



Bacheloroppgave

SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie

Når hverdagen blir en utfordring/

When daily life becomes a challenge

Kandidatnummer: 10063 og 10066

Totalt antall ord: 8787

Antall sider inkludert forsiden: 59

Hovedveileder: Solveig Giske

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.**

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
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: 1. ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. 2. ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. 3. ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. 4. har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. 5. ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <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

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 22.05.2018

Forord

*«Hvis du streve med et lide problem,
e du ikkje aleina om det,
ta det med,
te adle oss andre,
så ska du få se
ka me streve med;
kvert vårt problem.*

*Men mangen problemer, om de e små,
bler et kjempesvert problem, ska du se.
det bler så svert at me vil forstå
at det må me gjør någe med!*

...

*Hvis du greie litt merr enn du kan,
e du ikkje aleina om det,
kom ble med
te adle oss andre,
så ska du få se
kor sterke me e,
ja, det går an!*

*For mange styrkar, om de e små,
bler ei kjempesvere kraft, ska du se.
Me bler så sterke at me vil forstå
at det kan me gjør någe med!*

Ikkje sant, vel?»

(Roalkvam, 2000, s. 98-99).

Sammendrag

Hensikt: Oppgaven har til hensikt å få økt kunnskap om ungdommenes utfordringer med diabetes type 1 i hverdagen. Økt kunnskap om ungdommenes erfaringer av utfordringene med sykdommen vil være nyttig for å utvikle god og helhetlig sykepleie med fokus på mestring av utfordringene.

Metode: Oppgaven baserer seg på en systematisk litteraturstudie, og inkluderer fem kvalitative artikler, to kvantitative artikler og en mixed-method artikkel.

Resultat: Resultatene viser at ungdommene hadde utfordringer med å regulere blodglukosenivået, hvor dårlig blodglukoseregulering viste seg å gi flere helsemessige påkjenninger. Ungdommene hadde en kostant frykt for hypoglykemi og hadde negative erfaringer vedrørende symptomene. Flere syntes det var utfordrende å akseptere diabetesen, og sykdommen førte til følelsen av å være annerledes og «unormal». Dermed valgte flere å ignorere diabetesrelaterte rutiner og sykdommen i hverdagen, på grunn av ønske om å være som andre. Løsrivningsprosessen fra foreldrene og overgangen til selvstendighet ble erfart som utfordrende. Mange hadde et ønske om å styre diabetesomsorgen selv, men ble ofte møtt med utfordringer som mangel på kunnskap, ferdigheter, samt støtte fra foreldre og helsepersonell. Flere ungdommer følte også at veiledningen og kommunikasjonen fra helsepersonell ikke var tilpasset eget behov og ønske.

Konklusjon: Ungdommene erfarte både praktiske og følelsesmessige utfordringer, men de følelsesmessige var mest belastende og fremtredende. Behov for støtte av helsepersonell og foreldre var essensielt i ungdomsårene. Det er derfor viktig at helsepersonell utvikler veiledningen med fagkunnskaper og forståelse om hvordan ungdommene streber etter å mestre hverdagslige utfordringer.

Abstract

Aim: The purpose of this assignment is to raise awareness of the adolescence challenges with type 1 diabetes in everyday life. Increased knowledge about the adolescence experience of the challenges with the disease will be useful for developing good and comprehensive nursing, with focus on managing the challenges.

Method: This assignment is based on a systematic literature study, which includes five qualitative research articles, two quantitative research articles and one «mixed-method» research article.

Results: The results shows that the adolescence had challenges in regulating blood glucose levels, poor glycaemic control was found to cause more health problems. The adolescence had a high fear of hypoglycaemia and had negative experiences with regard of the symptoms. Several thought it was challenging to accept diabetes, and the disease led to the feeling of being different and «abnormal». Several choose to ignore diabetes-related routines and illness in everyday life because of the desire to be like others. The separation process from the parents and the transition to independence was experienced as challenging. Many wanted to be able to self-manage diabetes, but were often faced with challenges such as lack of knowledge, skills and support from parents and health professionals. Several adolescence also felt that the guidance and communication from health professionals were not custom to their own needs and wishes.

Conclusion: The adolescence experienced both practical and emotional challenges, but the emotional ones were the most stressful and prominent. The need for support by health professionals and parents was essential during adolescence. It is therefore important that health professionals develop the guidance with professional knowledge and understanding of how youngsters strive to master everyday challenges.

Innholdsliste

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Avgrensninger.....	3
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	3
2. Teoribakgrunn	4
2.1 Diabetes mellitus type 1.....	4
2.2 Utviklingsteoretisk perspektiv og behovsperspektiv.....	5
2.2.1 Eriksons utviklingsteori.....	5
2.2.2 Maslows behovshierarki og mestring.....	6
2.3 Mellommenneskelig samspill.....	7
3. Metode	9
3.1 Systematisk litteraturstudie.....	9
3.2 Datainnsamling.....	9
3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	10
3.2.2 Søkestrategi.....	10
3.2.3 Søkehistorie.....	11
3.2.4 Kvalitetsvurdering.....	12
3.2.5 Ethiske vurderinger.....	13
3.3 Analyse.....	14
4. Resultat	16
4.1 Den daglige diabetesomsorgen.....	16
4.1.1 Regulering av blodglukosen.....	16
4.1.2 Bekymring og frykt for komplikasjoner.....	17
4.2 «Vil være som andre».....	18
4.2.1 Akseptere og integrere sykdommen.....	18
4.2.2 Følelsen av å være annerledes.....	18
4.3 Støtte og veiledning.....	19
4.3.1 Løsrivelse fra foreldre og overgang mot selvstendighet.....	19
4.3.2 Mangel på støtte og veiledning fra helsepersonell.....	20
5. Diskusjon	21
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Den daglige diabetesomsorgen.....	23
5.2.2 «Vil være som andre».....	25
5.2.3 Støtte og veiledning.....	27
6. Konklusjon	30
6.1 Forslag til videre forskning.....	30
Litteraturliste	31

Vedlegg 1 – PIO-skjema

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Vedlegg 3 – Utdrag av søkehistorikk som ikke resulterte i inkluderte artikler

Vedlegg 4 – Åtte litteraturlister

Vedlegg 5 – Oversikt over nøkkelfunn, undertema, likheter og ulikheter i artiklene, og hovedtema

1. Innledning

Dette kapittelet presenterer bakgrunn for valg av tema, oppgavens hensikt og problemstilling. Videre presenteres begrepsavklaring og avgrensning, samt en kort oversikt over oppgavenes videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom, som kjennetegnes ved for høyt glukosekonsentrasjon i blodet (Mosand og Stubberud, 2015). Allerede for ca. 3570 år siden, ble de kliniske trekkene ved diabetes mellitus beskrevet, men det var da fortsatt uklart hva som var årsaken. Sykdommen ble først omtalt som diabetes ca. to århundre etter Kristus, og navnet betyr «noe som renner gjennom». Navnet ble gitt fordi sykdommen førte til kraftig tørste, økt behov for vannlating og avmagring. Noen århundre senere ble sammenhengen mellom økt behov for vannlating og den karakteristiske søte urinsmaken oppdaget, men ikke før flere århundrer senere gjenoppdaget og beskrev Europeiske leger de samme funnene. Diabetes mellitus ble først omtalt som sykdomsnavn på 1600-tallet av Thomas Willis. Mellitus er latin for honningsøtt, og beskrev urinen hos diabetikere, og sykdommen har siden den gang hatt sitt navn. Gjennom tidene har diabetesbehandlingen bestått av sukkerrike dietter, sultedietter, opium og andre terapiformer. I 1920 ble bukspyttkjertelens rolle i blodglukosereguleringen oppdaget, og to år senere fikk det første mennesket vellykket behandling med insulin, som er et blodglukosesenkende legemiddel. I tiden etter ble det lagt ned mye arbeid i å utvikle insulinet, og med å forebygge komplikasjoner (Møinichen, 2014). Det finnes i dag bedre behandlingsformer som tar sikte på god og stabil blodglukoseregulering, økt velvære og forebygging av senkomplikasjoner (Mosand og Stubberud, 2015).

Diabetes er i dag en av de hyppigste folkesykdommene i Norge, hvor omlag 245 000 mennesker er diagnostisert. Omtrent 28 000 har diabetes type 1, og hvert år blir 300 barn under 15 år diagnostisert (FHI, 2017). Diabetes type 1 vil gi fysiske og psykiske konsekvenser, samt endringer i livssituasjon og livsstil (Mosand og Stubberud, 2015). Ungdomsårene kan være krevende for ungdommer med diabetes type 1, da årene ofte preges av en uregelmessig og impulsiv livsstil, løsrivning fra foreldre og avstand fra

fornuftige prioriteringer (Graue, 2002). Diabetes utgjør en vesentlig del av sykdomsbyrden i Norge (FHI, 2017). Som sykepleier vil en i løpet av arbeidslivet møte mennesker med diabetes, og det er derfor viktig med oppdatert kunnskap og kompetanse innenfor fagfeltet (Mosand og Stubberud, 2015). Ifølge Kleppe mfl. (1997) vil helsefremmende arbeid i ungdomsårene gi grunnlag for god helse senere i livet.

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er å få økt kunnskap om ungdommenes hverdagslige utfordringer med diabetes type 1. Økt kunnskap om ungdommenes erfaringer av utfordringene med sykdommen vil være nyttig for å utvikle god og helhetlig sykepleie med fokus på mestring av utfordringene.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av hensikten har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvilke utfordringer erfarer ungdommer med diabetes type 1 i hverdagen?»

