

# **BSYBAC\_6**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Hvordan kan sykepleiere fremme mestring hos ungdom med diabetes type 1?*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 03.01.2023*

X

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

## **SAMMENDRAG**

### *Bakgrunn*

Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av diabetes type 1 og barnediabetesregisteret har registrert en markant økning de siste årene. 441 barn og unge i Norge ble diagnostisert med diabetes type 1 i 2021. Gjennom utdanningen har vi lært lite om hvordan det er for ungdom å leve med en kronisk sykdom og hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos denne pasientgruppen.

### *Hensikt*

Hensikten med oppgaven var å beskrive hvilke utfordringer ungdom møter i forhold til det å leve med en kronisk sykdom som diabetes type 1. Videre ville vi undersøke hvordan sykepleier kunne fremme mestring hos denne pasientgruppen.

### *Metode*

Metoden som ble anvendt var en beskrivende syntese. Vi foretok et systematisk litteratursøk i *Medline* og *Cinahl*, som resulterte i fem utvalgte forskningsartikler. Funn fra de valgte forskningsartiklene, relevant teori, egne refleksjoner og tanker har dannet grunnlaget for besvarelse av oppgaven.

### *Resultater*

De fem valgte forskningsartiklene er kvalitative studier med intervju som metode. Til sammen ble 65 personer intervjuet, og vi fant følgende to hovedkategorier: Støtteapparat rundt ungdommen og mestring av egen sykdom. Hovedkategoriene ble videre delt inn i tre underkategorier: Kunnskap og forståelse, akseptere egen livssituasjon og sykepleiers rolle.

### *Nøkkelord*

Diabetes type 1, kronisk sykdom, pasient, sykepleier, helsepersonell, ungdom, kommunikasjon, livskvalitet og mestring.

**INNHold**

SAMMENDRAG .....	2
<i>Bakgrunn</i> .....	2
<i>Hensikt</i> .....	2
<i>Metode</i> .....	2
<i>Resultater</i> .....	2
<i>Nøkkelord</i> .....	2
1.0 INNLEDNING .....	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....	5
1.2 <i>Problemformulering</i> .....	5
1.3 <i>Avgrensning av problemstilling</i> .....	6
1.4 <i>Hensikt</i> .....	6
2.0 TEORI .....	7
2.1 <i>Hva er diabetes type 1?</i> .....	7
2.2 <i>Behandling av diabetes type 1</i> .....	7
2.3 <i>Følelsesmessige aspekter ved diabetes</i> .....	8
2.4 <i>Å leve med diabetes</i> .....	8
2.5 <i>Mestring</i> .....	9
2.5.1 <i>Mestringsstrategier</i> .....	9
2.5.2 <i>Mestring ved sykdom</i> .....	10
2.6 <i>Kommunikasjon med ungdom</i> .....	10
3.0 METODE .....	12
3.1 <i>Hva er metode?</i> .....	12
3.2 <i>Valg av metode</i> .....	12
3.3 <i>Litteratursøk</i> .....	12
3.3.1 <i>Valg av søkestrategi</i> .....	12
3.3.2 <i>Valg av databaser</i> .....	13
3.3.3 <i>Valg av søkeord</i> .....	13
3.3.4 <i>Valg av artikler</i> .....	14
3.3.5 <i>Analyse av artikler</i> .....	16
4.0 RESULTATER .....	17
4.1 <i>Støtteapparat rundt ungdommen</i> .....	17
4.1.1 <i>Kunnskap og forståelse</i> .....	18
4.2 <i>Mestring av egen sykdom</i> .....	18
4.2.1 <i>Akseptere egen livssituasjon</i> .....	19
4.2.2 <i>Sykepleiers rolle</i> .....	20

5.0 DISKUSJON .....	22
5.1 <i>Metodediskusjon</i> .....	22
5.1.1 Søkeprosessen .....	22
5.1.2 Kvalitative data.....	22
5.1.3 Kildekritikk .....	23
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i> .....	24
5.2.1 Støtteapparat rundt ungdommen .....	24
5.2.2 Kunnskap og forståelse .....	25
5.2.3 Mestring av egen sykdom.....	26
5.2.4 Akseptere egen livssituasjon .....	27
5.2.5 Sykepleiers rolle .....	28
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	29
REFERANSER .....	31
VEDLEGG .....	34

Antall ord: 7863

## **1.0 INNLEDNING**

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom hvor de insulinproduserende cellene i pankreas blir ødelagt av kroppens eget immunsystem. Sykdommen fører til relativ eller absolutt insulinmangel som gir høy konsentrasjon av glukose i blodet (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). Sykdommen er alvorlig og gir økt risiko for utvikling av en rekke tilleggssykdommer og senkomplikasjoner (Skrivarhaug et al., 2022).

Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av diabetes og barnediabetesregisteret har registrert en markant økning de siste årene. 469 barn og unge ble diagnostisert med diabetes i 2021, 441 av disse hadde type 1 diabetes (Skrivarhaug et al., 2022).

Behandling av diabetes tar sikte på å unngå hyper- eller hypoglykemi og å hindre utvikling og progresjon av diabetiske senkomplikasjoner (Sagen, 2011, s. 19). Et stabilt kosthold og jevnlig tilførsel av riktig mengde insulin er nødvendig for å holde blodglukosen på et akseptabelt nivå. For en ungdom hvor venner, hobbyer, forelskelse og pubertet er i sentrum, vil en diabetes diagnose snu hverdagen opp ned. Kroppen som tidligere regulerte seg selv, er nå avhengig av kontinuerlig oppfølging og hjelp for å fungere normalt. For en ungdom kan dette føles urettferdig og overveldende (Mosand & Stubberud, 2016, s. 60-61).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Diabetes type 1 er en alvorlig kronisk sykdom, og forekomsten av sykdommen er økende. Diabetes generelt har vært et utbredt tema gjennom studiet og vi har også sett flere saker i media gjeldende utfordringer knyttet til diabetes. Personlig syntes vi det har vært lite fokus på diabetes type 1 hos ungdom og hvordan denne pasientgruppen lever med sykdommen. Vi er snart utdannet sykepleiere og ønsket på bakgrunn av dette å finne ut mer om temaet.

### **1.2 Problemformulering**

Vi valgte å ta utgangspunkt i ungdom med diabetes type 1 i alderen 13-18 år. Vi ville finne ut hvordan ungdommen opplever å leve med sykdommen og hvordan sykepleiere i møte med pasientgruppen kunne bidra til økt mestringsfølelse.

Vi valgte aldersgruppen 13-18 år fordi den rommer en alder i ungdommers liv hvor økt sårbarhet, turbulens, forvirring og identitetsutvikling er en del av deres hverdag. Å ta stilling

til en kronisk sykdom på toppen av disse normale utfordringene er krevende for ungdommen (Blindheim & Thorsnes, 2019, s. 212).

### **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Det finnes flere typer diabetes. Felles for alle typene er forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet og mindre eller ikke eksisterende insulinproduksjon. Vår oppgave omhandler ungdom i alderen 13-18 år med diabetes type 1. Dette fordi denne type diabetes debuterer hyppigst i barne- og ungdomsårene, og vi ville se nærmere på pasientgruppens hverdag og sykepleiers rolle (Jacobsen et al., 2021, s. 359).

Varme og omsorg fra støttepersoner i form av familie og venner har stor betydning for de unges mestring av sykdom (Haugstvedt, 2011, s. 290). Derfor har vi valgt å ikke ekskludere pårørende i vår oppgave, selv om vi primært har fokus på ungdom og sykepleier.

### **1.4 Hensikt**

Hensikten med oppgaven var å beskrive hvilke utfordringer ungdom møter i forhold til det å leve med en kronisk sykdom som diabetes type 1. Videre ville vi undersøke hvordan sykepleier kunne fremme mestring hos denne pasientgruppen.

## **2.0 TEORI**

### **2.1 Hva er diabetes type 1?**

Diabetes type 1 er en autoimmun hormonell sykdom hvor det i de fleste tilfellene er kroppens eget immunforsvar som angriper de insulinproduserende betacellene i pankreas. Dette fører til nedsatt eller totalt manglende insulin i kroppen, noe som resulterer i forhøyet nivå av glukose i blodet. Diabetes er en kronisk alvorlig sykdom som trenger nøye oppfølging og behandling. Sykdommen kan ramme mennesker i alle aldersgrupper (Sagen, 2011, s. 19).

