes var fri från andra kroniska sjukdomar eller handikapp, att det var ett friskt syskon i åldern mellan 8-12 år i samma hushåll, att barnet med diabetes var insulinberoende och att det friska syskonet var närmast i ålder med barnet som hade diabetes.</p> <p>Metod: Standardiserade test och halvstrukturerade intervjuer användes.</p>	<p>Resultat: De friska syskonen visade betydelsefulla psykologiska belastningar såsom högre risk för depression, oro och somatiska sjukdomar. De behöll dock en hög anpassningsförmåga.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 3</p>
3	<p>Titel: Coping and social support of parents with a diabetic child.</p> <p>Författare: Seppänen, S., Kyngäs, H., & Nikkonen, M.</p> <p>Källa: Nursing and Health sciences. (1999); Vol 1, 63-70.</p>	<p>Syftet: Undersöka och beskriva och förstå hur föräldrar hanterar sin situation då barn får diabetes.</p>	<p>Urval: N= Föräldrar till 2 flickor vars diabetes var diagnostiserad i tidig barndom var underlaget för studien.</p> <p>Metod: Datamaterialet samlades in genom intervjuer och observationer av föräldrarna över 4 separata perioder.</p>	<p>Resultat: Sex olika faser av föräldrahanteringen var identifierade. Tvivel/misstro, brist på information./skuld, lära sig omvårdnaden, normalisering, osäkerhet och omorganisation.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 1</p>

	Land: Finland				
4	<p>Titel Newly diagnosed childhood diabetes: a psychosocial transition for parents?</p> <p>Författare Lowe, L., Gregory, J., & Lyne P.</p> <p>Källa Journal of Advanced Nursing, (2005); 50(3), 253-261.</p> <p>Land: England</p>	<p>Syftet: Undersöka föräldrars upplevelser av att ha ett barn med diabetes och deras anpassning och bearbetning det första året.</p>	<p>Urval: N= 38 föräldrar till 20 barn som var nydiagnostiserade deltog i en serie av tre intervjuer: inom 10 dagar från diagnos och fyra och tolv månader efter diagnos. 11 pojkar och nio flickor i åldrarna 2-15 år deltog. Medelåldern var nio år.</p> <p>Metod: 40 inspelade bandintervjuer blev gjorda med 38 föräldrar av 20 ny-diagnostiserade barn. Intervjuerna varade 30-90 minuter. Materialet från intervjuerna blev därefter granskat genom analys och tydning av texten.</p>	<p>Resultat: Innan diagnos ställdes, associerade de flesta föräldrarna deras barns symtom med normala barndomssjukdomar. Diabetes påverkade familjen känslomässigt och praktiskt taget hela deras liv förändrades. Föräldrarna fick successivt anpassa och bearbeta deras nya liv. Diagnosen diabetes leder till en psykosocial övergångsperiod för föräldrarna.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 1</p>
5	<p>Titel: Constant Vigilance: Mother's Work Parenting Young Children With Type 1 Diabetes.</p> <p>Författare: Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., & Grey, M.</p> <p>Källa: Journal of Pediatric Nursing, (2003); Vol 18, No 1, 21-29.</p> <p>Land: USA</p>	<p>Syftet: Undersöka och beskriva mammors dagliga erfarenheter gällande ta hand om av barn under fyra år med Typ 1 diabetes.</p>	<p>Urval: N= 28 mammor ingick i studien då de hade ett barn som var fyra år eller yngre med Typ 1 diabetes.</p> <p>Metod: Intervjuer gjordes i hemmet och varade mellan 1,5- 3 timmar och spelades in på band.</p>	<p>Resultatet: Belyser att det är viktigt att identifiera familje- och/eller kommunala resurser som kan förse mammor med stöd som kan reducera del av stressen och bördan av ansvaret som upplevs efter diagnos fastställts.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 2</p>
6	<p>Titel: Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes.</p> <p>Författare: Grey, M., Boland, E., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W.</p>	<p>Syftet: Utvärdera vilka faktorer som påverkar livskvalitet i tonåren med att ha diabetes.</p>	<p>Urval: N= 52 tonåringar ingick i studien, 27 killar och 25 tjejer i åldrarna 13-20 år. De som ingick i studien uppfyllde kriterierna vilka bland annat var; Skulle ha åldern mellan 12-20 år. Inte ha andra hälsoproblem, hade använt insulin i mer än ett år, hade ett HbA1C mellan</p>	<p>Resultat: Tonåringar som hade diabetes hade en riskfaktor för att få psykologisk förvirring och orolighet i tonåren, men majoriteten av tonåringarna mår bra. Speciellt tjejer var mer benägna att bli deprimerade för sin diabetes. De oroade sig mer än killar, vilket ledde till att de inte skötte sin diabetes och fick lägre självkänsla</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 2</p>