1.3 Begrepsavklaring

Utfordringer definerer noe som krever kamp, hardt arbeid og vanskeligheter med å overvinne (Wangensteen, 2005). Begrepet blir i denne oppgaven brukt om livssituasjoner som ungdommene opplever problematisk og vanskelig å overvinne på grunn av sykdommen.

Erfare definerer noe som man føler, merker og lærer av ved å prøve og feile (Wangensteen, 2005). Begrepet blir i denne oppgaven brukt om ungdommenes erfaringer av de utfordringene som er knyttet til sykdommen.

Diabetes type 1 er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet og forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Årsaken er manglende insulinproduksjon, forårsaket av en autoimmun reaksjon (Mosand og Stubberud, 2015).

1.4 Avgrensninger

Oppgaven avgrenses til ungdommer i alderen 13-18 år, og minimum seks måneder siden diagnostisering. Eventuelle kjønnsforskjeller problematiseres ikke. Pasientperspektivet utdypes, dette utelukker derfor pårørende- og sykepleieperspektiv.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Neste kapittel presenterer relevant teori for å belyse problemstillingen. Kapittel 3 presenterer metoden som inkluderer datainnsamling og analyse, rammer for artiklene, søkeprosessen, kvalitetsvurdering og etisk hensyn. Kapittel 4 presenterer resultatene av hovedfunnene med undertema, og kapittel 5 presenterer diskusjonsdelen som består av metode- og resultatdiskusjon. Dette munner ut i en konklusjon som presenteres i kapittel 6.

2. Teoribakgrunn

Dette kapittelet presenterer relevant teori for å belyse problemstillingen. Dette inkluderer teori om diabetes type 1, utviklingsteoretisk- og behovsperspektiv, samt teori om mellommenneskelig samspill.

2.1 Diabetes mellitus type 1

Hos noen mennesker blir det dannet antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhanske celleøyene i pankreas. Dette fører til at cellene gradvis ødelegges og insulinproduksjonen avtar. Når insulinproduksjonen ikke lenger dekker kroppens behov, øker blodets glukoseinnhold og en trenger tilførsel av insulin for å senke blodglukosenivået (Mosand og Stubberud, 2015). Ødeleggelsen pågår over flere måneder eller år og når mer enn 80-90% av betacellene er brutt ned utvikles diabetes (Jenssen, 2014).

Diabetes type 1 er en insulinmangelsykdom, og behandlingen tar sikte på å tilføre kroppen riktig dose insulin til enhver tid (Graue, 2002). Det finnes flere ulike insulinformer og administrasjonsmetoder for behandling av diabetes type 1, som for eksempel insulinpenner som tas som regelmessige enkeltinjeksjoner. Et annet alternativ er programmerte insulinpumper, som injiserer insulin gjennom en permanent kanyle. Insulinpumpe kan være et gunstig alternativ for ungdom som er motivert for en slik behandling (Jenssen, 2014). For å holde blodglukosen stabil er det også avgjørende med riktig ernæring og fysisk aktivitet. Ernæringen bør være sunn og mest mulig lik normal kost, men med lavere sukker- og fettinnhold. Det anbefales et jevnt tilskudd av energigivende næringsstoffer i løpet av dagen. Fysisk aktivitet er også en positiv behandlingsfaktor, da aktivitet forbraker glukose og senker blodglukosen under og etter aktivitet (Mosand og Stubberud, 2015).

Det er viktig med god behandling av blodglukosen under puberteten for å oppnå normal vekst og kjønnsmodning (Norsk helseinformatikk, 2016). Puberteten er en periode hvor kroppen har behov for mer insulin per kilo kroppsvekt, som skyldes hormonelle endringer og kraftig vekst (Haugstvedt, 2011). Behandlingen har som mål å holde blodglukosenivået så nært som det normale, det vil si fastende blodglukosenivå mellom 4-7 mmol/l. Høyere

fastende verdier må ofte godtas for å unngå nattlig hypoglykemi (Mosand og Stubberud, 2015).

En kjent frykt for alle med diabetes er hyper- og hypoglykemi (Jenssen, 2014). Hyperglykemi oppstår når blodglukosen blir for forhøyet, og kan utløses av dårlige matvaner, sykdom/infeksjoner og ved høy temperatur (Buckman og McLaughlin, 2002). Hypoglykemi oppstår ved lavt blodglukosenivå, og de fleste vil oppleve hypoglykemiske symptomer ved blodglukosenivå under 2,5-3,3 mmol/l. Hypoglykemi kan utløses når en spiser mindre, hopper over eller utsetter måltid, samtidig som en tar ordinær insulindose. Økt aktivitetsnivå og alkoholforbruk kan også føre til hypoglykemi. Tidlig i diabetesforløpet er det vanlig at hypoglykemi gir symptomer som svette, skjelvninger, sult, hjertebank og angst. Etter noen år kan det oppstå symptomer fra sentralnervesystemet som tretthet, synsdringer, konsentrasjonsvansker, forvirring og irritabilitet. Dårlig blodglukoseregulering over flere år, øker risikoen for utvikling av senkomplikasjoner som for eksempel retinopati, nefropati, nevropati, aterosklerose og hjerte- og karsykdommer (Mosand og Stubberud, 2015).

Videre i teksten vil diabetes type 1 omtales som diabetes.

2.2 Utviklingsteoretisk perspektiv og behovsperspektiv

2.2.1 Eriksons utviklingsteori

Psykologen Erik H. Erikson deler menneskets psykososiale utvikling inn i åtte faser fra fødsel til død (Renolen, 2015). De åtte psykososiale fasene bidrar til å forme menneskets personlighet. Hver fase inneholder et avgjørende vendepunkt, en «livskrise», som bidrar til å forme menneskets utvikling (Erikson, referert i Håkonsen, 2014). Fasene inneholder nye krav om hvordan mennesket skal tilpasse seg omgivelsene. De ulike fasene presenterer utfordringer som kan løses på en gunstig eller ugunstig måte. Utviklingen er en prosess som varer livet ut, og nye elementer blir stadig lagt til, og gjør utviklingen mer sammensatt. Hvordan mennesket løser den psykososiale krisen i hver fase vil være påvirket av hvordan en lyktes med å løse tidligere livskriser (Håkonsen, 2014). Samtidig

danner dette grunnlag for hvordan mennesket vil håndtere lignende utfordringer i fremtiden, og hvordan de neste fasene utvikler seg (Gustin, 2016).

Denne oppgaven utdyper utviklingsfasen «identitet versus forvirring», da den tar for seg ungdommer fra ca. 14-20 årsalderen. Erikson hevdet at forandringene som skjer i ungdomsårene er dramatiske, delvis på grunn av biologiske faktorer som hormonelle forandringer og fysisk utvikling, samt delvis på grunn av den sosiale utviklingen. Den seksuelle modningen og utprøvingen, medfører ofte til store følelsesmessige og sosiale spenninger hos ungdommene. Fasen er også viktig for utviklingen av menneskets egoidentitet (Håkonsen, 2014). Egoidentitet handler om å vite hvem du er og hvordan du passer inn i samfunnet (Renolen, 2015). Et gunstig resultat vil være opplevelse av mening og forutsigbarhet i livet, der mennesket får en følelse av å kontrollere sitt eget liv. For å kompensere for sin usikre egoidentitet, knytter ungdommene seg ofte til vennegrupper eller andre grupper som tilbyr identitetslikheter (Håkonsen, 2014). Dersom ungdommene ikke klarer å skape en klar identitet, vil det føre til rolleforvirring og utrygghet overfor rolle og identitet (Renolen, 2015).

2.2.2 Maslows behovshierarki og mestring

Psykologen Abraham H. Maslow utviklet en motivasjonsteori som la vekt på menneskets personlige vekst (Renolen, 2015). Maslow referert i Gustin (2016) hevdet at mennesket stadig utvikler seg som individ, ved at man etterstreber å dekke behov på ulike nivå. Ut fra denne teorien utviklet Maslow et behovshierarki bestående av fem nivåer (Håkonsen, 2014). Når behovene på ett nivå tilfredsstilles, oppstår det nye behov som krever tilfredsstillelse (Renolen, 2015). I bunnen av hierarkiet er de grunnleggende fysiologiske behovene som er nødvendig for å overleve. Dette er behov som mat, væske og søvn, og dersom disse behovene ikke dekkes oppstår det ubalanse i kroppen (Gustin, 2016). Det neste nivået er trygghetsbehovet som handler om beskyttelse og stabilitet. Over dette nivået er kontaktbehovet som handler om behov for tilhørighet og bekreftelse hos familie og venner. Enda høyere oppe i hierarkiet er behovet for respekt som handler om å få respekt fra andre, og ha respekt for seg selv. Det høyeste nivået er behovet for selvrealisering (Håkonsen, 2014), og det handler om å realisere sine evner og muligheter (Renolen, 2015).

Mennesker som er i et trygt og støttende miljø vil bevege seg oppover i behovshierarkiet, og til slutt nå det høyeste nivået. Når mennesker beveger seg oppover vil de «lavere» behovene fortsatt eksistere, men være mindre fremtredende i bevisstheten (Håkonsen, 2014). Det vil være fullt mulig at alle behovsnivåene er aktivisert i løpet av en dag eller en uke (Ekeland mfl., 2011). De som utsettes for påkjenninger, som for eksempel sykdom, kan da rette oppmerksomheten mot de mest grunnleggende behovsnivåene. Det vil da være de fysiologiske behovene og trygghet som prioriteres, men samtidig kan evnen til å dekke disse behovene også reduseres (Gustin, 2016). Når en er omgitt av et støttende og stimulerende miljø, vil muligheten for utvikling og personlig vekst være gode (Håkonsen, 2014).