### **2.2 Behandling av diabetes type 1**

Ved diabetes type 1 foreligger det absolutt insulinmangel, noe som gjør disse pasientene livsavhengige av insulintilførsel. Nå til dags fremstilles insulin kunstig og injiseres subkutant via nålestikk. Vi skiller mellom langtidsvirkende og hurtigvirkende insulin. Gunstige levevaner står sentralt i behandling av diabetes i tillegg til insulinbehandling. Pasientene må hyppig måle glukoseverdien i blodet for å kunne tilpasse og justere seg etter dette. Stabilt nivå av blodglukose reduserer forekomsten av senkomplikasjoner og progresjonen av disse vil være avhengig av tilstrekkelig metabolsk kontroll (Sagen, 2011, s. 38). Det er vanlig at pasienter i Norge er innlagt på sykehus den første tiden etter diagnosen er satt. Noen velger derimot tett oppfølging av diabetes poliklinikk istedenfor innleggelse på sykehus, men for ungdom er innleggelse som oftest nødvendig (Singstad, 2022, s. 3).

Sensorbasert glukosemåler og insulinpumpe kan for mange være gode alternativ. Bruk av disse avanserte hjelpemidlene gjør at pasienten slipper daglige stikk i fingre for å måle blodglukose og nålestikk i mage/lår for insulininjeksjon. En sensorbasert glukosemåler settes subkutant oftest på overarmen hos pasienten og måler kontinuerlig vevsglukose. Sensoren gir også en pekepinn på hvorvidt blodglukosen er på vei opp eller ned. Pasienten får oppdateringer om blodglukosen sin enkelt på mobiltelefonen, noe som for mange kan gjøre hverdagen lettere. Ulempen med en sensorbasert glukosemåler er at den ved store svingninger i blodglukosen vil være noe forsinket. Når blodglukosen er stabil, vil derimot en sensorbasert glukosemåler være tilnærmet nøyaktig. En slik måling og overvåking av blodglukose forutsetter at pasienten har god opplæring for å unngå feildoseringer med insulin (Måløy, 2011, s. 104).

En insulinpumpe er et batteridrevet hjelpemiddel som etterlikner måten friske betaceller arbeider på. Insulinpumpen injiserer en basaldose med insulin som er innstilt etter den enkeltes behov. Ved måltider setter pasienten selv bolusdoser ut ifra ønsket mengde som passer sammen med hva som blir spist. Bruk av insulinpumpe krever nøye opplæring for å unngå komplikasjoner (Måløy, 2011, s. 117). For noen kan insulinpumpe være et godt alternativ og ved god opplæring kan man på et vis få etterliknet en naturlig pankreas. En insulinpumpe henger fast på kroppen og kan for noen føre til at man føler seg mer syk. Pasienter kan også føle den er i veien og den kan sitte dårlig fast, noe som kan skape en irritasjon. Da kan det være enklere å benytte seg av insulinpenner hvor man stikker et stikk og kan legge nålene bort til neste gang (Måløy, 2011, s.119).

### **2.3 Følelsesmessige aspekter ved diabetes**

Å få en kronisk sykdom og leve med den vil føre til følelsesmessige belastninger hos pasienten. Noen syntes det er skambelagt å ha en kronisk sykdom, som fører til at noen av pasientene med diabetes vegrer seg for å kontrollere blodglukose og sette insulin i offentlighet. En person med diabetes må leve med vedvarende bekymring knyttet til sykdommen, og behandlingen er personens eget ansvar. Man blir altså tvunget til å ta over ansvaret for kroppens tidligere egen funksjon, regulering av insulin (Torgauten, 2011, s.179).

### **2.4 Å leve med diabetes**

Diabetes er en sykdom hvor personens egeninnsats er avgjørende for hvordan helsetilstanden hos den enkelte utvikler seg. En person med diabetes må i hverdagen holde regelmessig overvåking av blodglukosenivå for å holde god metabolsk kontroll. I tillegg til å måle blodglukose jevnlig må personen også ta avgjørelser om legemiddelbruk, aktivitet, kosthold og alkoholinntak, og dermed justere insulintilførselen deretter. Å leve med diabetes er derfor krevende (Singstad, 2022, s. 1-2). Sykdommen er også til stedet 24 timer i døgnet, livet ut. Den enkelte med diabetes må styre avanserte prosesser i kroppen som hos den friske reguleres av seg selv. I tillegg til å styre disse prosessene må man også ta krevende avveininger underveis i sykdomsforløpet. Hjelpen, veiledningen og støtten personer med diabetes får for å lære og mestre egen sykdom er avgjørende faktor for livskvaliteten hos den enkelte. De som har diabetes, må lære og mestre livet med sykdommen på best mulig måte (Allgot, 2011, s. 208).



## 2.5 Mestring

Psykologen Richard Lazarus utviklet sin teori om mestring over flere tiår. Deler av arbeidet utviklet han i samarbeid med Susan Folkman. Teorien bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i. Lazarus og Folkman's betegnelse på mestring omhandler ulike typer atferd og psykiske prosesser som personen benytter for å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner hvor personens ressurser settes på prøve. En persons forsøk på å mestre situasjonen den befinner seg i, kan være hensiktsmessig og veltilpasset, eller uhensiktsmessig og lite egnet. Atferden personen har i disse situasjonene, representerer dens forsøk på å håndtere utfordringen den står ovenfor på best mulig måte (Kristoffersen, 2011, s. 144).

### 2.5.1 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedtyper mestringsstrategier:

- Problemorientert mestring
- Emosjonelt orientert mestring

Problemorientert mestring karakteriseres av ulike typer aktive og direkte strategier for å løse et problem eller hankses med en utfordrende situasjon. Personen bruker problemorienterte strategier for å forholde seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet gjelder. Eksempelvis kan personen søke informasjon fra ulike kilder før den bestemmer seg for et valgt handlingsalternativ. Problemorientert mestringsstrategi brukes i hovedsak når personen selv mener å ha gode sjanser til å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 145).

Emosjonelt orientert mestring omhandler strategier som tar sikte på å endre opplevelsen av en situasjon framfor å endre selve situasjonen. Denne formen for mestringsstrategi er helt nødvendig i situasjoner som ikke kan endres av personen selv. Emosjonelt orientert mestring kan gi utfall hvor personen bevisst prøver å unngå, unnvike eller flykte fra utfordringer. For eksempel ved å jobbe overdrevent mye, ikke oppsøke andre mennesker som kan konfrontere med stressfaktoren, og isolere seg og følelsene sine (Kristoffersen, 2011, s. 147).

### **2.5.2 Mestring ved sykdom**

Lazarus sin teori bygger på at pasientens reaksjon alltid er forståelig med pasientens utgangspunkt for egen kognitiv vurdering av situasjonen den står i. Dette vil med andre ord variere fra person til person, og sykepleierens rolle er å identifisere faktorer som er av betydning for pasientens kognitive vurdering, for deretter å iverksette tiltak for å påvirke disse. Eksempelvis kan sykepleier lytte til pasienten og på den måten nøste opp i hvilke utfordringer pasienten har. Pasienten kan mangle kunnskap om egen sykdom, og dermed føle på en frykt som ikke har rotfeste i virkeligheten. Pasienten kan også ha tidligere erfaringer som gjør at reaksjonen svarer deretter. I disse to eksemplene kan sykepleier sette inn tiltak og gjøre situasjonen lettere for pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 149).

Pasientens bakgrunn og personlighet vil ligge til grunn for å mestre sykdom og generelle utfordringer i livet. Ulike faktorer spiller en vesentlig rolle når det kommer til hvordan mennesker tar valg og opplever situasjoner. Vi har alle sentrale behov og verdier som i møte med sykdom og problemer vil trues (Kristoffersen, 2011, s. 150-151).

For at sykepleier skal kunne fremme mestring hos pasienten er individuell datainnsamling om forhold som innvirker på pasientens kognitive vurdering viktig. Når viktige faktorer hos pasienten og miljøet rundt er klarlagt, har sykepleieren bedre forutsetninger til å iverksette konkrete tiltak, for å påvirke opplevelsen av trussel. Dette vil styrke pasientens muligheter til å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 155).

### **2.6 Kommunikasjon med ungdom**

Alle er forskjellige individer og det finnes ikke en enstydig oppskrift på hvordan helsepersonell kan kommunisere på best mulig måte. En sykdomssituasjon innebærer ofte en krise med både usikkerhet og engstelse. Rutiner brytes, kontaktforhold endres, foreldre kan oppføre seg annerledes og nye personer som for eksempel helsepersonell kommer inn i bildet. Det er derfor svært viktig at helsepersonell vet hvilken rolle man inntar, og hvilken påvirkning det kan få for ungdommen. Ungdom har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne, og derfor er det viktig å skape trygghet. Ungdom og større barn har lettere for å forstå voksnes forklaringer og formidling, enn hva små barn har. I sykdomssituasjoner behøver de ofte mer støtte og veiledning, enn hva voksne ville gjort i samme situasjon (Eide & Eide, 2017, s. 287-303). Ungdom trenger helsepersonell som er personlige og støttende, og som gir dem muligheten til å dele egne tanker og erfaringer. De mener det er viktig å ikke

«dramatisere sykdommen, men heller normalisere hverdagen» (Balci, 2022). Videre står det i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 at informasjonen helsepersonell gir skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaringer, kultur og språk.

