

Anonym

Egenmestring hos ungdom med diabetes type 1

Antall ord: 7651
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

Anonym

Egenmestring hos ungdom med diabetes type 1

Antall ord: 7651
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Diabetes mellitus type 1 er en sykdom med økende forekomst. I Norge oppnår bare 29 prosent av ungdom med denne typen diabetes behandlingsmålet for sykdommen. Ungdom med diabetes står overfor en krevende oppgave når de skal bli selvstendige og må ta ansvar for diabetessykdommen. Sykepleieren spiller en sentral rolle i egenmestringen hos ungdom med diabetes type 1.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å se på sykepleierens rolle i samarbeidet mellom ungdommer med diabetes type 1 og deres foreldre. Oppgaven belyser hvordan sykepleieren kan bidra til utvikling av egenmestring hos ungdommer i overgangsfasen mot selvstendig håndtering av sykdommen.

Metode: Oppgaven er basert på en litteraturstudie, hvor det er tatt utgangspunkt i pensumlitteratur, faglitteratur og forskning. I tillegg er lovverk og sykepleieteoretikeren Dorothea Orem, inkludert for å svare på problemstillingen. Litteratursøkene er gjort i databasene Medline og Cinahl. Det er inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Ungdommene i de inkluderte studiene syntes at egenhåndtering av sykdommen var vanskelig. De beskrev et behov for mer kunnskap og informasjon om diabetes. I overgangen til å skulle ta selvstendig ansvar for diabetessykdommen opplevde ungdommene økt konflikt med foreldrene, og forverring av blodsukkerkontrollen. Balansen mellom foreldrenes involvering og oppfølging var vanskelig å finne. Sykepleieren var en viktig støttespiller for både ungdommene og foreldrene.

Konklusjon: Sykepleieren har en viktig rolle når ungdommene skal overta ansvaret for diabetesbehandlingen. Gjennom støtte og individuell tilpasset informasjon bidrar sykepleieren til utvikling av egenmestring. Foreldrene kan påvirke diabetesbehandlingen negativt. Sykepleieren må derfor støtte dem til å bli viktige ressurspersoner.

Nøkkelord: Diabetes mellitus type 1, ungdom, sykepleieutøvelse, samarbeid med foreldre, egenmestring

Abstract

Background: Type 1 diabetes mellitus is a disease with a continues rise in incidence. Among adolescents in Norway with type 1 diabetes only 29 percent achieve the treatment goal for this disease. Adolescents with diabetes are faced with a challenging task in becoming independent and to take on the responsibility for their own care. The nurse's role is central in insuring the adolescents' self-efficacy.

Aim: The purpose of the study is to examine the nurse's role in the cooperation among adolescents with type 1 diabetes and their parents. In this thesis, the nurse's ability to provide and develop self-efficacy to adolescents during the transitioning phase of gaining self-responsibility in diabetes management, are presented.

Method: The thesis is a systematic literature study, which builds on curriculum-literature, academic literature and research articles. In addition, I have included legislation, as well as the nursing theorist Dorothea Orem. The search engines used to find the articles are Medline and Cinahl, in which both qualitative and quantitative research articles are included.

Results: The adolescents in the following studies shows that managing their diabetes was difficult and expressed a need for more knowledge and information. In the process of gaining self-responsibility of the disease, the adolescents experienced increased conflict with their parents and increased blood sugar levels. The balance of the parent's involvement and managing was tough to find, thus making the nurse's supportive role important in managing the adolescent and their parents in finding a collaborative approach.

Conclusion: The nurse has an important role when the adolescents are to take over responsibility of their diabetes treatment. Through support and customized information, the nurse contributes to the development of self-efficacy. The parents can negatively impact the outcome of the treatment. Therefore, the nurse must support them into becoming an important resource.

Key Words: Diabetes mellitus type 1, adolescents, nursing, cooperating with the parents, self-efficacy

Forord

«Nå har jeg blitt så stor at jeg har begynt å forstå på en ny måte at diabetes er noe jeg skal leve med hele livet. Denne nye forståelsen har ført til at den daglige behandlingen har blitt både viktigere, mer krevende, og jeg synes veldig ofte vanskeligere. Hvordan skal jeg forholde meg til dette? Jeg føler mange ganger at det ikke er noen som egentlig forstår hvordan jeg har det.»

(Ungdom sitert i Diabetesforbundet, 2019b, s. 34)

Innhold

1.	Introduksjon	8
1.1.	Introduksjon til tema	8
1.1.1.	Sykepleiefaglig relevans	9
1.2.	Bakgrunn for valg av tema	9
1.3.	Diabetes type 1.....	10
1.3.1.	Behandlingsregime	10
1.3.2.	Langtidsblodsukker	10
1.3.3.	Hypoglykemi og truet bevissthet.....	11
1.3.4.	Hyperglykemi og senkomplikasjoner.....	11
1.4.	Kronisk sykdom i ungdomsårene	11
1.4.1.	Samspill og samarbeid	12
1.4.2.	Fra foreldrestyrt behandling til egenomsorg	12
1.5.	Mestring og kontrollmodell for sykdom	12
1.6.	Sykepleierens rolle	13
1.6.1.	Helsefremmende sykepleie	13
1.6.2.	Individuell omsorg og informasjon	13
1.6.3.	Opplæring	13
1.7.	Fra et sykepleieteoretisk perspektiv	14
1.7.1.	Dorothea Orem's sykepleieteori: Egenomsorg	14
1.7.2.	Dorothea Orem om sykepleie til ungdom	14
1.8.	Hensikt og problemstilling	15
2.	Metode.....	16
2.1.	Litteraturstudium som metode.....	16
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
2.3.	Søkeprosessen.....	17
2.3.1.	Søkestrategi.....	17
2.3.2.	Søketabell	18
2.4.	Vurdering og utvalgelse av artikler	22
2.5.	Analyse	22
3.	Resultater	24
3.1.	Artikkelmatriser	24
3.2.	Ungdommenes selvstendighet	32
3.2.1.	Utfordringer	32
3.2.2.	Egenmestring og motivasjon	32

3.3.	Foreldrenes involvering	32
3.3.1.	Foreldre som ressurs	32
3.3.2.	Foreldre til hindring	33
3.4.	Samarbeidet mellom ungdommen og foreldrene	33
3.4.1.	Å oppleve konflikt	33
3.4.2.	Tillitt og støtte i samarbeidet.....	34
3.5.	Sykepleierens rolle	34
3.5.1.	Sykepleierens tilnærming	34
3.5.2.	Kommunikasjon	34
4.	Diskusjon.....	36
4.1.	Ungdommenes vei mot selvstendighet	36
4.2.	Foreldrenes involvering	39
4.3.	Samarbeidet mellom ungdommen og foreldrene	40
4.4.	Metodediskusjon	42
4.5.	Konklusjon	43
	Referanser	44
	Vedlegg	51

Tabeller

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
Tabell 2: Søketablell	18
Tabell 3: Hovedfunn	23
Tabell 4: Artikkel A	24
Tabell 5: Artikkel B	25
Tabell 6: Artikkel C	26
Tabell 7: Artikkel D	27
Tabell 8: Artikkel E	28
Tabell 9: Artikkel F	29
Tabell 10: Artikkel G	30
Tabell 11: Artikkel H	31

1. Introduksjon

I oppgaven er diabetes mellitus type 1 omtalt som diabetes type 1. Det er denne diabetestypen jeg referer til når diabetes ikke er spesifisert.

1.1. Introduksjon til tema

Norge er et av landene i verden med høyest forekomst av diabetes type 1 (Skrivarhaug et al., 2020, s. 14). I følge den nyeste statistikken fra Barnediabetesregisteret (2020, s. 8) ble det rapportert om 410 tilfeller av nyoppdaget diabetes type 1 hos barn og ungdom i 2019. Det vanligste diagnosetidspunktet for denne kroniske sykdommen er i barne- og ungdomsårene (Wyller, 2019, s. 470). Spesielt ungdomsårene kan være en utfordrende tid. Det er også en periode hvor de fleste ungdommer naturlig ønsker å ha en viss avstand til foreldrene. Sykepleieren møter disse pasientene ved diagnosetidspunktet, ved poliklinisk oppfølging og ved senere sykehusinnleggelse. Foreldrene har her en sentral rolle, og sykepleieren må også imøtekomme deres behov for støtte og veiledning.

I 2016 kom Regjeringen med Norges første ungdomshelsestrategi, med mål om å hjelpe unge til å mestre utfordringer og leve gode liv. I overgangen fra barn til voksen må ungdom lære å ta ansvar for egen helse og ta riktige helsebeslutninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 34). Enda viktigere blir dette for ungdommer med kroniske sykdommer. Bedre egenbehandling for ungdom med diabetes er et spesifikt mål i Nasjonal Diabetesplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 2).

Det er ikke uvanlig at håndteringen av diabetessykdommen blir forverret i ungdomsårene, og det er kanskje nettopp i disse årene ungdom med diabetes og foreldrene bør samarbeide tettest. I en studie gjort i USA ble blodsukkerreguleringen forverret hos ungdommene i løpet av en ett-årsperiode. Langtidsblodsukkeret økte, og samarbeidet med foreldrene ble dårligere (Majumder et al., 2017, s. 32). Barnediabetesregisteret rapporterer om at bare 29 prosent av ungdom i Norge oppnår behandlingsmålet for langtidsblodsukkeret. En sentral årsak til dette kan skyldes frykten for hypoglykemi, som deles av både ungdommen og foreldrene (Skrivarhaug et al., 2020, s. 31).

1.1.1. Sykepleiefaglig relevans

Forekomsten av diabetes blant unge øker, og pasienter med denne sykdommen vil ha varierende grad av kontakt med helsevesenet i løpet av livet. I spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 3-8) er sykehusene lovfestet til å drive opplæring av pasienter og pårørende. Sykepleiere arbeider tett på pasienten, og vil naturlig ha et stort ansvar her. Å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen i hverdagen er en utfordring, men en svært viktig oppgave for sykepleiere (Velle et al., 2011, s. 54).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

I løpet av praksisperiodene som sykepleierstudent møtte jeg flere pasienter med diabetes type 1 og type 2. Det som gjorde størst inntrykk på meg var ungdommene med diabetes type 1. Flere av disse pasientene ble innlagt med ketoacidose og manglende motivasjon til å takle sykdommen. Jeg husker også de ungdommene som møtte opp på sin første polikliniske avtale etter diagnosetidspunktet, og ungdommene som skammet seg over høye blodsukkerverdier hver tredje måned på poliklinikken. Praksishverdagen var også preget av bekymrede foreldre, med ulik grad av engasjement og tilstedeværelse. Diabetessykepleierne var best rustet til å møte behovene til disse ungdommene og deres familier. I den forbindelse snakket jeg med flere sykepleiere som skulle ønske at de satt inne med enda mer av denne spesialkunnskapen. Som kommende sykepleier ønsker jeg å være kompetent til å møte ungdom med kroniske sykdommer, som diabetes, på en god måte. På lik linje ønsker jeg å imøtekomme foreldrenes behov for støtte og veiledning.

1.3. Diabetes type 1

Diabetes type 1 er en kronisk sykdom som innebærer at insulinproduksjonen er helt eller delvis opphørt, grunnet en autoimmun reaksjon mot betacellene i de langerhanske øyene i bukspyttkjertelen. Insulinproduksjonen reduseres parallelt med celleødeleggelsen, og symptomer vises først hos pasienten når plasmakonsentrasjonen av insulin har blitt så lav, at kroppens normale omsetning av næringsstoffer påvirkes (Wyller, 2019, s. 470). Mangel på insulin påvirker hjernens funksjoner, både akutt og i et langtidsperspektiv, dersom sykdommen ikke blir behandlet på en adekvat måte (Forsander, 2020, s. 178).

1.3.1. Behandlingsregime

Blodsukkeret skal normalt ligge mellom 4,2-6,3 mmol/l hos friske (Hagve, 2020, s. 36). Personer med diabetes skal tilstrebe et blodsukker mellom 4,0-7,0 mmol/l før måltid, og holde det under 10 mmol/l postprandialt (Helsedirektoratet, 2016). Pasienter med diabetes type 1 er totalt avhengig av insulintilførsel (Mosand & Stubberud, 2017, s. 61). Insulinbehovet er svært individuelt og blir påvirket av pasientens generelle fysiske og mentale helse, mestrings- og stressnivået, fysisk aktivitet samt pubertet (Helsedirektoratet, 2016). Insulin kan tilføres til kroppen ved hjelp av insulinsprøyter, insulinpenner eller en insulinpumpe (Mosand & Stubberud, 2017, s. 66). Ved bruk av insulinpenner tilfører pasienten hurtigvirkende- og langtidsvirkende insulin i løpet av døgnet. Med insulinpumpen avgis det kontinuerlig insulin subkutant, i tillegg til at ungdommen kan sette insulinstøt ved for eksempel måltider (Grønseth & Markestad, 2017, s. 322).