For mennesker som møter sykdom, helsesvikt eller andre krevende livssituasjoner, er mestring avgjørende for egen helse og livskvalitet (Drageset, 2014). Ifølge Lazarus og Folkman referert i Tveiten (2016) er mestring et stadig skiftende kognitivt og handlingsrettede forsøk på å håndtere indre og/eller ytre utfordringer som krever mer enn de ressursene man har, eller som oppleves byrdefulle. Mestring er en målrettet handling som kan være mer eller mindre vellykket (Ekeland og Heggen, referert i Tveiten, 2016). I helsefremmende arbeid og generell sykepleie er mestring et avgjørende aspekt (Drageset, 2014).

2.3 Mellommenneskelig samspill

Kommunikasjon er et viktig aspekt i all mellommenneskelig samspill (Gustin, 2016). Begrepet kommunikasjon kan defineres som utveksling av betydningsfulle tegn og signaler mellom to eller flere parter. Utvekslingen kan foregå verbalt eller nonverbalt, men er ofte sammensatte. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk, der vi uttrykker følelser uten tale, mens verbal kommunikasjon er det som blir sagt med ord. Uavhengig av hvordan budskapet formidles, er det individuelt hvordan det oppleves og tolkes (Eide og Eide, 2014).

Hver eneste ungdom er unik, og det finnes ingen tydelig oppskrift på hvordan man på best mulig måte kan kommunisere med dem. Ungdommer klarer enklere å følge en voksens

forklaring og tankegang, men vil i sykdomssituasjoner trenge ekstra støtte og hjelp. Fra 12 års alderen klarer de også å tenke hypotetisk og abstrakt, samt forestille seg situasjoner uten å ha erfart dem (Eide og Eide, 2014). God kommunikasjon danner grunnlag for et gjensidig og genuint samspill (Erikssons, referert i Eide og Eide, 2014).

3. Metode

Dette kapitlet presenterer metode med datainnsamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, søkehistorie, kvalitets- og etiske vurderinger, samt analyse.

3.1 Systematisk litteraturstudie

Forsberg og Wengström (2013) definerer vitenskap som en tilnærming og arbeidsmetode, og vitenskapsarbeidet kan ha en kvantitativ eller kvalitativ tilnærming. En systematisk litteraturstudie skal inneholde en tydelig formulert problemstilling, som besvares ved å identifisere, velge, kritisk vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow og Oxman, referert i Forsberg og Wengström, 2013). Bacheloroppgaven er en modifisert form av systematisk litteraturstudie, basert på tidligere forskningsartikler som besvarer problemstillingen. Dette vitenskapelige arbeidet har en kvalitativ tilnærming, da vi beskriver, tolker og skaper en ny forståelse over innholdet i de inkluderte sykepleierforskningene (Forsberg og Wengström, 2013).

Videre i teksten vil forskningsartikler omtales som artikler.

3.2 Datainnsamling

Det første steget i den systematiske litteraturstudien er å søke systematisk, kritisk vurdere og sammenligne artikler innenfor valgt tema. En forutsetning for å utføre en systematisk litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig med artikler av god kvalitet som danner grunnlag for konklusjon. Det finnes ingen regel på hvor mange artikler som skal inngå i en systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengström, 2013), men på bakgrunn av bacheloroppgavens retningslinjer ved NTNU institutt for helsevitenskap (IHA) for sykepleiere har vi valgt å inkludere åtte artikler som besvarer problemstillingen.

Høsten 2017 startet vi å orientere oss i faglitteratur og artikler innenfor valgt tema. Deretter ble første seminar holdt, hvor vi presenterte forslag til tema, perspektiv og problemstilling, og etter seminaret valgte vi å endre perspektiv og problemstilling. Dette

ble gjort på grunnlag av økt forståelse og kunnskap om hvordan en kan belyse oppgaven fra et pasientperspektiv. Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i perioden november-desember 2017 og mars-april 2018. Søkestrategien var å søke systematisk i vitenskapelige databaser med utvalgte søkeord og kombinasjoner av disse (se punkt 3.2.2). Det ble søkt etter artikler som overholdt inklusjonskriteriene og besvarte problemstillingen. Derfor er verken kvalitative og kvantitative artikler utelukket. Formålet med kvalitativ forskning er å skape en forståelse og tolke deltakernes subjektive erfaring innenfor et problemområde, og datainnsamling i form av intervju er vanlig å anvende. Kvantitative forskning har som formål å generalisere, og resultatene skal være målbare i form av tall eller statistikk. Noen artikler kan også inneholde både kvalitativ og kvantitativ forskning, som kalles mikset-metode (Forsberg og Wengström, 2013).

3.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Ifølge Manchikanti referert i Forsberg og Wengström (2013), skal en systematisk litteraturstudie inneholde tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier som avgjør valg av artikler. Vi har inkludert artikler som omhandlet ungdom i aldersgruppen 13-18 år med diabetes. Denne aldersgruppen ble valgt da ungdommene er i en løsrivningsprosess fra foreldrene, og tar mer ansvar for diabetesomsorgen (Haugstvedt, 2011). Samtidig er dette en periode hvor ungdommene gjennomgår kroppslige, mentale, følelsesmessige og sosiale endringer (Klepp mfl., 1997). Et annet inklusjonskriterie var at ungdommene hadde hatt diagnosen i minimum seks måneder, da vi ønsket at de hadde hatt tid å skape egne erfaringer med sykdommen. En forutsetning var at artiklene inneholdt IMRaD-struktur, belyste et pasientperspektiv, var fagfellevurdert og publisert i tidsrommet 2012–2018. Et annet inklusjonskriterie var at artiklene var skrevet på engelsk eller skandinaviske språk, og utført i land med lignende helsevesen som Norge.

3.2.2 Søkestrategi

Søkeprosessen startet med usystematiske og åpne søk som gav en antydning til hvilke søkeord som førte til flest treff. Etter en del kartlegging valgte vi å bygge opp et systematisk søk ved bruk av PICO-skjemaet. PICO er en strukturerende metode for å avgrense problemområdet og sette sammen en søkestrategi ut fra problemstillingen. PICO

er en forkortelse for **P**atient (hvem), **I**ntervention (hva), **C**omparison (kontrollgruppe) og **O**utcome (utfall/resultat) (Forsberg og Wengström, 2013). Etersom vi ikke skal sammenligne ulike tiltak i problemstillingen, har vi valgt å ekskludere bokstaven C fra PICO-skjemaet (Nortvedt mfl., 2016). Videre blir skjemaet presentert som PIO. PIO-skjemaet presenterer søkeordene som ble anvendt i de systematisk litteratursøket, som visst i vedlegg 1.

Vi benyttet enkeltord ut fra problemstillingen og PIO-skjemaet. Søkeordene ble kombinert ved hjelp av de boolske kombinasjonsordene «AND» og «OR». Dersom en kombinerer søkeordene «adolescence», «diabetes type 1» og «challenges» med «AND» vil en finne artikler som inneholder alle tre søkeordene. Søkeord som knyttes sammen med «AND», gir et smalere og mer spesifikt resultat, mens «OR» utvider søket og gir et bredere resultat. Dersom en ønsker å kombinere de nevnte søkeordene og utvide søket, kan en for eksempel benytte «challenges» «OR» «experience». En vil da finne artikler som inneholder et av søkeordene (Forsberg og Wengström, 2013).

3.2.3 Søkehistorie

Søkeprosessen startet i den vitenskapelige databasen Cinahl, da vi hadde best kjennskap til denne. Etter hvert utvidet vi søket med å ta i bruk Medline og Pubmed. Dette er vitenskapelige databaser som er tilgjengelig via bibliotekets hjemmeside, og som ifølge Forsberg og Wengström (2013) egner seg for sykepleierforskning. Vi utførte også søk i den vitenskapelige databasen SveMed+ og den vitenskapelige tidsskriften Sykepleien forskning, uten relevante treff. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er Cinahl, Medline og Pubmed vitenskapelige databaser som er relevant for sykepleieforskning og publiserer artikler skrevet på ulike språk. Databasene Cinahl og Pubmed gav flest relevante treff, men flere av artiklene var likevel tilgjengelig i flere av databasene. Vedlegg 2 presenterer søkehistorikken til alle inkluderte artikler i oppgaven. Søkeprosessen var tidskrevende, da det var utfordrende å finne artikler som samsvarte med problemstillingen. Vi utførte derfor de samme søkene med like kombinasjoner flere ganger for og dobbelkontrollere hverandres søk, samt sikre at ingen relevante artikler ble utelukket. Under arbeidet med analysen brukte vi en dag hvor vi gikk over søkene på nytt, for å sikre at ingen relevante artikler ble utelukket. Derfor har vi ikke valgt å presentere en komplett tabell i vedlegg 2, men heller vise et utdrag av søkene som ikke resulterte i inkluderte artikler i vedlegg 3.

Som nevnt var det utfordrende å finne forskning, derfor valgte vi å benytte synonymet «problem» istedenfor «challenge» og «challenges» i noen søk. Dette søket resulterte i en artikkel som ble inkludert i oppgaven. Vi valgte også å benytte søkeordet «experience» og «experiences», da dette er det engelske ordet for «erfare» som er inkludert i problemstillingen, som resulterte i tre artikler. Artiklene var ikke mulig å søke opp ved bruk av søkeordet «challenge/-s», derfor var det nødvendig å ekskludere «challenge/-s» i noen søk. For å finne tilstrekkelig med artikler av god kvalitet, gikk vi i gjennom litteraturlisten til relevante artikler. Dersom litteraturlisten refererte til nyere artikler med en interessant overskrift, søkte vi den opp i Google Scholar for å vurdere relevansen. Dette resulterte i et funn som vi senere fant gjennom et systematisk litteratursøk i bibliotekets database. Google Scholar er en gratis nettsøker hvor en kan finne vitenskapelig litteratur fra ulike publiseringskanaler i full tekst (Forsberg og Wengström, 2013).