### **3.0 METODE**

#### **3.1 Hva er metode?**

Metode er et redskap som brukes til å finne svar på en problemstilling. Denne fremgangsmåten hjelper oss med å innhente data og besvare en hensikt. Man må anvende ulike metoder for å finne ny kunnskap, eller etterprøve tidligere kunnskap med tanke på gyldighet og holdbarhet. Når man arbeider vitenskapelig, arbeider man også metodisk (Dalland, 2020, s. 53).

Metode kan deles inn i kvantitative og kvalitative tilnærminger. En kvantitativ metode er systematisk og strukturert, og gir data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode lar seg ikke tallfeste. Metoden ser fenomenet innenfra og gjør det derfor mulig å gå i dybden på et problem. Begge metodene kan benyttes til å besvare spørsmål eller problemer, men forskjellen er først og fremst knyttet til måten man samler inn data på (Dalland, 2020, s. 54-56).

#### **3.2 Valg av metode**

Litteraturoversikt som metode handler om å skape en oversikt over et avgrenset område. Metoden baserer seg på å sammenligne tidligere forskning opp mot hverandre, og skape et grunnlag for å gå i dybden på et avgrenset kunnskapsområde. Litteraturoversikt kan gjennomføres på ulike vis. Vi har valgt å gjøre en beskrivende syntese, hvor datamaterialet vårt er hentet fra vitenskapelige artikler. Vi undersøkte de valgte artiklene med et minimum av omtolkning, og de tidligere resultatene fra studiene førte til et nytt resultat (Friberg, 2018, s. 141-144). Vi brukte kvalitativ tilnærming som både tok for seg pasient- og helsepersonellperspektiv, da begge deler var relevant og viktig for å undersøke størrelse og utbredelse av problemstillingen vår.

### **3.3 Litteratursøk**

#### **3.3.1 Valg av søkestrategi**

Vi har valgt å benytte oss av en systematisk søkestrategi i våre litteratursøk. Det innebærer et omfattende søk hvor informasjonshenting er planmessig og begrunnet (Søk & Skriv, 2022). Ved å avgrense litteratursøket var det enklere å finne relevante artikler til å besvare vår problemstilling. Vi hadde derfor kriterier for faktorer som skulle inkluderes og ekskluderes. Disse presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriteriet

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert (peer review)	Artikler som ikke var fagfellevurdert
Norsk og engelsk språk	Artikler før 2012
Publisert mellom 2012-2022	Oversiktsartikler (review)
Originalartikler	Barn under 13 år
Ungdom (adolescent) 13-18 år	Voksne over 18 år
Pasient-, pårørende- og helsepersonell perspektiv	

### 3.3.2 Valg av databaser

For å finne databaser som var relatert til sykepleie, tok vi utgangspunkt i anbefalinger fra Universitetsbiblioteket i Stavanger. Vi startet med å gjøre søk i flere ulike databaser: *Oria*, *SveMed+*, *PubMed*, *Cinahl*, *British nursing index* og *Medline*. Etter en rekke søk og ulike søkestrategier valgte vi å ekskludere flere databaser, og fortsatte med videre søk i *Medline*. Dette på grunn av at det er den største medisinske databasen, og vi kan søke i både *Medline* og *Cinahl* samtidig.

### 3.3.3 Valg av søkeord

Vi startet med flere innledende søk med enkle søkeord på både norsk og engelsk i de ulike databasene. Startet med søk i *Oria* på norsk. Da benyttet vi oss av søkeord som «Diabetes type 1 og ungdom» og «Diabetes type 1 og ungdom og mestrings», samt brukte inklusjonskriteriene ovenfor. Dette gav oss lite treff. Vi forsøkte derfor videre i andre databaser med lignende søkeord. Vi leste gjennom mange artikler, men fant ikke artikler som svarte til vår hensikt. Etter en rekke søk i flere databaser bestemte vi oss for å bruke engelske forskningsartikler. Dette grunnet vi fant lite norske artikler som var relevante for vår problemstilling. Vi ble derfor nødt til og kun benytte oss av engelske søkeord. Vi brukte nettsiden *mesh.uia.no* for å søke etter begreper/synonymer til å finne ulike alternativer til søkeord.

Deretter utarbeidet vi et «PIO skjema» for å lage en bedre søkestrategi (Nortvedt et al., s. 29). Tabell 2 viser PIO-skjemaet vi brukte som utgangspunkt når vi utførte søk i *Medline* og *Cinahl*. Vi valgte og ikke ha med pasientgruppen «ungdom» i selve søket, men heller avgrense søket etterpå med «adolescent 13-18 years». Se videre vedlegg 1. (søkelogg) for oversikt over kombinasjonene som ble tatt i bruk til å finne artiklene.

Tabell 2: PIO-skjema

Population	Interest/issue	Outcome
Søkeord: «diabetes type 1» OR «typ1 diabetes» OR «diabetes mellitus type 1» OR «type 1 diabetes»  Avgrensning: «adolescent 13-18 years»  S1	Søkeord: «health care professionals» OR «healthcare personnel» OR «nursing personnel»  S2	Søkeord: «coping» OR «manage»  S3

### 3.3.4 Valg av artikler

Ved å kombinere de ulike søkeordene fra «PIO-skjemaet» fikk vi en rekke treff. Vi avgrenset søket ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og fikk da betydelig mindre treff som gav grunnlag for å finne relevante artikler. Vi leste gjennom overskriftene på alle artiklene og leste grundigere gjennom de artiklene vi tenkte kunne være relevante til vår hensikt. Ut ifra dette fant vi fire artikler som vi mente var relevante til å besvare vår hensikt.

Videre valgte vi å endre noe på søkeordene, og foretok et nytt søk. Dette søket gav mindre treff enn forrige søk. Vi leste gjennom alle artiklene og vurderte de opp mot vår problemformulering. Dette medførte at vi satt igjen med ytterligere en artikkel som vi syntes var relevant. Tabell 3 viser en oversikt over de fem forskningsartiklene vi valgte.

Tabell 3: Oversikt over valgte forskningsartikler

Forfatter, årstall & tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
<b>Artikkel 1</b> Harris, M., James, S., Perry, L., Lowe, J., Dunbabin, J. & Steinbeck, K. (2020). <i>Health care professionals talking: Are services for young adults with type 1 diabetes fit for purpose?</i>	Helsepersonells erfaring med oppfølgingsmuligheter for unge voksne med diabetes type 1.	Hensikten med studien var å få større innsikt i helsepersonells erfaringer og oppfatninger i møte med unge voksne med diabetes type 1.	Helsepersonell perspektiv.	Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervju.
<b>Artikkel 2</b> Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2019). <i>Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes.</i>	Ungdommer forteller om deres erfaringer med å håndtere diabetes type 1 selvstendig.	Hensikten med studien var å beskrive hvordan ungdom oppfatter overgangen fra å være avhengig av foreldrene til å styre sin egen diabetes type 1 behandling.	Pasientperspektiv.	Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervju.
<b>Artikkel 3</b> Rising M. H. & Söderberg, S. (2022). <i>The lived experiences of young people living with type 1 diabetes: A hermeneutic study.</i>	Hverdagen for ungdom med diabetes type 1.	Hensikten med studien var å utforske og belyse de levde erfaringene til unge mennesker som lever med diabetes type 1, når det gjelder hverdagsliv og skole.	Pasientperspektiv.	Kvalitativ metode. Åpne intervju.
<b>Artikkel 4</b> Robinson, E. (2015). <i>Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence. How do young people develop a healthy understanding of diabetes?</i>	Hvordan ungdommer blir påvirket av å få diabetes type 1.	Hensikten med studien var å få større innsikt i opplevelsen av å bli diagnostisert med diabetes type 1 i ungdomsårene, og hvilke faktorer som påvirker hvordan en ung person forstår tilstanden over tid.	Pasientperspektiv.	Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervju.
<b>Artikkel 5</b> Husted, G. R., Esbensen, B. A., Hommel, E., Thorsteinsson, B. & Zoffmann, V. (2014). <i>Adolescents developing life skills for managing type 1 diabetes: a qualitative, realistic evaluation of a guided self-determination-youth intervention.</i>	“Guided Self-determination” som verktøy for å mestre diabetes type 1.	Hensikten med studien var å utforske og illustrere utvikling av livsferdigheter hos ungdom med diabetes type 1 når de støttes av deres foreldre og helsepersonell.	Pasient-, pårørende- og helsepersonell-perspektiv.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.

