



Bacheloroppgave

SY 300215 Bacheloroppgave i sykepleie

**Ungdom med diabetes type 1/Youth with diabetes
type 1**

Kandidatnummer: 10026 og 10049

Totalt antall ord: 8746

Antall sider inkludert forsiden: 54

Hovedveileder: Ingunn Klauset Hunstad

Innlevert Ålesund, 22.05.2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

<i>Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:</i>		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 06.05.2018

Forord

En livstidssykdom.

Ikke en livsstilssykdom. Og ikke en livstidsdom, selv om det kanskje kan føles slik.

Men altså en sykdom på livstid. Diabetes er det.

Aldri en pause, ikke en eneste dag, ingen ferie. Diabetes er en sykdom uten lukkevedtekter, uten noen arbeidsmiljølov.

Livet er fullt av viktigere ting. Som forelskelse, som å få barn, ta eksamener eller være sammen med gode venner. Selv da er den der, sykdommen.

Kanskje noen timers pause, men så er det igjen på tide med en ny dose, eller en blodprøve fra fingeren.

Vi har diabetes. På livstid. Styr selv, eller bli styrt, du må selv velge. For lykke kommer ikke an på hvordan du har det, men på hvordan du tar det.

Og det blir aldri fred å få.

- Yngvar Christophersen, 2004

Sammendrag

Bakgrunn: Vi har valgt å gjøre en systematisk litteraturstudie om ungdom og diabetes type 1, da dette er svært utbredt hos barn og unge i dag og statistikken viser økende tilfeller. Vi synes også det er interessant å ta for oss ungdom da de er i en livsfase hvor det skjer store fysiske og psykiske endringer.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse ungdommens utfordringer i egenomsorgen ved å ha diabetes type 1 i ungdomsårene.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie. Vi søkte i databasene: CINAHL, PubMed og ScienceDirect. Vi inkluderte åtte forskningsartikler, derav sju kvalitative og en kvantitativ. For å analysere artiklene og kategorisere relevante funn for vår problemstilling benyttet vi oss av innholdsanalysen fra Evans'.

Resultat: Foreldre har hatt en svært sentral rolle i egenomsorgen til ungdom med diabetes. I ungdomsårene er ungdom i en fase hvor de gradvis skal løsrive seg fra foreldrene og ta mer og mer selvstendig ansvar for sin egenomsorg. Samtidig som ungdom med diabetes opplever daglige utfordringer som ungdommer flest, har de en ekstra utfordring med å leve med en kronisk sykdom. Ungdom sitter inne med mye kunnskap om diabetes, likevel ser vi at de ikke vet nok og de ønsker å lære mer. Vellykket egenomsorg gir utslag i at ungdommen aksepterer sin diabetes og forstår at den er for alltid. Først da kan de ta det ansvaret som kreves og prioritere sin diabetes i alle sammenhenger.

Konklusjon: Ungdommer med diabetes opplever utfordringer som er relatert til sykdommen, hverdagen, foreldre, venner, skole og fritid. Bare det å være ungdom, medfører i seg selv utfordringer. Opplevelsen av å ha diabetes i ungdomstiden er for mange utfordrende da de fleste føler seg annerledes enn de andre jevnaldrende. Ikke alle ungdommer føler seg ivaretatt og trenger mer oppfølging i forhold til støtte, veiledning og motivasjon. Konsekvensen for sykepleien er å få innsikt i hvor utfordringene til ungdommen ligger. Rollen til sykepleieren bør være å gi rådgivning, støtte og motivasjon til ungdom og foreldre. Ungdommens prioriteringer av sykdom, skole og venner utfordres, da disse faktorene ofte kommer i konflikt med hverandre.

Abstract

Background: We have chosen to do a systematic literature study on youth and diabetes type 1, as this is very common in children and adolescents today and statistics show increasing cases. We also think it's interesting to take care of young people as they are in a lifetime where major physical and mental changes occur.

Purpose: The purpose of this literature study is to illuminate the youth's challenges in self-care by having type 1 diabetes in adolescence.

Method: This is a systematic literature study. We searched the databases: CINAHL, PubMed and ScienceDirect. We included 8 research articles, of which 7 qualitative and 1 quantitative. To analyze the articles and categorize relevant findings for our issue, we used the Evans' content analysis.

Result: Parents have had a very central role in self-care for young people with diabetes. In adolescence, youth is in a phase where they will gradually detach themselves from their parents and take more and more independent responsibility for their self-care. While youth with diabetes experience daily challenges as youngsters most, they have an additional challenge of living with a chronic illness. Young people are sitting with a lot of knowledge about diabetes, yet we see that they do not know enough and they want to learn more. Successful self-care proves that the youth accepts their diabetes and understands that it is forever. Only then can they take the responsibility as required and prioritize their diabetes in all contexts.

Conclusion: Youth's with diabetes experience challenges related to the disease, everyday life, parents, friends, school and leisure. Just being a youth entails challenges in itself. The experience of having diabetes during adolescence is too challenging as most people feel different from the other peers. Not all youth feel taken care of and need more follow-up in support, guidance and motivation. The consequence of nursing is to gain insight into the challenges of youth. The role of the nurse should be to provide counseling, support and motivation for the youth and parents. Youth's priorities for illness, school and friends challenge each other, as these factors often crash.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensninger.....	6
1.4 Begrepsavklaring.....	7
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	7
2.0 TEORIBAKGRUNN	8
2.1 Diabetes type 1.....	8
2.1.1 Psykososiale utfall.....	8
2.2 Egenomsorg.....	9
2.2.1 Dorothea Orem's egenomsogsteori.....	9
2.3 Ungdom og pubertet.....	10
2.3.1 Erik Homburger Eriksins psykososiale utviklingsteori.....	11
2.4 Familie og nettverk.....	11
2.5 Sykepleiers rolle for ungdom med diabetes type 1.....	12
2.5.1 Støtte.....	12
2.5.2 Undervisning og veiledning.....	13
3.0 METODEBESKRIVELSE	14
3.1. Datainnsamling.....	14
3.1.1. Søkestrategi.....	14
3.1.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	15
3.1.3. Avgrensninger.....	16
3.1.4. Søkehistorie.....	16
3.1.5. Kvalitetsvurdering.....	18
3.1.6. Etiske hensyn.....	18
3.2. Analyse.....	19
4.0 RESULTAT	21
4.1 Foreldre/Familie.....	21
4.1.1. Støtte.....	21
4.1.2. Konflikter.....	22
4.2 Opplevelse av sykdom.....	22
4.2.1. Informasjon og kunnskapsnivå.....	22

4.2.2 Akseptere diabetes.....	24
4.3 Sosiale sammenhenger og utdanning.....	25
4.3.1 Venner.....	25
4.3.2 Skolen.....	26
5.0 DISKUSJON.....	27
5.1. Metodediskusjon.....	27
5.2 Resultatdiskusjon.....	29
5.2.1. Å stå på egne føtter.....	29
5.2.2. Kunnskap forutser fremtiden.....	30
5.2.3. Sosiale sammenhenger og utdanning.....	33
5.3 Konklusjon.....	34
6.0 LITTERATURLISTE.....	36

VEDLEGG 1: Søkehistorie i tabell

VEDLEGG 2: Søkehistorie i tabell forts.

VEDLEGG 3: Søkehistorie i tabell forts.

VEDLEGG 4: Søkehistorie i tabell forts.

VEDLEGG 5: Søkehistorie i tabell forts.

VEDLEGG 6: Søkehistorie i tabell forts.

VEDLEGG 7: Litteraturmatrise 1

VEDLEGG 8: Litteraturmatrise 2

VEDLEGG 9: Litteraturmatrise 3

VEDLEGG 10: Litteraturmatrise 4

VEDLEGG 11: Litteraturmatrise 5

VEDLEGG 12: Litteraturmatrise 6

VEDLEGG 13: Litteraturmatrise 7

VEDLEGG 14: Litteraturmatrise 8

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt for vår oppgave er ungdom med diabetes type 1. Diabetes er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved kronisk hyperglykemi (høyt blodsukker) og forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Årsaken til diabetes type 1 er manglende produksjon av insulin (Mosand og Stubberud, 2013, s. 507-508). Sykdommen kan oppstå i alle aldre og generelt lever det ca. 28.000 personer i Norge med diabetes type 1 – hvert år får 300 nye barn og unge påvist diabetes. Folkehelseinstituttet (2014) viser at statistikken toppe for nye årlige tilfeller med diabetes type 1 hos barn og unge i Norge, Finland og Sverige. Vi synes temaet er viktig både i forhold til sykdommen og pasientgruppen.

For mange er ungdomstiden en vanskelig periode. Ungdom skal passe inn i flere sammenhenger og har ofte et sterkt ønske om å ikke ville skille seg ut. Samtidig er de i en periode hvor de gradvis skal bli mer selvstendig og løsrive seg fra foreldrene. Dette byr på ekstra utfordringer om man har en kronisk sykdom som diabetes (Haugstvedt, 2011, s. 286). For å imøtekomme disse pasientene og ivareta deres behov, anser vi det som viktig at sykepleieren har kompetanse til å dekke deres behov for veiledning og undervisning. Vi valgte å ta for oss oppgaven i et pasientperspektiv for å tydeliggjøre hvordan ungdom opplever utfordringene ved å leve med diabetes.

1.2 Problemstilling

«Ungdom med diabetes type 1: Hvilke utfordringer gir egenomsorgen?»

1.3 Avgrensninger

Vi har avgrenset oppgaven til ungdom i alderen 12-18 år med diabetes type 1. Vi har ingen kriterier for at diagnosen skal være nyoppdaget, men studiene vi har valgt ut skal si noe om hvordan det oppleves å leve med diabetes type 1 i ungdomsårene.

1.4 Begrepsavklaring

Egenomsorg: Egenomsorg defineres av Orem som "de aktiviteter individet selv tar initiativ til, og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære". Sykepleieren går inn og støtter og kompenserer, når egenomsorgen svikter slik at pasienten gjenvinner selvstendighet snarest mulig (Kirkevold, 2006, s. 129).

Ungdom: Ungdom er en betegnelse på en livsfase mellom barndom og voksenliv. I dag blir ungdomstiden ofte oppfattet som en nokså lang periode der man står med en fot i hver identitet: barnets identitet og voksens identitet (Svartdal og Tønnesson, 2013).

Diabetes type 1: Diabetes (sukkersyke) er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved kronisk hyperglykemi (for høy glukosekonsentrasjon i blodet) og forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Årsaken er manglende eller nedsatt produksjon av insulin, eventuelt kombinert med redusert insulinvirkning (Mosand m.fl, 2013, s. 508).

1.5 Oppbygging av oppgaven

Teorikapittelet vil bestå av relevant teori for å belyse problemstillingen vår. I metodekapittelet beskriver vi datainnsamlingen og analysen av artiklene vi har inkludert i studien. I resultatkapittelet belyser vi viktige funn fra artiklene og kategoriserer dem i hovedtema og undertema. Diskusjonskapittelet består av to deler metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil vi kritisk vurdere vår framgangsmåte. I resultatdiskusjonen diskuterer vi funnene våre opp mot problemstillingen og relevant teori, samtidig diskuterer vi konsekvenser for sykepleien. Tilslutt medfølger en kort konklusjon.

2.0 TEORIBAKGRUNN

I dette kapitlet ønsker vi å belyse relevant teori for den videre oppgaven: Diabetes type 1, egenomsorg, ungdom og pubertet, familie og nettverk, tilslutt sykepleierens rolle for ungdom med diabetes.

2.1 Diabetes type 1

Diabetes type 1 kan opptre i alle aldre, men barn og unge rammes oftest. Diabetes type 1 er insulinnevende og kjennetegnes av en absolutt insulinmangel – dette er forårsaket av en autoimmun reaksjon der det blir dannet antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhanske celleøyene i pankreas. Cellene ødelegges gradvis, og insulinproduksjonen avtar mer og mer. Etter hvert som produksjonen ikke klarer å dekke kroppens insulinbehov, vil blodglukosen øke og symptomer til høyt blodsukker utvikles og i verstefall ketoacidose (Mosand og Stubberud, 2013, s. 508-509).