3.2.4 Kvalitetsvurdering

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) bør kvalitetsbedømmingen inkludere studiens hensikt og forskningsspørsmål, design, utvalg, analyse og tolkning. Underveis i søkeprosessen har vi lest mange artikler, som vi kvalitetsvurderte, og forkastet dersom de ikke samsvarte med oppgavens problemstilling og inklusjonskriterier. Det første vi så etter i kvalitetsvurderingen, var informasjon om deltakerne da flere omhandlet diabetes type 2 og aldersgrupper utenfor våre kriterier. Dersom de nevnte kriteriene ble overholdt (se punkt 3.2.1), «skumleste» vi artiklene for å vurdere innholdet, oppbygningen og relevans. Artikler som ikke var tilgjengelig i fulltekst i de vitenskapelige databasene ble søkt opp via Google Scholar eller bestilt inn via skolens bibliotek.

Etter den første kvalitetsvurderingen, satt vi igjen med 14 lagrede artikler. Vi valgte å skrive litteraturmatriser til alle 14, som en del av den videre kvalitetsvurderingen. Dette ble gjort for å enklere forstå innholdet, og vurdere artikkelens relevans. Til slutt satt vi igjen med åtte artikler som ble lest individuelt og sammen, og diskutert som en del av kvalitetsvurderingen og for å sikre at begge hadde lik forståelse. Artiklene ble også kvalitetssikret ut fra sjekklister for å vurdere kvalitativ og kvantitativ forskning fra Helsebiblioteket (2016). Sjekklister inneholder ti spørsmål som omhandler artikkelens innledning, metode, datainnsamling, utvalget, analysen og resultatets troverdighet og

nyttighet for oppgaven. Spørsmålene besvares med «ja», «nei» eller «uklart/delvis», og artiklene som ble besvart med «ja» på åtte eller flere av spørsmålene ble vurdert som gode nok. Alle de inkluderte artiklene var ut fra disse forutsetningene, av god kvalitet. Litteratormatrisene til de åtte utvalgte artiklene blir presentert i vedlegg 4.

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (2018a) er de åtte artiklene i oppgaven publisert i en vitenskapelig tidsskrift med fagfellevurdering. En vitenskapelig publisering er et kvalitetsstempel, da artikkelen er vurdert av redaktør og fagfeller med kompetanse om temaet (Christoffersen mfl., 2015). Artiklene er også fortrinnsvis etisk vurdert og publisert i vitenskapelig tidsskrift med kvalitetsnivå én eller to (NSD, 2018a). Kvalitetsnivået rangerer de vitenskapelige publiseringskanalene etter kvalitet og prestisje. Nivå én er en vitenskapelig publiseringskanal og nivå to er en vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje (NSD, 2018c). Den ene artikkelen (Viklund og Örtqvist, 2014) er publisert i tidsskriftet «European Diabetes Nursing» i 2014. Dette vitenskapelige tidsskriftet ble nedlagt 2014, og kan derfor ikke rangeres ut fra kvalitetsnivå (NSD, 2018b).

3.2.5 Etiske vurderinger

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er god etikk et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning og forskningsprosjekt må søke godkjenning ved en etisk komité. Helsinkideklarasjonen er et eksempel på en etisk retningslinje som inneholder veiledende regler for helsepersonell og formålet er å beskytte deltakerne (Christoffersen, 2015). Denne oppgaven inkluderer fem artikler som informerer om etisk godkjenning, mens tre av artiklene ikke har utfyllende informasjon om etisk vurdering. To av disse artiklene er publisert i tidsskrifter med medlemskap i COPE (SAGE Publishing, u.åa, SAGE Publishing, u.åb), som stiller krav til publiseringsetikk (COPE, u.å). Den siste artikkelen uten informasjon om etisk godkjenning oppgir i teksten at de har tatt hensyn til samtykke og anonymitet. Alle de tre artiklene (Babler og Strickland, 2015; Commissariat mfl., 2016; Law mfl., 2014) er også publisert i vitenskapelige tidsskrifter med fagfellevurdering (NSD, 2018a), og på grunnlag av dette har vi vurdert de som gode nok. Samtykket til deltakelse skal ifølge personopplysningsloven være frivillig, tydelig og deltakerne skal få nødvendig opplysninger. Dersom barn og ungdom under 18 år deltar i forskning, skal foreldre/foresatte samtykke på vegne av dem. Ungdommer under 15 år kan selv samtykke

til deltakelse dersom forskningn ikke innhenter sensntive opplysninger (Christoffersen, 2015). Alle de inkluderte artiklene oppgir hvem som har samtykket til deltakelse.

3.3 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) betyr analyse å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og undersøke dem hver for seg. Deretter settes delene sammen til en syntese som betyr en helhet. Vi har valgt å analysere artiklene ved å anvende Evans (2002) fire analysetrinn.

Trinn én – Samle inn datamateriale

I det første trinnet skal en ifølge Evans (2002) bestemme hvilke artikler en vil inkludere i oppgaven. Artiklene ble samlet inn via systematiske litteratursøk, som beskrives i søkehistorien punkt 3.2.3. Deretter ble artiklene kvalitetsvurdert og artiklene som ikke overholdt kriteriene ble ekskludert, som beskrives i kvalitetsvurderingen punkt 3.2.4. Der er inkludert åtte artikler, hvor fem av artiklene er kvalitative, to er kvantitative og en er mikset-metode.

Trinn to – Identifisere nøkkelfunn

I det andre trinnet skal en ifølge Evans (2002) lese grundig gjennom artiklene flere ganger for å utvikle en helhetsforståelse. Deretter skal en identifisere nøkkelfunnene og samle dem i et eget dokument. Dette ble gjort ved at begge leste grundig over de åtte artiklene hver for oss. Under gjennomgangen ble nøkkelfunn identifisert og streket under. Deretter hadde vi en felles gjennomgang av nøkkelfunnene for å sikre lik forståelse og at ingen sentrale funn ble oversett. Det ble deretter utarbeidet et felles dokument med oversikt over nøkkelfunnene.

Trinn tre – Sammenligning av funn i studier

I det tredje trinnet skal en ifølge Evans (2002) sammenligne funnene i de ulike artiklene og kategorisere de ut fra likheter og ulikheter. Vedlegg 5 viser oversikt over nøkkelfunn, undertema, likheter og ulikheter i artiklene, samt hovedtema. Første kolonne i vedlegget presenterer nøkkelfunn ut fra resultatene i de åtte artiklene. Kolonne to presenterer undertema som er bygget opp av nøkkelfunnene, kolonne tre presenterer artiklene som

inneholder funnene og kolonne fire viser artiklene som ikke inneholder funnene. Artiklene i vedlegget nummereres etter rekkefølge utfra litteratormatrisene, som også presenteres med nummer og navn under tabellen i vedlegget. Siste kolonne presenterer hovedtemaene som er et resultat av nøkkelfunnene og undertemaer, som presenteres i trinn fire.

Trinn fire – Beskriv fenomenet

I det fjerde trinnet skal en ifølge Evans (2002) beskrive fenomenet som artiklene tar for seg, og når en fremhever hovedfunnene må en henvise til de originale artiklene. Arbeidet som ble gjort under de fire trinnene, resulterte i tre hovedtemaer: *Den daglige diabetesomsorgen*, «*Vil være som andre*», *Støtte og veiledning*.

4. Resultat

Dette kapittelet presenterer resultatet av analysen under tre hovedtema med undertemaer.

4.1 Den daglige diabetesomsorgen

4.1.1 Regulering av blodglukosen

Flere av artiklene oppgir at ungdommene erfarte utfordringer med å regulere og holde blodglukosenivået stabilt (Babler & Strickland, 2015; Commissariat mfl., 2016; Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017; Viklund og Örtqvist, 2014). Mange syntes det var irriterende og bestandig kontrollere blodglukosenivået og administrere insulin (Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017), og noen ble derfor fristet til å unngå behandling (Freeborn mfl., 2013). En 16 år gammel gutt beskrev følgende: «*I don't want to like be outside and have to worry about stopping what I'm doing just to go check yourself. It's weird. It's not weird, it's like, I find it annoying...*» (Commissariat mfl., 2016, s. 676).

Commissariat mfl. (2016) og King mfl. (2017) oppgir at ungdommene syntes det var utfordrende å utføre aktiviteter på grunn av konflikter med diabetesomsorgen. Ifølge King mfl. (2017) førte diabetesen til at de følte seg utelatt fra aktiviteter. Noen ganger erfarte også ungdommene at måltid og insulininntak forstyrret hva de egentlig ønsket å gjøre. Det oppgis også at de erfarte utfordringer med å tilvenne seg nye spisevaner. Commissariat mfl. (2016) fremhever at ungdommene ofte erfarte konflikter mellom diabetesomsorgen og andre verdsatte mål i livet.

Artikkelen til Viklund og Örtqvist (2014) viser at 28% av ungdommene oppnådde dårlig blodglukoseregulering, og at 50% ikke hadde helt optimalt nivå. Kun 22% oppnådde behandlingsmålet med god blodglukoseregulering. Videre fremheves det en sammenheng mellom blodglukoseregulering og flere helsemessige påkjenninger. Ungdommer med dårlig blodglukoseregulering, hadde dårligere fysisk og psykisk helse, lavere empowerment, samt negative holdninger og tanker om sykdommen. De syntes at sykdommen var belastende og utfordrende å håndtere. Ungdommer med god blodglukoseregulering hadde bedre fysisk og psykisk helse, høyere autonomi, samt

positive holdninger og tanker om at sykdommen var mindre utfordrende å håndtere.