1.3.2. Langtidsblodsukker

Et av behandlingsmålene for ungdom er et jevnt og stabilt blodsukker. På polikliniske kontroller måles blodglukosen og glykolyisert hemoglobin, som også omtales som HbA1c eller langtidsblodsukker. Denne målingen gir god indikasjon på hvordan blodsukkerkontrollen har vært de siste 6-8 ukene (Mosand & Stubberud, 2017, s. 60). For ungdommer anbefales det individuelle mål med lavest mulig HbA1c uten utvikling av hypoglykemi, og uten omfattende redusert livskvalitet og sykdomsbyrde (Helsedirektoratet, 2016). Behandlingsmålet for langtidsblodsukkeret er verdier under 53 mmol/mol (DiMeglio et al., 2018, s. 106). Dette er det beste målet på blodsukkerkontroll, og den eneste variabelen som kan relateres til utvikling av senkomplikasjoner (Skrivarhaug et al., 2020, s. 78).

1.3.3. Hypoglykemi og truet bevissthet

Hypoglykemi, som er betegnelsen på lavt blodsukker, blir definert som blodsukker under 3,9 mmol/l (Borg, 2020, s. 141). Dette er en vanlig utfordring hos personer med diabetes, som kan utvikle seg til en mer alvorlig tilstand (Mosand & Stubberud, 2017, s. 76). Det er svært individuelt hvor lavt blodsukkeret kan synke før pasienten kjenner på vanlige symptomer som svette, skjelvinger, kvalme, sult, hjertebank, angst og hodepine. Tilstanden kan defineres som mild, moderat og alvorlig (Borg, 2020, s. 142). Ved mild hypoglykemi går symptomene over ved inntak av mat eller drikke, og pasienten kan håndtere situasjonen selv. Ved alvorlig hypoglykemi trenger personen bistand fra andre for å øke blodsukkeret, og kan oppleve kramper eller bevissthetstap (Mosand & Stubberud, 2017, s. 76).

1.3.4. Hyperglykemi og senkomplikasjoner

Hyperglykemi er betegnelsen på forhøyet blodsukkernivå og kan utvikle seg til ketoacidose. Dette er en fryktet komplikasjon, både ved diabetesdebut, men også ved behandlingssvikt ved kjent diabetessykdom (Forsander, 2020, s. 177). Da har blodsukkeret vært høyt over flere timer eller dager, og det kan ha samlet seg ketoner i blod og urin (Norsk barnelegeforening, 2019). Dårlig regulert diabetes og forhøyet blodsukker over tid, fører til senkomplikasjoner. Mikrovaskulære komplikasjoner omfatter retinopati, nefropati og nevropati som kan føre til diabetiske fotsår. Makrovaskulære komplikasjoner omfatter blant annet hypertensjon, hjertesykdom, slag og amputasjoner (Skrivarhaug et al., 2020, s. 78).

1.4. Kronisk sykdom i ungdomsårene

Ungdomshjernen er ikke ferdig utviklet. Ungdommer har et begrenset tidsperspektiv, og ungdomstiden er derfor preget av lite konsekvenstenkning (Syvertsen, 2021, s. 71-77). Ungdommers evne til å oppfatte og forstå avhenger av alder og kognitiv utvikling, men også av medfødte egenskaper, sosial kompetanse og opplevd stress i forbindelse med sykdomssituasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 293). De ønsker å lære av erfaring og er opptatt av å eksperimentere som en del av selvstendigjøringen (Dunning, 2014, s. 428). Det oppstår utfordringer når ungdommer begynner søker økt selvstendighet (Mertig, 2012, s. 191). Drivkraften til å ta over det selvstendige ansvaret for oppfølgingen utvikles imidlertid sent i ungdomsårene (Grønseth & Markestad, 2017, s. 182). Til tross for at enkelte ungdommer kan ha en velutviklet sykdomsforståelse (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69), tar de lite hensyn til de langsiktige konsekvensene av egen atferd (Mertig, 2012, s. 191).

1.4.1. Samspill og samarbeid

Samspill og samarbeid mellom foreldre og ungdommer er viktig i diabetesbehandlingen (Diabetesforbundet, 2019a, s. 3). Samspillet handler i stor grad om følelser og opplevelser, og samarbeidet dreier seg ofte om praktisk utøvelse. Det er viktig at samspillet mellom ungdom og foreldre er trygt for å skape et godt samarbeidsklima (Diabetesforbundet, 2021a). En forutsetning for et godt samarbeid er at forholdet mellom ungdom og foreldre er preget av forutsigbarhet og stabilitet (Diabetesforbundet, 2019a, s. 5-15).

1.4.2. Fra foreldrestyrt behandling til egenomsorg

Et sentralt mål med diabetesbehandlingen er at ungdommen skal oppnå selvstendighet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 323). Det kan være risikabelt å la ungdommer påta seg fullt ansvar for tidlig. Det er viktig at det tidlig etableres god kommunikasjon mellom ungdom og foreldre, og at oppfølgingen fra foreldrene knyttet til diabetesbehandlingen skal fortsette inn i ungdomsårene (Monaghan et al., 2015, s. 1352). Den unges engasjement i egenomsorgen øker gradvis når de modnes og problemløsende mestringsevner utvikles (Dunning, 2014, s. 426).

1.5. Mestring og kontrollmodell for sykdom

Psykologen Odd E. Havik (1989) grunnla en kontrollmodell for psykologiske reaksjoner og problemer som kan oppstå i forbindelse med somatisk sykdom. Den tar utgangspunkt i forståelsen, opplevelsen og vurderingen av sykdomssituasjonen til den enkelte pasient. Modellen til Havik beskriver tre aksepter ved kontroll som er viktig for at pasienten kan mestre og tilpasse seg konsekvensene av sykdom. I modellen presenteres kognitiv-, instrumentell-, og emosjonell kontroll hos pasienten (Havik, 1989, s. 163-164). Se vedlegg 1 for skjematisk oversikt av modellen. Målet med modellen er fremming av mestring og tilpasning, samt å forebygge og redusere negative psykiske og følelsesmessige langtidseffekter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 180).

Å ha kognitiv kontroll går ut på at ungdommen, og foreldrene, opplever sykdomssituasjonen som forutsigbar. Dette på bakgrunn av mottatt informasjon, og tilgangen på informasjon. Instrumentell kontroll innebærer at ungdommen opplever av å ha tilstrekkelig kompetanse når det kommer til problemløsning og det å nå ønskede mål. Med slik kompetanse har ungdommen mulighet til å mestre situasjonen de står i. Aspektet ved emosjonell kontroll omfatter både ungdommen og foreldrene når det kommer til muligheten av å opprettholde emosjonell likevekt knyttet til ulike sider ved sykdomssituasjonen. Havik trekker fram at informasjon, opplæring, veiledning og følelsesmessig støtte ligger til grunn for å styrke de tre aspektene av kontroll, som henger tett sammen og påvirker hverandre (Havik, 1989, s. 164-172).

1.6. Sykepleierens rolle

1.6.1. Helsefremmende sykepleie

Å bidra til å redusere opplevelsen av stress og fremme effektiv mestring er et sentralt tema knyttet til sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon (Kristoffersen, 2016a, s. 237). Å sørge for helhetlig sykepleie til ungdom med kronisk sykdom, samt til deres familie, er en kompleks oppgave som krever omfattende innsikt, kunnskap og erfaring hos sykepleieren (Grønseth & Markestad, 2017, s. 180).

1.6.2. Individuell omsorg og informasjon

I Yrkesetiske retningslinjer fremgår det at sykepleierens ansvar er å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019, punkt 2.5). Ungdommen har en lovfestet rett til brukermedvirkning og informasjon som skal være tilpasset vedkommendes ressurser som alder, modenhet og erfaring. Innholdet i informasjonen skal blant annet omfatte mulige risikoer for senkomplikasjoner og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-1 til 3-2). Individualisering som prinsipp peker på at undervisning må planlegges ut fra ungdommens situasjon, og helst også ta hensyn til individuelle behov og forutsetninger (Kristoffersen, 2016c, s. 378). På lengre sikt vil individuelle omsorg hjelpe ungdom til å ta ansvar for diabetesstyringen, som igjen vil styrke evnen til selvstendighet (Diabetesforbundet, 2019a, s. 11).

1.6.3. Opplæring

Ungdommens rett til opplæring for håndtering av diabetes, samt involveringen av foreldre, er lovfestet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8). Det er en rekke praktiske ting som må læres, blant annet å sette insulin og å måle blodsukkeret. Utover det praktiske er det viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan den enkelte ungdommen takler å ha fått en kronisk sykdom (Velle et al., 2011, s. 54). Glukosemålinger før og etter måltider er nødvendig for å finne rett dose insulin i forhold til mattype og matmengde. Pasienten må ha kunnskap om næringsinnholdet i ulike matvarer, og hvordan næringsstoffene virker inn på blodsukkeret (Mosand & Stubberud, 2017, s. 73). Sykepleieren må lære pasientene å beregne karbohydratinnholdet i maten de spiser (Dunning, 2014, s. 427).

1.7. Fra et sykepleieteoretisk perspektiv

Dorothea Orem har utarbeidet en kompleks teori om egenomsorg. Den er delt inn i egenomsorgsteori, egenomsorgssviktsteori og teorien om sykepleiesystemer (Orem, 2001, s. 143-148).

1.7.1. Dorothea Orems sykepleieteori: Egenomsorg

Orem har en sykepleietenkning som omfatter et tydelig helsefremmende perspektiv på sykepleierens rolle og funksjon (Kristoffersen, 2016b, s. 20). Orem (2001, s. 43) definerer egenomsorg som utførelsen av aktiviteter som pasienten utfører på eget initiativ for å opprettholde liv, helse og velvære. Dette omfatter også pasientens handlinger. Egenomsorgen utvikles gjennom interaksjoner med miljøet. Orem presiserer at det er viktig at sykepleieren innhenter informasjon om pasientens miljø, for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon og tilpasse hjelpen deretter. Når egenomsorgskapasiteten ikke er i balanse, oppstår det som Orem omtaler som egenomsorgssvikt. Da har personen behov for sykepleieassistanse. Sykepleieren skal arbeide etter å gjenopprette balansen mellom egenomsorgskapasiteten og egenomsorgskravene til pasienten. Orem bruker begrepet sykepleiekapasitet om kunnskapen, holdningene, evnene og egenskapene som trengs for å yte sykepleie. I følge Orem er sykepleiesystemer et begrep som omfatter interaksjoner i sykepleiesammenhenger mellom sykepleieren og pasienten. Når sykepleieren møter ungdommen i overgangen til økt selvstendighet, vil det delvis kompensere sykepleiesystemet, og det støttende og undervisende systemet være sentralt (Orem, 2001, s. 136-157).

1.7.2. Dorothea Orem om sykepleie til ungdom

Alderen til pasienten er vesentlig i alle sykepleiesituasjoner, og har en direkte betydning knyttet opp mot pasientens grad av egenomsorg. Sykepleierens handlinger kan da dreie seg om sykepleie direkte til ungdommen, eller om å hjelpe foreldrene til å gi kontinuitet i oppfølgingen (Orem, 2001, s. 372-376). Sykepleieren forholder seg til både ungdommen og foreldrene, noe som gjør sykepleierrollen kompleks. I ungdomsårene befinner pasienten seg i en rolle som avhengig, og må i følge Orem (2001, s. 375) ivaretas eller ledes av en ansvarlig voksen. Det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og ungdommen skal kommunisere tillit og pasienten skal oppleve at sykepleieren er engasjert (Orem, 2001, s. 376). Egenomsorgsbegrensninger hos ungdommer vil kunne oppstå på bakgrunn av alder, mangel på kunnskap, ferdigheter eller ressurser (Orem, 2001, s. 206).

1.8. Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien er å se nærmere på sykepleierens rolle i samarbeidet mellom ungdommer med diabetes type 1 og deres foreldre. Jeg har valgt å undersøke hvordan sykepleieren kan bidra til økt grad av selvstendighet og egenmestring hos ungdommer med diabetes.

På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleieren bidra til at ungdom med diabetes type 1 kan oppnå egenmestring av sykdommen, i samarbeid med foreldrene?»

2. Metode

2.1. Litteraturstudium som metode

Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie. Det er en beskrivelse av innhentet kunnskap, og en analyse av et utvalg av vitenskapelige artikler som finnes innenfor et bestemt tema (Thidemann, 2019, s. 79). Jeg har samlet inn eksisterende forskningslitteratur gjennom et systematisk litteratursøk, for å ha kritisk vurdert de inkluderte artiklene. Litteraturstudien skal kunne føre fram til implikasjoner for klinisk praksis (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30).