### 3.3.5 Analyse av artikler

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Friberg sin femtrinnsmodell når vi skulle analysere artiklene vi brukte i vår oppgave. Modellen går ut på å kartlegge de resultatene fra artiklene som best mulig svarer til hensikten med oppgaven (Friberg, 2017, s. 135-137). Ved å kartlegge hovedfunnene kunne dem analyseres og tolkes opp mot hverandre til en ny helhet og forståelse. Det første vi gjorde var å lese gjennom artiklene mange ganger for å forsikre oss at vi ble kjent med forfatterens funn og tolkninger i hver artikkel. Ved å analysere artiklene kunne vi gjennomføre en datareduksjon hvor vi luket ut unyttig informasjon. Vi satt da igjen med nøkkelfunn som ble viktige da vi skulle skrive diskusjon- og resultatdel i vår oppgave. Vi skrev et sammendrag over hver artikkel for å kunne arbeide videre med informasjonen vi hadde funnet. For å skape en oversikt lagte vi en tabell som viste nøkkelfunn og underkategorier av disse, se tabell 4. Dette gav oss en oversikt over likheter og ulikheter med artiklenes resultater (Friberg, 2017, s. 135-137).

*Tabell 4: Hoved- og underkategorier*

Hovedkategorier	Underkategorier
Støtteapparat rundt ungdommen	Kunnskap og forståelse
Mestring av egen sykdom	Akseptere egen livssituasjon Sykepleierens rolle



## **4.0 RESULTATER**

I dette kapittelet skal vi presentere funnene fra analysearbeidet. I analysen av forskningsartiklene kom vi frem til to hovedkategorier og tre underkategorier, som er presentert ovenfor i tabell 4. Disse funnene belyser hensikten vår.

### **4.1 Støtteapparat rundt ungdommen**

Det var et gjennomgående funn i alle artiklene våre at et godt støtteapparat rundt ungdommen bidro til økt velvære og kontroll. Dette i form av et tett samarbeid mellom ungdom, foreldre og helsepersonell.

“At first, Mum was in school with me and then she came to school for lunch and helped me with the insulin. Then Mum taught the teachers how to help me manage with blood sugar and all” uttrykte en ungdom i studien til Holmström & Söderberg (2021, s. 2882).

Studien til Strand, Broström & Haugstvedt (2018, s. 128) forteller at ungdommen opplevde overgangen av mer ansvar som enklere når helsepersonell sammen med foreldre gav veiledning, trygging og støtte under prosessen. Et slikt samarbeid gav ungdommen bedre forutsetninger for å danne sin egen vei og dermed bli beslutningstagere i eget liv. For at foreldre skulle kunne gi støtte og veiledning peker Robinson (2015, s. 341) på viktigheten av at dem får nøye opplæring i håndtering av diabetes type 1.

Strand et al. (2018, s. 131-134) påpeker at flere ungdommer skjulte sykdommen sin blant venner, grunnet frykt for å bli sett på som annerledes. Videre kom det frem at ungdommene følte seg tryggere dersom venner og bekjente rundt dem hadde god kunnskap om sykdommen. De fikk da et mer sikkert nettverk rundt seg og det var med på å øke følelsen av trygghet.

Ungdom tilbringer flere timer i uken på skolen og Holmström & Söderberg (2021, s. 2884) anerkjenner viktigheten av at lærere har nødvendig kunnskap rundt sykdommen. Det fortelles i studien at lærere selv syntes det var ubehagelig å ikke ha kontroll og kunnskap over situasjoner enkelte av ungdommene kunne befinne seg i.

I samtlige studier kommer det frem at mye krangling innad i familien, og generelt dårlige familieforhold gav en negativ påvirkning på ungdommenes utførelse og behandling av egen sykdom. Alle studiene viste derimot til at gode familieforhold påvirket ungdommen i positiv

retning og gav dem økt følelse av trygghet. Holmström & Söderberg (2021, s. 2883) oppgir at ved å bruke mobiltelefon kunne ungdommen lett nå foreldrene dersom det skulle være noe, og at dette opplevdes trygt.

#### **4.1.1 Kunnskap og forståelse**

I flere av studiene kommer det frem at kunnskap og forståelse er viktig både hos ungdom, foreldre, helsepersonell og lærere (Holmström & Söderberg, 2021; Robinson, 2015; Strand et al, 2018).

“The school lacked knowledge about diet and students with T1D and an understanding that T1D demanded a set schedule for meals and that access to snacks is an absolute necessity” uttrykte en ungdom i studien til Holmström & Söderberg (2021, s. 2884).

Studien til Strand et al. (2018, s. 131) forteller at ungdommene strebet etter mer kunnskap, slik at de selv kunne ta ansvar for egen sykdom. Dette grunnet at ved diagnositidspunkt var det foreldrene som fikk mesteparten av læringen tilført. Holmström & Söderberg (2021, s. 2882) påpeker at det er krevende for ungdom å leve med diabetes. Det kreves derfor individuelle tilpasninger fra både venner, foreldre, lærere og helsepersonell for å hjelpe ungdommen til å oppnå mestring og trygghet. For at lærere på skolen skal kunne gi bedre støtte og tilpasning etter den enkelte elevs behov, kreves det økt kunnskap og forståelse. Noen av foreldrene måtte selv kontakte skolen og informere lærere om sykdommen. Det kommer også frem viktigheten av at foreldre får god opplæring fra helsepersonell ved diagnositidspunkt, og at helsepersonell ved samtale med ungdom har erfaring og kompetanse til å gi aldersrettet informasjon og støtte.

#### **4.2 Mestring av egen sykdom**

Fire av de fem artiklene finner at det var viktig for ungdommen å finne en egen måte og håndtere sykdommen sin på, da grad av autonomi gav ungdommen større mestringfølelse (Holmström & Söderberg, 2021; Husted et al., 2014; Robinson, 2015; Strand et al., 2018).

“Now I feel it’s me that is in charge. I have the knowledge to make much better informed decisions. I still get things wrong ... but I have a lot more control” uttrykte en ungdom i studien til Robinson (2015, s. 343).

Strand et al. (2018, s. 131) viser til at ansvar for egen sykdom gav ungdommen følelse av mestring og stolthet, spesielt hvis behandlingen gikk bra. Derimot opplevde de skuffelse og fortvilelse når de ikke klarte og følge opp behandlingen tilstrekkelig. Holmström & Söderberg (2021, s. 2883) bekrefter viktigheten av at ungdommen selv klarte og mestre detaljer rundt sykdommen, og ha kontroll på egen kropp. De øvde på hvordan det følte å ha høyt eller lavt blodsukker, og dette gav dem mer kontroll dersom de havnet i disse situasjonene.

Studien til Robinson (2015, s. 342) forteller viktigheten av at ungdommen hadde egne behandlingsmål og kontroll over egen situasjon, for å kunne øke følelsen av mestring. Husted et al. (2014, s. 2645) påpeker at i stedet for å fortelle ungdommen hva dem skulle gjøre, var det bedre at de fikk være med i deltakelse.

Strand et al. (2018, s. 132-133) viser til at det var utfordrende for ungdom å holde blodsukkeret stabilt. Ungdommen møtte på flere situasjoner hvor de var usikre på mengden av insulin som skulle injiseres, som gjorde at de slet med å mestre sykdommen. Fysisk aktivitet og alkoholinntak ble nevnt som eksempler på utfordrende situasjoner hvor blodglukosen var varierende.

#### **4.2.1 Akseptere egen livssituasjon**

Et funn i to av artiklene omhandler at ungdommene i starten ved diagnosetidspunktet syntes det var vanskelig å akseptere egen livssituasjon (Holmström & Söderberg, 2021; Robinson, 2015).

“Now I manage my T1D completely openly and if someone asks do you have diabetes? I just say, Yes, I do!” uttrykte en ungdom i studien til Holmström & Söderberg (2021, s. 2883).

Holmström & Söderberg (2021, s. 2879) poengterer at ungdomstiden er preget av store endringer både fysisk og mentalt. Sammen med å strebe etter en personlig utvikling og identitet, vil en sykdom som diabetes på toppen av dette, gi ytterligere utfordringer for ungdommen. Det var viktig for de unge å bli sett på som likeverdige som de andre jevnaldrende og at dem ikke følte seg annerledes. Flere av ungdommene opplevde urettferdighet knyttet til at akkurat dem fikk sykdommen. De følte det som en stor transaksjon å gå fra og være en frisk person til og plutselig være syk, med symptomer som tydet på sykdom og gav ubehag.