4.1.2 Bekymring og frykt for komplikasjoner

Flere av artiklene fremhever at ungdommene hadde en konstant frykt for hypoglykemi (Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016; Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017). Ungdommene hadde utfordringer med å regulere blodglukosenivået for å forhindre hypoglykemi og andre komplikasjoner (Babler & Strickland, 2015). King mfl. (2017) presiserer at frykten for hypoglykemi og døden førte til at flere lå våkne om natten, og enkelte innrømmet å ha målt blodglukosenivået om natten. Frykt for komplikasjoner førte til at flere holdt blodglukosen høyere enn anbefalt om natten. Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) fremhever at ungdommene hadde mange tanker og brukte mye energi på å utvikle strategier for å unngå og dempe frykten for hypoglykemi. Ifølge Freeborn mfl. (2013) hadde flere utfordringer med å vite når blodglukosenivået var lavt, selv om de gjenkjente symptomene.

Den kvantitative artikkelen til Law mfl. (2014) fremhever at ungdommene hovedsakelig hadde negative erfaringer vedrørende symptomene som oppstår ved hypoglykemi, likevel beskrev noen positive erfaringer. De mest erfarte symptomene var: skjelving, svakhet, hodepine, følte seg «forferdelig», konsentrasjonsvansker, svimmelhet, forvirring, «spaced out», likegyldighet, merkelig oppførsel, argumentering, nervøsitet, ulykkelighet, irritabilitet og urolighet.

Scholes mfl. (2012) fremhever at ungdommene kjente til at ukontrollert diabetes påvirket fremtiden og følte seg ansvarlig for egen helse. De var bekymret for senkomplikasjoner som følge av sykdommen (Commissariat mfl., 2016; King mfl., 2017). Ifølge King mfl. (2017) var de mest bekymret for blindhet og sirkulasjonsproblemer. Denne bekymringen var alltid i tankene og en 18 år gammel gutt beskrev følgende: «*If I ever get problems with me legs, I'd rather be dead than have problems with me legs....*» (King mfl., 2017, s. 28).

4.2 «Vil være som andre»

4.2.1 Akseptere og integrere sykdommen

Et annet hovedfunn var at ungdommene erfarte utfordringer med å akseptere sykdommen som en del av seg selv (Babler & Strickland, 2015; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016; Commissariat mfl., 2016; King mfl., 2017). En 18 år gammel gutt beskrev følgende om å akseptere sykdommen:

A lot of people say I never really accepted it yet though. I feel like I accepted it because I know that I have it, but I never really take care of myself... I don't check as often, I don't inject as often. Mainly because I don't even really want it, I guess (Commissariat mfl., 2016, s. 677).

Flere ungdommer beskrev livet med diabetes som en byrde (Commissariat mfl., 2016; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016). Sykdommen ble beskrevet som komplisert og krevende, og fikk flere til å føle seg annerledes (Commissariat mfl., 2016). Artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) fremhever at ungdommene prøvde å separere sykdommen fra livet, ved å skjule den for venner og familie, eller ved å ta en «time off» hvor de ignorerte diabetesrelaterte rutiner. Samtlige erfarte også sykdommen som en «ekstra bagasje». Ifølge Commissariat mfl. (2016) holdt de som ikke klarte akseptere sykdommen den hemmelig, og følte at ingen forstod dem. Ungdommene i artikkelen til King mfl. (2017) erfarte det som en utfordring å forstå sykdommen, og uttrykket følelse av forvirring og misforståelser. En 18 år gammel jente uttrykte følgende: «*It was a struggle at first, but then you have to get on with it. You've got to; there's no choice. If you didn't, you'd be dead*» (King mfl., 2017, s. 28). Det fremheves i Scholes mfl. (2012) at ungdommene med lavt blodglukosenivå var mer ansvarlig og aksepterte sykdommen bedre, mens de med høyt blodglukosenivå unngikk å ta hensyn.

4.2.2 Følelsen av å være annerledes

Et funn i flere artikler var at ungdommene følte seg annerledes og «unormal» med sykdommen (Babler & Strickland, 2015; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016; Commissariat mfl., 2016; Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017). Sykdommen førte også til følelsen av å

være annerledes i forhold til jevnaldrende (Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016; Commissariat mfl., 2016; Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017). Ungdommene i artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) poengterte at byrden ved å ha sykdommen førte til følelsen av å være «unormal». En 15 år gammel jente fortalte følgende:

...I stopped measuring my blood sugar... you just get tired of it, and then I choose to forget, that I have diabetes and just ignore it... I thought, that I have a right to be like the others too (Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016, s. 3024).

Ifølge artikkelen til Babler og Strickland (2015) opplevde ungdommene seg annerledes, dette førte til følelsen av å ikke passe inn eller å ikke ha venner. Diabetesomsorgen førte til at flere følte seg alene, som oppstod da de ikke ønsket å være annerledes fra jevnaldrende (Freeborn mfl., 2013). Samtlige ungdommer erfarte at sykdommen konstant var i tankene (Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016), og følte at sykdommen markerte og begrenset dem. Behovet for insulintilførsel var en konstant påminnelse om at de var annerledes, og enkelte syntes derfor at det var utfordrende å injisere insulin på offentlige steder (King mfl., 2017). Commissariat mfl. (2016) fremhever at ungdommene følte seg stigmatisert i sosiale situasjoner, og flere i artikkelen til Freeborn mfl. (2013) valgte å unngå behandling for å passe inn.

Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) understreker at bekymringene, frykten, samt følelsen av å være inkompetent i diabetesomsorgen dominerte livene til enkelte. Dette resulterte i at ungdommene etablerte strategier som førte til misforståelser, frustrasjoner og følelsen av å være alene. Et annet funn i King mfl. (2017) var at ungdommene erfarte humørsvingninger og hadde ofte depressive tanker på grunn av undringer om «hvorfor meg». Enkelte bekrefter at de til tider prøvde å glemme sykdommen.

4.3 Støtte og veiledning

4.3.1 Løsrivelse fra foreldre og overgang mot selvstendighet

Flere ungdommer erfarte utfordringer ved overtagelsen av diabetesomsorgen fra foreldrene

(Babler & Strickland, 2015; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016). Ifølge Babler og Strickland (2015) erfarte de at foreldrene ikke var villig til å gi slipp på diabetesomsorgen, noe som førte til konflikter på grunn av uenigheter i behandlingen. En 18 år gammel gutt uttrykte følgende: «...it pisses me off when my parents interfere... It sometimes pisses me off, so I don't care to take insulin» (Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016, s. 3024).

Flere ungdommer i artikkelen til Babler og Strickland (2015) syntes at diabetesomsorgen var utfordrende å håndtere alene, og flere erfarte dermed en emosjonell belastning og ønske om å gi opp. Enkelte syntes også det var utfordrende dersom foreldrene overga diabetesomsorgen for tidlig. Artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) fremhever at ungdommene selv ønsket å håndtere diabetesomsorgen, men møtte ofte utfordringer som mangel på kunnskap, ferdigheter og støtte fra foreldrene. Flere brukte mye energi på å skjule følelsen av å være inkompetent i diabetesomsorgen. Denne følelsen oppsto da de følte at de ikke levde opp til foreldrenes forventninger, og noen unngikk å snakke med foreldrene om utfordringene, da de syntes synd på foreldrene. Ifølge Scholes mfl. (2012) erfarte ungdommene at foreldrene var stresset og bekymret, og Commissariat mfl. (2016) fremhever at flere erfarte det som irriterende når foreldrene ble overdrevent bekymret eller overbeskyttende. Samtidig hadde ungdommene både positive og negative erfaringer med å involvere familien i diabetesomsorgen. Det fremheves i Scholes mfl. (2012) at ungdommer med høyt blodglukosenivå var mer ansvarlig og ble mer stolt på av foreldrene i diabetesomsorgen. De hadde også mindre overvåking og støtte fra foreldrene, enn ungdommer med lavt blodglukosenivå.

4.3.2 Mangel på støtte og veiledning fra helsepersonell

Det fremheves i Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) at ungdommene erfarte mangel på råd fra helsepersonell. Ifølge King mfl. (2017) og Scholes mfl. (2012) trivdes ikke ungdommene med måten helsepersonell kommuniserte med dem. Flere følte at helsepersonell brukte sin autoritet i kommunikasjonen og ikke gav emosjonell støtte (Scholes mfl., 2012). Ifølge King mfl. (2017) følte flere ungdommer at helsepersonell prøvde å skremme dem, spesielt med tanke på konsekvenser av forhøyet blodglukosenivå. De følte seg ofte ikke individuelt behandlet og at kommunikasjonen foregikk gjennom foreldrene. Videre fremhever artikkelen at ungdommene ønsket mer tid til diskusjon og veiledning rundt andre utfordringer enn bare det generelle om sykdommen. Ungdommene

syntes det var utfordrende å spørre helsepersonell om spørsmål som ikke direkte omhandlet sykdommen, som for eksempel sex, alkohol og røyking (King mfl., 2017). En 18 år gammel gutt uttrykte følgende: «...*They seem to think that they can treat everybody the same. Other people may well have diabetes, but it doesn't affect everyone the same way exactly*» (King mfl., 2017, s. 30). Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) fremhever at flere unngikk helsepersonell for å unngå konfrontasjoner, da de følte seg inkompetent i diabetesomsorgen og at de ikke møtte helsepersonell sine forventninger.