	<p>Källa: Diabetes Care, (1998); Vol 21, number 6, 909-914.</p> <p>Land: England</p>		<p>7.0-14 %.</p> <p>Metod: Självberättelse/självredogörelse från 52 tonåringar. Studien utgick från olika skalor/modeller som visade påverkan av livskvalitet och välbefinnande. Diabetes Quality of Life for Youths, Children's Depression Inventory, Issues in Coping with Diabetes, Diabetes Family Behavior Scale för att nämna några namn på skalorna som användes.</p>	<p>och sämre metaboliskt värde. Föräldrarnas inblandning och stöd betydde mycket för tonåringarna med diabetes, vilket ledde till bättre livskvalitet.</p>	
7	<p>Titel: Childhood diabetes: Parents' experience of home management and the first year following diagnosis.</p> <p>Författare: Lowes L, Lyne P, Gregory J W.</p> <p>Källa: Diabetic Medicine, (2004); Vol 21, 531-538</p> <p>Land: England</p>	<p>Syftet: Att undersöka föräldrars erfarenheter med att få ett barn diagnostiserat med Typ 1 diabetes, hembehandling och deras första år efter diagnos.</p>	<p>Urval: Föräldrar till barn med nydiagnostiserad diabetes vilka mådde kliniskt bra. Tre intervjuer hölls. Första inom 10 dagar efter diagnos nästa efter 4 mån och en tredje efter 12 mån.</p> <p>Metod: En kvalitativ studie baserad på 40 djupgående intervjuer med föräldrar till 20 barn med nydiagnostiserad Typ 1 diabetes med hembehandling från diagnos i södra Wales.</p>	<p>Resultat: Vissa föräldrar kände i initialskedet oro för hembehandling. Efteråt var alla föräldrar tacksamma att deras barn inte hade blivit hospitaliserade. Hembehandling möjliggjorde för föräldrar att integrera diabetesomvårdnaden in i familjens dagliga livsstil från diagnos, dvs. de kunde anpassa sitt nya liv efter diabetesbehandlingen direkt i hemmet.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 1</p>
8	<p>Titel: Fathers of children with Diabetes Mellitus and their role in coping strategies in the family.</p> <p>Författare: Kiess, W., Galler, A., Schmidt, A., Nietzsche, U., Neu, A., Raile, K., & Kapellen, T.</p> <p>Källa: Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism.</p>	<p>Syftet: Studie undersöker pappans deltagande och roll i familjen då ett barn insjuknar i diabetes.</p>	<p>Urval: N= 182 barn och ungdomar med Typ 1 diabetes. Medelåldern av dessa var 12,9 år.</p> <p>Metod: Strukturerade frågeformulär utfördes på 57 av de 182 barnen. Liknande frågor ställdes i andra frågeformulär till de 182 familjerna med barn med typ 1 diabetes.</p>	<p>Resultat: Det framkom att pappans inblandning relativt passiv och emotionellt labil. Det finns ett brådskande behov av utbildningsprogram för denna målgrupp. På sätt skulle föräldrarnas gemensamma tillgång gällande hantering och stöd förvaltas.</p>	<p>Kvalitetsbedömning grad: 3</p>

	(2001); Vol 14, 639-643. Land: Tyskland				
9	Titel: Mothers' experiences raising young children with type 1 diabetes Författare: Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W., & Grey, M. Källa: . Journal for Specialists in Pediatric Nursing, (2002); Vol 7(3), 93-103. Land: England	Syftet: Studien gjordes för att undersöka daglig erfarenhet då mammor som tar hand om barn, 4 år eller yngre med Typ 1 diabetes.	Urval: N= 50 mammor till barn där hälften av barnen hade Typ 1 diabetes och den andra hälften var friska. Metod: Observationer och jämförelser gjordes av mammornas erfarenheter av att uppfostra barn med Typ 1 diabetes och de som inte har diabetes.	Resultat: Mammor till barn med diabetes är skickliga på att avläsa sina barnens reaktionstecken i olika beteende. Mammors bekymran innefattade rädsla för hypoglykemi och anfall, tillgång till öppenvård och daghemmets förmåga att ta hand om barnets sjukdomstillstånd. Svaren visades sig vara betydligt olika i förhållande till kontrollgruppens.	Kvalitetsbedömning grad: 2
10	Titel: Coping strategies of parents facing child diabetes mellitus Författare: Azar, R C. & Solomon, R Källa: Journal of pediatric nursing, (2001); Vol 16, No 6 Land: USA	Syftet: Undersöka om mamman och pappans copingstrategier skiljer sig åt vid vård av barn med diabetes. Och fastställa huruvida barnets kön inverkar på typen av strategier som används av mammor och pappor.	Urval: N= 30 par vilka motsvarade kriterierna, familj bestående av både mamma och pappa, barn med diabetes mellan 8-11 år vilken skulle vara diagnostiserad minst två år före studiens genomförande. Metod: Brev skickades till föräldrar vars barn har diabetes efter godkännande av forskningsnämnd. Anslag delades ut vid aktiviteter vilka ordnats av diabetesförening. Annons i tidning med information och telefonnummer. De föräldrar som anmälde intresse att delta, fick tid för intervju vid vilken båda föräldrar deltog i och data samlades in. Efter intervjuerna erbjöds föräldrar debriefing.	Resultat: Det framkom att mammor och pappor använd alla typer av copingstrategier t ex konfrontation, distansering i olika grad. Man fann bl a. att pappan använde distansering signifikant oftare än mödrar.	Kvalitetsbedömning grad: 3
11	Titel: Patterns of emotion	Syftet: Studien gjordes för	Urval: N= 20 barn med astma, 20	Resultat: Resultat antydde att barn med	Kvalitetsbe