Diabetes type 1 regnes som den mest alvorlige av diabetestypene, fordi den ofte forårsaker alvorlige akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner som har gitt nedsatt levealder. Personer med type 1 diabetes har i dag mulighet til å leve et godt og langt liv på grunn av bedre undersøkelses- og behandlingsmetoder (Mosand og Stubberud, 2013, s. 508-509).

2.1.1 Psykososiale utfall

Å starte et liv med diabetes fører med seg endringer i et menneskes dagligliv og kan oppleves krevende. Sykdommen er kronisk og krever behandlingsmessige valg mange ganger daglig, og hver dag. Pasientene med diabetes blir utfordret til å forandre livstilen sin – dette kan for mange virke forvirrende og innfløkt på grunn av mange ubesvarte og uløste spørsmål. Komplikasjoner som føling (hypoglykemi) og utvikling av eventuelle senkomplikasjoner kan føre med seg angst og usikkerhet for pasienten. Det sies at frykten for føling har negativ innvirkning på sykdomsreguleringen og pasientens psykososiale helse. I den første tiden med diabetes er pasientene opptatt av spørsmål som angår dagliglivet: «Hva kan jeg spise og drikke», «Kan jeg fortsette med sportsaktiviteter?».

«Hvordan vil venner reagere når jeg må sette insulinsprøyter?» «Vil de akseptere meg som før?» (Mosand og Stubberud, 2013, s. 515).

Mange har vanskelig for å akseptere at de har fått diabetes og mange føler skyld i at de har fått sykdommen. Skyldfølelse over å ha fått diabetes er ofte feilaktig og kan både gjøre situasjonen og behandlingen vanskeligere på lang sikt. Noen reagerer lite i begynnelsen, men kan senere få reaksjoner. Uansett når feilaktige følelser rundt det å ha diabetes skulle melde seg, er det viktig at pasientene får støtte og hjelp når behovet melder seg (Mosand og Stubberud, 2013, s. 515).

2.2 Egenomsorg

De handlingene et menneske selv utfører for å bevare liv og helse går under betegnelsen egenomsorg. Dette er en evne som varierer fra person til person og i forhold til situasjon og livsfaser. Ungdomstiden er en viktig livsfase der psykiske og fysiske forandringer melder seg. Har man i tillegg kronisk sykdom eller får påvist dette i denne fasen, kan det føre til nedsatt egenomsorg. Nedsatt egenomsorg kan også komme av mangel på kunnskap om sammenhengen mellom liv og helse, at man har lite støtte i sitt miljø, mangler motivasjon til å gjøre noe med livssituasjonen, ikke har troen på seg selv, eller at det foreligger mangel på fysiske og psykiske krefter – eventuelle reduserte intellektuelle evner (Hummelvoll, 2014, s. 45).

2.2.1 Dorothea Orem's egenomsorgsteori

Orems egenomsorgsteori ble utarbeidet for å klargjøre hva som er sykepleiers ansvarsområde. Sykepleie skal komme som en erstatning for egenomsorgen som pasienten ikke lenger klarer å ivareta selv. Sykepleiers mål vil være å hjelpe pasienten til uavhengighet i den grad det lar seg gjøre. Teorien skal være et middel for å kartlegge, planlegge, utføre og evaluere pasientomsorg (Kirkevold, 2006, s. 128).

Teorien består av tre sentrale begreper: egenomsorg, terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. Orems definisjon på egenomsorg er:

«Utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (Kirkevold, 2006, s. 129).

Orems egenomsorgsteori peker på åtte universelle egenomsorgskrav som skal gjennomføres for at man kan si at man utøver egenomsorg. De tar for seg en del grunnleggende behov mennesker har. Orems teori beskriver også helsesviktrelaterte egenomsorgskrav, som kommer frem under sykdom, der man ikke er i stand til å ivareta egenomsorg selv. Hovedprinsippet her er at vedkommende skal søke råd og veiledning hos andre som er mer kompetente. Ved egenomsorgssvikt der kapasiteten ikke er tilstrekkelig og der hvor behovene kun dekkes delvis, vil det være behov for hjelp fra for eksempel sykepleier og familie. Slik kan pasienten nå sine krav til egenomsorg (Kirkevold, 2006, s. 130-132).

2.3 Ungdom og pubertet

Svardal og Tønnesson (2013) skriver at ungdom er en egen livsfase mellom barndom og voksenliv. Utviklingen fra barn til voksen kjennetegnes ved viktige fysiske og psykiske endringer. Gjennom ungdomstiden skal tenåringene utvikle en voksen identitet, bli uavhengig og stå på lik fot med andre voksne. Den økende uavhengigheten er skjør og å forsvare integriteten sin blir viktig for ungdommene. Ungdommer veksler ofte mellom å oppføre seg som barn og å være voksen (Hanås, 2011, s. 329).

I ungdomstiden er tidsrommet der første tegn til kjønnsmodning melder seg og til full kjønnsmodenhet inntreffer. Perioden inntil kjønnsmodenheten har inntrådt til lengdeveksten avsluttes (ca. 2-3 år), kalles adolescensen (Store norske leksikon, 2018). Når hypofysen

begynner å skille ut hormoner (FSH og LH) starter puberteten. Hormonene stimulerer testiklene hos gutter og ovariene hos jenter til å produsere kjønnshormonene østrogen og testosteron. Hormonene som produseres i kjønnskjertlene og binyrene er ansvarlige for vekstspurtene og utviklingen av pubertetstrekkene. En vanlig alder for pubertetstart er 10-11 år. Puberteten kan også inntre tidlig (pubertas praecox) eller sent (pubertas tarda). Når puberteten oppstår er i stor grad arvelig bestemt, men altfor tidlig og altfor sen pubertet kan være tegn på sykdom (Grønseth og Markestas, 2016, s. 22-23).

2.3.1 Erik Homburger Eriksins psykososiale utviklingsteori

Erikson er mest kjent for introdueringen av teoriene om menneskets psykososiale faser i livet. Utviklingsteorien består av åtte utviklingsfaser. Kroppssoner, organmønstre og ytringsformer er sentrale begreper i Eriksens faseteori. Fasetenkningen innebærer at barns utvikling skjer gradvis gjennom klart atskilte tidsperioder som etterfølger hverandre i et fast mønster. De psykososiale fasene inkluderer barns utviklingsmessige konsentrasjon og opplevelser rundt ulike kroppssoner (Erikson, 2000, s. 13).

Fase fem, representerer puberteten og ungdomstiden og Eriksens (2000 s. 254-256) kaller fasen for "*identitet versus rolleforvirring*". utfordringene stilles til den etablerte tilpasningen barn har ervervet og deres kontinuitet fra tidlige år. Ungdommene skal takle den kroppslige veksten, den indre fysiologiske "revolusjonen" og utviklingen av kjønnsmodningens sosiale utfordring. Faren i dette stadiet er rolleforvirring. Ved rolleforvirring sammenligner de seg ofte med andre rollemodeller, som for eksempel gjengens helter og dette kan føre til identitetstap.

2.4 Familie og nettverk

Å skulle ta ansvar for egen sykdom kan i ungdomsårene lett komme i konflikt med ønsket om å ikke skille seg ut. Noen er redde for at omgivelsene skal få vite om sykdommen, til tross for at de vet hvor viktig det er at venner vet hva de skal gjøre. Egenmåling av blodsukkernivå er et viktig verktøy. Mange ungdommer synes det er flaut og brysomt å måle blodsukker på skolen og i andre sosiale situasjoner (Haugstvedt, 2011, s. 287).

Venner er viktige og gode støttespillere for ungdom med diabetes. Det krever imidlertid at den unge vil involvere venner i sin diabetes, og at venner lar seg trekke inn i oppfølgingen. Parallelt med at venner får en større betydning, skjer en naturlig løsrivning fra foreldrene. Tidspunktet for når de unge er modne for å ta det hele og fulle ansvaret for sin diabetesbehandling, er individuelt. Tidligere studier har vist at foreldre er viktig lengre enn en kanskje tidligere trodde. Også foreldrenes måte å involvere seg i de unge på, er av betydning. Det å ha en sønn eller ei datter i ungdomsårene med diabetes, oppleves som en ekstra belastning og en stor bekymring for foreldrene. Tradisjonelt kjønnsrollemønster og tradisjonell arbeidsdeling gjør at det ofte er mødre som i hverdagen opplever den største belastningen (Haugstvedt, 2011, s. 290).

2.5 Sykepleiers rolle for ungdom med diabetes type 1

2.5.1 Støtte

Når en person med diabetes oppsøker helsetjenesten, er det med en forventning om at helsepersonell kan tilby hjelp og støtte (Karlsen, 2011, s. 222-223). Å følge opp ungdom med diabetes og deres familier stiller helsepersonell overfor mange utfordringer. De yngste ungdommene har ikke den modenhet som skal til for å ta det hele og fulle ansvaret. Foreldrenes rolle er av stor betydning. Helsepersonellens rolle overfor de unge og deres pårørende bør i stor grad være tilknyttet rådgiving, støtte og motivering overfor dem som skal drive behandlingen i hverdagen. Den tradisjonelle oppfølgingen av personer med diabetes er polikliniske, individuelle konsultasjoner. Som et supplement til individuell oppfølging kan oppfølging i grupper være positivt for mange (Haugstvedt, 2011, s. 290-293). Ved usikkerhet, er trygghet den mest grunnleggende forutsetningen og kan igjen motivere personen med diabetes til økt selvforståelse og tro på egen mestringsevne. Det er derfor viktig at personens følelser har en tilleggsbetydning i her- og nå-situasjoner, og at sykepleier klarer å fange opp uttrykk for følelser og kommunisere at disse aksepteres (Karlsen, 2011, s. 222-223).

2.5.2 Undervisning og veiledning

Den undervisningen og veiledningen pasienten får til å begynne med, har stor innvirkning på den fremtidige situasjonen og prognosen, og er like viktig enten pasienten har type 1 – eller type 2 – diabetes, om han er ung eller gammel (Mosand og Stubberud, 2013, s. 524).

Det endelige målet for all undervisning og veiledning er at pasienten skal ha så mye kunnskap og så gode ferdigheter at han mestrer og kan leve et godt liv med sykdommen. Pasienten skal oppnå så god blodglukoseregulering at både akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner unngås i størst mulig grad. Pasienten skal bli mest mulig selvhjulpen og kunne føle seg trygg. Det er derfor viktig at opplæringen er tilpasset et individuelt tempo, slik det ikke går for fort frem (Mosand og Stubberud, 2013, s. 524).

Gjennom god opplæring ved sykdomsdebuten og gjennom senere repetisjoner og eventuell ny læring skal pasienten ha fått så mye innsikt og motivasjon at han bruker behandlingsmetodene riktig og slik oppnår god glukoseregulering. Han mestrer sykdommen når han er i stand til å omsette kunnskapen i praktiske handlinger. Undervisningen bør skje både individuelt og i grupper. Det gjør godt å få kjennskap til hvordan andre opplever å leve med sykdommen. Opplæringen tilpasses individuelt (Mosand og Stubberud, 2013, s. 524-525).

3.0 METODEBESKRIVELSE

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. I en systematisk litteraturstudie skal problemstillingen være tydelig formulert og besvart med å søke, kritisk granske, samle funn og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2016, s. 27).

I metodebeskrivelsen vil vi gjøre rede for datainnsamling, søkestrategi og søkehistorikk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, samt etiske vurderinger og analyse. Dette vil være måten vi går frem for å besvare problemstillingen vår.

3.1. Datainnsamling

3.1.1. Søkestrategi

Forsberg og Wengström (2016, s. 60) skriver at PICO-skjema er en strukturert metode for å sette sammen en søkestrategi i bibliotekets databaser. Vi har valgt å ta i bruk metoden til vår problemstilling.

P	Patient/problem	Adolescent, Diabetes Mellitus Type 1.
I	Intervention	-
C	Comparison	-
O	Outcome	Self Care

P, står her for hvilket problem og hvilken populasjon vi ønsker å søke kunnskap om. Vi ønsker å fokusere på ungdom med diabetes type 1. I, står for intervensjon og her må vi ha klart hvilket tiltak vi er interessert i. C, står for sammenligning og blir benyttet til å måle forskjeller. Både I og C ble ekskludert da det ikke var relevant for vårt søk. O, står for utfall og vi er her interessert i å finne ut hvilke utfordringer egenomsorgen gir.