5. Diskusjon

Dette kapittelet presenterer metode- og resultatdiskusjon som drøfter problemstillingen opp mot teoribakgrunn, selvvalgt litteratur og funnene i resultatdelen.

5.1 Metodediskusjon

Denne systematiske litteraturstudien benytter litteratur fra Forsberg og Wengström (2013), som beskriver en metode for hvordan en skal gjennomføre en systematisk litteraturstudie. Analysen av artiklene er basert på Evans (2002) fire analysetrinn. Gjennom hele arbeidet har vi vært engasjerte og opptatt av å nå samme mål. Samarbeide har vært upåklagelig og hele oppgaven ble skrevet sammen, med fokus på hverandres styrker. Samarbeidet har bidratt til gode diskusjoner om oppgavens innhold og setningsformuleringer. Dette anser vi som en styrke, da vi har vært enige i alle avgjørelser og har lik forståelse av innholdet. Individuelle veiledninger og seminarer med konstruktive tilbakemeldinger og innspill har bidratt til selvutvikling og utvikling av oppgaven. Gjennom hele oppgaven er det fokusert på akademisk ærlighet, ved å referere til kilder og ikke ta ære for andres arbeid. Opplysninger i artiklene har ikke blitt ekskludert til egen fordel, i det formål å skape en syntese basert på egne tolkninger og ønsker. Direkte sitat har blitt gjengitt ordrett og beholdt på engelsk slik teksten ikke mistet sin betydning. Alle artiklene er skrevet på engelsk, og det ble derfor benyttet digitale ordbøker, Google translate og synonymordbok i oversettingen for å sikre riktig forståelse. Samtidig har vi vært kritisk i oversettingen, da innholdet kan feiltolkes.

I starten brukte vi en del tid på usystematiske prøvesøk for å vurdere om det fantes tilstrekkelig med artikler innenfor valgt problemområdet. Etter hvert ble et systematisk søk bygget opp med utvalgte søkeord fra problemstillingen (se punkt 1.2), som ble satt inn i et PIO-skjema (se vedlegg 1). Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er PIO en strukturerende metode som kan anvendes som søkestrategi når en skal søke i vitenskapelige databaser. Søkene ble utført i fem vitenskapelige databaser ved bruk av utvalgte søkeord og kombinasjoner (se punkt 3.2.2). Det at vi har foretatt flere søk i ulike databaser, anser vi som en styrke da vi har vurdert et større antall artikler.

Litteratursøket ble gjennomført november-desember 2017 og deretter mars-april 2018. Vi valgte å gjennomføre søket på nytt i 2018, da vi hadde inkludert en retroperspektiv artikkel som i etterkant viste seg å være en svakhet for oppgaven. En retroperspektiv artikkel kan påvirke resultatet, da det er en stund siden deltakerne var ungdom. Dette kan påvirke gjenfortellingen og det kan ha vært annerledes å vokse opp med sykdommen dengang. Søket i 2018 ble også foretatt for å se etter nyere forskning, men det viste seg å være et uttømmende søk. De inkluderte artiklene er publisert mellom 2012-2017, og eldre artikler ble ekskludert da Mosand og Stubberud (2015) presiserer at det har kommet mye ny kunnskap om diabetes de siste årene. Dette anser vi som en styrke for oppgaven og resultatets troverdighet, da resultatet kan relatere seg mest mulig til dagens samfunn.

Søkeordene som ble brukt under litteratursøket resulterte i flest kvalitative artikler, men gav også noen kvantitative artikler. Da ønsket var å studere ungdommenes erfaringer rundt hverdagslige utfordringer med diabetes, var kvalitative artikler å foretrekke, men ønsket likevel ikke å ekskludere kvantitative artikler. Det ble valgt å inkludere to kvantitative artikler (Law mfl., 2014; Viklund og Örtqvist, 2014) da de tar for seg en større deltakergruppe, tallfester resultatene, underbygger og styrker funnene fra de kvalitative artiklene. Dette mener vi vil styrke resultatets troverdighet. I tillegg til to kvantitative artikler ble det inkludert fem kvalitative artikler og en mikset-metode artikkel.

Oppgaven inkluderer artikler fra et begrenset utvalg land med kulturer som kan sammenlignes med det norske. Dette kan medføre at nyttige erfaringer fra andre land ekskluderes. Det er heller ikke tatt hensyn til kjønnsforskjeller da vi ønsket et kjønnsnøytralt resultat, uavhengig av at noen artikler viser funn med kjønnsforskjeller. En artikkel (Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016) inneholder pasient- og pårørendeperspektiv,

og ble inkludert da den tilfører oppgaven nyttige funn. En forutsetning for å inkludere artikkelen var at perspektivene kunne skilles tydelig fra hverandre, slik at de ulike meningene ikke forveksles. Alle artiklene har deltakere med høyere eller lavere alder enn inklusjonskriteriet (se punkt 3.2.1). Den utvidede alderen har ikke påvirket resultatet, da det har vært en forutsetning at alderen på deltakerne kunne skilles fra hverandre. Utsagn fra deltakere utenfor inklusjonskriteriet ble ikke inkludert. Artikler med flertall av deltakere utenfor aldersgruppen ble ekskludert, da dette kunne påvirke syntesen og svekke oppgavens troverdighet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Den daglige diabetesomsorgen

Utfordringer med å regulere og holde blodglukosen stabil ble erfart av flere ungdommer (Commissariat mfl., 2016; Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017; Viklund og Örtqvist, 2014). Ifølge Haugstvedt (2011) kan utfordringen med å regulere blodglukosen i ungdomsårene skyldes økt insulinbehov. Dersom en ikke klarer justere insulindosen i takt med behovet, kan en risikere dårlig blodglukosekontroll. Karlsen (2011) påpeker at matinntak, aktivitetsnivå og livsstil kan også påvirke blodglukosereguleringen. Ifølge artikkelen til King mfl. (2017) hadde ungdommene utfordringer med å tilvenne seg nye spisevaner. Artikkelen til Commissariat mfl. (2016) og King mfl. (2017) oppgir at flere hadde utfordringer med å utføre aktivitet, på grunn av konflikt med diabetesomsorgen. Ifølge Mosand og Stubberud (2015) er riktig ernæring, insulindose og aktivitet avgjørende for å ivareta kroppens grunnleggende behov, holde kroppen i balanse, samt ha et stabilt blodglukosenivå. Diabetes vil medføre endringer i livsstil og livssituasjon, og dette kan oppleves som vanskelig og konfliktfylt. Karlsen (2011) forklarer at motivasjon er nødvendig for at endringene skal være gjennomførbare. Ifølge Mosand og Stubberud (2015) bør sykepleieren prøve å danne seg et bilde av ungdommenes motivasjon, for så å bygge på deres motivasjon for læring. Støtte fra sykepleieren vil være en viktig nøkkelfaktor for de som strever med å mestre sykdommen.

Artikkelen til Viklund og Örtqvist (2014) viser at kun 22% av ungdommene oppnådde behandlingsmålene med god blodglukoseregulering. Ifølge Graue (2002) er kunnskap, motivasjon, evne og vilje til å gjøre tilpasninger og vurderinger i diabetesomsorgen

nødvendig for å oppnå god blodglukoseregulering. Sykepleieren kan vær en sentral støttespiller for at ungdommene skal bli motivert til å nå behandlingsmålene. Det vil dermed være viktig at sykepleieren klarer å fange opp de enkeltes utfordringer med diabetesomsorgen tidlig i forløpet for å unngå mistrivsel som kan føre til at de unngår behandling. Karlsen (2011) fremhever viktigheten med grunnleggende kommunikasjonsferdigheter for å skape et gjensidig tillitsforhold. Mellommenneskelig samspill mellom ungdommene og sykepleieren vil også bidra til læring og tilegning av ny kunnskap. Ifølge Sagen (2011) har sykepleieren en viktig funksjon med å øke kunnskapsnivået, slik at ungdommene blir i bedre stand til å håndtere utfordringene med sykdommen. Dersom sykepleieren stiller for høye eller for enkle krav kan dette ha negativ påvirkning på motivasjonen til å ivareta diabetesomsorgen (Graue og Haugstvedt, 2011).

Artikkelen til Viklund og Örtqvist (2014) fremhevet at dårlig blodglukoseregulering over lengre tid viste seg å ha negativ påvirkning på flere helsemessige faktorer hos ungdommene. Ifølge Maslows behovshierarki kan mennesker som utsettes for påkjenninger, rette oppmerksomheten mot de mest grunnleggende behovsnivåene (Gustin, 2016). Ifølge Ekeland (2011) er positiv oppmuntring av stor betydning når mennesket synes veien er tung og utfordrende. Mennesker med lav selvfølelse, vil noen ganger trenge oppmuntrende ord som beviser at andre har tro på dem, noe som kan føre til større tro på seg selv. Et sykepleietiltak for å motivere til mestring, vil være å gi positiv respons på de små skrittene ungdommene tar i riktig retning. Sykepleierens oppmuntring er like viktig i alle behovsnivåene, når mennesket tviler på egne evner.

Artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016), Freeborn mfl. (2013) og King mfl. (2017) fremhever at ungdommene hadde en konstant frykt for hypoglykemi. Mosand og Stubberud (2015) bekrefter at frykt for hypoglykemi er ikke er uvanlig blant de med diabetes. Ifølge artikkelen til Law mfl. (2014) hadde ungdommene hovedsakelig negative erfaringer av symptomene ved hypoglykemi. Flere ungdommer i artikkelen til King mfl. (2017) valgte å holde et høyere blodglukosenivå enn anbefalt, på grunn av frykt for hypoglykemi. Ifølge Mosand og Stubberud (2015) vil det ofte være nødvendig å holde et høyere blodglukosenivå for å unngå nattlig hypoglykemi. Ifølge Wilhelmsen-Langeland (2014) bør sykepleieren diskutere frykten for hypoglykemi med ungdommene det gjelder. Frykten kan for noen utvikle seg til angst eller bli alvorlig, dersom temaet ikke tas opp. Ungdommer med denne frykten, vil gjerne ta mindre insulin enn kroppens behov. Som på

lengre sikt vil være skadelig, alvorlig og øke risikoen for senkomplikasjoner.

I artikkelen til Commissariat mfl. (2016) og King mfl. (2017) hadde ungdommene frykt for senkomplikasjoner. Mosand og Stubberud (2015) bekrefter at dårlig blodglukoseregulering over flere år øker risikoen for senkomplikasjoner. Ifølge artikkelen til Scholes mfl. (2012) visste ungdommene at ukontrollert diabetes ville påvirke fremtiden. Skafjeld (2011) påpeker viktigheten med konsekvent og tilrettelagt oppfølging, for å forebygge diabetiske senkomplikasjoner. Ifølge Sagen (2011) bør diabetesomsorgen ta sikte på å forebygge hypoglykemi og hyperglykemi, samt forhindre utvikling av senkomplikasjoner. Graue og Haugstvedt (2011) påpeker derimot at det vil være lite hensiktsmessig for sykepleieren med risikofokusering. Risikofokusering vil ifølge Haugstvedt (2011) ikke gi ungdommene tilstrekkelig motivasjon til oppfølging av diabetesomsorgen. Ifølge Mosand og Stubberud (2015) vil positive tilbakemeldinger vedrørende god blodglukoseregulering skape trygghet, selvtillit og motivasjon til videre egenbehandling. Dersom ungdommene har blodglukoseregulering som avviker fra det ønskelige, bør sykepleieren sammen med ungdommene, reflektere over årsaken og hvilke endringer man kan gjøre. Ungdommer kan ofte ha perspektiver og mål som er forskjellig fra de medisinske. Det kan ifølge Karlsen (2011) være utfordrende for sykepleieren å forstå ungdommenes perspektiv og mål i diabetesomsorgen. For å kunne støtte til egenbehandling og læring, er det nødvendig med et gjensidig tillitsforhold som bygger på trygghet, hvor sykepleieren tilegner seg kjennskap og forståelse for ungdommenes mål.

5.2.2 «Vil være som andre»

Utfordringer med å akseptere og integrere sykdommen ble erfart av flere ungdommer (Babler og Strickland, 2015; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016; Commissariat mfl., 2016; King mfl., 2017). Ifølge Mosand og Stubberud (2015) er det vanlig å ha utfordringer med å akseptere sykdommen. Torgauten (2011) påpeker at enkelte kan oppleve sykdommen som skambelagt, og ifølge Haugstvedt (2011) kan ansvaret over egen sykdom komme i konflikt med ønske om ikke å skille seg ut i ungdomsårene. Flere artikler bekrefter at ungdommene følte seg annerledes og «unormale», på grunn av sykdommen (Babler og Strickland, 2015; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016; Commissariat mfl., 2016; Freeborn mfl., 2013; King mfl., 2017). Uavhengig av sykdom, er det vanlig at ungdomstiden fører til at man blir mer selvkritisk og oppmerksom på seg selv (Gustin, 2016). Ifølge Eriksons utviklingsfase

«identitet versus forvirring» prøver ungdommene å kompensere for sin usikre egoidentitet ved å knytte seg til grupper som tilbyr identitetslikheter (Håkonsen, 2014). Ungdommene i artikkelen til Babler og Strickland (2015) følte at de ikke passet inn, og flere i artikkelen til Freeborn mfl. (2013) følte seg alene. Erikson (1988) fremhever at mennesker som ikke oppnår nære relasjoner med andre og egne ressurser i løpet av ungdomsårene, kan lettere fastne i stereotypiske relasjoner og føle seg isolert. Renolen (2015) påpeker at støttegrupper sammensatt av mennesker med samme sykdom og erfaringer, kan være et effektivt alternativ for dem som sliter med å mestre sykdommen. Diabetescamp eller andre gruppetilbud hvor en treffer jevnaldrende med lik diagnose kan være et gunstig tilbud. Haugstvedt (2011) hevder at opplæring i grupper kan være en verdifull måte å organisere veiledningen, hvor en kan dele sine erfaringer med hverandre og som supplerer den individuelle veiledningen.

Flere ungdommer i artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) prøvde å separere sykdommen fra livet ved å ta en «time off». Gustin (2016) påpeker at ungdomsårene er en periode hvor man streber etter å finne ut hvem man er, være lik andre og samtidig unik. Ifølge Haugstvedt (2011) kan ansvaret for sykdommen komme i konflikt med ønsket om ikke å skille seg ut. Som sykepleier bør en reflektere sammen med ungdommen, om hvordan sykdommen påvirker opplevelsen av å være som andre, og hvordan motivasjonen er til å gjennomføre egenomsorgstiltak til tross for at dette avviker fra jevnaldrende (Gustin, 2016).

Ungdommene i artikkelen til King mfl. (2017) erfarte humørsvingninger og hadde ofte depressive tanker. Ifølge Torgauten (2011) er forekomsten av depressive symptomer og depresjon betydelig høyere blant dem med diabetes enn befolkningen for øvrig. Dersom ungdommene erfarer livet med diabetes som krevende, kan det oppstå depressive symptomer som gjør diabetesomsorgen vanskeligere å ivareta. Allgot (2011) fremhever viktigheten av veiledning, råd og støtte for at flere skal lære å mestre sykdommen, noe som også er avgjørende for livskvaliteten. Selle (2002) påpeker at for å mestre livssituasjonen og håndtere diabetesomsorgen krever sykdommen akseptering, motivasjon og kunnskap. Ifølge Brataas (2003) har ungdommer i møte med sykepleier, gjerne en forventning om å få støtte og veiledning. Det er derfor avgjørende at sykepleieren fanger opp deres spørsmål, følelser og bekrefter at disse aksepteres. Det er også viktig at sykepleieren har en

positiv og løsningsorientert holdning.

5.2.3 Støtte og veiledning

Flere ungdommer oppgir å ha erfart utfordringer i overtagelsen av den daglige diabetesomsorgen fra foreldrene (Babler og Strickland, 2015; Castensøe-Seidenfaden mfl., 2016). I artikkelen til Commissariat mfl. (2016) syntes flere det var irriterende når foreldrene var overdrevent bekymret eller overbeskyttende i diabetesomsorgen. Graue (2002) påpeker at det ikke er uvanlig at foreldrene er bekymret, noe som gjerne forsterkes i løsrivningsprosessen. Ungdommer mellom 13-18 år vil ifølge Haugstvedt (2011) være i en løsrivningsprosess fra foreldrene og selvstendighetsutviklingen tar til. Ifølge Wilhelmsen-Langeland (2014) vil det likevel være naturlig at foreldrene er involvert eller har et visst ansvar i diabetesomsorgen. For mye foreldrekontroll i form av støtte og omsorg kan derimot ha en negativ påvirkning på ungdommenes livskvalitet (Graue mfl., 2005). Under løsrivningsprosessen er det nødvendig at foreldrene får veiledning om hvordan de skal la ungdommene gradvis overta ansvaret for diabetesomsorgen (Graue, 2002).

Ungdommene i artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) ønsket å kontrollere diabetesomsorgen selv, men møtte hindrer, som mangel på kunnskap, ferdigheter og støtte fra foreldrene. Ifølge Haugstvedt (2011) har sykepleieren en viktig rolle med å veilede, støtte og motivere ungdommene og deres foreldre til å håndtere diabetesomsorgen. Ungdommene i artikkelen til Babler og Strickland (2015) syntes det var utfordrende når foreldrene involverte seg og var uenig i diabetesomsorgen. Norsk helseinformatikk (2016) presiserer at støtte og påminnelser fra foreldrene kan oppleves som krevende, og dermed velger flere foreldre å trekke seg ut av diabetesomsorgen. Enkelte ungdommer i artikkelen til Babler og Strickland (2015) syntes også det var utfordrende når foreldrene overga diabetesomsorgen for tidlig. Ifølge Erikson referert i Håkonsen (2014) vil søket etter identitet føre til at ungdommene kan ha sterk tro på seg selv i en gitt situasjon, mens i en annen være avhengig av foreldrene.

Ifølge Haugstvedt (2011) vil de yngste ungdommene sannsynligvis ikke ha den modenheten som behøves for å ha hele ansvaret for diabetesomsorgen. Dermed kan et sykepleiertiltak være at ungdommene, foreldrene og sykepleier sammen lager en plan over overtagelsen, der overgangen til selvstendighet ikke blir for brå. I starten kan det være

nødvendig med et gradvis og tilpasset ansvar hvor ungdommene erfarer medansvar, som for eksempel involvering i administreringen av insulin. Ifølge Gustin (2016) er det viktig at foreldrene gir ungdommene rom, setter grenser, er tydelige og engasjerte. Det er nødvendig at sykepleieren oppfordrer foreldrene til å fungere som en trygg base, selv om ungdommene til tider kan opptre avisende (Bowlby, referert i Gustin, 2016). Lazarus og Folkman referert i Karlsen (2011) påpeker at sosial støtte fra foreldre og venner vil være en viktig ressurs for å stimulere til mestring og redusere stress.