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Ungdom og tenåringer (10-22 år)- Diabetes type 1- Fagfellevurderte artikler- Tidsskriftet på nivå 1 eller 2 i NSD-publiseringsskanaler- Forskning publisert i tidsrommet 2010-2021- Artikler med engelsk eller skandinavisk språk- IMRaD-struktur- Artikler med overførbarhet til norske forhold- Etisk godkjent kvalitativ og kvantitativ forskning	<ul style="list-style-type: none">- Barn og voksne/eldre- Diabetes type 2- Ikke fagfellevurderte artikler- Forskning publisert før 2010- Artikler på fremmedspråk- Review-artikler- Studier som ikke er overførbar til norske forhold- Telemedisin og skolesykepleier/helsesøster

2.3. Søkeprosessen

2.3.1. Søkestrategi

Det ble gjort et innledende litteratursøk for å få et inntrykk av omfanget av tilgjengelig litteratur og forskning knyttet til temaet (Thidemann, 2019, s. 81). Jeg søkte da i den nordiske databasen SveMed+, til tross for at databasen ikke er oppdatert etter 2019. Jeg søkte også i sykepleien.no og leste Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Utover dette gjorde jeg meg kjent med publikasjoner fra Diabetesforbundet og Barnediabetesregisteret.

Inkluderte forskningsartikler er identifisert ved å gjennomføre et systematisk litteratursøk. Det ble søkt i Cinahl og Medline, hvor den førstnevnte databasen har et sykepleiefaglig fokus, og sistnevnte har et bredt medisinsk innhold. Valget falt på disse databasene da de var oversiktlige når det gjaldt å utføre et avansert søk. Jeg brukte direkte linker fra bibliotekets hjemmeside for å sikre meg full tilgang til innholdet i databasene. Det ble avgrenset for fagfellevurderte artikler i Cinahl. Dett ble ikke gjort i Medline, da det er en forutsetning for publisering av artikler i databasen. Jeg gjorde også et systematisk søk i SveMed+. Artiklene jeg fant her var allerede identifisert i søkene gjort i de to øvrige databasene, og er derfor ikke presentert i søketabellen.

Søkeord som ble benyttet var *Diabetes mellitus type 1, adolescents, health promotion, self-management, self-care, transition to adulthood, communication, ambulatory care facilities, parents og independence*. Jeg henviser til søketabellen hvor jeg også har brukt synonymer for enkelte av søkeordene. Jeg har støttet meg på rammeverket PICO i optimaliseringen av problemstillingen, samt i arbeidet med å identifisere aktuelle begreper og søkeord (Thidemann, 2019, s. 83, 85). Ved hjelp av PICO-skjemaet ble det tydelig hvilke søkeord jeg skulle kombinere med OR og AND. Jeg anvendte boolske kombinasjoner og inkludert både nøkkelord og emneord i søkene. I søketabellen presenterer jeg emneord med forstavelsen MH, anførselstegn samt parentes, og nøkkelord blir presentert med bare anførselstegn.

2.3.2. Søketablell

Tabell 2: Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	20.04.21	S1	(MH «Diabetes Mellitus, Type 1+») OR «Diabetes mellitus type 1»	År 2010-2021 Peer Reviewed	13 042	
		S2	«Type 1 Diabetes»		34 148	
		S3	«Diabetes type 1»		10 816	
		S4	«T1DM»		11 091	
		S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		35 526	
		S6	(MH «Adolescence+») OR «Adolescents»		360 264	
		S7	«Teenagers»		3038	
		S8	(MH «Young Adult») OR «Young Adults»		258 260	
		S9	S6 OR S7 OR S8		478 152	
		S10	(MH «Transition to Adulthood») OR «Transition to Adulthood»		1125	
		S11	«Transition»		30 134	
		S12	S10 OR S11		30 409	
		S13	(MH «Self-Management») OR «Self-management»		18 706	
		S14	(MH «Self Care+») OR «Self care»		36 590	

		S15	S13 OR S14 OR S15		40 789	
		S16	(MH «Parents+») OR «Parents»		94 934	
		S17	S5 AND S9 AND S12 AND S15 AND S16		26	3 (A, B, C)
Medline	23.04.21	S1	(MH «Diabetes Mellitus, Type 1») OR «Diabetes mellitus type 1»	År 2010-2021	27 295	
		S2	«Type 1 Diabetes»		28 271	
		S3	«Diabetes type 1»		627	
		S4	«T1DM»		4274	
		S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		38 097	
		S6	(MH «Acolescent») OR «Adolescents»		786 883	
		S7	«Teenagers»		5450	
		S8	(MH «Young adult») OR «Young adults»		851 407	
		S9	S6 OR S7 OR S8		1 188 317	
		S10	«Transition to adulthood»		1093	
		S11	(MH «Phase transition») OR «Transition»		232 247	
		S12	S10 OR S11		232 247	
		S13	(MH «Self-Management») OR «Self-management»		17 360	

		S14	(MH «Self Care») OR «Self care»		33 871	
		S15	«Self-care»		24 486	
		S16	(MH «Self-efficacy») OR «Self efficacy»		27 566	
		S17	S13 OR S14 OR S14 OR S15 OR S16		68 873	
		S18	(MH «Parents») OR «parents»		129 659	
		S19	S5 AND S9 AND S12 AND SS17 AND S18		41	2 (D, E)
		S20	«Independence»		23 401	
		S21	S17 OR S20		44 927	
		S22	(MH «Ambulatory Care Facilities») OR «Ambulatory Care Facilities»		16 936	
		S23	«Outpatient clinic»	12 445		
		S24	S22 OR S23	28 269		
		S25	S5 AND S9 AND S21 AND S24	17	1 (F)	
Medline	25.04.21	S1	(MH «Communication») OR «Communication»	År 2010-2021	295 839	
		S2	«Type 1 Diabetes Management»		123	
		S3	S1 AND S2		16	2 (G, H)

Inkluderte artikler:

- A. Strand et al. (2018). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 128-135.
- B. Babler & Strickland. (2015). Moving the Journey Towards Independence: Adolescents Transitioning to Successful Diabetes Self-Management. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 648-660.
- C. Holtz et al. (2020). Teen and parental perspectives regarding transition of care in type 1 diabetes. *Children & Youth Services Review*, 110, 104800.
- D. Ersig et al. (2016). Stressors in Teens with Type 1 Diabetes and Their Parents: Immediate and Long-Term Implications for Transition to Self-Management. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 390-396.
- E. Sullivan-Bolyai et al. (2014). Engaging Teens and Parents in Collaborative Practice: Perspectives on Diabetes Self-Management. *The Diabetes Educator*, 40(2), 178-190.
- F. Hung et al. (2020). The self-management experiences of adolescents with type 1 diabetes: a descriptive phenomenology study. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 17(14), 5132.
- G. DeBoer et al. (2017). The impact of frequency and tone of parent-youth communication on type 1 diabetes management. *Diabetes Therapy*, 8, 625-636.
- H. Rawdon et al. (2020). Parent and adolescent communication with healthcare professionals about type 1 diabetes management at adolescents' outpatient clinic appointments. *Diabetic Medicine*, 37, 785-796.

2.4. Vurdering og utvelgelse av artikler

Utvelgelsesstrategien var å lese overskrifter for å vurdere relevansen for oppgaven, for å videre lese gjennom sammendrag som jeg mente kunne være av interesse. Aktuelle artikler ble lest i fulltekst, samt kvalitetssikret ved hjelp av Helsebibliotekets (2016) sjekklister av forskningslitteratur. Jeg hadde også eksklusjonskriteriene foran meg i utvelgelsen, som var med på å sikre etisk godkjent forskning og korrekt IMRaD-struktur. Artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst ble ekskludert. Alle inkluderte artikler er på nivå 1 i NSDs register av publiseringskanaler.

I søket gjort i Cinahl fikk jeg 26 treff. Jeg utførte et tilsvarende søk med samme søkeord i Medline, og fikk 41 treff. Jeg oppdaget at noen av artiklene gikk igjen i begge søkene, og jeg endte opp med tre utvalgte artikler i Cinahl-søket, og to artikler i søket i Medline. Jeg valgte å fortsette med søket gjort i Medline, og byttet ut noen av søkeordene. Jeg fikk da 17 treff, og endte opp med å inkludere én av disse artiklene. Jeg ønsket også å se spesifikt på kommunikasjon i samarbeidet mellom ungdommen og foreldrene, og gjorde et siste søk i Medline hvor jeg fikk 16 treff. To artikler fra dette søket ble inkludert. Det er gjort et utvalg på til sammen 8 artikler. Det er inkludert én kvantitativ studie, og syv kvalitative studier.

2.5. Analyse

I følge Forsberg og Wengström (2015, s. 152) innebærer vitenskapelig analysearbeid å dele opp resultatene fra det undersøkte fenomenet i mindre tema, og undersøke dem hver for seg. Innholdet får så en ny helhet når det sammenfattes til en syntese. Til grunn for min innholdsanalyse har jeg anvendt en metode presentert av David Evans (2002, s. 24-25), som deler analyseprosessen inn i fire trinn.

Trinn 1 går ut på innsamling og utvelgelse av datamaterialet. Dette skjer på bakgrunn av inklusjonskriteriene som er satt for oppgaven. Fremgangsmåten i dette trinnet er beskrevet i de foregående kapitlene 2.2-2.4.

I **trinn 2** identifiseres hovedfunnene i hver studie gjennom gjentatt lesing av forskningsartiklene for å se detaljene og resultatene i sin helhet.

Trinn 3 går ut på å sammenligne funnene og sortere kategorier på tvers av studiene. Hovedfunnene ble kategorisert i temaer, hvor kontraster samt gjennomgående temaer ble identifisert og systematisert for sammenligning. Temaene ble videre sortert og kategorisert i undertemaer.

Tabell 3: Hovedfunn

Hovedtema	Undertema	Artikkel
Ungdommenes selvstendighet	<i>Utfordringer</i> <i>Egenmestring og motivasjon</i>	A, B, C, D, E, F, H
Foreldrenes involvering	<i>Foreldre som ressurs</i> <i>Foreldre til hinder</i>	B, C, D, E, F, G, H
Samarbeidet mellom ungdom og foreldre	<i>Å oppleve konflikt</i> <i>Tillitt og støtte</i>	A, B, C, D, E, F, G, H
Sykepleierens rolle	<i>Sykepleierens tilnærming</i> <i>Kommunikasjon</i>	A, C, E, G, H

Trinn 4 går ut på å beskrive resultatene fra artiklene systematisert og samlet for hvert hovedtema. Resultatene fra artiklene blir utdypet i kapittel 3.2-3.5.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatriser

Tabell 4: Artikkel A

Artikkel A	
Referanse	Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2018). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 33(1), 128-135.
Hensikt og formål	Hensikten med studien var å beskrive hvordan ungdommer oppfatter og opplever overgangsprosessen fra foreldrenes oppfølging av diabetes type 1, til håndtering og oppfølging av sykdommen på egenhånd.
Metode	Kvalitativ metode: Semistrukturerte intervju ble gjort med 18 utvalgte norske ungdommer (11 jenter, 7 gutter) i alderen 16-18 år. De ble rekruttert fra fem forskjellige barneavdelinger i Sør-Norge, og hadde hatt Diabetes type 1 i minst to år.
Resultat	Studien kom fram til at overgangen til at ungdommene skulle ta selvstendig ansvar var en naturlig prosess som innebar en rekke forventninger fra foreldre og helsepersonell. Ungdommene beskrev et ønske om uavhengighet jo eldre de ble. Ansvar for diabetesbehandlingen var forbundet med mestringsfølelse, men et svingende blodsukker var stressende og vanskelig å takle under overgangen til egenomsorg. Ungdommene beskrev diabetessituasjonen som en byrde, hvor ungdommene hadde en følelse av å konstant bli evaluert. Ungdommene beskrev et behov for ny kunnskap og ferdigheter.
Relevans for oppgavens problemstilling	I studien kommer det tydelig fram hvordan ungdommene opplever det å skulle ta ansvar for egen diabetes. Å være oppmerksom på ungdommers oppfatning kan sikre bedret klinisk sykepleie som støtter ungdommen og oppfyller deres behov i overgangen til å skulle overta større grad av administreringen av sykdommen sin, sammenlignet med da foreldrene bidro i større grad.