Vi trunkerte (*) bak enkelte søkeord for å få ulike varianter av begrepet, for eksempel nurs* ga oss treff på nurs/nurse/nursing/nurses (Forsberg og Wengström 2016, s. 71). For å kombinere søkeordene benyttet vi oss av boolske operatører "AND, OR og NOT".

Operatøren AND finner referanser som inneholder både A og B, dette begrenser søket og gir et smalere resultat. OR finner referanser som inneholder A eller B. En slik kombinasjon utvider søket og gir et bredere resultat. NOT finner referanser som inneholder A men ikke B, denne kombinasjonen begrenser søket (Forsberg og Wengström, 2016, s. 69). En time hos bibliotekaren ble bestilt til den 03.11.17, for en mer grundig gjennomgang av relevante søketeknikker i forkant av søkeprosessen. Nettsiden mesh.uia.no har blitt tatt i bruk for å kunne finne flere gode søkeord. Databasene vi har gjort søk i er CINAHL, PubMed, og ScienceDirect. Forsberg og Wengström (2016) betegner de to første som relevante databaser for sykepleieforskning. Etter utprøving av forskjellige databaser, erfarer vi at også ScienceDirect er en database som inneholdt mye relevant sykepleieforskning.

3.1.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Tidsskrift med fagfelleverderte artikler
- Artikler fra 2008 - 2018
- IMRaD- struktur
- Etisk godkjente
- Godkjent nivå i publiseringskanal
- Ungdom med diabetes type 1
- Alder: 12-18 år
- Artikler fra vestlige land

Eksklusjonskriterier:

- Artikler med annet perspektiv enn barn og unge
- Artikler med annet språk enn engelsk, norsk, dansk og svensk

3.1.3. Avgrensninger

Vi ønsket å finne artikler med IMRaD- struktur, det vil si at artiklene er delt opp i kategorier som innledning, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. Vi ønsket også i hovedsak å finne kvalitative artikler som hadde pasientperspektiv. Kvalitative studier har som mål å forstå, belyse eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser. Vi inkluderte ingen review-artikler da vi har en oppfatning av at artikler med primærkilder vil styrke vår oppgave.

3.1.4. Søkehistorie

Det ble naturlig for oss å starte søket i CINAHL, da dette er en database vi har benyttet i oppgaver tidligere i sykepleierstudiet. Likevel var dette med systematisk litteratursøk nytt for oss og vi startet det første søket med å ta utgangspunkt i PICO-skjemaet. PICO-skjemaet benyttet vi som et hjelpemiddel for å finne relevante søkeord til studien. Problemstillingen vår ønsker å vite noe mer om hvilke utfordringer egenomsorgen gir til ungdommer med diabetes type 1. Det vil være aktuelt for oss å søke etter kvalitative studier, fordi denne tilnæringsmetoden gjør at vi kan få vite noe om ungdommers utfordringer med det å leve med diabetes.

Det første søket bestod av søkeordene «Diabetes Mellitus Type 1», «Adolescence», «Self Care» og «Qualitative Studies» som vi koblet sammen med AND. Vi hadde avgrenset for artikler eldre enn ti år. Dette søket ga oss 55 treff. Vi leste over alle 55 overskriftene, 13 abstrakter og av de leste vi ni artikler i sin helhet. Seks artikler ble ekskludert da de ikke innfridde våre kriterier. Vi sto tilslutt igjen med tre artikler som vi inkluderte fra dette søket.

Senere gjorde vi et nytt søk i CINAHL. Her koblet vi sammen ordene «Diabetes Mellitus Type 1», «Adolescence», «Self Care» og «School Health Service» med AND og fikk 18 treff. Vi leste over alle de 18 overskriftene, åtte abstrakt og av de leste vi tre artikler i sin helhet. To artikler ble ekskludert fordi de ikke innfridde våre kriterier. Vi inkluderte en artikkel som var kvantitativ.

Vi gikk så videre med å søke i PubMed. Her kombinerte vi ordene «Diabetes Mellitus Type 1», «Adolecent», «Health Knowledge», «Qualitative Studies» og «Health Behavior» med AND. Her fikk vi elleve treff og vi leste over samtlige overskrifter. Vi leste også abstraktene til fem artikler og av de leste vi to artikler i sin helhet, vi ekskluderte en artikkel fordi den ikke innfridde våre kriterier. Dermed sto vi igjen med en artikkel som vi inkluderte.

I vårt neste søk i PubMed kombinerte vi ordene «Diabetes Mellitus Type 1», «Adolecent», «Self Care» og «Stressors» med AND og fikk opp sju treff som vi leste alle overskriftene til. Vi leste også abstraktene til fire artikler, av de leste vi to artikler i sin helhet. Vi ekskluderte en artikkel fordi den ikke innfridde våre kriterier. Dermed sto vi igjen med en artikkel som vi inkluderte.

Vi gjorde også et søk i ScienceDirect. Her ble vi nødt til å bruke flere søkeord, da få søkeord ga oss et veldig stort treff. Vi avgrenset søket med at artikkelen ikke skulle være eldre enn ti år, samt at den også skulle være fagfellevurdert. Søkeordene «Adolescents», «Self-Management», «Experience», «Daily Life», «Independence» og «Type 1 Diabetes Mellitus» ga oss 51 treff. Etter å ha lest gjennom overskriftene ser vi at de artikler som kommer øverst på søket, er de som er mest relevante for oss, fordi de inneholdt samtlige av våre søkeord. Vi inkluderte to artikler fra dette søket.

Etter søkeprosessen hadde vi inkludert fire artikler fra CINAHL, to artikler fra PubMed og to artikler fra ScienceDirect. Sju artikler hadde en kvalitativ tilnæringsmetode, mens en artikkel hadde en kvantitativ tilnæringsmetode.

3.1.5. Kvalitetsvurdering

Vi kvalifiserte artiklene sammen ut i fra sjekklister for vurdering av kvalitativ- og kvantitativ studie. Vi benyttet oss av sjekklisene fra folkehelseinstituttet (2018). Sjekklisten for kvalitative studier inneholder ti ja-nei spørsmål om artikkelens innhold, da ment innledning, metode, datainnsamling, utvalg, analyse og om resultatene er til å stole på. Sjekklisten avslutter med et spørsmål som oppklarer om funnene fra studien er nyttige til vår oppgave. Sjekklisten for kvantitative studier inneholder elleve ja-nei spørsmål som også tok for seg om artiklenes innhold. Vi kom frem til at alle artiklene var av god kvalitet. Vi tok utgangspunkt i hvor mange spørsmål det ble svart ja på. Det var relevant for oss å vite om resultatene i studien var troverdige og om det var tatt etiske hensyn.

Alle artiklene våre er kvalitetssikret i forhold til at de er publisert i et tidsskrift med fagfellevurderte artikler. For at en publiseringskanal skal være godkjent, må den ha nivå 1 eller 2. Nivå 1 og 2 betegner at de er en vitenskapelig publiseringskanal, mens nivå 2 i tillegg kvalifiserer for særlig høy prestisje. Vi benyttet oss av NSD (Norsk senter for forskningsdata, 2018) for å finne ut om publiseringskanalene var godkjente i nivå 1 eller 2. Publiseringskanalene for tre av våre artikler var godkjent i nivå 2 og de fem andre artiklene var godkjent i nivå 1.

3.1.6. Etiske hensyn

Alle artiklene vi har valgt å inkludere i oppgaven skal inneholde informasjon om det er gitt skriftlig samtykke fra deltagerne om å delta i studien. Til barn og ungdom under 18 år har foreldrene også gitt skriftlig samtykke på vegne av ungdommene til å delta i studiene. Alle artiklene vi inkluderte informerer om at etiske prinsipper er tatt i bruk i tråd med etiske retningslinjer. Fem artikler var godkjent av en etisk komité. Helseforskningsloven opererer med ulike aldersgrenser i bestemmelsene om samtykke. Dette vil si at mindreårige mellom 16 og 18 år kan samtykke til deltakelse i forskning om det ikke innebærer legemsinngrep eller legemiddelutprøving. For barn mellom 12 og 16 år gjelder pasientrettighetsloven §4-4 (1999) og tilsvarende helseforskningsloven §17, fjerde ledd (2008) (Larsen, 2013). Ingen av artiklene beskriver mulighetene for å trekke seg fra studiene. Vi mener dette er viktig med tanke på ungdommenes etiske rettigheter. På

grunnlag av at alle artiklene er etisk godkjente, velger vi å stole på at informasjonen om mulighetene til å trekke seg er gitt.

3.2. Analyse

Forsberg og Wengström (2016) definerer analyse som å dele opp noe i mindre deler og undersøke delene hver for seg. Delene settes sammen til nye kategorier, som gir utslag i tema man tar med videre i oppgaven.

Vi valgte å benytte oss av David Evans (2002) fire steg for å systematisere analysen av studiene vi innhentet til vår litteraturstudie. De består av følgende:

Det første steget handler om innsamling av forskningsartikler. Som tidligere beskrevet har vi søkt i forskjellige databaser med ulike søkeord, ordsammensetninger og ulike avgrensninger for å finne relevante artikler. Til sammen inkluderte vi åtte forskningsartikler til vår oppgave. Vi samarbeidet om søkeprosessen. Det første vi ble enig om, var hvilke søkeord vi skulle benytte i PICO-skjemaet. Videre søkte vi i flere omganger. Noen ganger for oss selv og andre ganger sammen. Etter utallige søk og funn av mulige artikler, samlet vi alle artiklene vi hadde funnet i en egen mappe. Deretter møttes vi for å plukke ut de åtte endelige artiklene. Her var det viktig for oss at artiklene kunne gi et svar på problemstillingen vår.

Det andre steget handler om å identifisere nøkkelfunn i hver artikkel. Etter å ha lest artiklene hver for oss og gjort individuelle funn, møttes vi for å sammenligne hvilke funn vi hadde gjort. Kategorier vi kom frem til var: «foreldre/familie», «støtte», «konflikter» «kunnskap om diabetes», «skole», «venner», «følelser», «egenomsorg», «fysiologi», «komplikasjoner», «helsepersonell», «holdninger», «praktisk erfaring», «motivasjon», «stress», «mestring» og «fremtiden».

Tredje steg handlet om å finne ut hvordan studienes funn forholder seg til hverandre ved å kategorisere de i tema. Vi skrev funnene på lapper og merket hver lapp med artikkelnummer som funnene ble funnet i. Videre sorterte vi like funn sammen og slik fikk vi en oversikt over hvilke temaer som gikk igjen i artiklene. Kategoriene vi stod igjen med var «foreldre/familie», «opplevelse av sykdom» og «sosiale sammenhenger og utdanning». For eksempel ble «støtte» og «konflikter» plassert i hovedkategorien «foreldre/familie». Denne kategorien fikk fargekoden grønn. Lapper som beskrev hvordan man håndterer «egenomsorg», «mestring» og «motivasjon» ble vår neste hovedkategori, «opplevelse av sykdom», som fikk fargekoden gul. Underkategoriene «venner» og «skole» gikk under vår siste hovedkategori «sosiale sammenhenger og utdanning» og fikk fargekoden rosa.

GRØNN – Foreldre/familie

GUL – Opplevelse av sykdom.

ROSA – Sosiale sammenhenger og utdanning.

I steg fire, som er det siste steget, samlet vi felles funn for å utvikle en forståelse av temaet. Dette tok vi for oss i resultatdelen. Ett og ett tema blir presentert med likheter og ulikheter.

4.0 RESULTAT

4.1 Foreldre/Familie

4.1.1. Støtte

I følge Roper m.fl. (2009), Scholes m.fl. (2012) og Babler og Strickland (2015) opplever ungdom at støtten fra foreldrene er i varierende grad. God støtte fra foreldrene har stor betydning på hvordan ungdommene håndterer sin diabetes. Videre kom det frem at ungdommen primært er ansvarlig for sin egenomsorg, og om de mottok hjelp var det oftest mødrene som hjalp. Freeborn m.fl. (2012) kommer frem til at å tilby søsken tilstrekkelig opplæring av sykdommen er positivt, fordi dette skaper trygghet blant foreldre og ungdommen med diabetes. I følge Scholes m.fl. (2012) opplever ungdom stort sett foreldrene sine som stresset og bekymret. En av fire ungdommer opplever stress rundt foreldre og søsken. Ungdom kan sitte igjen med en følelse av å ha skuffet familien og seg selv når ting er vanskelig (Hema m.fl. 2008).