Studien til Robinson (2015, s. 340) peker på at ungdommene opplevde sorg, følelse av forvirring, frykt og tristhet ved diagnosetidspunkt. Frykten kom da de innså at sykdommen på flere måter ville ta over deres liv og hverdag. En ungdom uttalte: “At first I thought that my world had caved in. I was thinking why me, it is really unfair ... I did kind of feel like my life was over”. Andre hadde mer kunnskap om sykdommen, og syntes ikke det var like skremmende. Blant annet uttalte en ungdom: “I wasn’t panicking or feeling like my life had ended”. Videre i artikkelen sies det at ungdommen følte de ble sett på som annerledes, noe som førte til unnvikelse av behandling. Dette gav sykehusinnleggelse som kunne vært unngått. Flere av ungdommene følte seg alene og isolert fordi dem ikke kjente eller visste om andre med samme sykdom. Støttegrupper som samlet flere i samme situasjon gav ungdommene en følelse av være mindre annerledes.

#### **4.2.2 Sykepleiers rolle**

Harris et al. (2019, s. 336-338) påpeker at god oppfølging og trygging fra helsepersonell var en forutsetning for at ungdommen skulle oppleve støtte i situasjonen dem var i. Regelmessig kontakt med helsevesenet førte til bedre sykdomshåndtering, tidlig komplikasjonsavdekking, behandlingsstart og overvåking. Helsepersonell opplevde varierende oppfølging og behandlingsmuligheter ut ifra hvor ungdommen var bosatt. Ungdom som var bosatt i byer fikk bedre oppfølging og behandling enn dem som bodde landlig. Nøyte oppfølging under perioden hvor barnet utviklet seg til ungdom var viktig, da denne tidsepoken ofte var utsatt for dårlig kommunikasjon som igjen gav ungdommen dårligere oppfølging. Noen pediatiske enheter fortsatte oppfølgingen selv når barnet var i overgang til å bli ungdom, mens andre enheter etter en viss alder avsluttet kontakten. Avslutningsvis forteller studien at hyppig utskiftning av helsepersonell gav utfordringer i forhold til tillitt og samarbeid mellom ungdom og helsevesen.

I studien til Husted et al. (2014, s. 2645-2646) fortelles det at ungdommene opplevde det som positivt når dem ble møtt med åpenhet og interesse av helsepersonell. Ungdommen fikk da en følelse av å bli møtt som personen dem er og ikke bare som en syk pasient. Ungdommene foretrakk kommunikasjon hvor de ved å snakke med helsepersonell – sammen kunne komme frem til løsninger, og ikke bare at helsepersonell satt og fortalte og bestemte hvordan ting skulle bli. Det var også et funn i studien at når helsepersonell valgte å dele observasjoner, tanker og følelser sammen med ungdommene, hjalp dette ungdommen med å forstå og utvikle bedre kommunikasjonsevner. At helsepersonell ble bedre kjent med den enkelte gjorde det

lettere å gi ungdommen bedre personlig og tilpasset støtte. Ungdommen følte seg bedre sett og hørt, og forstod lettere helsepersonells budskap, istedenfor å oppfatte kommunikasjonen deres som innpåsliten. En sykepleier uttalte:

Now I have more options concerning communicating. It's not me who needs to solve the problems – it's their problems. But I want to help shed light on it and try. To help them see things from various angles. They are the ones who must find a way. (Husted et al., 2014, s. 2645)

Robinson (2015, s. 341) tar for seg ungdommenes opplevelse ved diagnosetidspunkt. Flere av ungdommene ble plassert på voksenavdelinger, hvor pasienter med senkomplikasjoner var en del av pasientgruppen. Dette skapte frykt hos ungdommen og førte til unnvikelse av å måle eget blodsukker. Ved å unnlate behandling av sykdommen kunne de leve i en slags fornektelse. Det var viktig at helsepersonell formidlet nødvendig informasjon, men på en pedagogisk måte hvor ungdommene ikke oppnådde en følelse av frykt og redsel. Ved å bruke empatisk og omsorgsfull tilnærming, opplevde ungdommene mer tillit og forståelse av egen sykdom. I studien til Strand et al. (2018, s. 131) fortelles det at ungdommene i overgangen fra barn til voksen merket at helsepersonell henvendte seg til dem istedenfor til foreldrene. Dette opplevdes greit for ungdommen så lenge kommunikasjonen var forståelig, nødvendig og alderstilpasset.

## **5.0 DISKUSJON**

Diskusjonskapittelet består av to deler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi ta for oss fordeler og ulemper med anvendt metode, og i resultatdiskusjonen drøfte resultater opp mot teori og oppgavens hensikt. Målet er å belyse ulike synsvinkler og besvare vår problemstilling.

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.1 Søkeprosessen**

Da vi startet søkeprosessen, var vi uerfarne og hadde manglende kunnskap til hvordan man foretok gode søk. Dette førte til flere uhensiktsmessige søk som ikke traff problemstillingen vår. Vi hadde både utfordringer med å bruke riktige søkeord og å finne artikler som var relevante, samt inneholdt nødvendige krav for å kunne brukes i en bacheloroppgave. Etter veiledning fikk vi tips til hvordan vi bedre kunne finne gode artikler som var relevante for vår oppgave og hvordan vi ved hjelp av «PIO-skjema» kunne sette sammen søkeord. Vi var også i kontakt med biblioteket for å få tips til søkeprosessen. Vi endte opp med primært å bruke *Medline* kombinert med *Cinahl* for å finne våre artikler. Databasene er relevante for å finne artikler i vår oppgave, da dem presenterer helsefaglig forskning og inneholder et hav av fagfelleverderte artikler. Vi søkte i flere databaser, samt brukte forskjellige type søkeord i starten av søkeprosessen, noe som reduserer sjansen for at vi har gått glipp av relevant forskning. Derimot er en kritisk faktor til søkeprosessen vår at vi i forkant hadde for lite erfaring og kunnskap. Dersom vi på forhånd hadde hatt mer kompetanse innen feltet hadde vi spart mye tid og kommet raskere i gang med oppgaven.

#### **5.1.2 Kvalitative data**

I utgangspunktet tenkte vi å inkludere både kvantitativ og kvalitativ forskning i oppgaven vår. Ettersom vi begynte søkeprosessen og analysen av de valgte artiklene, ble vi raskt fortrolige med at kvalitativ forskning gav best relevans til svar på vår problemstilling. En kvalitativ forskning hvor pasientgruppen og helsepersonell selv forteller om sine erfaringer gir en dypere innsikt og forståelse i deres opplevelser. På en annen side kan derimot kvantitativ forskning gi et bredere resultat enn hva vi kom frem til. Likevel mener vi at kvalitativ forskning er mer egnet til vår oppgave, da vi ville finne ut mer om personlige opplevelser og erfaringer og ikke primært tallfestede resultater.

### 5.1.3 Kildekritikk

Før vi startet analysearbeidet av artiklene, undersøkte vi forfatterens faglige bakgrunn og relevans for forskningsprosjektet. Samtlige artikler ble forfattet av forskere med medisinsk faglig bakgrunn som leger, sykepleiere eller psykologer. Flere av sykepleierne var spesialutdannet innen diabetes. I tillegg hadde flere aktuell forskerkompetanse som master- eller doktorgrad.

Alle artiklene var publisert på engelsk språk, noe som gav oss mer arbeid da vi skulle tolke artiklene. For å sikre en felles forståelse oversatte vi artiklene til norsk før vi anvendte dem i oppgaven vår. Oversettelse av tekst kan gi økt fare for feiltolkninger og misforståelser av innholdet. Vi har begge gode engelskkunnskaper og oversatte teksten i samarbeid med hverandre og ved bruk av oppslagsverk. På grunn av dette anser vi sannsynligheten for betydelige feiltolkninger og misforståelser som minimal. Samtidig anser vi det som en styrke at vi har brukt direkte sitat i originalform fra forskningsartiklene.

Vi begrenset søket vårt etter artikler i tidsrommet 2012-2022. Dette grunnet oppgavens omfang i størrelse og relevans i forhold til dagens situasjon. Denne type avgrensning i årstall kan ha ført til at vi gikk glipp av aktuelle artikler vi kunne ha brukt. Vi anser likevel de valgte artiklene som svært aktuelle og svarende på vår problemstilling. På grunn av oppgavens ordbegrensning, tid og omfang følte vi at det holdt med fem artikler. Da kunne vi gå i dybden på hver enkelt artikkel istedenfor å skrape i overflaten på et stort kvantum artikler.