Tabell 5: Artikkel B

Artikkel B	
Referanse	Babler, E. & Strickland, C. J. (2015). Moving the Journey Towards Independence: Adolescents Transitioning to Successful Diabetes Self-Management. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 30(5), 648–660.
Hensikt og formål	Formålet med studien var å få en større forståelse av ungdoms erfaringer og utfordringer med å leve med diabetes type 1. Videre skulle dette sammenfattes og danne et teoretisk paradigme i utviklingen av fremtidige intervensjoner med ungdom med diabetes type 1.
Metode	Kvalitativ studie: Grounded theory ble brukt som metode. Det ble gjort 15 dybdeintervjuer (8 jenter, 3 gutter) i hjemmet med ungdom i alderen 11-15 år som alle hadde diabetes type 1 i Washington, USA.
Resultat	I et større arbeid med temaet har forfatterne laget en modell knyttet til begrepet normalisering av diabetes type 1, som også omfatter integreringen av sykdommen i ungdommenes liv. Normalisering av diabetes type 1 ble definert som evnen til å integrere sykdommen i hverdagen for å gjøre diabetes til en del av seg. Fase fire av denne modellen, og fokuset i studien var "Moving the Journey Towards Independence". På bakgrunn av innhentet data ble resultatene knyttet til overgangen delt inn i: overtakelse av diabetesomsorgen, opplevelse av konflikt med foreldre, og å innse at diabetes er utfordrende. Den viktigste oppgaven for ungdommer i denne fasen var å skille seg fra foreldre for å håndtere diabetes uavhengig. Ungdommer beskrev utfordringer med uavhengig omsorg og økt foreldrekonflikt, som også inkludert håndfaste ting som å glemme insulin, føle seg annerledes og føle at diabetes var en byrde i livet deres. I tillegg er det utfordrende for ungdommene å skulle sjonglere de mange ansvarsområdene på hjemmebane, på skolen og samarbeidet med foreldrene om å håndtere den kroniske sykdommen i ungdomsårene.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien konkluderte med at det å gi støtte til ungdommene i løpet av overgangsprosessen er helt avgjørende for å kunne hjelpe dem med å fullføre og følge opp diabetesoppgaver som er nødvendige for selvledelse. Dette er noe både sykepleieren, men også foreldrene kan bidra med.

Tabell 6: Artikkel C

Artikkel C	
Referanse	Holtz, B. E., Mitchell, K. M., Holmstrom, A. J., Cotten, S. R., Hershey, D. D., Dunneback, J. K., Jimenez Vega, J. & Wood, M. A. (2020). Teen and parental perspectives regarding transition of care in type 1 diabetes. <i>Children & Youth Services Review, 110</i> , 104800.
Hensikt og formål	Hensikten med studien var å beskrive og utforske ungdommers og deres foreldres perspektiver og utfordringer i overgangen fra foreldrestøtte til egenhåndtering av diabetes type 1. Dette ble gjort gjennom en transaksjonsmodell for stress og mestring.
Metode	Kvalitativ metode: Individuelle åpne semistrukturerte intervjuer designet for å undersøke overgangsprosessen med Transactional Model of Stress and Coping (TMSC) ble brukt. Det ble fokusert på temaer som arten av overgangen til selvledelse, hindringene for overgangen til selvledelse, eksisterende mestringsstrategier og kjennetegn ved kommunikasjonen mellom ungdommer og foreldre, samt med helsepersonell. Studien inkluderte 12 ungdommer (8 jenter, 4 gutter) i alderen fra 13-22 år, og ni uavhengige foreldre i Michigan, USA.
Resultat	Resultatene fra studien presenteres i lys av transaksjonsmodellen, og deles inn i primær og sekundær vurdering. Frykt ble identifisert som det primære vurderingstemaet, og den sekundære vurderingen var fokusert mot barrierer for mestring, deriblant kommunikasjon mellom foreldre og ungdommer. Ut i fra innhentet data ble det avdekket følgende mestringsstrategier: kommunikasjon med helsepersonell, sosial støtte og håndgripelig støtte.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien undersøker både ungdommers og foreldres perspektiv på utfordringer i overgangen til egenomsorg og håndtering av diabetes type 1. Temaene som ble identifisert skildrer oppfatningene til foreldre og ungdommer, og hjelper til med å forstå hva som gjør overgangsprosessen trygg og enklere for alle instanser som er involvert i diabetesbehandlingen.

Tabell 7: Artikkel D

Artikkel D	
Referanse	Ersig, A. L., Tsalikian, E., Coffey, J. & Williams, J. K. (2016). Stressors in Teens with Type 1 Diabetes and Their Parents: Immediate and Long-Term Implications for Transition to Self-Management. <i>Journal of Pediatric Nursing, 31</i> (4), 390–396.
Hensikt og formål	Hensikten med studien var å identifisere stressfaktorer, både hverdagsstress og diabetesrelatert stress, hos ungdommer med diabetes type 1 og deres foreldre relatert til den forestående overgangen til voksenlivet.
Metode	Kvalitativ metode: Semistrukturerte telefonintervju ble gjort med 15 ungdommer (11 jenter, 4 gutter) i alderen 12-18 år og dere foreldre. Deltakerne hadde hatt Diabetes type 1 i minst seks måneder. Til sammen deltok 25 foreldre (15 mødre, 10 fedre). Utvalget ble rekruttert fra en diabetesklinikk i USA.
Resultat	Den primære ungdomsstressoren knyttet til overgangen var sentrert rundt ineffektiv selvledelse perioden hvor de overtok ansvaret for diabeteshåndteringen. Foreldrenes bekymringer inkluderte umiddelbare og langsiktige negative konsekvenser av ungdommenes selvledelse. Både ungdommene og foreldrene uttrykte spesifikk bekymring om nattlig hypoglykemi og forebygging av dette. Foreldrene uttrykte også bekymring for utvikling av senkomplikasjoner.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien undersøker opplevd stress knyttet til diabetes type 1 hos både ungdommer og foreldre, og hvilke faktorer som vekker bekymring hos begge parter i overgangsprosessen fra foreldrestyrt diabetes til at ungdommen skal håndtere sykdommen på egenhånd.

Tabell 8: Artikkel E

Artikkel E	
Referanse	Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Johnson, K., Cullen, K., Jaffarian, C., Quinn, D., Aroke, E. N., Crawford, S., Lee, M. M. & Gupta, O. (2014). Engaging Teens and Parents in Collaborative Practice: Perspectives on Diabetes Self-Management. <i>The Diabetes Educator</i> , 40(2), 178–190.
Hensikt og formål	Hensikten med fokusgruppestudien var å beskrive perspektivene til ungdommer og deres foreldre knyttet til kunnskap om selvledelse og atferd, inkludert arbeidsfordeling knyttet til diabeteshåndtering og ressurser som er viktige for å håndtere sykdommen.
Metode	Kvalitativ metode: Det ble gjennomført separate fokusgruppeintervjuer for ungdommene og foreldrene. Ungdommene ble delt inn i to grupper på bakgrunn av ungdommens metabolske kontroll. Det ble gjort et målrettet utvalg på 10 ungdommer (4 jenter, 6 gutter) mellom 13-17 år som hadde hatt diagnosen i minst ett år. En gruppe ble dannet på bakgrunn av HbA1c < 8,9 (80% av deltakerne) og i den andre gruppen hadde ungdommene HbA1c > 10 (20%). 13 foreldre (10 mødre, 3 fedre) deltok.
Resultat	Ungdommene hadde varierende interesse av å lære mer om diabetes type 1 og sykdomshåndteringen. De ungdommene som hadde blitt diagnostisert i ung alder rapporterte at de ikke kjente til noe annet enn et liv med diabetes, mens de som ble diagnostisert senere, omfavnet læringsprosessen aktivt. Foreldre delte oppfatningen om at overgangen til selvledelse var en kamp, hvor det var variasjon i foreldrestilene. En liten gruppe foreldre rapporterte at "jobben" deres som foreldre var å sørge for at barnet deres ble selvstendig i diabeteshåndteringen, men følte seg presset fra helsepersonell til å utøve praktisk omsorg for å oppnå stabile blodsukkerverdier. Både foreldrene og ungdommene rapporterte at helsepersonell burde bli mindre fokusert på blodsukkernivå og fokusere mer på hele personen.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien konkluderer med at overgangsprosessen består av en rekke faktorer, er svært kompleks og involverer et samarbeid mellom ungdommer, foreldre og helsepersonell. Det er avgjørende å identifisere og erkjenne at alle de tre aktørene i samarbeidet kan ha forskjellige synspunkter på rollene, fordi det ligger forskjellige strategier til grunn for å få engasjert alle partene.

Tabell 9: Artikkel F

Artikkel F	
Referanse	Hung, L. C., Huang, C. Y., Lo, F. S. & Cheng, S. F. (2020). The self-management experiences of adolescents with type 1 diabetes: a descriptive phenomenology study. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(14), 5132.
Hensikt og formål	Hensikten med studien var å forstå erfaringene ungdommer med diabetes type 1 har knyttet til selvledelse av Diabetes type 1 i Taiwan. Dette innebar utfordringer med å oppnå god glykemisk kontroll og ungdommenes manglende forståelse av tiltak for bedre kontrollen.
Metode	Kvalitativ metode: Beskrivende fenomenologisk metode. Det ble gjennomført dybdeintervjuer med 18 ungdommer (9 jenter, 9 gutter) med diabetes type 1 i alderen 13-18 år.
Resultat	Fire temaer ble identifisert på bakgrunn av innhentet data. Dette var misforståelser angående selvadministrering av blodsukkeret, konflikt mellom å være avhengig av – og bryte bort fra foreldrehjelp for glykemisk kontroll, forstyrrelser i oppgaver knyttet til glykemisk kontroll grunnet endring i timeplan og mangel på motivasjon for å oppnå god glykemisk kontroll.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien fokuserer på ungdommenes erfaringer og opplevelser med selvledelse av sykdommen, og kommer derfor i dybden på temaet.

Tabell 10: Artikkel G

Artikkel G	
Referanse	DeBoer, M. D., Valdez, R., Chernavvsky, D. R., Grover, M., Burt Solorzano, C., Herbert, K. & Patek, S. (2017). The impact of frequency and tone of parent-youth communication on type 1 diabetes management. <i>Diabetes Therapy</i> , 8, 625-636.
Hensikt og formål	Hensikten med studien var å undersøke kommunikasjonen mellom foreldrene om ungdom med diabetes type 1 og vurdere effekten av hyppigheten og kommunikasjonstonen knyttet opp mot glykemisk kontroll. Det ble derfor utviklet et kartleggings skjema for familiekommunikasjon; Family Communication Inventory (FCI).
Metode	Kvantitativ metode: Et spørreskjema som undersøkte overholdelse av diabetes type 1, familiekonflikt og familiekommunikasjon ble gitt til 110 utvalgte ungdommer (50% fordeling mellom kjønn) i alderen 12-18 år samt deres foreldre. Utover dette ble også langtidsblodsukkeret til ungdommene innhentet. Andre kartleggings skjema som ble brukt var Diabetes Family Conflict Scale-Revised (DFCS) og Child Self-Management Scale (CSM). Datainnsamlingen ble gjennomført på et rutinemessig poliklinisk besøk i USA.
Resultat	Ungdoms- og forelder rapportert kommunikasjonsfrekvens var ikke direkte relatert til HbA1c. I stedet samsvarte større avvik mellom foreldre og ungdom om rapportert hyppighet av kommunikasjon med dårligere glykemisk kontroll og økt familiekonflikt. Når ungdommene rapporterte om større grad av positiv kommunikasjonstone, var dette assosiert med lavere HbA1c-verdier.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien undersøker forholdet mellom ungdommen og foreldrene når det kommer til kommunikasjon, overholdelse av diabetes type 1 hos ungdommen og konflikter innad i familien relatert til sykdommen.

Tabell 11: Artikkel H

Artikkel H	
Referanse	Rawdon, C., Gallagher, P., Glacken, M., Swallow, V. & Lambert, V. (2020). Parent and adolescent communication with healthcare professionals about type 1 diabetes management at adolescents' outpatient clinic appointments. <i>Diabetic Medicine</i> , 37, 785-796.
Hensikt og formål	Hensikten med studien var å identifisere måten ungdommer med diabetes type 1 og deres foreldre kommuniserer om diabetesbehandlingen med helsepersonell under polikliniske avtaler.
Metode	Kvalitativ metode: Observasjoner av konsultasjoner med 29 ungdommer (12 jenter, 17 gutter) i alderen 11-17 år og foreldrene deres ble gjort. Utvalget ble rekruttert fra to poliklinikker i Irland til en observasjonsstudie. Poliklinikkavtalene besto av flere konsultasjoner med helsepersonell (pediatrisk endokrinolog, sykehuslege, ernæringsfysiolog, diabetessykepleier og helseassistenter). Til sammen besto studien av 68 konsultasjoner som ble tatt opp på lydopptak.
Resultat	På bakgrunn av observasjonene ble det identifisert tre ulike kommunikasjonsmønstre; foreldreledet-, samarbeidende-, og ungdomsstyrt kommunikasjon. Ungdommenes involvering og deltakelse i polikliniske avtaler samsvarte ofte med ungdommens involvering i den daglige diabetesbehandlingen.
Relevans for oppgavens problemstilling	Studien identifiser foreldre- og ungdomskommunikasjon om diabetesbehandling med helsepersonell og gir et bilde over hvem av partene som engasjerer seg i klinikkammenhenger og i hvilken grad.