“We have talked about how they [the parents] would like to make it easier for me, or they have offered to help me in any way they can, or sometimes I just need to talk about it”

Girl, aged 18 (Roper m.fl, 2009, s. 1709).

Roper m.fl. (2009) og Babler og Strickland (2015) understreker at foreldrene har hatt en veldig sentral rolle i diabetesomsorgen, og at de i ungdomstiden er på vei til å løsrive seg og ta selvstendig ansvar for sin diabetes. Å bli mer selvstendig var nøkkelen til en vellykket egenomsorg, og ga seg utslag i gode kontroller av blodglukose og administrasjon av insulin (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014).

“I don’t rely on my mum and dad ... with my readings and injections and stuff like that. Totally independent on myself, cos I just want to get used to that, cos when in the future I’m not going to have them by my side so all the time, so I’d rather they get used to it.”

Boy, aged 16 (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014, s. 1493).

4.1.2. Konflikter

Chilton og Pires-Yfantouda (2014) og Babler og Strickland (2015) skriver at konflikter oppstår når ungdom og foreldre ser forskjellig på hva god egenomsorg er. Noen ganger kan engasjementet til foreldrene virke mot sin hensikt. Dersom foreldrene har problemer med å gi fra seg kontrollen og ansvaret for sykdommen til ungdommen, faller fokuset bort på å bli mer selvstendig og uavhengig i sin egenomsorg. Oppbygging av tillit er nøkkelen til å redusere konflikt og samtidig øke annerkjennelse mellom ungdom og foreldre. Overgangen med å overta omsorgen kan få dem til å føle seg frustrert og ute av kontroll dersom foreldrene maser og kjefter mye.

'My mum has to remind me most of the time' or administering injections 'half the time I cannot do my units myself cos my mum's got to do them'.

Girl, aged 16 (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014, s. 1491).

Mange av deltakere i studien til Chilton og Pires-Yfantouda (2014) vurderte at deres utfordringer knytt til egenomsorgen ville bedre seg i framtiden. Med tiden mente de at de ville modnes mer og dermed oppnå en bedre forståelse for sin diabetes.

4.2 Opplevelse av sykdom

4.2.1. Informasjon og kunnskapsnivå

Scholes m.fl. (2012) og Roper m.fl. (2009) hevder at ungdommen er klar over at dagens egenomsorg påvirker også fremtidige komplikasjoner. Ungdom ønsker å lære mer om insulinpumper, annen teknologi, tilleggsutstyr for å håndtere diabetes og hva og hvor ofte de skal spise (Roper m.fl, 2009).

Det er også forskjellige nivåer av kunnskap blant ungdom. Det kommer frem at ungdommer med mye kunnskap og forståelse av sykdommen hadde en bedre regulering av sin diabetes enn de med mindre kunnskap (Scholes m.fl, 2012 og Roper m.fl, 2009).

Babler og Strickland (2015) mener at ungdommen skal kunne ta vare på, lære hvilke komponenter som påvirker blodsukkeret, kontrollere blodsukkeret og kunne sette insulin. For eksempel kunne de fortelle følgene ved å ikke sette insulin før måltid: «*blodsukkeret blir høyt og man får mest sannsynlig hodepine*». Ungdommen forteller at man i værste tilfeller kan miste føtter, ødelegge fremtiden sin og kanskje dø tidlig (Roper m.fl, 2009). Ungdommene fra studien til Roper m.fl. (2009) og Scholes m.fl. (2012) var ungdommene nysgjerrige på om det forelå en fremtidig kur som kunne helbrede diabetes. Det viste seg at de med dårlig regulert diabetes hadde tro på en slik kur.

Vellykket egenomsorg gir utslag i at ungdom tar det ansvaret som kreves. Dette forutsetter en forpliktelse til å prioritere egenomsorgen. Distansering kan være nødvendig for å ikke føle seg styrt av sin diabetes. Rutiner er med på å redusere belastningen som kreves for å huske å gjennomføre de ulike elementene i diabetesregime. Kognitive mekanismer kan hjelpe på å få et bedre perspektiv og redusere negative aspekter ved å leve med diabetes (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014).

Hovedmomentene i egenomsorgen er å kunne måle blodsukkeret og administrere insulininjeksjonene sine selvstendig. Freeborn (2012) og Roper m.fl. (2009) viser til at hovedmomentene i egenomsorgen kan by på utfordringer både i de fysiologiske og psykologiske aspektene ved å ha diabetes. Utfordringene med lavt blodsukker utpekte seg. Det forventes at ungdom kan planlegge dagen og til enhver tid har det som trengs for å kontrollere og balansere blodsukkeret. Når blodsukkeret er lavt, sammenligner ungdom det med å ha influensa, være trøtt, kjenne kroppstemperaturen falle og kroppsskjelvinger. Det ses på som utfordrende å skulle måle seg gjennom døgnets timer, tilpasse riktig kost

og mosjon. Det var flere som innrømmet fristelsen for å neglisjere hele prosessen (Freeborn, 2012).

4.2.2 Akseptere diabetes

Å akseptere diabetes er definert som å forstå diabetes som en del av seg og at diabetes er den nye "normalen". Etter hvert som ungdommer beveger seg bort fra sorg, sinne, tristhet, fornektelse og opprør mot å ha diabetes, innser de at diabetes ikke går bort og må aksepteres. De må lære å håndtere og forstå konsekvensene av å ikke ta vare på sin diabetes. Troen på at de er i stand til å håndtere egenomsorgen er viktig (Babler og Strickland, 2015).

I følge studiene til Babler og Strickland (2015) deler ungdom prosessen med å akseptere diabetes inn i følgende steg; å forstå at diabetes er for alltid, forstå at ting må forandres, holde seg på riktig spor, vise ansvar og godta den nye normalen. En god motivasjon for egenomsorg var nettopp å vite noe om hva som fremmer den langsiktige helsen. Ved lav motivasjon ser man at det er lett å neglisjere sitt diabetesregime (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014).

Man ser at ungdom ofte har problemer med å integrere diabetes i sitt liv. Dette har ofte ført til en følelse av å være annerledes og/eller alene. De ser på diabetes som en byrde og kommer ofte i konflikt med andre. Men det er også gjennom denne integriteten at de opparbeider seg en forståelse for at diabetes er deres "nye normale" (Babler og Strickland, 2015). Chilton og Pires-Yfantouda (2014) viser til at det er variabelt hvor lang tid man bruker på å akseptere diabetesdiagnosen. Etter hvert som alderen økte, kan man se et mønster i at flere godtok diagnosen. Likevel kunne diagnose komme som et sjokk.

4.3 Sosiale sammenhenger og utdanning

4.3.1 Venner

Ungdommer med diabetes kan oppleve sosiale sammenhenger både negativt og positivt. Noen opplever det vanskelig å integrere aktivitetene diabetes medfører i en sosial sammenheng – da den oppmerksomheten medførte ubehag (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014). Dette gjorde også at ungdommen føler seg annerledes enn sine jevnaldrende og/eller alene. De ønsket ikke å være forskjellig fra sine venner (Freeborn m.fl, 2012). Roper m.fl. (2009) skriver at ungdom uttrykker bekymringer for hvordan de skal håndtere ulike sosiale sammenhenger. Dette gjenspeiler seg også hos folk utenfor familien, for eksempel venner, som ofte føler seg redd og/eller bekymret, og kjenner på et ansvar for ungdom med diabetes (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014).

«I don't want them to like look, look at me like I'm a bit strange cos I've had a fit.. then they don't understand why and they just see me, see me as a bit weird»

Boy, aged 15 (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014, s. 1492).

Ungdommer som eksponerer sin diabetes til andre, viser en motivasjon til å bevege seg mot en mer tilpasningsdyktig form for egenomsorg og lar seg ikke påvirke av hva andre måtte si og mene (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014). Forskning fra Scholes m.fl. (2012) hevder at ungdommen ikke har blitt plaget eller opplevd fordommer fra venner. Tvert imot er de jevnaldrende hjelpsomme og støttende. Å mota støtte og forståelse fra venner som har diabetes, finner Babler og Strickland (2015) og Freeborn m.fl. (2012) som viktig. Ungdommer som hadde deltatt i en diabetesleir opplevde dette som positivt (Scholes m.fl. 2012). Støttegrupper kan være av stor verdi for å hjelpe ungdommene til å møte følelser de opplever (Babler og Strickland, 2015).

«Because there were people your age, you can relate with them. Everyone is there, going through the same things and everyone has the same problems. So you didn't feel alone»

Girl, aged 17 (Scholes m.fl, 2012, s. 1239).

4.3.2 Skolen

Flere ungdommer med diabetes opplever utfordringer på skolen direkte relatert til sykdommen. De har også utfordringer med konkurrerende prioriteringer, som for eksempel at de ønsket å gå ut sammen med venner istedenfor å spise, da de ikke kjente seg sulten. Noen forklarer at de ble forsinket med injeksjonene sine fordi de ikke ønsket å henge etter i skolearbeidet (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014). I en kvantitativ spørreundersøkelse fra Ottosson m.fl. (2017) ble det spurt om ungdommene med diabetes ble behandlet annerledes i skolen enn andre friske jevnaldre, 72% svarte nei og kun 14% svarte ja. Freeborn m.fl. (2012) skriver at barn med diabetes ofte føler seg utpekt av lærere og jevnaldrende på grunn av sykdommen. Følelsen av ubehag og være utpekt, forårsaker psykososiale vansker og dårlig metabolsk kontroll.

«Sometimes at school I do, do my injections after I've ate lunch, just because I've just been caught up with the work and I don't want to fall behind on it»

Boy, aged 17 (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014, s. 1491).

5.0 DISKUSJON

5.1. Metodediskusjon

Vi har samarbeidet om hele oppgaven og møttes jevnlig, for å få frem våre egne synspunkter og for å kunne diskutere oss frem til endelige avgjørelser for oppgaven. Vi valgte også å skrive oppgaven via sharepoint/teamsite for å gjøre samarbeidet mer fleksibelt. Vi har vært bevisst på å bruke gode kilder, tatt i bruk aktuell pensumlitteratur og fagbøker på biblioteket vi anså som veldig relevante. Hanås, R. (2011) var en litteratur vi ble introdusert for på barneavdelingen i løpet av en praksisperiode. Dette var en bok som ble anbefalt på det sterkeste og ble benyttet mye hos barn og ungdom med diabetes her i Norge.

Kvalitative studier har som hensikt i å studere erfaringer og opplevelser, ifølge Forsberg og Wengström (2016). Vår problemstilling omhandler utfordringer egenomsorgen gir og det blir naturlig for oss å trekke inn kvalitativ studie. Data fra denne type studier vil gjøre at vi kan belyse problemstillingen vår med god kvalitet. Kvalitative studier inkluderer derimot et mindre utvalg deltagere, dermed ble det viktig for oss å finne studier som kunne bekrefte de samme funnene for at vi skulle få en større troverdighet for vår oppgave. Selv om vi ønsket å ta med kvalitative studier, så vi det som positivt å supplere med en kvantitativ studie da vi fikk et større innblikk i omfanget og utviklingen av opplevd kvalitet på støtten ungdom mottok i skoletiden. Hadde vi benyttet flere kvantitative artikler mener vi at besvarelsen på problemstillingen vår hadde blitt svakere. Fordi en kvantitativ studie ikke går inn på individuelle oppfatninger og erfaringer, men isteden tar for seg større spørreundersøkelser på et mer generelt plan. Et slikt resultat kan gjenspeile seg i statistikk og tall.

Vi ønsket i hovedsak studier fra Skandinavia, men dette viste seg å bli for utfordrende. Vi har derfor funnet studier fra vestlige land som USA, UK og Sverige. Vi tenker at funnene i disse studiene kan overføres til norsk kultur, da vi lever nokså likt. Vi lever travle liv, med jobb, skole og med hobbyer på si. Den globale utviklingen har resultert i at verden blir

stadig mer sammenknyttet og vi tenker dermed at en ungdom med diabetes i Norge ikke er så ulik en ungdom med diabetes fra for eksempel USA, UK og Sverige.