Årsaken til litt ulikt fokus i de ulike artiklene er at det var utfordrende å finne artikler som inneholdt nøyaktig de samme kriteriene. Dersom vi hadde benyttet flere artikler med et helsepersonellperspektiv kan det tenkes at vi hadde fått et enda bredere resultat. En nevneverdig styrke i vår oppgave er at vi brukte god tid på å analysere artiklene nøye, noe som gav oss en dyp forståelse og bakgrunn for å begynne skrivingen.

Samtlige av de valgte artiklene håndplukket deltakerne ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriterier. Alle deltakerne ble informert om at studien var anonym og ingen av forfatterne hadde personlig kjennskap til deltakerne fra tidligere. De fikk også informasjon om at de kunne trekke seg underveis, uten at dette skulle ha konsekvenser for videre behandling. Samlet utgjør de valgte deltakerne i våre forskningsartikler en mengde på 65 personer. Den ene artikkelen tar for seg helsepersonells erfaringer og opplevelser rundt

ungdommer diagnostisert med diabetes type 1. De resterende fire artiklene omhandler ungdommenes egne subjektive følelser og innsikt i å få og leve med sykdommen. Vi valgte å inkludere også helsepersonells erfaringer for å bygge opp og styrke relevante resultater. Ved å benytte oss av helsepersonells synspunkter fikk vi altså et større helhetlig bilde som gav bedre grunnlag for å svare på problemstillingen vår. Deltakerne i den ene artikkelen var voksne når studien ble gjennomført, og forteller om deres erfaringer tilbake til diagnostetidspunkt og i perioden som ungdom med sykdommen. Å få denne innsikten kan ses på som en styrke i vår oppgave da disse deltakerne har hatt diagnosen i lengre tid og som voksen kan se tilbake på hvordan dem opplevde og ha sykdommen i ungdomsårene. Dette kan også ha negativ innvirkning på intervjuresultatene, da opplevelsene deres kan være farget av der de er i livet nå.

Forskningens data er innhentet fra Australia, Sverige, Danmark, Storbritannia og Norge. Da vi startet oppgaven, ville vi i utgangspunktet ta i bruk hovedsakelig skandinavisk forskning. Ettersom vi søkte på artikler fant vi ut at ved å inkludere land som Australia og Storbritannia fikk vi et bedre utvalg i relevante data. Vi anser forskning fra disse landene som trolig overførbare til norsk helsevesen. Sannsynligvis vil økonomiske og kulturelle forskjeller fra de valgte landene ikke gi bemerkelsesverdige avvik eller endret resultat for oppgaven vår.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Støtteapparat rundt ungdommen**

Et av hovedfunnene i artiklene våre omhandler viktigheten av et godt støtteapparat rundt ungdommen. Strand et al. (2018, s. 128) forteller i sin studie at ungdommene opplevde overgangen av mer ansvar for egen sykdom som enklere når helsepersonell sammen med foreldre gav veiledning, trygging og støtte under prosessen. Robinson (2015, s. 341) peker på viktigheten av at foreldre får nøye opplæring i håndtering av diabetes type 1 for å kunne gi veiledning og støtte til ungdommen. Vi tenker at støtten ungdommen har behov for vil variere fra person til person og ut ifra alder og modenhet. Det kan tenkes at yngre ungdommer har større behov for støtte og hjelp enn de som nærmer seg voksen alder. I teorikapittelet påpekes det også at pasientens bakgrunn og personlighet spiller en vesentlig rolle når det kommer til hvordan mennesker tar valg og opplever situasjoner.



Samtlige studier viser til at mye krangling innad i familiene og generelt dårlige familieforhold gir en negativ påvirkning på ungdommenes utførelse og behandling av egen sykdom. Derimot viser alle studiene til at gode familieforhold gir en positiv påvirkning på ungdommenes følelse av trygghet og kontroll. Dette tenker vi er med på å vise at et godt støtteapparat gjør det enklere for ungdommen å håndtere sykdommen. I oppgavens teorikapittel sies det at personens egeninnsats er avgjørende for hvordan helsetilstanden hos den enkelte utvikler seg. En person med diabetes må i hverdagen holde regelmessig overvåking av blodglukose og justere insulintilførselen der etter. Vi tenker at for en ungdom vil det være ulikt i forhold til alder og modenhet hvor selvstendig dem er i behandling av egen sykdom. Foreldres rolle i behandling og støtte vil derfor avhenge av slike faktorer. Etter hvert som ungdommen blir eldre og gradvis overtar mer ansvar, kan det tenkes at støtten fra foreldre er viktig for hvordan ungdommen er i stand til å mestre hverdagen.

### **5.2.2 Kunnskap og forståelse**

Et annet funn i forskningsartiklene var at god kunnskap og forståelse for sykdommen er viktig både for ungdom, foreldre, lærere og helsepersonell. Strand et al. (2018, s.131) påpeker at ungdommene selv strebet etter mer kunnskap. Dette tenker vi tyder på at ungdommene ved diagnosetidspunkt ikke fikk tilstrekkelig informasjon og opplæring som de kanskje hadde behov for. Eventuelt at informasjonen og opplæringen som ble gitt ikke var alderstilpasset, noe som er en forutsetning for at ungdommene skal forstå og lagre informasjon som blir gitt. Likevel er det positivt at ungdommene selv sier at dem ønsker mer kunnskap, fordi dette tyder på at de har motivasjon for å ta ansvar og lære mer.

Vi tenker at samarbeidet mellom helsepersonell og ungdom blir enklere når ungdommene selv vil ta del i behandling av egen sykdom. I oppgavens teorikapittel presenteres viktigheten av å individualisere kommunikasjonen slik at mottakeren, i dette tilfellet ungdommen, har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. I pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 sies det også at helsepersonell er pliktet til å gi informasjon som er tilpasset den enkeltes forutsetninger og at formidlingen av budskap skal foregå på en hensynsfull måte.

Holmström & Söderberg (2021, s. 2882) forteller om økt behov for kunnskap hos lærere, for at ungdommen skal oppleve trygghet på skolen. Det nevnes også at foreldre måtte kontakte skolen for å gi nødvendig informasjon om sykdommen. Vi tenker at dette tyder på svikt i systemet, da diabetes type 1 er en utbredt sykdom hos unge, og skolen burde ha faste rutiner

rundt dette slik at de ansatte har nødvendig kunnskap. I teorikapittelet skriver vi at ungdom med diabetes type 1 må leve med stress og bekymringer knyttet til sykdommen. Vi tenker derfor at dersom lærere har mer kunnskap om sykdommen vil ungdommen oppleve det som betryggende. Derimot tenker vi at ungdommen opplever det som utrygt og skummelt dersom lærere er usikre og ikke har tilstrekkelig kunnskap.

### **5.2.3 Mestring av egen sykdom**

Flere av forskningsartiklene resonerer til at det var viktig for ungdommen å finne en egen måte å håndtere sykdommen sin på, og at de på denne måten fikk økt mestringsfølelse (Holmström & Söderberg, 2021; Husted et al., 2014; Robinson, 2015; Strand et al., 2018). Strand et al. (2018, s. 131) peker på at mer ansvar for egen sykdom gav ungdommen økt mestringsfølelse og stolthet dersom behandlingen gikk bra. Derimot opplevde ungdommen fortvilelse og skuffelse dersom de ikke mestret å kontrollere sykdommen. Vi tenker at en ungdom med diabetes type 1 sannsynligvis vil oppleve tider hvor behandlingen er krevende, og følelse av tapt kontroll over egen kropp er aktuelt. Derfor tenker vi det er viktig at ungdommen også kan finne mestringsfølelse i slike krevende perioder.

I teorikapittelet antyder Lazarus at det er personavhengig hvordan man mestrer ulike situasjoner knyttet til sykdom. Lazarus sin teori bygger på at pasientens reaksjon i møte med sykdom vil variere ut ifra pasientens utgangspunkt. Vi tenker at dette samsvarer med virkeligheten, da vi av erfaring har sett at pasienter bruker ulike mestringsstrategier og håndterer motgang forskjellig. Eksempelvis en pasient fra praksis som ved diagnosetidspunkt tenkte negativt og visste ikke hvordan han skulle klare å håndtere livet videre med diabetes type 1. I dette tilfellet hjalp det at sykepleieren gav informasjon og støtte slik at pasienten over tid fikk mestringsfølelse og mer kontroll over situasjonen. Et annet eksempel er en pasient som ved diagnosetidspunkt tok beskjeden overraskende bra. Pasienten hadde en eldre søster med samme sykdom og hadde erfart at man kan leve en normal hverdag, selv med diabetes type 1. Pasienten var motivert for å lære og ha ansvar for egen sykdom, og sykepleierens rolle i denne situasjonen dreide seg i hovedsak om å gi opplæring og veiledning.