3.2. Ungdommenes selvstendighet

3.2.1. utfordringer

I flere av studiene ga ungdommene uttrykk for at overgangen til, og selve egenhåndteringen av sykdommen var vanskelig, utfordrende og frustrerende (Babler & Strickland, 2015, s. 650; Ersig et al., 2016, s. 394; Strand et al., 2018, s. 132; Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 188). Andre følelser som gikk igjen var bekymring, usikkerhet, håpløshet, sinne, stress og skam. Ungdommene i studien til Strand et al. (2018, s. 132) beskrev også frykt for hypoglykemi, og var den eneste studien hvor ungdommene spesifikt nevnte bekymring for senkomplikasjoner.

I studien til Ersig et al. (2016, s. 392) uttrykte ungdommene en bekymring knyttet til ineffektiv selvledelse. De synes det var svært utfordrende å være selvstendige, når foreldrene fortsatt ønsket å være involvert (Babler & Strickland, 2015, s. 650). I studien til Holtz et al. (2020, s. 4) opplevde ungdommene at foreldrene deres plaget dem angående sykdommen, og at dette startet for fullt i overgangsfasen til egenhåndtering. Ungdommene var redde for foreldrenes reaksjon på svingende blodsukkerverdier, og valgte derfor å snakke usant for å unngå reaksjoner og konflikter (Babler & Strickland, 2015, s. 654; Holtz et al., 2020, s. 3; Hung et al., 2020, s. 6).

3.2.2. Egenmestring og motivasjon

Noen ungdommer rapporterte om en følelse av stolthet når de taklet diabetesbehandling, noe som ga dem mestringfølelse (Strand et al., 2018, s. 131-133). Dette hang likevel tett sammen med følelsen av å mislykkes ved dårlige vurderinger. I studien til Hung et al. (2020, s. 7) fortalte ungdommene at de tidvis følte seg ute av stand til å oppnå forventet blodsukker. De ble da passive på bakgrunn av frykt for skyld, noe som førte til manglende motivasjon.

3.3. Foreldrenes involvering

3.3.1. Foreldre som ressurs

Ungdommene lærte diabetesrelaterte ferdigheter av foreldrene sine (Babler & Strickland, 2015, s. 652; Hung et al., 2020, s. 8). Det var også foreldrene ungdommene henvendte seg til, for å få støtte og diabetesrelaterte tips og tilbakemeldinger (Ersig et al., 2016, s. 392-294). Ungdommene erfarte at ting ble lettere når de hadde muligheten til å snakke med foreldrene om vanskelige følelser knyttet til blodsukkersvingninger (Strand et al., 2018, s. 132).

3.3.2. Foreldre til hindring

Ungdommene så på foreldrenes konstante spørsmål og oppfølging som masing (*oversatt fra engelsk*) (Babler & Strickland, 2015, s. 654; Ersig et al., 2016, s. 392; Hung et al., 2020, s. 6; DeBoer et al., 2020, s. 633; Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 187). I studien til Holtz et al. (2020, s. 4-5) kom det fram at foreldrene var klar over at de plaget ungdommene med gjentatt masing, og de uttrykte frustrasjon over ineffektiviteten av dette. I samme studie mente noen av ungdommene at foreldrene ikke var like oppmerksomme som de hadde behov for. Noen av ungdommene i studien til Babler og Strickland (2015, s. 656) skulle ønske at foreldrene deres kunne oppmuntre og anerkjenne dem, i stedet for å alltid komme med negative kommentarer.

Et dårlig forhold til foreldrene kunne ha negativ effekt på overgangsprosessen (Strand et al., 2018, s. 133). Foreldrene hadde bekymringer om helsemessige konsekvenser av ungdommens utviklingsmessige atferd og manglende evne til å ta vare på egen helse (Ersig et al., 2016, s. 392). Foreldrene i studien til Holtz et al. (2020, s. 3) rapporterte om tillitsproblemer som gjorde dem redde for ungdommens sikkerhet. Noen ungdommer oppfattet imidlertid at foreldrene ønsket å beholde det overordnede ansvaret fordi de ikke hadde tillitt til den unge (Strand et al., 2018, s. 131). Foreldrene til ungdom med diabetes opplevde mange bekymringer, hvor kortsiktige og langsiktige komplikasjoner ble spesifikt nevnt i studiene til Ersig et al. (2016, s. 393) og Sullivan-Bolay et al. (2014, s. 186).

3.4. Samarbeidet mellom ungdommen og foreldrene

3.4.1. Å oppleve konflikt

Ungdommene opplevde økt konflikt med foreldrene i overgangen til å ta selvstendig ansvar for diabetes sykdommen (Babler & Strickland, 2015, s. 654). I tilfeller hvor ungdommene og foreldrene var uenige i hvor ofte de hadde diabetesrelaterte samtaler, var forekomsten av familiekonflikter hyppigere, som viste seg å være assosiert med høyere HbA1c-verdier (DeBoer et al., 2017, s. 631). I studien til Babler og Strickland (2015, s. 650-654) var ungdommene og foreldrene uenige om hvordan foreldrene kunne stole på ungdommens egenomsorgsevne. I de tilfellene hvor ungdommen begynte å måle blodsukkeret sjeldnere, foretrakk foreldrene å gå tilbake foreldrestyring. Ungdommene uttrykte at tillitsbygging var en del av å redusere konflikt med foreldrene (Babler & Strickland, 2015, s. 650-654), og ønsket at foreldrene skulle stole på dem (Ersig et al., 2016, s. 184).

3.4.2. Tillitt og støtte i samarbeidet

Ungdommene i artikkelen til Strand et al. (2018, s. 132) beskrev at det var lettere for foreldrene å stole på dem hvis de visste at ungdommen hadde tilegnet seg nødvendig kunnskap og ferdigheter. I studien til DeBoer et al. (2020, s. 633) var lavere langtidsblodsukker assosiert med at ungdommen oppfattet kommunikasjonstonen i familien som positiv. Ungdommer som følte på manglende kommunikasjon fra foreldrene, ønsket slik støtte (Holtz et al., 2020, s. 4). Samarbeidende kommunikasjon indikerte at ungdommene og foreldrene jobbet sammen for å håndtere ungdommens diabetesomsorg (Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 184). Under polikliniske samtaler som ble kategorisert som ungdomsledet, sto ungdommene for mesteparten av diabeteshåndteringen selv, med emosjonell støtte fra foreldrene (Rawdon et al., 2020, s. 792). Flere deltakere la vekt på at det var viktig å ha en forelder i rommet, slik at de i etterkant kunne avklare uforståelige ting (Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 186).

3.5. Sykepleierens rolle

3.5.1. Sykepleierens tilnærming

Alle de kvalitative studiene omtalte hvor viktig det var at sykepleieren ga støtte til ungdommen og foreldrene. Ungdommene i studien til Holtz et al. (2020, s. 5) følte at sykepleierne hadde mer tid til dem, lyttet mer, samt prøvde å finne en plan som passet inn i livene deres. Ungdommene oppfattet sykepleierne som mer hjelpsomme enn legene (Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 187). Ungdommene trakk fram at de satt størst pris på å bli spurt om hvordan de trodde utfordringer kunne løses, framfor å bare bli fortalt hva de skulle gjøre (Ersig et al., 2016, s. 185). Ungdommenes motivasjon for å engasjere seg i egenhåndteringen av sykdommen økte når helsepersonell erkjente forbedring av langtidsblodsukkeret og berømmet innsatsen sammen med dem (Hung et al., 2020, s. 6-10).

3.5.2. Kommunikasjon

Sykepleieren bør henvende seg til ungdommen som den primære pasienten (Holtz et al., 2020, s. 5). Selv om helsepersonellet henvendte seg med spørsmål direkte til ungdommen, tok foreldrene ofte over og svarte på spørsmål (Rawdon et al., 2020, s. 790-794). I samme studie kom det fram at ungdommenes grad av deltakelse og involvering med helsepersonell i polikliniske situasjoner, ofte samsvarte med hvor mye ansvar de tok i diabetesbehandlingen. Viktig kommunikasjonsatferd hos helsepersonell var å lytte til ungdommene, hjelpe ungdommene med planlegging, hjelpe dem med å forstå hva som påvirker blodsukkerverdiene og å prøve å sette seg inn i ungdommenes situasjon (Holtz et al., 2020, s. 5). Foreldrene i studien til Sullivan-Bolay et al. (2014, s. 187) trakk fram at det var viktig at sykepleieren fokuserte på å bli kjent med ungdommen, og ikke bare på sykdommen.

Skremselspropaganda og å ha en upassende og nedlatende tone overfor ungdommene, var kommunikasjonsformer som ble oppfattet som lite nyttige (Holtz et al., 2020, s. 5). I studien til Ersig et al. (2016, s. 185) opplevde ungdommene at også foreldrene kunne bli behandlet slik, hvis foreldrene ikke var involvert nok i diabetesbehandlingen.

4. Diskusjon

Oppbygningen av diskusjonen baseres på hovedtemaene fra syntesen. Sykepleierens rolle er knyttet inn i de tre første hovedtemaene, for å besvare problemstillingen gjennom hele diskusjonen. Egne erfaringer og eksempler er anonymisert etter helsepersonelloven § 21 (1999). Følgende problemstilling skal diskuteres: «*Hvordan kan sykepleieren bidra til at ungdom med diabetes type 1 kan oppnå egenmestring av sykdommen, i samarbeid med foreldrene?*»

4.1. Ungdommenes vei mot selvstendighet

I flere av studiene uttrykte ungdommene at overgangen til egenmestring av sykdommen var utfordrende (Babler & Strickland, 2015, s. 650; Ersig et al., 2016, s. 394; Strand et al., 2018, s. 132; Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 188). Som sykepleier vil man kunne hjelpe pasienter til å sette ord på det som er vanskelig, slik at de lettere kan akseptere situasjonen de står i. Det at sykepleieren også formidler at diabetes og blodsukkerregulering er komplisert, og at mange strever, kan på mange måter være en trøst (Diabetesforbundet, 2019a, s. 13). Ved å redusere det følelsesmessige presset ungdommene står over for, vil de lettere klare å ta i bruk positive mestringsstrategier (Velle et al., 2011, s. 54). Gjennom at sykepleieren også viser interesse og nysgjerrighet i hvordan de unge pasientene synes det er å leve med diabetes, er sykepleieren på god vei til å identifisere ungdommenes behov for støtte (Strand et al., 2018, s. 128). Sykepleieren kan spørre pasienten direkte om vedkommende trenger veiledning innenfor et spesifikt område ved sykdommen, og på den måten identifisere hva. Dette er i samsvar med Orems (2001, s. 79) tanker rundt viktigheten av at sykepleieren innhenter informasjon om miljøet til pasienten. Sykepleieren får da kjennskap til pasientens situasjon, og kan tilpasse hjelpen deretter.

Utfordringer knyttet til diabetes forsvinner ikke med tiden, men varer livet ut (Diabetesforbundet, 2019a, s. 8). Mestringsstrategier, samt erfaringer og kunnskap, vil imidlertid kunne gjøre ungdommene bedre rustet til å takle livet med sykdommen. Ungdommene tilegner seg slik kunnskap gjennom erfaringer over tid. I Foreldreveilederen (Diabetesforbundet, 2019a, s. 12) kommer det fram at en forutsetning for drivkraft til å gjennomføre handlinger, er at ungdommen forstår at det er livsnødvendig å tilføre kroppen insulin. I studiene gikk det igjen at noen ungdommer unngikk å utføre diabetesrelaterte handlinger, som viser at drivkraften ikke var internalisert. Eksempler på dette var at ungdommene unngikk å spise i løpet av skoledagen, for å unngå å måle blodsukkeret. Andre gjettet karbohydratinholdet i maten de spiste og lot være å sette insulin (Babler & Strickland, 2015, s. 653; Ersig et al., 2016, s. 392; Hung et al., 2020, s. 10; Strand et al., 2018, s. 133). I følge Orem (2001, s. 146-147) vil slik unnlattelse være svikt i egenomsorgen. Ungdommen har da

behov for sykepleieassistanse for å gjenopprette balansen mellom egenomsorgskapasiteten og egenomsorgskravene. Sykepleieassistansen må i følge Orem (2001, s. 375) utøves av en ansvarlig voksen. Dette kan være en forelder eller sykepleiern. Det vil være essensielt å identifisere hvorfor ungdommen unnlater å følge opp behandlingen. Orem (2001, s. 206) ville forklart dette med egenomsorgsbegrensninger, som kan skyldes mangel på kunnskap, ferdigheter eller ressurser. En annen tenkelig forklaring kan være mangel på motivasjon hos ungdommen.