For å sikre oss at vi ikke gikk glipp av sentrale funn i artiklene, skrev vi i første omgang fire litteratormatriser hver for oss. Vi gikk så gjennom alle åtte litteratormatrisene sammen for å gjøre rede for oppbyggingen av artiklene og kvalitetssikre at vi hadde fått på plass alle funnene.

Når vi søkte spesifikt etter «Adolescence» fikk vi opp treff på både «Child» og «Adolescence» sammen. Vi erfarte dermed at studiene ofte tar sikte på å studere begge perspektiver i samme studie, men vi ser at de gjør grupperinger basert på alder. Da vi ikke fant nok artikler som bare baserte seg på ungdom, ble vi nødt å inkludere fire artikler som hadde utvalg i både barn og ungdom. I disse studiene inkluderer vi funn fra ungdommers perspektiv i vår oppgave, ettersom barnets perspektiv ikke er relevant for oss.

Vi opplevde at treffene på søkene ble veldig store, og artikler vi hadde sett som relevante forsvant når vi benyttet oss av den boolske operatøren «OR». Vi ble derfor nødt til å kun benytte oss av operatøren «AND».

Vi satte en avgrensning til ungdom i alderen 12-18 år. Noen studier tok utvalg i alderen 13-19 og 11-22. Vi har til tross for dette likevel ønsket å inkludere de i vår oppgave, da vi opplever at artiklene var av god karakter og vi tenker at noen år fra eller til ikke har den største betydningen for vår oppgave. Alle artiklene er fagfellevurdert, godkjent i publiseringskanal og det er beskrevet at de har tatt etiske hensyn og/eller er godkjent av etisk komité.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen har vi gått for nye overskrifter. Dette tenker vi vil gjøre det lettere å diskutere funnene i resultatdelen, og de funnene vi anser som de mest sentrale, vil bli presentert først. Ved å drøfte resultat fra forskningen opp mot teori og annen relevant litteratur ønsker vi å belyse problemstillingen vår: «*Ungdom med diabetes type 1: Hvilke utfordringer gir egenomsorgen?*»

5.2.1. Å stå på egne føtter

Ungdomstiden er perioden som starter fra å være et barn til å bli en voksen. En ungdom står i en fase av livet der mange endringer skjer, som å lære seg å være uavhengig av andre voksne, for å så stå på egne føtter. Den økte uavhengigheten er skjør og å forsvare integriteten blir viktig for ungdommene (Hanås, 2011, s. 329). Vi har også kommet opp med en betegnelse av ungdom: «ute av drift på grunn av ombygging». Fysiske og psykologiske endringer gjør at dette er en utfordrende livsfase å gå i gjennom, skal man i tillegg ha eller nylig ha fått diabetes i ungdomsårene, gir dette en ekstra utfordring med å gå gjennom denne fasen. Ungdommer er meget opptatt av hvordan de tar seg ut i andres øyne, sammenliknet med hvordan de selv føler at de er. Ungdommen har også en utfordring med å knytte tidligere roller og ferdigheter sammen med nåtidens roller. For å få en ny følelse av enhet og kontinuitet, må de på nytt ta opp tidligere kamper (Erikson, 2000).

Støtte fra foreldre og venner er sentralt for å kunne klare oppgavene som diabetes medfører. Studiene fra Roper m.fl. (2009), Scholes m.fl. (2012) og Babler og Stickland (2015) viser at de ungdommene som opplevde mye støtte fra foreldrene hadde en diabetes som var godt regulert. Ungdommene som hadde dårlig regulert diabetes rapporterte at de fikk lite eller ingen støtte og hjelp fra foreldre. Dette reflekterer hvor viktig det er at foreldrene er til stede og viser sin interesse for ungdommen. Likevel skriver Chilton og Pires-Yfantouda (2014) at det er viktig å kunne stå mest mulig på egne føtter, da dette er nøkkelen til vellykket egenomsorg både nå og i fremtiden.

Ifølge Erikson (2000) har ungdommen et stort behov for å finne sin identitet. Dette gir mening når Roper mfl. (2009) og Babler og Strickland (2015) skriver at i ungdomstiden ønsker ungdommen å løsrive seg fra foreldrene og ta selvstendig ansvar for sin diabetes. Ungdommens erfaring med egen selvstendighet er en viktig faktor for identitetsutviklingen. Å ha diabetes kan påvirke den naturlige selvstendigjøringen og dermed hindre eller forsinke en positiv identitetsutvikling i ungdomsårene (Haugstvedt, 2011, s. 286). Foreldre kan opptre som stresset og masete overfor ungdommen, og i en løsrivingsfase kan det medføre konflikter de imellom. En ser også at foreldre har vanskelig for å gi slipp på kontrollen som de har hatt i lengre tid. Bekymringene er også store. Ungdommene som opplever slike forhold med foreldrene, vil fremstille det som at de ikke får tillit og derfor får vanskeligheter med å styre egenomsorgen sin. Allgot (2011) påpeker at foreldrene til barn og ungdom med diabetes, har følelsen av at de selv har fått diabetes, men det er barnet deres som får insulin.

For å kunne håndtere hverdagen med diabetes kreves det motivasjon, og en god dose med kunnskap. Mennesker er forskjellige og derfor vil det være naturlig at veien til å akseptere diabetesen også blir ulik fra person til person. Følelser som sorg, sinne, fornektelse og opprør vil stort sett alle kjenne på. Det viktigste er at en til slutt aksepterer at diabetes er den nye «normalen» og lærer seg at diabetes ikke bare er en forkjølelse som går over etter noen uker. Ved å akseptere sykdommen, vil det være som et friskt pust for videre å kunne håndtere egenomsorgen (Babler og Strickland, 2015). Å leve med diabetes er krevende, fordi sykdommen krever enkeltes egeninnsats. Egeninnsatsen er helt avgjørende for hvordan helsetilstanden utvikler seg. Den daglige innsatsen, alle valgene, avgjørelsene i legemiddelbruk, blodsuktermåling, aktivitet og kosthold, er alt betydningsfullt for reguleringen av blodsukkernivået (Allgot, 2011).

5.2.2. Kunnskap forutser fremtiden

Scholes m.fl. (2012) og Roper m.fl. (2009) hevder at det er forskjellige nivåer av kunnskap blant ungdom. Det kommer frem at ungdommer med mye kunnskap og forståelse av sykdommen hadde en bedre regulert diabetes enn de med mindre kunnskap. Selv om de vet at de må ta medisiner og måle blodsukkeret, er det nødvendigvis ikke nok da der er så mange faktorer som påvirker blodsukkeret. Noen av dem har man ikke alltid kontroll over

som følelser, stress og andre påkjenninger. Det viser seg at mange tror at det de opplever er unormalt og at de er alene om å ha det slik (Helsedirektoratet, 2018, s. 3-4). Diabetes i ungdomstiden blir sett på som en av mange utfordringer, og hvorvidt de klarer å balansere disse, avhenger av at de tar det ansvaret som kreves og tar sine forpliktelser til prioritering på alvor (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014).

I følge Scholes m.fl. (2012) og Roper m.fl. (2009) ser vi at tenåringene har behov for mye faglig informasjon, dette er uavhengig om diagnosen er nyopplaget eller om man er på vei til å overta egenomsorgen fra foreldre og andre omsorgspersoner. Hema m.fl. (2008) rapporterer at ungdom med og uten diabetes har like daglige stressfaktorer. De daglige stressfaktorene relateres til foreldre, skole, personlig svik og fysiske anstrengelser. Dette betyr at ungdommer med diabetes får flere utfordringer enn andre jevnaldrende uten diabetes. Det kreves at ungdom mestrer å leve et godt liv med sykdommen og ikke lar den overstyre livet (Helsedirektoratet, 2018, s. 16). Stress kan påvirke blodsukkeret av den enkle grunn at man har så mye man skulle ha gjort at man ikke har overskudd til å ta vare på sin diabetes (Hansås, 2011, s. 249). Helsedirektoratet (2018, s. 6-7) mener at en god ide er å lage seg noen målsettinger, både kortsiktige (hverdagsmål) og langsiktige. For å lykkes med egenomsorgen må man tilegne seg nødvendig kunnskap, ha overskudd og motivasjon til gjennomførelsen. En farlig felle å gå i, er å legge de medisinske problemene i hendene på helsepersonell og bli passive mottakere av deres råd. Det vil dermed være viktig å kjenne til eget ansvarsområde (Helsedirektoratet, 2018, s. 8).

Babler og Stickland (2015) mener ungdommen skal være i stand til å håndtere sin egenomsorg selvstendig. Dette innebærer å være klar over ulike komponenter og forstå konsekvensene. Roper m.fl. (2009) viser til at ungdom forstår hvor fatale følgene kan bli, da de blant annet beskriver langsiktige konsekvenser der de vet de kan miste føtter, ødelegge fremtiden og kanskje dø tidlig. Likedan med kortsiktige konsekvenser, hvor de kan få hodepine av høyt blodsukker. Helsedirektoratet (2018) har kommet ut med en veiviser og hevder der at man er selvstendig ansvarlig for sin egenbehandling. Dette forutsetter en grundig opplæring og mye motivasjon. Ungdom er innforstått med at dagens egenomsorg kan og vil påvirke fremtidige komplikasjoner. Vi ser også at ungdom etterspør mer informasjon og har et ønske og en interesse om å lære mer, for eksempel om medisinteknisk utstyr som et hjelpemiddel i sin egenomsorg (Scholes m.fl, 2012 og Roper

m.fl, 2009). Babler og Strickland (2015) har til eksempel her laget en hypotese om at insulinpumpe øker uavhengigheten og forbedrer omsorgen for ungdom.

Fra studien til Roper m.fl. (2009) og Scholes m.fl. (2012) hadde ungdommene med dårlig regulert diabetes tro på en fremtidig kur som ville kurere sykdommen og flere ytret nysgjerrighet rundt dette. Verden over settes det inn store ressurser på forskning omkring diabetes. En stor del av dette er grunnforskning som forsøker å belyse årsakene til diabetes og hvorfor forskjellige ting skjer i kroppen når en har diabetes (Hånås, 2011, s. 306). Ulike behandlingsmuligheter kan være implanterbar insulinpumpe, blodsuktermåler der man slipper å stikke seg, glukosesensor som måler blodsukkeret kontinuerlig over en lengre tid og vaksinasjon. Transplantasjon er også noe man forsker på.

Bukspottkjerteltransplantasjon har vist seg å være vellykket, men man ser at det ikke er nok organer tilgjengelig. Øy-transplantasjon er også en mulighet, men en kjent komplikasjon er avstøtning fra kroppens eget immunforsvar (Hånås, 2011, s. 315-316).

Mye informasjon i ungdomsårene kan virke overveldende og tanken om å skulle leve med diabetes livet ut kan virke uutholdelig. Det kan derfor være nødvendig å ta i bruk noen strategier, for eksempel distansering, rutiner og kognitive mekanismer (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014). Mestringsstrategier for å hjelpe ungdom med å huske kan være; loggføre data, benytte seg av alarmer eller applikasjoner på mobiltelefonen, holde en tidsplan og/eller bruke en planlegger. Dette vil være med på å sikre en rutine som kan lette byrden og gjøre fremtiden lysere (Babler og Strickland, 2015).

Ifølge Orem er det sykepleier som går inn og støtter og kompenserer der egenomsorgen svikter (Kirkevold, 2006, s. 128). Her må sykepleier først og fremst fungere som en veileder. De må vite at opplevelser og erfaringer har en viktig rolle i egenomsorgen, og det vil være fordelaktig å la ungdommen selv få legge frem sin situasjon for å kunne gi den beste veiledningen (Helsedirektoratet 2018). Når en ungdom oppsøker helsetjenesten, er det med en forventning om at helsepersonell kan tilby hjelp og støtte (Karlsen, 2011, s. 222-223). Studien til Chilton og Pires-Yfantouda (2014) gir sykepleieren innsikt i hvor utfordringene til ungdom sitter. Helsepersonellens rolle overfor ungdom og deres foreldre bør være tilknyttet rådgiving, støtte og motivering. Det kreves at sykepleieren klarer å

fange opp uttrykk for følelser og kommunisere at disse aksepteres (Karlsen, 2011, s. 223). I tillegg til individuell oppfølging kan gruppeveiledning være positivt (Mosand og Stubberud, 2013, s.524-525).