	<p>regulation coping in children with asthma and diabetes</p> <p>Författare: Penza, C., & Susan, M</p> <p>Källa: . Dissertation Abstracts International: Section-B: The Sciences and Engineering, (2000); Vol 60(11-B), 5786.</p> <p>Land: England</p>	<p>att undersöka mönster eller modeller för att kunna hantera sig känslor.</p>	<p>barn med diabetes och 20 barn utan en kronisk sjukdom och deras mammor. Lika många flickor som pojkar deltog. Åldersspridningen var från 6 år och 10 månader till 14 och tre månader. Medelåldern var 10 år och tre månader.</p> <p>Metod: Barnen tilldelades frågeformulär angående känslouppskattning; val, uppförande, sätt att hantera och familjemiljön betydelse. Mamman tilldelades frågeformulär angående deras egna och barnets känslouttryck, psykopatologi och familjemiljön.</p>	<p>astma och barn med diabetes hade mer undertryckte negativa känslor tex. ledsamhet och ilska i högre grad än friska barn. Både de astmatiska och banen med diabetes angav en försämrad förmåga att styra sina känslor än friska barn. Mammorna till barn med astma angav minskat känslouttryck än mammor till barn med diabetes och friska barn.</p>	<p>dömning grad: 3</p>
12	<p>Titel: Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care?</p> <p>Författare: Kyngäs, H., Hentinen, M., & H. Barlow, J.</p> <p>Källa: Journal of Advanced Nursing. (1998); 27, 760-769</p> <p>Land: Finland</p>	<p>Syftet: Undersöka hur ungdomar med diabetes uppfattar uppträdandet/agerandet fysisk från sjuksköterskor, föräldrar och kompisar i relation vid tillmötesgående gällande egen-vården.</p>	<p>Urval: N= 51 ungdomar med diabetes i åldern 13-17 år deltog.</p> <p>Metod: Ungdomarna fyllde i frågeformulär samt intervjuer som handlade om ämnet tillmötesgående.</p>	<p>Resultat: Det framkom att bra tillmötesgående handlade om inblandning och acceptering från föräldrarna. Vännerna hade också stor betydelse, de skulle vara delaktiga. Den fysiska agerandet som rutiner, disciplin och kontroll från föräldrarna där ungdomarna ej fick vara delaktiga ledde till konflikter.</p>	<p>Kvalitetsbe dömning grad: 1</p>
13	<p>Titel: Conception of Wellness in Families with a Diabetic Child.</p> <p>Författare: Jutras, S., Morin, P., Proulx, R., Claude Vinay, M., Roy, E., & Routhier L.</p> <p>Källa: Journal of Health Psychology.</p>	<p>Syftet: Undersöka familjens känsla av välbefinnande när ett barn har diabetes.</p>	<p>Urval: N= 55 familjer med barn med som har diabetes, deras syskon (8-17 år) och mammor.</p> <p>Metod: Individuella intervjuer som byggde på olika definitioner av välbefinnande som sedan analyserades utifrån olika beskrivningar, kategorier och kvantifikation.</p>	<p>Resultat: Mammans uppfattning av välbefinnande reflekterade över deras roll i omvårdnaden och uppfostran av barnen. Barnen poängterade sina egna prestationer i skolan och frånvaro av andra hälsoproblem. Syskonen fokuserade på harmoniska relationer.</p>	<p>Kvalitetsbe dömning grad: 2</p>

	(2003); Vol 8, 573-586. Land: Canada				
--	--	--	--	--	--

Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Bilaga III

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas /Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 42 p)	p	p	p	p
P:				
%:				
Grad:				Grad I: 80 % Grad II: 70 % Grad III: 60 %
Titel:				
Författare:				

Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod

Bilaga IV

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas /Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 44 p)	p	p	p	p
P:				
%:				
Grad:			Grad I: 80 %	Grad II: 70 % Grad III: 60 %
Titel:				
Författare:				