Mange ungdommer med diabetes strever med bekymringer, negative tanker og manglende motivasjon (Diabetesforbundet, u.d). Motivasjon forstås ofte som drivkraften som fører til handling, og kan deles inn i ytre og indre motivasjon. Indre motivasjon er spesielt viktig for egenmestring av ungdommenes diabetessykdom (Diabetesforbundet, 2021b). Slik motivasjon blir opprettholdt på best mulig måte når ungdommen forstår viktigheten bak oppfølgingen og behandlingen av sykdommen. I artiklene til Strand et al. (2018, s. 130) kom det fram at ungdommene ønsket å ta over ansvaret for diabetesbehandlingen. Det kan tenkes at ungdommene opplever det som motiverende at de ved å ta mer ansvar kan få større frihet i hverdagen. Her kan sykepleierens ytre motivasjon også spille en viktig rolle. Et eksempel var økt motivasjon hos ungdommen når helsepersonellet anerkjente forbedringer og god innsats (Hung et al., 2020, s. 6-10). Den ytre motivasjonen er imidlertid ofte kortvarig.

Foreldreveilederen vektlegger at det er helt nødvendig at ungdommen får kjenne på kroppen hvordan ulike situasjoner påvirker insulinbehovet og blodsukkeret (Diabetesforbundet, 2019a, s. 12). De trenger rom nok til å gjøre seg egne erfaringer for å kunne lære og bli trygge på seg selv og sykdommen. Likevel er det en forutsetning at ungdommen tilegner seg erfaringen innenfor trygge rammer. Det kan være fare for ungdommens helse hvis foreldrene ikke deltar i diabetesbehandlingen. I studien til Sullivan-Bolay et al. (2014, s. 187) var foreldrestilen til enkelte deltakere preget av å trekke seg unna. Dette var på bakgrunn av at foreldrene ville forberede ungdommene på økt selvstendighet i håndtering av sykdommen. I praksis erfarte jeg at en slik foreldrestil forårsaket dårlig blodsukkerkontroll.

Når ungdommen begynner å ta mer ansvar for egen sykdom, må de tilegne seg nødvendig kunnskap for å kunne holde blodsukkeret stabilt (Babler & Strickland, 2015, s. 650). Ungdommene beskrev et behov for å bli oppdatert om hvordan man skal håndtere utfordringene i ungdomstiden, ettersom det ofte var foreldrene som hadde mottatt informasjon og opplæring tidligere (Ersig et al., 2016, s. 392-294; Strand et al., 2018, s. 132). Disse ungdommene ønsket diabetesrelatert informasjon, som viser til at ungdommene ønsker å øke sin kognitive kontroll, i tråd med Haviks modell (1989, s. 164). De vil med økt informasjon tette kunnskapshull og sitte igjen med instrumentell kontroll, gjennom økt kompetanse (Havik, 1989, s. 165).

Diabetes er en sykdom som krever mye praktisk kunnskap. Det er også en sykdom hvor det ikke er gitt at blodsukkeret blir stabilt, til tross for at man håndterer blodsukkeret etter alle anbefalinger. Dette stiller krav til ungdommens emosjonelle kontroll. I studien til Rawdon et al. (2020, s. 792) var foreldrene til stede under polikliniske samtaler, selv om ungdommen styrte kommunikasjonen med helsepersonellet og håndteringen av sykdommen. Foreldrene var med for å gi emosjonell støtte. Både foreldrene og sykepleieren kan ved hjelp av tilstedeværelse og støtte bygge oppunder ungdommens emosjonelle kontroll.

Ungdommene i studiene hadde positive erfaringer i møte med sykepleierne (Holtz et al., 2020, s. 5; Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 187). De satt pris på at sykepleieren utfordret dem i problemløsning, og la opp til at de måtte reflektere over hvordan utfordringer kunne løses. Ungdom søker gjerne forklaringer på hvorfor ting må gjøres på bestemte måter, og foretrekker dette framfor å bare bli fortalt hva de skal gjøre. Når sykepleieren kan gi ungdommene gode svar på spørsmålene deres, vil det skape trygghet og ungdommene vil med økt kunnskap lettere lytte til hva foreldrene sier (Diabetesforbundet, 2019a, s. 8). I praksis opplevde jeg at ungdommene ved økt forståelse oppfattet foreldrenes oppfølging som mindre frustrerende. På bakgrunn av dette kan det tenkes at konflikter mellom ungdommen og foreldrene vil kunne reduseres ved målrettet kommunikasjon.

Grunnet ungdommers begrensede tidsperspektiv kan trolig kortsiktige mål være mest effektivt og håndterbart. Hjernen til ungdommene er fremdeles under utvikling, noe som kan forklare hvorfor mange ungdommer ikke klarer å se alvoret i konsekvensene av hyperglykemi over tid. Ungdommene i studien til Hung et al. (2020, s. 6) overså konsekvensene av nettopp dette. Det var fordi de ikke kjente symptomer på hyperglykemi, i motsetning til ubehaget de opplevde ved hypoglykemi. Foreldrenes konstante påminnelser om at blodsukkeret ikke må være for høyt, kan også være en årsak til at ungdommene ikke forholdt seg til konsekvensene av hyperglykemi. Både foreldrene og ungdommene uttrykte spesifikt bekymring for nattlig hypoglykemi (Ersig, 2016, s. 393). Sykepleieren kan snakke med ungdommen om sykdommen for å kartlegge kunnskapsnivået. Det er viktig at sykepleieren avlaster foreldrene i informasjonsutvekslingen når det kommer til blant annet hypo- og hyperglykemi.

I to av studiene kom det fram at ungdommene stilte diabetesrelaterte spørsmål til foreldrene, istedenfor å henvende seg til sykepleieren. En mulig forklaring på dette kan være at ungdommene ikke føler seg trygg på relasjonen til sykepleieren. Orem (2001, s. 376) vektlegger at det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleieren og pasienten skal kommunisere tillit, noe som det da kan ha vært mangel på. Jeg har erfart gjennom praksis at sykepleierne ikke alltid er flinke til å åpne opp for at ungdommen kan stille spørsmål. Sykepleieren må vise interesse for pasientens situasjon, for å bygge tillitt og en god relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 290). Dette kan være lettere å gjennomføre på en barneavdeling sammenlignet med voksenavdeling, grunnet tettere oppfølging.

4.2. Foreldrenes involvering

For ungdommen er det viktig at foreldrene framstår som engasjerte ressurspersoner, men slik er det ikke alltid. I studien til Babler & Strickland (2015, s. 650) kunne foreldrenes store ønske om å være involvert få motsatt virkning. Ungdommene mistet da motivasjon og ønsket om å ta ansvar for egen diabetes grunnet foreldrenes konstante påminnelser. I studien til Holtz et al. (2020, s. 4) så de yngre ungdommene ingen nytte i foreldrenes tette oppfølging. De eldre ungdommene var imidlertid takknemlig for foreldrenes tidligere engasjement, selv om de på den tiden opplevde foreldrenes tette oppfølging som frustrerende. Dette viser at ungdommene utviklet modenhet med tiden. Dette stemmer ikke overens med erfaringene jeg gjorde meg i praksis. Jeg opplevde ofte at de eldste ungdommene var mest frustrert over foreldrenes involvering.

Uansett utviklingsstadiet til ungdommen er det viktig at foreldrenes framtoning må kommunisere støtte, omsorg og et ønske om å hjelpe. Dette kan være utfordrende når forelder er bekymret og preget av stress. I studien til Babler & Strickland (2015, s. 656) utalte ungdommene at foreldrene alltid kom med negative kommentarer. De skulle heller ønske at foreldrene kunne oppmuntre og anerkjenne dem i større grad. Foreldrene kan oppleve det som positivt å motta anerkjennelse fra sykepleieren når det gjelder mestring, motivasjon og bearbeidelse av følelser (Diabetesforbundet, 2019a, s. 6). Kanskje vil foreldrene lettere kunne vise respekt og anerkjennelse overfor ungdommen, hvis de også føler seg sett og ivaretatt. Som sykepleier bør man bevisst observere samspillet i familien, for å kunne komme med oppmuntrende tilbakemeldinger til begge parter. Det vil kunne bedre samarbeidet.

Mine erfaringer fra praksis er at foreldrene ofte kan avbryte ungdommen i samtaler med sykepleieren, og ta over styringen i polikliniske situasjoner. Dette samsvarer med funn i studien til Rawdon et al. (2020, s. 790-794). Det er viktig at sykepleieren har en plan for dialogen, og leder samtalen (Diabetesforbundet, 2019a, s. 8). Jeg har erfart at sykepleiere ikke alltid er flinke nok til dette, og selv kjent på kroppen hvor lett det er å bli engasjert i det foreldrene forteller. Det er viktig å huske at ungdommen er hovedpersonen. Ofte vil det være hensiktsmessig at sykepleieren har separate samtaler med ungdommen og foreldrene for å identifisere de ulike partenes tanker og utfordringer (Diabetesforbundet, 2019a).

I Foreldreveilederen fremgår det at sykepleieren skal oppfordre foreldrene til å være åpne, ikke-dømmende og nysgjerrige i møte med ungdommen (Diabetesforbundet, 2019a, s. 9). Da er det viktig at sykepleierens væremåte ikke signaliserer det motsatte. Ungdommene i studien til Holtz et al. (2020, s. 5) opplevde at sykepleierne hadde en nedlatende framtoning hvor de skremte ungdommene med utviklingen av senkomplikasjoner. Sykepleierne i studien til Ersig et al. (2016, s. 185) kunne ha en lignende oppførsel overfor foreldrene, når ungdommenes blodsukker var dårlig regulert. Dette går i mot sykepleierens pedagogiske funksjon (Tveiten, 2008, s. 31), og vil kunne svekke ungdommen og foreldrenes tillitt til helsevesenet.

Et annet aspekt som var til hinder for ungdommenes selvstendighet, var når graden av foreldrenes involvering ikke samstemte med forventningene og behovene til ungdommen. Noen av ungdommene opplevde at foreldrene var involvert i mindre grad enn de skulle ønske (Holtz et al., 2020, s. 4-5). Dette illustrerer hvor vanskelig det kan være å finne en riktig balanse i samarbeidet. Derfor er dette et relevant samtaleemne som sykepleieren kan hjelpe ungdommene og foreldrene til å reflektere over.

4.3. Samarbeidet mellom ungdommen og foreldrene

Ungdommen og foreldrene må hver dag samarbeide om den krevende oppgaven det er å regulere blodsukkeret og insulinmengden (Diabetesforbundet, 2019a, s. 3). I tillegg omfatter diabetes en rekke andre aspekter enn å bare skulle ta vurderinger knyttet til behovet for insulin. Foreldrene, men også sykepleieren, kan være veldig fokusert på det praktiske knyttet til diabetessykdommen. Det praktiske rundt sykdommen er grunnleggende, men i følge Evaluering av nasjonal diabetesplan (Diabetesforbundet, u.d) er det viktig at sykepleieren i større grad har en holistisk tilnærming til hvordan leve med diabetes. Det samsvarer med essensen i helhetlig sykepleie. Dette underbygges også av Orem's forståelse av at sykepleie handler om å bidra til at ungdommen oppfyller egenomsorgskravene (Orem, 2001), som omfatter sykepleierens fysiske og psykiske støtte til ungdommen (Hansen et al., 2016).

Foreldreveilederen foreslår at sykepleieren skal sette ord på at samarbeidet mellom foreldre og ungdommen kan være utfordrende (Diabetesforbundet, 2019a, s. 5). En vesentlig endring etterhvert som ungdommen blir eldre, er at evnen til refleksjon blir bedre. Foreldre og ungdommen blir da i bedre stand til å reflektere sammen (Diabetesforbundet, 2019a, s. 13). Det er derfor viktig at familien får muligheten til å diskutere selvledelse og overgangsfasen under samtaler på poliklinikken (Sullivan-Bolay et al., 2014, s. 189). Derfor må foreldre og sykepleiere oppmuntre til, og legge til rette for, en gradvis overtakelse av egenomsorgen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 182). Samtidig vil det også være helt sentralt at sykepleieren har individuelle samtaler med begge parter. I individuelle samtaler kan det være nyttig at sykepleieren styrer samtalen inn på partenes tanker, reaksjoner og følelser som ofte vil være forskjellig.