5.2.3. Sosiale sammenhenger og utdanning

Chilton og Pires-Yfantouda (2014) og Roper m.fl. (2009) hevder at ungdommer med diabetes kan oppleve sosiale sammenhenger både negativt og positivt. Noen opplever det som svært ubehagelig og bekymringsfullt å skulle integrere aktivitetene diabetes medfører i en sosial sammenheng.

Denne bekymringen gjenspeiler seg hos venner som for eksempel kan føle seg redd og utrykke bekymring, da de kjenner på et ansvar overfor sin venn med diabetes og samtidig ikke har fått tilstrekkelig informasjon. En ungdom må forstå hvor mye de nærmeste må vite om deres hverdag med diabetes for at de skal kunne føle seg trygge og fortrolige. Det blir tydelig at man ikke har godtatt sin diabetes, om man ikke ønsker å fortelle om den til sine venner (Hanså, 2011, s. 323). Ungdom ønsker på ingen måte å føle seg annerledes enn sine jevnaldrende og heller ikke føle at de er alene (Freeborn m.fl, 2012). Imidlertid hevder studien fra Scholes m.fl. (2012) at ungdom ikke har blitt plaget eller opplevd fordommer fra venner. Tvert imot er de hjelpsomme og støttende. Å skulle ta ansvar for egen sykdom kan i ungdomsårene lett komme i konflikt med ønske om å ikke skille seg ut. Noen er redd for at omgivelsene skal få vite om sykdommen. Til tross for at de vet hvor viktig det er at venner vet hva de skal gjøre for eksempel i forbindelse med hypoglykemi (Haugstvedt, 2011, s. 287). Det vil da være nødvendig å sørge for at venner vet hvor en oppbevarer blodsuktermåleren og hvor man har mat tilgjengelig med tanke på føling. Dette kan være druesukkertabletter, juice, frukt eller en brødslike (Hanås, 2011, s. 271).

Å mota støtte og forståelse fra venner som har diabetes finner Babler og Strickland (2015) og Freeborn m.fl. (2012) som viktig. Ungdom som eksponerer sin diabetes til andre, har en motivasjon om å nå en mer tilpasningsdyktig egenomsorg for sin diabetes. På sikt lar de seg ikke påvirke av hva andre måtte si og mene (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014). De gjør seg innforstått med at de viktigste menneskene man har i livet, er de som kun ønsker

ditt eget beste (Hansås, 2011, s. 323). Støttegrupper har vist seg å være av stor verdi for å hjelpe ungdommene til å møte følelser de opplever (Babler og Stickland, 2015) og at de har stor betydning (Scholes m.fl. 2012). Det å delta på en diabetesleir, gir ungdom en mulighet til å øke selvtilliten ved å etablere vennskap med likesinnede. En diabetesleir tar sikte på å styrke ungdoms evne til å håndtere diabetes på egen hånd (Hansås, 2011, s. 279).

På skolen derimot kan ungdom oppleve større utfordringer direkte relatert til sykdommen. Konkurrerende prioriteringer fant sted og det ble utfordrende å «flykte» fra skoleaktiviteten for å ta vare på sin diabetes når symptomene meldte seg, eller når tidsplanen tilsa det (Chilton og Pires-Yfantouda, 2014). Diabetes skal ikke forstyrre skolegangen. Det er derimot vanskelig å følge med i timene når man har en føling som fører til konsentrasjonsproblemer (Hansås, 2011, s. 8). I dagliglivet er det fordelaktig å lage seg noen skolerutiner. For eksempel ved å måle blodsukkeret når du står opp om morgenen og sette insulin før eller etter at du tar en dusj, avhengig av blodsukkeret (Hansås, 2011, s. 148). I en svensk studie fra Ottosson (2017) kom det frem at 14% følte at de ble behandlet annerledes på grunn av sin diabetes. Dette med å føle seg utpekt i den sosiale sammenhengen på skolen, har ført til følelse av ubehag og forårsaket psykososiale vansker og dårlig metabolsk kontroll. Noen ganger oppleves det som vanskelig å få skulle få hjelp av lærer. Haugstvedt (2011) nevner også at ungdommer synes det er flaut og brysomt å måle blodsukker på skolen og i andre sosiale situasjoner, selv om de vet at det er viktigste verktøyet for god diabetesregulering.

5.3 Konklusjon

Ungdommer med diabetes opplever utfordringer som er relatert til sykdommen, hverdagen, foreldre, venner, skole og fritid. Bare det å være en ungdom, medfører i seg selv utfordringer. Opplevelsen av å ha diabetes i ungdomstiden, er for mange krevende da de fleste føler seg annerledes enn de andre jevnaldrende. En utfordring er å skulle ta over egenomsorgen som foreldrene har hatt ansvar for tidligere – å stå på egne føtter. Ofte blir det konflikter i denne løsrivingsfasen, som medfører et anstrengt forhold mellom ungdom og foreldre.

Ikke alle ungdommer føler seg ivaretatt og trenger mer oppfølging i forhold til støtte, veiledning og motivasjon. Støtte og hjelp fra foreldre og andre omsorgspersoner har en stor betydning for at ungdommene med diabetes skal kunne håndtere denne og utfordringene som møter dem i hverdagen som diabetiker. For å kunne møte disse, viser det seg at ungdommene har behov for god faglig informasjon. Ungdommer med mye kunnskap og forståelse resulterer i en god regulert diabetes. Konsekvensen for sykepleien er at en får innsikt i hvilke krevende situasjoner ungdom med diabetes står overfor. Rollen til sykepleieren bør være å gi rådgivning, støtte og motivasjon til ungdom og foreldre. Å skulle eksponere diabetes til venner og i sosiale sammenhenger, er for mange vanskelig med tanke på de praktiske prosedyrene som skal gjennomføres. Ungdommens prioriteringer av sykdom, skole og venner vil ha mye å si for kvaliteten på egenomsorgen når det gjelder diabetes type 1.

6.0 LITTERATURLISTE

- Allgot, B. (2011). Diabetes i et brukerperspektiv. I: Skafjeld, A. og Graue, M. (red.). *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe, s. 208.
- Babler, E. Strickland C. J. (2015). Helping adolescents with type 1 diabete "figure it out". *Journal of Pediatric Nursing*. 31, 123-131. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.10.007>
- Babler, E. Strickland, C. J. (2015). Moving the journey towards independence: Adolescents transitioning to successful diabetes self- management. *Journal of Pediatric Nursing*. 30, 648–660. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.06.005>
- Christophersen, Y. (2004). *Diabetes for livet: Aldri fred å få? Lev bedre med diabetes*. Oslo: Aschehoug.
- Chilton, R. Pires-Yfantouda, R. (2014). Understanding adolescent type 1 diabetes self-management as an adaptive process: A grounded theory approach. *Psychology & Health*. No. 12, 1486-1504. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2015.1062482>
- Erikson, E.H. (2000). Menneskets åtte faser. *Barndommen og samfunnet*. Oslo, Gyldendal akademisk. s. 254-256.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Diabetes*. [Internett]. Sist oppdatert 02.06.17. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge---folkehelseerappor/#antall-med-diabetes-i-norge> [Lest 26.03.18].
- Folkehelseinstituttet (2018). *Sjekkliste for vurdering av forskningartikler*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/> [Lest: 17.04.18].
- Freeborn, D. Dyches, T. Roper, S.O. Mandleco, B. (2012). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: Child and youth perspectives. *Journal of clinical nursing*. 22, 1890-1898. DOI: 10.1111/jocn.12046
- Grønseth, R. Markestad, T. (2016). Vekst og fysisk utvikling. *Pediatri og pediatriksykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 22-23.
- Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsperspektiv. *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling*. I: Skafjeld, A. og Graue, M. (red.). Oslo: Akribe, s. 277-296.
- Hanås, R. (2011). Psykologi. *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og voksne. Bli ekspert på din egen diabetes*. Oslo: Cappelen Damm, s. 329.

- Hanås, R. (2011). Forskning og utvikling. *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og voksne. Bli ekspert på din egen diabetes*. Oslo: Cappelen Damm, s. 306-317.
- Helsedirektoratet og Diabetesforbundet. (2018). *Veiviser: god egenbehandling av diabetes*. [Internett]. Sist oppdatert 13.03.18. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/om-diabetes/behandling/brukerversjon-og-veiviser/> [Lest 04.05.18].
- Helseforsikringsloven. *Lov 20. Juni 2008 nr. 44 om helseforsikringsloven*. §17 fjerde ledd.
- Hema, D.A. Roper, S.O. Nehring, J.W. Call, A. Mandleco, B.L. Dyches, T.T. (2008). Daily stressors and coping responses of children and adolescents with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*. 35, 3, 330-339.
DOI:10.1111/j.1365-2214.2009.00937.x
- Hummelvoll, J.K. (2014). Psykiatrisk sykepleie som fagområde. *Helt – Ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 45.
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen - nøkkel til bedret mestring? *Diabetes: forebygging, oppfølging, behandling*. I: Skafjeld, A. og Graue, M. (red.). Oslo: Akribe, s. 222-223.
- Kirkevold, M. (2006). Dorothea Orems egenomsorgsteori. *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 128- 143.
- Larsen, T.A (2013). Barn og samtykke – hva sier norsk rett? *Forskningsetikk* nr. 4, 2013, s.14-15.
- Mosand, R.D. og Stubberud, D-G. (2013). Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H. Stubberud, D-G. Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 507-536.
- Norsk senter for forskningsdata (2018). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. *Database for statistikk om høyere utdanning*. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> [Lest: 16.04.18].
- Ottosson, A.B. Åkesson, K. Ilvered, R. Forsander, G. Särnblad, S. (2017). Self-care management of type 1 diabetes has improved in Swedish schools according to children and adolescents. *Acta Pædiatrica*. 106, pp. 1987-1993.
DOI:10.1111/apa.13949
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient og brukerrettighetsloven*. §4-4 Samtykke på vegne av barn.
- Roper, S.O. Call, A. Leishman, J. Ratcliffe, G.C. Mandleco, B.L. Dyches, T.T. Marshall, E.S. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions.

Journal of advanced nursing. 65(8), 1705-1714. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05033.x

Scholes, C. Mandleco, B. Roper, S. Dearing, K. Dyches, T. Freeborn, D. (2012). A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control? *Journal of advanced nursing*. 69(6), 1235-1247. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06111.x

Store norske leksikon (2018). Pubertet. *Barne- og ungdomsmedisin*. [Internett].

Tilgjengelig fra: <https://snl.no/pubertet> [Lest: 17.04.18].

Svartdal, F. Tønnesson, Ø. (2013). Ungdom. I *Store norske leksikon*. [Internett]. Sist oppdatert 06.06.13. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/ungdom> [Lest: 16.04.18].