Vi skriver i teorikapittelet om Lazarus og Folkman's to ulike mestringsstrategier. Gjennom resultatene våre har forskning vist at ungdom i hovedsak velger en emosjonelt orientert mestringsstrategi. Vi antyder dette fordi det virker som at flere av ungdommene unnviker og

behandle egen sykdom, for dermed flykte fra sykdommen, som de ikke kan gjøre noe med. Det kommer også frem at flere skjuler sykdommen fra andre og prøver isolere seg med egen situasjon. Samtidig virker det gjennom resultatene våre som at ungdom etter en tid med sykdommen klarer benytte seg av en mer problemorientert mestringsstrategi. For eksempel gir flere av ungdommene uttrykk for ønske om mer informasjon og kunnskap for å takle hverdagen bedre. Vi kan tolke det som at ungdommene benytter seg av en emosjonelt orientert mestringsstrategi i starten av sykdomsforløpet, for dermed over tid utvikle en mer problemorientert mestringsstrategi. Uavhengig av pasientens bakgrunn, mestringsstrategi og personlighet kan vi antyde at sykepleiers måte å ivareta pasientgruppen best mulig er basert på pasientens utgangspunkt for å mestre egen situasjon.

#### **5.2.4 Akseptere egen livssituasjon**

Våre funn tyder på at ungdommen opplever det som utfordrende å akseptere egen livssituasjon etter de har fått diabetes type 1. Holmström & Söderberg (2021, s. 2879) skriver at det var viktig for de unge å bli sett på som likeverdige som andre jevngamle og at dem ikke følte seg annerledes på grunn av sykdommen. Flere av ungdommene opplevde det urettferdig at akkurat dem hadde fått diagnosen. Omveltningen fra å være en frisk ungdom til og plutselig få en sykdom som gav ubehagelige symptomer opplevdes dramatisk. Ungdom generelt er ofte redde for følelsen av å ikke passe inn og ved å ha en kronisk sykdom i tillegg, tenker vi at det vil føles enda verre for den utsatte ungdommen.

I teorikapittelet skriver vi at noen ungdommer syntes det var skambelagt å ha sykdommen og at dem vegret seg for å behandle sykdommen i offentlighet. Videre nevner vi ulike behandlingshjelpemidler diabetikere kan benytte seg av for å gjøre hverdagen enklere. For eksempel ved bruk av sensorbasert glukosemåler og insulinpumpe. Disse hjelpemidlene gir mulighet til å redusere antall stikk og lettere skjermes sykdommen. Av erfaring har vi sett at disse hjelpemidlene for noen fungerer veldig bra, mens for andre fungerer det ikke like greit. Eksempelvis en pasient fra praksis uttrykte at en sensorbasert glukosemåler på armen synliggjorde sykdommen mer enn å måtte stikke seg i fingrene. Samtidig har vi også hørt pasienter si at en slik måler gjorde hverdagen mye enklere.

### 5.2.5 Sykepleiers rolle

Ungdom med diabetes type 1 er i jevnlig kontakt med helsevesenet for oppfølging og behandling. Vi tenker derfor at sykepleierens formidlingsevne og evne til å skape tillitt til ungdommen er avgjørende for at ungdommen skal oppleve seg forstått og ivaretatt. Harris et al. (2019, s. 336) viser til at regelmessig kontakt med helsevesenet fører til bedre sykdomshåndtering, tidlig komplikasjonsavdekking, behandlingsstart og overvåking. Perioden når barnet går fra barn til ungdom er en periode hvor dårlig kommunikasjon ofte blir et problem eller hinder for best mulig behandling og oppfølging. Vi tenker at dårlig kommunikasjon i denne fasen er uheldig, fordi ungdommen allerede er i en sårbar alder i tillegg til utfordringer knyttet til sykdommen. Teorikapittelet peker også på at ungdom i sykdomssituasjoner behøver økt støtte og veiledning fra helsepersonell. Det var også viktig at helsepersonell normaliserte hverdagen istedenfor å dramatisere sykdommen.

Husted et al. (2014, s. 2646) går inn på viktigheten av at helsepersonell må ta seg tid til å bli kjent med den enkelte ungdommen for å kunne gi individuell behandling og oppfølging. Siden ungdom ofte kan være litt egenrådige og ikke så mottakelige for voksnes informasjon, tenker vi at det er svært viktig at sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen har fokus på tilpasset kommunikasjon for best mulig samarbeid. Vi tenker også at dersom ungdommen opplever kommunikasjonen som innpåsliten og lite personrettet, vil sykepleieren ha større utfordringer med å holde ungdommen motivert for å ta kontroll over egen sykdom.

I teorikapittelet fortelles det at ungdommen ofte er innlagt på sykehus den første tiden etter diagnosen er satt. Det vil trolig være en stor påkjenning for en ungdom å være innlagt på sykehus i lengre tid. Trivselen og ivaretagelsen ungdommen opplever på sykehuset vil derfor være viktig for best mulig hverdag og situasjon hos den enkelte. Studien til Robinson (2015, s. 341) forteller at noen ungdommer i denne fasen ble plassert på voksenavdelinger hvor diabetikere med senkomplikasjoner var en del av pasientgruppen. Dette var svært uheldig og førte til at flere av ungdommene tok avstand til egen sykdom og ble redde. Vi tenker det er viktig å skåne ungdommen for dette i den sårbare fasen dem er i ved diagnosetidspunktet, for å unngå og skape unødvendig frykt. Samtidig tenker vi det er viktig at ungdommen får informasjon om eventuelle senkomplikasjoner som kan oppstå, men på en hensynsfull og pedagogisk måte.

## 6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Vi har gjennom oppgaven vår funnet at ungdom med diabetes type 1 har flere av de samme utfordringene. De følte på en urettferdighet knyttet til at dem fikk diagnosen og flere syntes det var flaut å ha en kronisk sykdom. Mange oppga å ha for dårlig kunnskap om sykdommen noe som medførte økt utrygghet blant ungdom, foreldre og lærere.

Kommunikasjonsutfordringer kombinert med ønske om en normal hverdag til tross for alvorlig sykdom var for mange vanskelig. Videre i oppgaven så vi at sykepleier spiller en stor og viktig rolle for å bidra til økt mestring hos ungdommen. Dette i form av alderstilpasset kommunikasjon, formidlingsevne, evne til å skape tillitt, trygghet, veiledning og støtte. Gjennom teori, resultater, drøfting og egne erfaringer vil vi nedenfor presentere tiltak vi anser som gjennomførbare for at sykepleier i møte med pasientgruppen kan øke følelse av mestring.

For å ivareta pasienten og gi best mulig oppfølging fra helsevesenet anser vi det som essensielt at sykepleier er bevisst på å imøtekomme pasientens individuelle behov. Konkrete tiltak kan være og innhente nødvendig data hos pasienten ved diagnosetidspunkt for å kunne møte pasienten på et personlig nivå. Nødvendige data kan være tidligere erfaringer ungdommen har med helsevesenet, familiesituasjon, tidligere sykdommer, eventuell frykt ungdommen måtte ha og generell informasjon knyttet til hvordan ungdommen håndterer motgang. Gjennom oppgaven vår har vi sett at ved å møte pasienten på et personlig nivå vil samarbeidet mellom ungdom og sykepleier fungere bedre. For at sykepleier skal kunne møte ungdom på et personlig nivå vil det være viktig at sykepleier har god formidlingsevne og klarer skape tillitt til pasienten. Et forslag kan være at ungdommen får en primærkontakt å forholde seg til, da vi gjennom forskningen også fikk inntrykk av at få helsepersonell å forholde seg til gav tryggere rammer for ungdommen. Trygghet og støtte fra sykepleier vil igjen føre til økt mestring av egen sykdom hos ungdommen.

Et annet tiltak er økt kunnskapsnivå på skolen blant lærere og elever om hva diabetes type 1 er og hvordan det er for ungdom å leve med sykdommen. Økt kunnskap blant lærere og elever vil gjennom forskning trolig føre til et tryggere og mer inkluderende miljø på skolen for ungdommen. Vi så gjennom resultatene våre at flere av ungdommene valgte å skjule sykdommen sin for andre medelever og at dem opplevde det som utrygt at lærere ikke hadde nødvendig kunnskap. Dersom helsepersonell møtte opp på skolen og informerte lærere og elever om hvilke utfordringer sykdommen kan medføre og hvilke faresignaler man bør være klar over, ville dette sannsynligvis økt følelsen av trygghet hos ungdommen. Helsepersonell

kunne også ha vist frem medisinsk utstyr som brukes i behandling for å normalisere hverdagen hos en ungdom med diabetes type 1.