Barneombudet (2014, s. 14) anbefaler at ungdom bør få alenetid på legevisitt og kontroller hvor foreldrene følger dem. Min erfaring fra praksis er at ungdommene blir mer ærlige og finner større ro uten foreldrene til stede, spesielt når samtaleemnene er relatert til pubertet, seksualitet, alkohol og rus. Dette stemmer overens med funn i studien til Hung et al. (2014, s. 6), hvor ungdommene skjulte slik atferd for foreldrene sine. En-til-en oppfølging fra sykepleieren kan bidra til økt egenomsorg og mestring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 35). I individuelle samtaler med foreldrene kan det være relevant at sykepleieren hjelper foreldrene med å flytte fokuset fra negativ oppmerksomhet, til oppmuntrende og støttende tilbakemeldinger (Babler & Strickland, 2015, s. 659).

Som tidligere nevnt opplevde ungdommene overgangen til egenomsorg som vanskelig, noe foreldrene også kjenner på (Babler & Strickland, 2015, s. 647; Strand et al., 2018, s. 133). Ungdommene og foreldrene trenger kontinuerlig støtte av helsepersonell for å definere og omdefinere hverandres roller i overgangsperioden (Strand et al., 2018, s. 133). Følelser er viktige når det kommer til å skulle bli selvstendig i diabeteshåndteringen (Babler & Strickland, 2015, s. 656). Sykepleieren bør oppfordre foreldrene til å forsøke å skille mellom ungdommens og egne følelser. Dette er viktig da det er de som må hjelpe ungdommen med å håndtere sykdommen hjemme (Diabetesforbundet, 2019a, s. 7). Dette blir imidlertid vanskelig for foreldrene hvis ungdommene snakker usant angående blodsukkeret sitt. Når ungdommen unnlater å fortelle foreldrene at blodsukkeret periodevis er vanskelig å regulere, får de ikke støttet ungdommen. Det er enklere for ungdom å fortelle hvordan de har det, hvis de ikke trenger å være redd for foreldrenes negative reaksjoner (Diabetesforbundet, 2019a, s. 9).

Kommunikasjonen med sykepleieren er viktig og nødvendig for at familien skal takle overgangen til egenomsorg på en god måte. Foreldrenes bekymringer for ungdommen og tidvis mistillit påvirket ungdommens følelse av kontroll, som resulterte i usikkerhet i overgangsperioden. Dette førte ofte til dårlig kommunikasjon innad i familien (Holtz et al., 2020, s. 6). I studien til DeBoer et al. (2017, s. 631) var et godt regulert blodsukker knyttet til en positiv tone i kommunikasjonen mellom ungdommen og foreldrene, og assosiert med mindre opplevelse av familiekonflikt. Samarbeidet og ansvarsfordelingen for gjennomføringen av behandlingen blir derfor et viktig og tilbakevendende tema gjennom ungdomsårene (Diabetesforbundet, 2019b, s. 35).

4.4. Metodediskusjon

Som utgangspunkt for hvordan skrive en litteraturstudie har jeg brukt Thidemann (2019), Forsberg og Wengström (2015), Dalland (2020) samt Evans (2002). En styrke ved oppgaven er at det ble søkt i flere databaser, og at alle artiklene er publisert innen de siste syv årene. Jeg har valgt å inkludere flest kvalitative studier, da dette er et studiedesign som passer godt for å belyse ungdommenes og foreldrenes erfaringer og tanker rundt samarbeidet om egenmestring. Det er likevel en svakhet at kvalitative studier har et begrenset utvalg, hvor funnene spesifikt gjelder for den undersøkte populasjonen.

Jeg vil anse Orems sykepleieteori og Haviks kontrollmodell som en styrke for oppgaven, da slike teorier kan hjelpe sykepleiere til å forstå pasientenes reaksjoner og behov. Når nyere forskning blir knyttet opp mot dette, kan sykepleieren planlegge kunnskapsbaserte intervensjoner. Det har i imidlertid blitt brukt noe sekundærlitteratur i oppgaven, som kan være en svakhet da slikt datamateriale kan være fortolket. Ved gjennomlesning av artiklene, og i analyseprosessen ble alle artiklene lest på engelsk, og det er derfor en fare for at deler av innholdet kan ha blitt misforstått eller tolket feil.

Det ble inkludert tre perspektiver i oppgaven, på bakgrunn av at jeg ønsket å undersøke hvordan sykepleieren kan bidra til et godt samarbeid i selvstendigjøringen til ungdommen. Dette kan ha gjort oppgaven tidvis uoversiktlig. En svakhet ved oppgaven er at artiklene som er inkludert ikke direkte undersøker sykepleieres erfaringer. På bakgrunn av ordbegrensningen har jeg vært nødt til å utelukke flere vinklinger og synspunkter som kunne beriket diskusjonen.

En annen svakhet er at det er inkludert en artikkel fra Taiwan og en fra Irland. Jeg sammenlignet funnene med funn fra studier gjort i Norge, og fant ut at de var generaliserbare. Studier fra andre land bidra til økt flerkulturell kompetanse hos sykepleieren.

4.5. Konklusjon

Hensikten med oppgaven har vært å se nærmere på hvordan sykepleieren kan bidra til utvikling av egenmestring hos ungdommer med diabetes type 1, i overgangen til at de skal ta selvstendig ansvar for sykdommen.

For å kunne ta selvstendig ansvar og lykkes med det, trenger ungdommene erfaring, kunnskap og ferdigheter. Foreldre og sykepleieren er viktige støttespillere i overgangen. Ungdommenes egenmestring er avhengig av at foreldrene trekker seg unna. Dette må likevel skje til riktig tid og under kontrollerte forhold. Målet vil være å få foreldrene til å være trygge omsorgspersoner som klarer å gi slipp på kontrollen, slik at ungdommene får spillerom til utvikling og løsrivelse. Gjennom at sykepleieren både støtter ungdommen og foreldrene i selvstendighetsprosessen, vil dette kunne bidra til et godt samarbeid innad i familien, slik at ungdommene kan bli selvstendige i sitt liv og sin hverdag, på lik linje med friske ungdommer. Det er viktig at sykepleieren identifiserer en motivasjon hos ungdommene, og gir vedkommende verktøyene som trengs for å mestre sykdommen på best mulig måte. Sykepleieren kan hjelpe ungdommen og foreldrene til å finne en balanse i samarbeidet slik at foreldrene blir en ressurs for ungdommen. Når ungdommen tilegner seg mer erfaring, er sykepleierens viktige rolle å motivere ungdommen til å benytte seg av egne ressurser inn i oppfølgingen på voksenavdeling.

Avslutningsvis vil jeg trekke fram at de nyeste tallene fra Norsk diabetesregister for voksne viser at 30 prosent av denne pasientgruppen oppnådde målet for langtidsblodsukkeret (Løvaas et al., 2020, s. 2). Sett opp mot implikasjoner for sykepleie, er det viktig at unge med diabetes så tidlig som mulig får implementert sykdommen i hverdagen, og tilegner seg tilstrekkelig kunnskap og erfaring for å klare å håndtere et svingende blodsukker. Som statistikken viser er det ikke gitt at ungdommene oppnår bedre behandlingsresultater selv om de blir eldre. Det er derfor helt essensielt at sykepleieren vier ungdom med diabetes stor oppmerksomhet, slik at senkomplikasjoner forebygges tidlig og at ungdommene får de beste forutsetningene for å takle livet med diabetes. Jeg vil se mer av standardisert kartlegging som ikke går på bekostning av pasientens behov for individuell sykepleie.

Referanser

- Babler, E. & Strickland, C. J. (2015). Moving the Journey Towards Independence: Adolescents Transitioning to Successful Diabetes Self-Management. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(5), 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.06.005>
- Barneombudet. (2014). *Helse på barns premisser: Barneombudets Fagrapport*. Hentet 10.05.2021 fra https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/Helse_pa_barns_premisser.pdf
- Biermann, K. U. (1996). *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori: en innføring*. Høgskolen i Oslo.
- Borg, H. (2020). Hypoglykemi. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (141-148). Studentlitteratur AB.
- DeBoer, M. D., Valdez, R., Chernavsky, D. R., Grover, M., Burt Solorzano, C., Herbert, K. & Patek, S. (2017). The impact of frequency and tone of parent-youth communication on type 1 diabetes management. *Diabetes Therapy*, 8, 625-636. <https://dx.doi.org/10.1007/s13300-017-0259-2>
- Diabetesforbundet. (2019a). *Samspillet mellom barn og foreldre om diabetesbehandlingen: Veileder for helsepersonell*. Hentet 16.05.21 fra https://www.diabetes.no/contentassets/4a92429e39184c7b92de78da46ed528f/fv_veileder_hp_publiceringsklar_enkel.pdf

- Diabetesforbundet. (2019b). *Samspeilet mellom barn og foreldre om diabetesbehandlingen*. Hentet 16.05.21 fra https://www.diabetes.no/globalassets/barn/foreldreveiledning_digital_enkel.pdf
- Diabetesforbundet. (2021a). *En ny veileder skal hjelpe helsepersonell: Hvordan gjøre barn og foreldre trygge på diabetesen?* Hentet 05.05.2021 fra <https://www.diabetes.no/for-helsepersonell/nyheter-for-helsepersonell/ny-veileder-skal-hjelpe-helsepersonell-hvordan-gjore-barn-og-foreldre-trygge-pa-diabetesen/>
- Diabetesforbundet. (2021b). *Hverdagsmestring*. Hentet 22.05.21 fra <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/livet-med-diabetes-type-1/hverdagsmestring/>
- Diabetesforbundet. (u.d). *Evaluering av Nasjonal diabetesplan 2017-2021: Et løft for diabetesbehandlingen*. Hentet 13.04.2021 fra <https://www.diabetes.no/contentassets/01880a18ef9841678778daf2dd71cd7a/et-loft-for-diabetesbehandlingen.pdf>
- DiMeglio, L. A., Acerini, C. L., Codner, E., Craig, M. E., Hofer, S. E., Pillay, K. & Maahs, D. M. (2018). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Glycemic control targets and glucose monitoring for children, adolescents, and young adults with diabetes. *Pediatric diabetes*, 19 Suppl 27, 105–114. <https://doi.org/10.1111/pedi.12737>
- Dunning, T. (2014). *Care of people with diabetes: a manual of nursing practice* (4. utg.). Wiley-Blackwell.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Ersig, A. L., Tsalikian, E., Coffey, J. & Williams, J. K. (2016). Stressors in Teens with Type 1 Diabetes and Their Parents: Immediate and Long-Term Implications for Transition to Self-Management. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 390–396.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.012>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–26.

Forsander, G. (2020). Diabetes hos barn och ungdom. I M. Landin-Olsson (Red.), *Diabetes* (175-179). Studentlitteratur AB.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.

Hagve, T.-A (Red.). (2020). *Undersøkelser ved sykdom* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Hansen, J., Lyngvær, E. K. & Grønning, K. (2016). Gode erfaringer med brukermedvirkning. *Sykepleien*, 104(11).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59391>

Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov? *Nordisk psykologi*, 41(3), 161-176.
<https://doi.org/10.1080/00291463.1989.10636970>

Helsebiblioteket (2016). *Sjekklistor*. Hentet 01.05.21
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2016, sist faglig oppdatert 16.03.21). *Nasjonalt faglig retningslinje for diabetes*. Helsedirektoratet. Hentet 01.05.21 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). #Ungdomshelse. *Regjeringens strateg for ungdomshelse 2016-2021*. Hentet 10.05.21 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nasjonal Diabetesplan 2017-2021*. Hentet 13.04.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet 05.04.21 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Holtz, B. E., Mitchell, K. M., Holmstrom, A. J., Cotten, S. R., Hershey, D. D., Dunneback, J. K., Jimenez Vega, J. & Wood, M. A. (2020). Teen and parental perspectives regarding transition of care in type 1 diabetes. *Children and Youth Services Review, 110*, 104800. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104800>

Hung, L. C., Huang, C. Y., Lo, F. S. & Cheng, S. F. (2020). The Self-Management Experiences of Adolescents with Type 1 Diabetes: A Descriptive Phenomenology Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(14), 5132. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145132>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, J. N. (2016a). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 237-293). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, J. N. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-64). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2016c). Å styrke pasientens ressurser: Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-400). Gyldendal Akademisk.
- Levy, D. (2011). Oxford Diabetes Library: Type 1 diabetes (2. utg.). Oxford University Press.
- Løvaas, K. F., Madsen, T. V., Ueland, G. Å., Sandberg, S. & Cooper, J. (2020). *Årsrapport 2019 med plan for forbedringstiltak*. Norsk diabetesregister for voksne. Hentet 01.04.21 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/register/diabetes/norsk-diabetesregister-voksne>
- Majumder, E., Cogen, F. R. & Monaghan, M. (2017). Self-Management Strategies in Emerging Adults With Type 1 Diabetes. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 31(1), 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.01.003>
- Mertig, R. G. (2012). *Nurses' guide to teaching diabetes self-management* (2. utg.). Springer Publishing Company.
- Monaghan, M., Clary, L., Mehta, P., Stern, A., Sharkey, C., Cogen, F. R., Vaidyanathan, P. & Streisand, R. (2015). Checking In: A Pilot of a Physician-Delivered Intervention to Increase Parent-Adolescent Communication About Blood Glucose Monitoring. *Clinical pediatrics*, 54(14), 1346–1353. <https://doi.org/10.1177/0009922815581833>

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie – bind 2* (5. utg., s. 51-82). Gyldendal Akademisk.