VEDLEGG 1 – Søkehistorikk i tabell

Artikkel 1, 2 og 3: "Understanding adolescent type 1 diabetes self-management as an adaptive process: A grounded theory approach", "A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control?" & "Identifying challenges of living with type 1 diabetes: Child and youth perspectives"

Database	Søk nr.	Søkeord/Mesh-term Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel	Dato for søk
CINAHL Complete Avgrensning: "Published Date 2008-2018"	#1	Diabetes Mellitus Type 1	12174	Her fikk vi 55 treff. Vi leste gjennom alle overskrifter og 13 abstrakt. Vi inkluderte artiklene 1: Chilton og Pires-Yfantouda (2014). 2: Scholes mfl. (2012). 3: Freeborn (2012).	11/4
	#2	Adolescence	29 8916		
	#3	Self Care	26 205		
	#4	Qualitative Studies	81 079		
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND 4	55		

VEDLEGG 2 – Søkehistorikk i tabell

Artikkel 4: Self-care management of type 1 diabetes has improved in Swedish schools according to children and adolescents

Database	Søk nr.	Søkeord/Mesh-term Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel	Dato for søk
CINAHL Complete Avgrensning: "Published Date 2008-2018	#1	Diabetes Mellitus Type 1	12 174	Vi fikk 18 treff på dette søket. Etter å ha lest igjennom alle overskriftene og 8 abstrakter. Vi inkluderte artikkel 4: Ottossen mfl. (2017).	11/4
	#2	Adolescence	29 8916		
	#3	Self Care	26 205		
	#4	School Health Services	9 406		
	#5	#1 AND #2 AND 3# AND #4	18		

VEDLEGG 3 – Søkehistorikk i tabell

Artikkel 5: Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions

Database	Søk nr.	Søkeord/Mesh-term Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel	Dato for søk
PubMed Avgrensning: "Publication dates, 10 years"	#1	Diabetes Mellitus Type 1	24 307	På dette søket fikk vi 11 treff. Vi leste gjennom alle overskriftene og 5 abstrakt. Vi inkluderte artikkel 5: Roper mfl. (2009).	13/4
	#2	Adolescent	661 902		
	#3	Health Knowledge	159 930		
	#4	Qualitative studies	113 289		
	#5	Health Behavior	249 348		
	#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	11		

VEDLEGG 4 – Søkehistorikk i tabell

Artikkel 6: Daily stressors and coping responses of children and adolescents with type 1 diabetes

Database	Søk nr.	Søkeord/Mesh-term Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel	Dato for søk
PubMed Avgrensning: “Publication dates, 10 years”	#1	Type 1 diabetes Mellitus	24 073	Vi fikk 7 treff på dette søket. Etter å ha lest gjennom alle overskriftene og 4 abstrakter inkluderte vi artikkel 6: Hema mfl. (2008).	14/4
	#2	Adolescent	661 902		
	#3	Self Care	91 150		
	#4	Stressors	23 077		
	#5	#1 AND #2 AND #3	7		

VEDLEGG 5 – Søkehistorikk i tabell

Artikkel 7 og 8: "Moving the journey towards independence: Adolescents transitioning to successful diabetes self- management" & "Helping adolescents with type 1 diabetes "figure it out""

Database	Søk nr.	Søkeord/Mesh-term Kombinasjoner	Antall treff	Artikkel	Dato for søk
ScienceDirect Avgrensning: "Year 2008-2018" & "research articles"	#1	Type 1 Diabetes Mellitus	69 604	Av de 51 treffene valgte vi oss ut artikkel 7: Babler og Strickland (2015) og artikkel 8: Babler Strickland (2015) etter å ha lest gjennom overskriftene.	17/4
	#2	Adolescents	83 913		
	#3	Self- Management	181 957		
	#4	Experience	748 574		
	#5	Daily Life	245 411		
	#6	Independence	123 592		
	#7	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND # 6	51		

VEDLEGG 6 – Litteratormatrise 1

Keywords: Type 1 diabetes, grounded theory, self-management, social constructivist, adolescence, qualitative

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Chilton, R. Pires-Yfantouda. (2014).</p> <p>Understanding adolescent type 1 diabetes self-management as an adaptive process: A grounded theory approach</p> <p><i>Psychology & Health, 2015 Vol. 30, No. 12, 1486–1504</i></p> <p>United Kingdom</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2015.1062482</p>	<p>Studien hadde som hensikt å utvikle en konseptuell forståelse av hvordan ungdommer med diabetes type 1 tilpasser seg og integrerer egenomsorgen i sine liv.</p>	<p>Utvalg: 44 ungdommer mellom 13-17 år med en diabetes type 1 diagnose ble inkludert i studien.</p> <p>Datainnsamling: Deltakerne ble rekruttert fra en nasjonal helsetjeneste i England mellom 2009-2010. Forskerne kontaktet de første gang pr. telefon og fikk bekreftelse på samtykke og deltakelse. 13 deltakere ble intervjuet. Intervjuene var semi-strukturerte med åpne spørsmål, noe som ga deltakerne mulighet til å uttrykke seg godt.</p> <p>Analyse: Dette er en kvalitativ artikkel som har tatt i bruk «grounded theory» som tilnæringsmetode. Metoden er egnet til å skape en teoretisk og konseptuell forståelse av hvordan ungdom håndterer å lever med sin diabetes type 1.</p>	<p>Denne studien gir en konseptuell forståelse av egenomsorgen. Den kan være utfordrende på den ene siden og vellykket på den andre. Den gir en nærmere beskrivelse av de komplekse problemene ungdom møter i sin hverdag med diabetes, hvordan de tilpasser seg og integrerer egenomsorgen.</p> <p>Studiet resulterte i et rammeverk som utforsket psykologiske mekanismer og kontekstualiserte dem innenfor en egenomsorgskontinuum, en modell.</p> <p>På den ene siden med utfordringer, kom der opp tema innenfor blodsukkerkontroll, foreldrenes engasjement, det å imøtekomme skolen og eksponere seg for andre. På den andre siden vil en vellykket egenomsorg gi mestringsfølelse og resultere i selvstendighet.</p>	<p>Her ønsker vi å trekke inn momenter fra modellen som gir utslag i negative og positive sider ved egenomsorgen. Slik vil vi kunne belyse sider ved det å leve med diabetes i ungdomsårene i diskusjonsdelen. Overgangene kan være glidende. I det ene øyeblikket kan man føle mestring og selvstendighet, for så å føle seg lei og kanskje neglisjere sin diabetes.</p>

VEDLEGG 7 – Litteratormatrise 2

Keywords: Adolescent health, long-term illness, diabetes, nurse–patient interaction, qualitative approaches

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Scholes, C. Mandleco, B. Roper, S. Dearing, K. Dyches, T. Freeborn, D. (2012).</p> <p>A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control?</p> <p><i>Journal of advanced nursing</i>. 69(6), 1235-1247</p> <p>USA</p> <p>DOI:10.1111/j.1365-2648.2012.06111.x</p>	<p>Siden det var behov for mer forskning for å forstå problemene til ungdom med type 1 diabetes mellitus(T1DM), har denne studien til hensikt å undersøke ungdoms oppfatning av sitt eget liv med T1DM. Studien vil også undersøke om oppfatningene varierer i henhold til kontrollnivåer av blodglukoseverdier, lave verdier og høye verdier.</p>	<p>Utvalg: I denne studien ble 14 deltakere i alderen 11-22 år intervjuet. Inklusjonskriteriene var at de hadde en T1DM-diagnose og hadde hatt den i minimum to år.</p> <p>Datainnsamling: Rekrutteringen foregikk på en diabetesbehandlingsklinikk i 2008. Det ble gjennomført 60-90 minutters lydinnspilte individuelle intervjuer. Da deltakerne skulle diskutere sine erfaringer, fikk de snakke fritt. Oppklarende spørsmål ble stilt ved behov. Det ble foretatt en gruppering mellom de med lavt og høyt blodsukker, grenseverdien var et HbA1 på 7,5.</p> <p>Analyse: Dette er en kvalitativ studie som tok i bruk et beskrivende design. Studien var en del av et større studie som undersøkte familiens tilpasning med det å leve med et barn eller en ungdom med T1DM.</p>	<p>Deltakere med høyt og lavt langtids blodglukosenivå rapporterte om felles tema. Dette var tema som omhandlet hvilke oppfatninger familien har, hvilke oppfatninger folk utenfor familien har, betydning av helsepersonell og viktigheten av å ha kunnskap om diabetes.</p> <p>Ulikhetene kom til syne ved tema som oppfatning av sykdomsbilde, støtte fra foreldre og egne holdninger til egenomsorg.</p> <p>Studien viser til at de med HbA1 over 7,5 har lite/ingen støtte fra foreldre, mens hos de med HbA1 under 7,5 rapporterer om tilstrekkelig hjelp fra foreldre.</p> <p>De med HbA1 over 7,5 rapporterer positive erfaringer ved å være på diabetesleir. Her får de møte likesinnede og føler seg derfor ikke så alene.</p>	<p>Denne studien viser oss likheter og ulikheter mellom ungdom med HbA1 over 7,5 og ungdom med HbA1 under 7,5. Det vil være relevant for oss å trekke frem variasjonen i hjelp og støtte fra foreldre i vår oppgave. Resultatet forteller oss noe om hvilke erfaringer og holdninger ungdom har med å leve med diabetes.</p>

VEDLEGG 8 – Litteratormatrise 3

Keywords: Children, chronic conditions, focus groups, qualitative strategies, type 1 diabetes, youth.

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Freeborn, D. Dyches, T. Roper, S. O. Mandleco, B. (2012).</p> <p>Identifying challenges of living with type 1 diabetes: Child and youth perspectives.</p> <p><i>Journal of clinical nursing. Vol. 22. S. 1890-1898.</i></p> <p>USA</p> <p>DOI: 10.1111/jocn.12046</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere utfordringer barn og unge har med diabetes type 1. Å få diabetes forutsetter en livsstilsendring. Essensen er et regelmessig og sunt kosthold, jevnlig overvåking av blodsukkeret og kunne administrere insulin.</p>	<p>Utvalg: 16 barn og ungdom med diabetes type 1 deltok i studien.</p> <p>Datainnsamling: Seks fokusgrupper ble holdt over en fire måneders periode i 2010. Hver deltaker deltok i en fokusgruppe. Fokusgruppediskusjonene ble lydinnspilt, transkribert ordrett og analysert for vanlige temaer i henhold til kvalitativ metodikk. For å sikre troverdighet, gjorde etterforskere uavhengig kodede intervjuer og temaer ble raffinert og justert til konsensus ble nådd.</p> <p>Analyse: Et kvalitativ beskrivende design ved hjelp av fokusgrupper for å identifisere erfaringer og utfordringer.</p>	<p>Studien viser at å leve med diabetes type 1 er utfordrende for barn og ungdom. Disse utfordringene må tas opp for å hjelpe ungdom med å lære og håndtere sin sykdom og fremme sunne utfall.</p> <p>Tre temaer dukket opp etter analysen. Barn og unge står overfor utfordringer med (1) lavt blodsukker, (2) den praktiske egenomsorgen og (3) til det å føle seg annerledes og/eller alene.</p> <p>Det er viktig for sykepleiere å diskutere utfordringer, forstå perspektiver for denne aldersgruppen, lytte til deres bekymringer, jobbe med dem for å utvikle strategier som fremmer helse, minimere komplikasjoner, redusere eller eliminere følelser som sier en er annerledes eller alene.</p>	<p>Vi ønsker å trekke frem utfordringene ungdom står overfor når det kommer til lavt blodsukker, den praktiske egenomsorgen og til det å føle seg annerledes og/eller alene. Vi vil ekskludere barnets perspektiv, da det er ungdommens perspektiv som er av vår interesse.</p>

VEDLEGG 9 – Litteratormatrise 4

Keywords: Hypoglycaemia, schools, questionnaires, self-care, type 1 diabetes

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Ottosson, A. B. Åkesson, K. Ilvered, R. Forsander, G. Särnblad, S. (2017).</p> <p>Self-care management of type 1 diabetes has improved in Swedish schools according to children and adolescents</p> <p><i>Acta Paediatrica, 106,</i> <i>pp. 1987.1993</i></p> <p>SWEDEN</p> <p>DOI:10.1111/apa.13949</p>	<p>Aldersbestemt støtte til diabetikere i skoletiden er viktig for egenomsorgen. Studien har som hensikt å undersøke den opplevde kvaliteten på støtten barn og unge mottok i 2008 og 2015.</p>	<p>Utvalg: Deltakerne var barn og unge i alderen 6-15 år med type 1 diabetes mellitus (T1DM) som gikk på skole. 317 deltok i 2008 og 570 i 2015. I 2015 deltok også 568 foreldre.</p> <p>Datainnsamling: En nasjonal studie i Sverige hadde et samarbeid med en svensk pediatrik enhet. Deltakerne ble instruert til å fullføre spørreskjemaet alene. En diabetessykepleier var tilstede for å forklare spørsmålene. Foreldre måtte fremlegge barnets siste HbA1 verdi.</p> <p>Analyse: Studien har en kvantitativ tilnærings- metode. Alle statistiske analyser ble utført ved hjelp av SPSS statistikk for Windows, versjon 23.</p>	<p>For å kunne oppnå blodsukkerkontroll i skoletiden, trenger barn og unge aldersbestemt individuell støtte i sin egenomsorg for diabetes.</p> <p>I 2015 sier færre deltagere at de blir behandlet annerledes på skolen pga. sin T1DM. Muligheten til å administrere insulin og kontrollere blodsukkeret sitt i skoletiden økte med mer aksept og forståelse hos medelever. De fleste ungdommer i alderen 13-15 år var fornøyd med støtten de fikk. Likevel fremtrer det at jentene ikke var like fornøyd som guttene. Flere personer hadde hypoglykemi i skoletiden(herav mest jenter), her har ikke støtten økt og var lavere i 2015, enn i 2008.</p> <p>Barn og ungdom mottok generelt mer støtte til T1DM i svenske skoler i 2015 enn i 2008. 86% var fornøyd med støtten de fikk. Likevel fremtrer det et behov for at jenter trenger mer støtte under hypoglykemi i skoletiden.</p>	<p>Studien hevder at aldersbestemt individuell støtte er nøkkelen til god blodsukkerkontroll i skoletiden. Vi ønsker kun å inkludere funn hos ungdom, og vil dermed ekskludere foreldre og yngre barn. Vi vil ha fokus på de funnene som ble gjort i 2015. Vi anser studien som veldig relevant da den fant sted i Sverige.</p>

VEDLEGG 10 – Litteratormatrise 5

Keywords: Adolescents, children, diabetes education, interviews, nursing, type 1 diabetes.