Avslutningsvis vil vi legge til at økt kunnskap om diabetes til pasient, pårørende og befolkningen forøvrig fremstår nødvendig. Dette på bakgrunn av at forskningsartiklene poengterte at ungdom ofte følte seg utrygge og skjemtes over å ha sykdommen. Videre kan det være behov for mer forskning knyttet til sykepleiers perspektiv på pasientgruppen, dette fordi ut ifra våre søk fikk vi betydelig færre treff fra dette perspektivet.

## REFERANSER

Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (3. utg., s. 205-215). Akribe.

Balci, S. (2022, 01. september). Unge med diabetes type 1 vil ha helsepersonell som er personlige og støttende. Forskning.no. <https://forskning.no/barn-og-ungdom-diabetes-helsetjenester/unge-med-diabetes-type-1-vil-ha-helsepersonell-som-er-personlige-og-stottende/2068122>

Blindheim, K. & Thorsnes, S. L. (2019). Ungdom, helse og mestring. I H. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 208-224). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 129-140). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Studentlitteratur.

Harris, M., James, S., Perry, L., Lowe, J., Dunbabin, J. & Steinbeck, K. (2020). Health care professionals talking: Are services for young adults with type 1 diabetes fit for purpose? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(1), 335-342. <https://doi.org/10.1111/jep.13210>

Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (3. utg., s. 269-315). Akribe.

Holmström, M. R. & Söderberg, S. (2022). The lived experiences of young people living with type 1 diabetes: A hermeneutic study. *Nursing Open*, 9(6), 2878-2886.

<https://doi.org/10.1002/nop2.995>

Husted, G. R., Esbensen, B. A., Hommel, E., Thorsteinsson, B. & Zoffmann, V. (2014). Adolescents developing life skills for managing type 1 diabetes: a qualitative, realistic evaluation of a guided self-determination-youth intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2634-2650. <https://doi.org/10.1111/jan.12413>

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2021). *Sykdomslære*. (4. utg.). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., 133-196). Gyldendal akademisk.

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (5. utg., s. 51-82). Gyldendal akademisk.

Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (3. utg., s. 101-122). Akribe.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV 1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Robinson, E. (2015). Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence. How do young people develop a healthy understanding of diabetes? *Practical Diabetes*, 32(9), 339-344. <https://doi.org/10.1002/pdi.1986>



Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (3. utg., s. 19-73). Akribe.

Singstad, T. (2022). Å leve med diabetes type 1 er en balansekunst. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 87856, e-87856. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87856>

Skafjeld, A. & Graue, M. (2011). Innledning. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (3. utg., s. 14-16). Akribe.

Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J., & Gani, O. (2022). *Årsrapport 2021 med plan for forbedringstiltak*. Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes. [https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/03.10.2022\\_BDR%20Årsrapport%202021.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/03.10.2022_BDR%20Årsrapport%202021.pdf)

Strand, M., Broström, A., & Haugstvedt, A. (2019). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 33(1), 128-135. <https://doi.org/10.1111/scs.12611>

Søk & Skriv. (2022). *Hvordan søke systematisk*. Hentet 17. november fra <https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#problemstilling>

Torgauten, J. O. A. (2011). Følelsesmessige reaksjoner ved type 1-diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes: forebygging, oppfølging og behandling* (3. utg., s. 172-185). Akribe.

## VEDLEGG

## Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
11/11-22	Medline og Cinahl	<p>S1 «diabetes type 1» OR «typ1 diabetes» OR «diabetes mellitus type 1» OR «type 1 diabetes»</p> <p>S2 «health care professionals» OR «healthcare personnel» OR «nursing personnel»</p> <p>S3 S1+S2</p>	Peer Reviewed 2012-2022 Adolescent 13-18 years	112	112	10	4
11/11-22	Medline og Cinahl	<p>S1 «diabetes type 1» OR «diabetes mellitus type 1» OR «type 1 diabetes»</p> <p>S2 «healthcare professionals» OR «healthcare workers» OR «healthcare providers»</p> <p>S3 «coping» OR «managing»</p> <p>S4 S1 + S2 + S3</p>	Peer Reviewed 2012-2022 Adolescent 13-18 years	29	29	8	1

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
<b>Artikkel 1</b> Harris, M., James, S., Perry, L., Lowe, J., Dunbabin, J. & Steinbeck, K. (2020). <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice.</i> Australia.	Health care professionals talking: Are services for young adults with type 1 diabetes fit for purpose?	Hensikten med studien var å få større innsikt i helsepersonells erfaringer og oppfatninger i møte med unge voksne med diabetes type 1.	Helsepersonell perspektiv.	Kvalitativ metode. Tematisk analyse. Individuelle semistrukturerte intervju.	16 helsepersonell. Hvorav de fleste var registrerte sykepleiere (75%) som jobbet på ulike nivåer på tvers av storbyer og regioner.	Funn i artikkelen identifiserer muligheter for utvikling i planlegging og tilbud av spesialisert tverrfaglig helsehjelp. Dette for å sikre at ungdom med diabetes type 1 har tilgang til nødvendig helsehjelp.
<b>Artikkel 2</b> Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2019). <i>Scandinavian Journal of Caring Science.</i> Norge.	Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes	Hensikten med studien var å beskrive hvordan ungdom oppfatter overgangen fra å være avhengig av foreldrene til å styre sin egen diabetes type 1 behandling.	Pasient-perspektiv.	Kvalitativ metode. Fenomenografisk tilnærming. Individuelle semistrukturerte intervju.	18 utvalgte ungdommer i alderen 16-18 år. 7 gutter og 11 jenter.	Det kommer frem tre deskriptive kategorier. 1. Å ta ansvar for egen diabetes er en prosess. 2. Å ta ansvar for egen diabetes var avhengig av ungdommenes opplevelse av mestring. 3. Det er krevende å ta ansvar for egen diabetes.
<b>Artikkel 3</b> Rising M. H. & Söderberg, S. (2022). <i>Nursing Open.</i> Sverige.	The lived experiences of young people living with type 1 diabetes: A hermeneutic study	Hensikten med studien var å utforske og belyse de levde erfaringene til unge mennesker som lever med diabetes type 1 når det gjelder hverdagsliv og skole.	Pasient-perspektiv.	Kvalitativ metode. Hermeneutisk studie. Åpne intervju.	10 ungdommer i alderen 13-18 år. 3 gutter og 7 jenter.	Studien kommer frem til at unge menneskers hverdag ble forvandlet av sykdommen. For å hjelpe ungdommen, må både helsepersonell, lærere, rektorer og foreldre støtte og forstå situasjonen.
<b>Artikkel 4</b> Robinson, E. (2015). <i>Practical Diabetes.</i> United Kingdom.	Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence. How do young people develop a healthy understanding of diabetes?	Hensikten med studien var å få større innsikt i opplevelsen av å bli diagnostisert med diabetes type 1 i ungdomsårene, og hvilke faktorer som påvirker hvordan en ung person forstår	Pasient-perspektiv.	Kvalitativ metode. Fortolkende fenomenologisk analyse. Individuelle semistrukturerte intervju.	8 voksne i alderen 28-36 år som ble diagnostisert med diabetes type 1 i ungdomsårene.	Det kommer i studien frem at deltakerne beskrev et komplekst utvalg av følelser som minner om sorgreaksjon, inkludert følelse av forvirring, frykt og tristhet ved diagnositidspunkt. Det kom videre frem at støtte fra

		tilstanden over tid.				familie og helsepersonell over tid ga økt forståelse, aksept og trygghet hos ungdommen.
<b>Artikkel 5</b> Husted, G. R., Esbensen, B. A., Hommel, E., Thorsteinsson, B. & Zoffmann, V. (2014). <i>Journal of Advanced Nursing.</i> Danmark.	Adolescents developing life skills for managing type 1 diabetes: a qualitative, realistic evaluation of a guided self- determination- youth intervention	Hensikten med studien var å utforske og illustrere utvikling av livsferdigheter hos ungdom med diabetes type 1 når de støttes av deres foreldre og helsepersonell.	Pasient-, pårørende- og helsepersonell -perspektiv.	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.	13 ungdommer i alderen 13-18 år.	Det kommer totalt frem tre hovedfunn i studien. Det er «Å utvikle ny slektskap med helsepersonell og foreldre», «Å bli beslutningstaker i sitt eget liv med diabetes» og «Å vokse personlig».