Norsk barnelegeforening (2019). *Veileder i akutt pediatri: Diabetisk ketoacidose*. Hentet 11.05.21 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6508&key=150327>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 18.04.21 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6. utg.). Mosby.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 05.04.21 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Quierós, P., Vidinha, T. & Almeida Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência IV*(3). 157-163. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

Rawdon, C., Gallagher, P., Glacken, M., Swallow, V. & Lambert, V. (2020). Parent and adolescent communication with healthcare professionals about type 1 diabetes management at adolescents' outpatient clinic appointments. *Diabetic Medicine*, 37, 785-796. <https://dx.doi.org/10.1111/dme.14075>

Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. & Osman, G. (2020). *Årsrapport 2019 med plan for forbedringstiltak*. Barnediabetesregisteret. Hentet 01.04.21 fra <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Barnediabetesregisteret/%C3%85rsrapport%202019.pdf>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (LOV-1999-07-02-61). Hentet 05.04.21 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2018). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 128-135.

<https://doi.org/10.1111/scs.12611>

Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Johnson, K., Cullen, K., Jaffarian, C., Quinn, D., Aroke, E. N., Crawford, S., Lee, M. M. & Gupta, O. (2014). Engaging Teens and Parents in Collaborative Practice: Perspectives on Diabetes Self-Management. *The Diabetes Educator*, 40(2), 178–190. <https://doi.org/10.1177/0145721713520568>

Syvvertsen, M. R. (2021). *Menneskehjernen: Farlig og fantastisk*. Strawberry Publishing.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget.

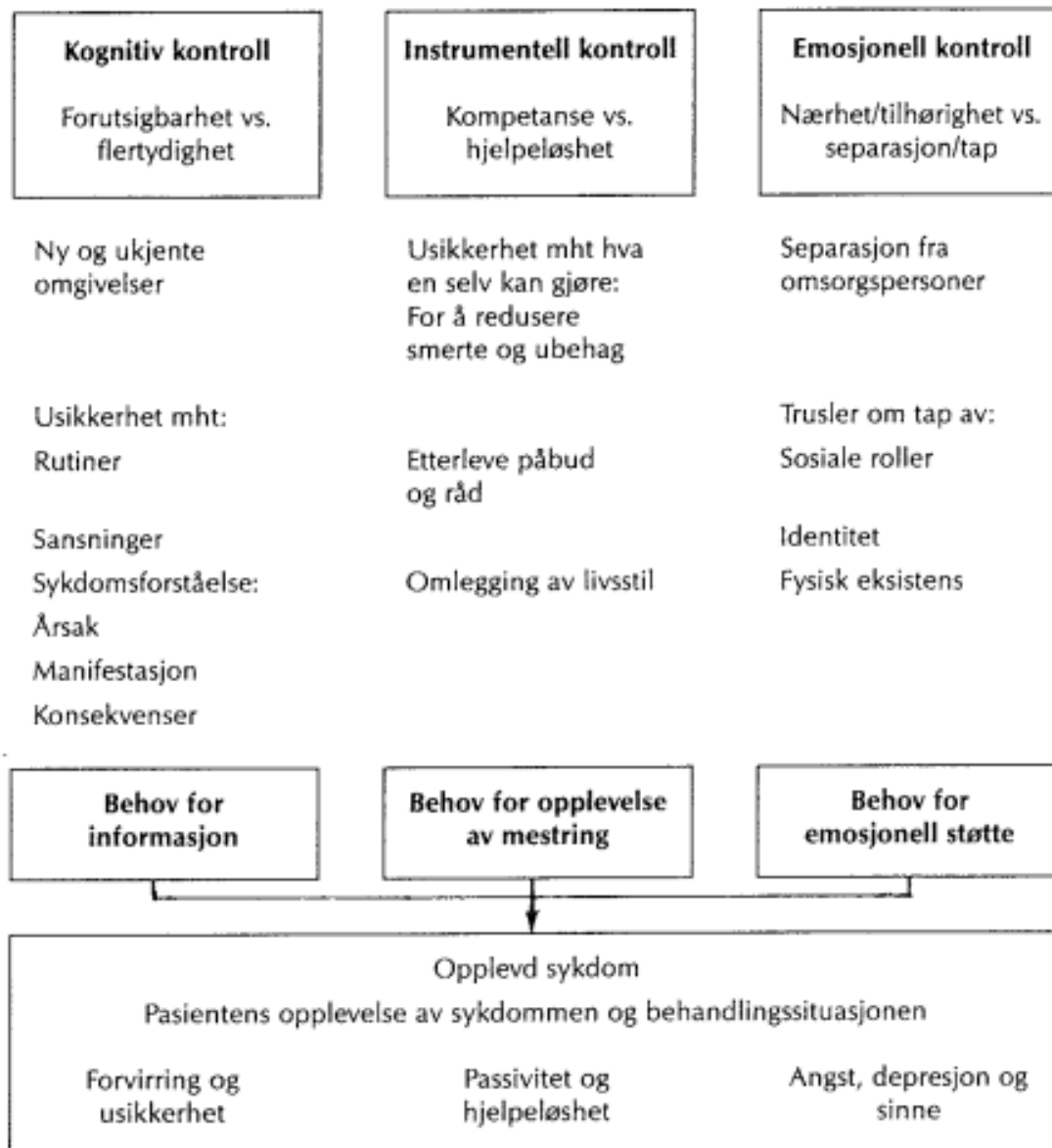
Velle, E. O., Bjarkøy, R. Ø. & Graue, M. (2011). Å mestre diabetes kan lærast: Pasienter med nyoppdaga diabetes type 1 treng støtte og vegleing frå sjukepleiar ved debut av sjukdommen. *Sykepleien*, 99(1), 54-56.

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0029>

Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Kontrollmodell for psykologiske reaksjoner i forbindelse med somatisk sykdom

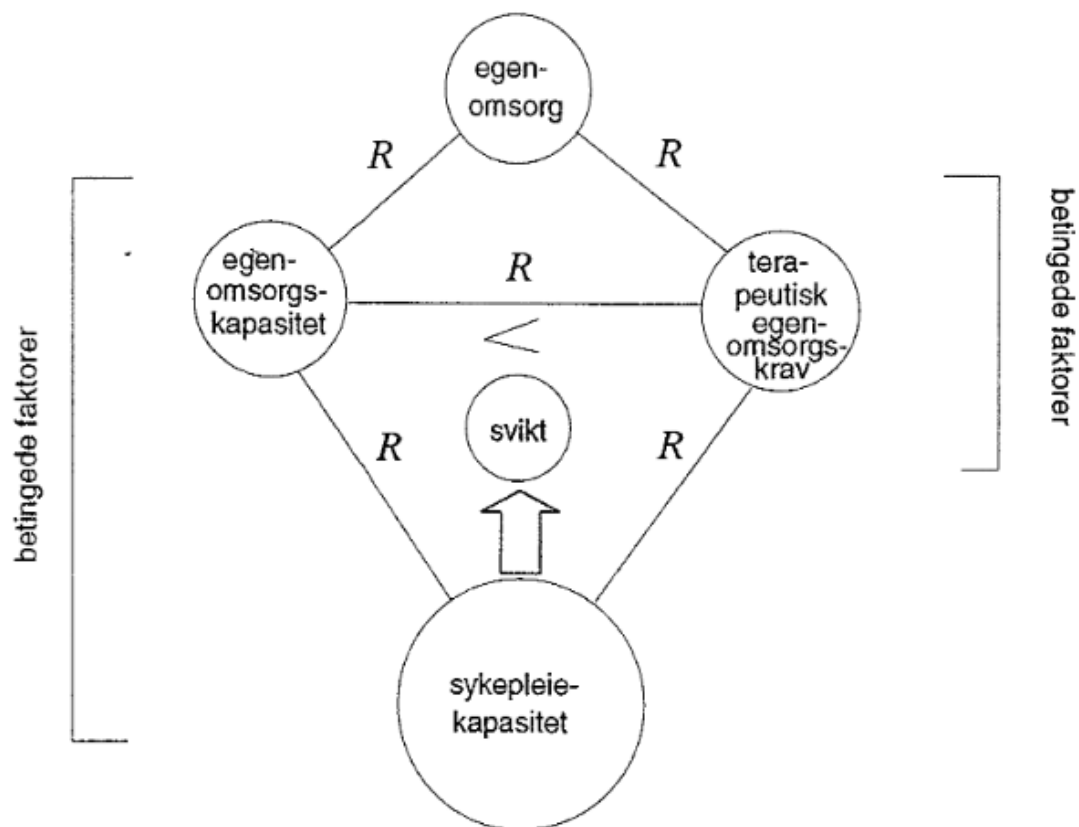


(Havik, 1989, s. 164)

Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov? *Nordisk psykologi*, 41(3), 161-176.

<https://doi.org/10.1080/00291463.1989.10636970>

Vedlegg 2: Skisse over Dorothea Orems sykepleieteori



(Orem, 2001, s. 491; Biermann, 1996, s. 4)

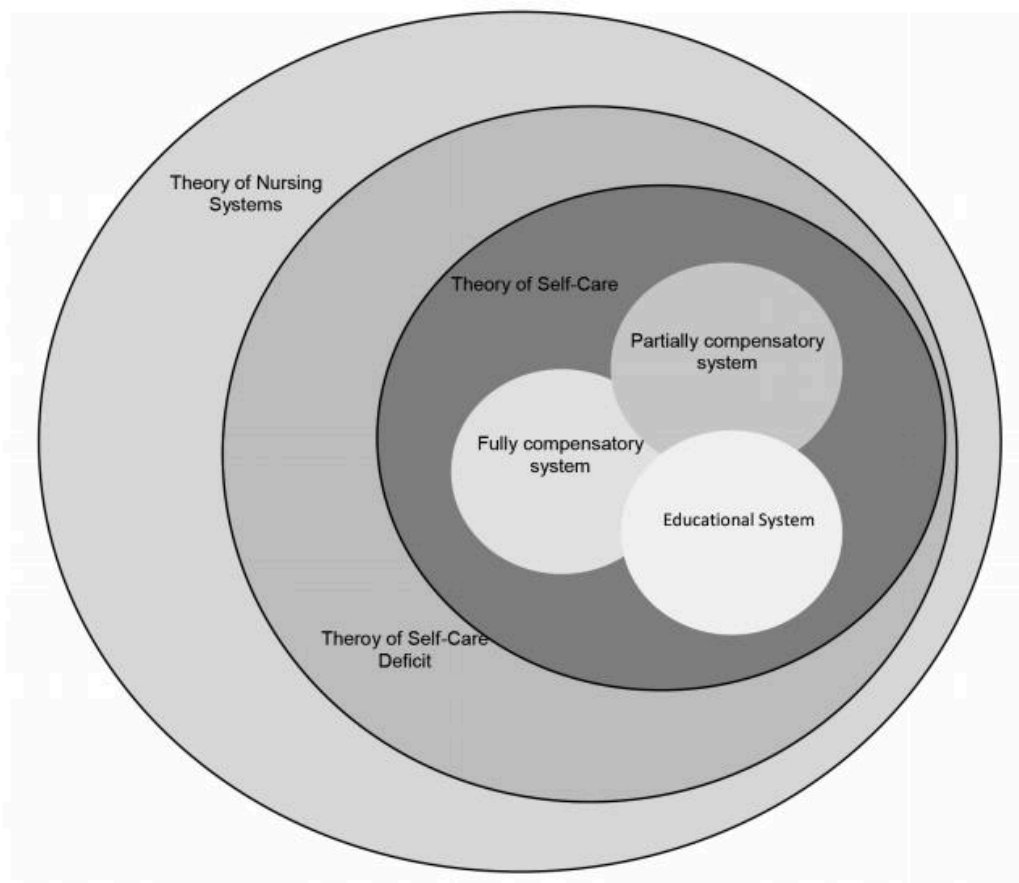
Originalskisse:

Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6. utg.). Mosby.

Skisse med norsk oversettelse:

Biermann, K. U. (1996). *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori: en innføring*. Høgskolen i Oslo.

Vedlegg 3: Skisse over Dorothea Orems sykepleieteori



(Queirós et al., 2014, s. 161)

Queirós, P., Vidinha, T. & Almeida Filho, A. (2014). Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession. *Revista de Enfermagem Referência IV*(3). 157-163. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>