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Roper, S. O. Call, A. Leishman, J. Ratcliffe, G. C. Mandleco, B. L. Dyches T.T. Marshall, E. S. (2009).</p> <p>Type 1 diabetes: Children and adolescents' knowledge and questions.</p> <p><i>Journal of advanced nursing</i> 65(8), 1705–1714.</p> <p>USA</p> <p>DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05033.x</p>	<p>Denne studien ønsket å beskrive hva barn og ungdom vet og hva de vil vite mer om, når det kommer til deres diabetes type 1. Et sekundært formål var å identifisere hvilke spørsmål som gjentar seg, hva de har snakket med sine foreldre om og hva de ønsker mer informasjon om. Bakgrunnen for denne studien er at kunnskap hos barn og ungdom vil være med på å forebygge helsekomplikasjoner og gjøre de bevisst på hvordan man mestrer diabetes, med fokus på teori og praksis.</p>	<p>Utvalg: Det ble inkludert 58 barn og unge i alderen 8-18 år med type 1 diabetes i studien. 68% kvinnelige deltakere og 42% mannlige deltakere.</p> <p>Datainnsamling: Deltagerne ble rekruttert gjennom sommerleirer for diabetikere, en diabetesklinikk og gjennom henvisninger. Tilstedeværende intervjuer ble utført hjemme hos deltakerne. De responderte både på ja/nei spørsmål og undrende spørsmål om hva de lurte på og hva de ønsket å vite mer om.</p> <p>Analyse: Dette er en kvalitativ studie som brukte induktiv analyse. Intervjuene ble lydinnspilt, transkribert, kontrollert for nøyaktighet og analysert i N-Vivo 7.</p>	<p>Ungdom med høyere kunnskapsnivå har bedre blodsukkerkontroll sammenlignet med de med lavere kunnskapsnivå. Kunnskapsnivået er en av flere variabler som vil kunne påvirke blodsukkeret.</p> <p>Gjennom intervjuene kom det til syne fem hovedtema; omsorg, fysiologi, konsekvenser, behandling, følger for familien og egne erfaringer med å leve med diabetes.</p> <p>Studien viser at ungdom har kunnskaper om sin diagnose. Likevel viser det seg at de ønsker ytterligere kunnskap om omsorg, fysiologi og konsekvenser. Det å leve med diabetes type 1 er en kompleks og dyp personlig opplevelse.</p> <p>Positive erfaringer med omsorgen har vært å avtale hvordan foreldrene skal opptre som gode støttespillere. For mange er det uvisst hvordan de fikk sykdommen og hvordan fysiologien er til punkt og prikke. Konsekvensene oppleves som mange, både kortsiktige og langsiktige. De blir mest beskrevet som negative, men noen positive konsekvenser kom til syne, f.eks. belønning for god blodsukkerkontroll.</p>	<p>Denne studien gir oss et innblikk i kunnskapsnivået til barn og ungdom. Vi ønsker kun å inkludere funn hos ungdom, og vil dermed ekskludere barn. De fem hovedtema som kommer til syne vil være relevant for oss å trekke inn i oppgaven.</p>

VEDLEGG 11 – Litteratormatrise 6

Keywords: Adolescents, children, coping, daily diary, stressors, type 1 diabetes.

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Hema, D. A. Roper, S. O. Nehring, J. W. Call, A. Mandleco, B.L. Dyches, T. T. (2008).</p> <p>Daily stressors and coping responses of children and adolescents with type 1 diabetes.</p> <p><i>Child: care, health and development.</i> Vol. 35, (3). S. 330-339.</p> <p>USA</p> <p>DOI:10.1111/j.1365-2214.2009.00937.x</p>	<p>Ungdom med type 1 diabetes takler en rekke stressfaktorer knyttet til dagliglivet (ikke nødvendigvis diabetesrelaterte) og sykdoms-administrasjonen. Denne studien tar for seg hvordan deltakerne takler sine egne daglige stressfaktorer og mestringer.</p>	<p>Utvalg: Til sammen deltok 45 personer med diabetes type 1. 19 barn 8-12 år og 33 ungdommer 13-18 år. Inklusjonskriterier var barn mellom 8-18 år med diabetes, minimum et søsken og en foreldre som ønsket å delta i studien.</p> <p>Datainnsamling: Deltakerne registrerte sine egne stressfaktorer for 2-3 uker i en dagbok. Svaret ble transkribert ordrett. Foreløpige mønstre ble identifisert og kontinuerlig modifisert for å imøtekomme nye svar, samt å få innsikt i analysen. To personer kodet svar hver for seg for senere å diskutere temaer/kategorier. En tredje person bekreftet at temaene var i tråd med studien.</p> <p>Analyse: Beskrivende kvalitativ studie. Deltakerne registrerte selv sine egne stressfaktorer hver dag i 2-3 uker ved hjelp av en dagbok.</p>	<p>Det kom frem fem temaer under daglige stressfaktorer: Stress knyttet til mennesker, selvet, konteksten, tvetydig (uidentifiserbart) stress og ingen stress.</p> <p>Barn og ungdom med diabetes type 1 identifiserte daglige stressfaktorer som lignet på de som ville ha blitt beskrevet av barn og ungdom uten diabetes.</p> <p>Yngre barn rapporterte mer stress knyttet til venner/jevnaldrende og søsken. Eldre barn rapporterte mer stress knyttet til foreldre, skole og personlig svik og fysiske stressfaktorer.</p> <p>De fleste håndteringsresponsene ble kategorisert i tema for å ta personlig ansvar. Ungdom håndterte stress med abstrakt tenkning, diskusjon og med en bevissthet om å ta vare på seg selv.</p>	<p>Denne studien gir oss et innblikk i hvordan ungdom identifiserer og håndterer daglige stressfaktorer. Siden studien tar utvalg i både barn og ungdom, ønsker vi å ekskludere perspektivene til de 19 barna, da de ikke er relevant for vår oppgave. Studien forteller oss at ungdom med og uten diabetes har rapportert om like stressfaktorer. De vektlegger ikke sine diabetesrelaterte stressfaktorer. Her rapporteres det om stress relatert til foreldre, skole, personlig svik og fysiske stressfaktorer.</p>

VEDLEGG 12 – Litteratormatrise 7

Keywords: Self-Management, Type 1 diabetes, Adolescents, Conflict, Parent

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Babler, E. Strickland, C. J. (2015).</p> <p>Moving the journey towards independence: Adolescents transitioning to successful diabetes self- management.</p> <p><i>Journal of Pediatric Nursing. Vol. 30. s.648–660.</i></p> <p>USA</p> <p>DOI: http://dx.doi.org/10.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få større forståelse av ungdoms erfaringer med å leve med diabetes type 1, deres utfordringer og å bygge en teoretisk paradigme for å skape fremtidige tiltak for ungdom med diabetes type 1.</p>	<p>Utvalg: Elleve ungdommer med diabetes type 1. Alder: 11-15 år. Derav tre gutter og åtte jenter.</p> <p>Datainnsamling: Intervjuene ble utført hjemme hos deltakerne og ble registrert digitalt. Intervjuene hadde en varighet på 60 min. De første tre intervjuene ble sett på som en prøve, deretter ble tolv intervjuer gjort ved hjelp av teoretisk prøvetaking for å få nødvendig informasjon til datasamlingen. Tre deltagere ble intervjuet på nytt for å oppklare gitt informasjon. Temaer og relasjoner ble gjennomgått med ungdom under intervju. Notater ble skrevet og en fokusgruppe ble gjennomført på slutten av studien, for å sikre troverdighet til sluttresultatet.</p> <p>Analyse: Kvalitativ studie. Prøvetaking, koding og datanalyse ble gjort samtidig ved hjelp av gerund-koding, teoretisk koding og konstant komparativ analyse.</p>	<p>Studien viser til at støtte i ungdomsårene er avgjørende for å hjelpe dem til å fullføre de oppgavene som er nødvendig for en god egenomsorg. De må lære å integrere diabetes i dagliglivet og gjøre diabetes til en del av dem.</p> <p>På veien til selvstendighet i diabetesomsorgen er man innom de tre fasene; å ta over omsorgen, oppleve konflikt med foreldre og innse at diabetes er vanskelig. Ungdom beskrev utfordringer med uavhengighet og økt foreldrekonflikt. De utfordres til å sjonglere flere ansvarsområder. De skal utføre sin rolle hjemme og på skolen, men på samme tid også ha egenomsorg for sin diabetes. De skal kunne ta vare på, lære hvilke komponenter som påvirker blodsukkeret, kontrollere dette og kunne sette insulin.</p>	<p>Veien til selvstendighet i sin egenomsorg for diabetes starter gjerne i ungdomsårene. Vi ønsker å trekke inn erfaringer om hvordan det oppleves å leve med diabetes og hvordan de i ungdomsårene gradvis skal tar mer og mer ansvar for sin diabetes. Her er veien kort til konflikter med foreldrene. Dette er noe vi vil ta med i vår oppgave.</p>

VEDLEGG 13 – Litteraturmatrikse 8

Keywords: Type 1 diabetes, Adolescents, Normalizing, Self- management

Referanse	Hensikt/mål	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Babler, E. Strickland, C. J. (2015). Helping adolescents with type 1 diabetes “Figure it out” <i>Journal of Pediatric Nursing (2016) 31, 123–131</i> USA DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.10.007</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få en forståelse av ungdoms erfaring med å leve med diabetes og bygge et teoretisk paradigme for å fremme tiltak hos ungdom med type 1 diabetes mellitus (T1DM).</p>	<p>Utvalg: Ungdommer fra 11-15 år. Tre gutter og åtte jenter deltok i studien. Datainnsamling: 15 dybdeintervjuer ble gjennomført. Hvert intervju hadde en varighet på 60 min. Det ble digitalt registrert og transkribert ordrett. Analyse: Studien er kvalitativ og som en tilnæringsmåte ble «grounded theory» tatt i bruk.</p>	<p>En teoretisk modell om begrepet "normalisering" ble identifisert. Normalisering ble definert som evnen til å integrere diabetes i bakgrunnen av ens daglige liv for å gjøre diabetes til en «del av meg». Den femte fasen av normalisering var «å finne ut det» (<i>derav tittelteksten</i> «figure it out»).</p> <p>Man ser at ungdom ofte har problemer med å gjennomgå fase fem. Dette har ofte ført til en følelse av å være annerledes og de ser på diabetes som en byrde og kommer også ofte i konflikt med andre.</p> <p>Fase fem har igjen fire underemner som er hovedmomentet i denne artikkelen: (1) lære å godta diabetes, (2) tro at det er mulig å administrere diabetes, (3) vise ansvar og (4) holde seg på sporet. Selve normaliseringsoppgaven var «å akseptere den nye normale».</p> <p>Ungdom med T1DM utviklet gjennom fase fem en forståelse for at diabetes er deres "nye normalitet". Bruk av motiverende intervju, klare målsettinger og hjelp til å fremme egenomsorg vil være viktige tiltak for å støtte ungdom med T1DM for å normalisere livet sitt.</p>	<p>I vår oppgave blir det aktuelt å trekke inn de fire underemnene for å få innsikt i veien man må gå for å bli selvstendig i sin diabetesomsorg. Ungdom er hele tiden i søken etter uavhengighet, og man ser at de streber etter et stabilt blodsukker. Økt integrering av diabetes førte til økt konflikt med foreldre som igjen ga utslag i vanskeligheter med å etablere egenomsorgen for sin diabetes.</p>