Artiklene til King mfl. (2017) og Scholes mfl. (2012) fremhever at ungdommene ikke trivdes med måten helsepersonell kommuniserte på. Ungdommene i artikkelen til Scholes mfl. (2012) følte at helsepersonell ikke gav emosjonell støtte og brukte sin autoritet i kommunikasjonen. Ifølge Sagen (2011) har ungdommene utviklet et mer voksent språk, men det vil likevel være viktig at sykepleieren formidler fagkunnskaper på en forståelig måte. Det vil derfor være lite hensiktsmessig å bruke faguttrykk og akademiske fremmedord, da dette kan skape forvirring og misforståelser i samspillet. Erfaring fra egen praksis støtter dette, hvor sykepleieren bør være bevisst på å henvende seg til ungdommene og ha en lyttende holdning. Gustin (2016) understreker nødvendigheten av at sykepleieren er forutsigbar og inntonende i møte med ungdommene, for å skape trygge relasjoner. Det fremheves i artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) at ungdommene unngikk rutinekontroller, da de var redd for konfrontasjon. Prescott (2014) påpeker at dersom sykepleieren spør overdrevent mye, konfronterer ungdommene, mangler forståelse og respekt for ungdommens selvbestemmelsesrett, kan dette skape relasjonsmotstand. Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst på egen væremåte og kommunikasjonsstil.

Ifølge artikkelen til Castensøe-Seidenfaden mfl. (2016) følte ungdommene at de fikk utilstrekkelig med råd. Samtidig oppgir ungdommene i artikkelen til King mfl. (2017) at de ønsket mer tid til å diskutere utfordringer som ikke direkte omhandlet sykdommen, som for eksempel alkohol, røyking og sex. Haugstvedt (2011) påpeker at dette er viktige temaer som sykepleieren bør ta opp i veiledningen. Ungdommene i artikkelen til King mfl. (2017) syntes at temaene var ubehagelig å spørre om foran foreldrene, og enkelte ønsket brosjyrer. For noen kan det være utfordrende å ta opp sensitive spørsmål foran foreldrene, derfor kan det være nødvendig å tilby individuelle oppfølgingssamtaler. Dette kan også redusere følelsen av mangel på råd, informasjon og veiledning fra sykepleieren. Ifølge Haugstvedt

(2011) har sykepleieren viktig medisinsk kunnskap, mens ungdommene har kunnskaper om seg selv og sin hverdag. Dersom sykepleieren og ungdommene utnytter hverandres kompetanse, kan dette føre til gode behandlingsresultater. Anerkjennelse av ungdommenes kompetanse og erfaring kan gi dem motivasjon til å mestre hverdagen videre.

6. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å øke sykepleierens kunnskap om hvordan ungdommer erfarer hverdagslige utfordringer med diabetes type 1. Resultatet viser at ungdommene hadde konstant en daglig kamp. Ungdommene følte mangel på kunnskap, støtte og motivasjon som særlig hadde negativ innvirkning på helsen og livssituasjon. Diabetes gav ungdommene følelsen av å være annerledes, alene og stigmatisert i sosiale situasjoner. Det kan tyde på at ungdommene erfarte både praktiske og følelsesmessige utfordringer, men de følelsesmessige var mest belastende og fremtredende. I tillegg erfarte flere mangel på råd, empatisk støtte og mindre tilrettelagt veiledning. Dette kan tyde på at helsepersonell har for lite kunnskap om hvordan en bør tilrettelegge veiledningen, samt dårlig innsikt om ungdommenes emosjonelle utfordringer. Det vil også være nødvendig at foreldrene får tilrettelagt veiledning fra helsepersonell, da foreldrene er tilstede i ungdommenes hverdag og kan bidra til økt mestring og akseptering av sykdommen. God erfaring med sykdommen krever at kompetansen til helsepersonell styrkes, slik at de kan formidle viktig fagkunnskaper, samt forstår hvordan mestring av utfordringer kan føre til selvstendighetsutvikling.

6.1 Forslag til videre forskning

Underveis i litteraturstudien fant vi imidlertid lite forskning om diabetes type 1 hos ungdommer fra et pasientperspektiv. Det kan derfor være nyttig med ytterligere forskning innenfor dette temaet.

Litteraturliste

- Allgot, B. (2011) Diabetes i et brukerperspektiv. I: Skafjeld, A. og Graue, M. red. *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe Forlag, s. 205-214.
- Babler, E. og Strockland, C. J. (2015) Normalizing: Adolescent experiences living with type 1 diabetes. *The diabetes educator* [Internett], 41(3), s. 351- 360. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145721715579108>
- Buckman, R. og McLaughlin, C. (2002) *Alt du trenger å vite om å leve med diabetes*. Oslo: Notabene Forlag.
- Castensøe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, B.S. og Husted, G.R. (2016) Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling. *Journal of Clinical Nursing* [Internett], 26, 3018-3030. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13649>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Commissariat, P.V., Kenowitz, J.R., Trast, J., Heptulla, R.A. og Gonzalez, J.S. (2016) Developing a Personal and Social Identity With Type 1 Diabetes During Adolescence: A Hypothesis Generative Study. *Qualitative Health Research* [Internett], 26(5), s. 672-684. DOI: 10.1177/1049732316628835
- COPE (u.å) *About COPE* [Internett]. United Kingdom: COPE.
Tilgjengelig fra: <<https://publicationethics.org/about-old>> [Lest 21. mars 2018].
- Drageset, S. (2014) Mestring. I: Haugan, G. og Rannestad, T. red. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 85-97.
- Eide, H. og Eide, T. (2012) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Ekeland, T-J., Iversen, O., Nordhelle, G. og Ohnstad, A. (2011)
Psykologi for sosial – og helsefagene. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Erikson, E.H. (1988) *Ungdomens identitetskriser*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Internett], 20(2), 22-26.
Tilgjengelig fra: <<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>>
[Lest 22. mars 2018].
- Folkehelseinstituttet (2017) *Diabetes* [Internett]. Trondheim: Norsk helseinformatikk.
Tilgjengelig fra: <<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes-i-norge---folkehelse-rapport/>> [Lest 17. april 2017].
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg.
Stockholm: Bokförlaget Natur og kultur.
- Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S.O. og Mandleco, B. (2013) Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing* [Internett], 22, s. 1890- 1898. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12046>
- Graue, M. og Haugstvedt, A. (2011) Opplæring, undervisning og veiledning.
I: Skafjeld, A. og Graue, M. red. *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe Forlag, s. 237-250.
- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B.R. og Sjøvik, O. (2005) Health-Related Quality of Life and Metabolic Control in Adolescents With Diabetes: The Role of Parental Care, Control, and Involvement. *Journal of Pediatric Nursing* [Internett], 20(5), s. 373-382. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2005.08.005>
- Graue, M. (2002) Sykepleie til ungdom. I: Skafjeld, A. red. *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag, s. 152-168.

- Gustin, L.W. (2016) *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugstvedt, A. (2011) Diabetes i et livsløpsperspektiv. I: Skafjeld, A. og Graue, M. red. *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe Forlag, s. 269-311.
- Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor* [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: <<http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>> [Lest 02. mai 2018].
- Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jenssen, T. (2014) Diabetes mellitus. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. red. *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 379-390.
- Karlsen, B. (2011) Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I: Skafjeld, A. og Graue, M. red. *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe Forlag, s. 216-233.
- King, K.M., King, P.J., Nayar, R. og Wilkes, S. (2017) Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes. *Diabetes spectrum* [Internett], 30(1), s. 25-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.2337/ds15-0041>
- Klepp, K-I., Aarø, L.E. og Rimpelä, M. (1997) Ungdom, samfunn og helse. I: Klepp, K-I. og Aarø, L. E. red. *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 9-21.
- Law, J.R., Yesiltepe-Mutlu, G., Helms, S., Meyer, E., Özsu, E., Cizmecioglu, F., Lin, F.C., Hatun, S. og Calikoglu, A.S. (2014) Adolescents with Type 1 diabetes mellitus experience psychosensorial symptoms during hypoglycaemia. *Diabetic Medicine* [Internett], 31, s. 1245–125. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/dme.12533>
- Mosand, R.D og Stubberud, D-G. (2015) Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 1*. 4.utg.

- Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 507-536.
- Møinichen, T. (2014) Diabetes mellitus – et historisk perspektiv.
I: Vaaler, S. og Møinichen, T. red. *Diabeteshåndboken*. 4 utg.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 13-16.
- Norsk helseinformatikk (2016) *Pubertet og type 1 diabetes* [Internett].
Trondheim: Norsk helseinformatikk.
Tilgjengelig fra: <<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-1/pubertet-og-type-1-diabetes/?page=1>> [Lest 03. november 2017].
- Norsk senter for forskningsdata (2018a) *Publiseringskanaler* [Internett].
Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:
<<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 22. mars 2018].
- Norsk senter for forskningsdata (2018b) *Publiseringskanaler* [Internett].
Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=ERXsVzwIxLLP0I+PXtCP3CmO.undefined?xs=eur+diabetes+nursing&_checkbox_bi_bsys=true&tv=true> [Lest 02. april 2018].
- Norsk senter for forskningsdata (2018c) *Vitenskapelig publisering* [Internett].
Bergen: Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:
<<http://dbh.nsd.uib.no/pub/hjelp.jsp>> [Lest 22. mars 2018].
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2016)
Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Prescott, P. (2014) Motiverende intervju. I: Vaaler, S. og Møinichen, T. red.
Diabeteshåndboken. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 23-29.
- Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. 2. utg.
Bergen: Fagbokforlaget.

- Roalkvam, G. (2000) *Ein dråbe i havet*. Stavanger: Wigestrands Forlag.
- Sagen, J.V. (2011) Sykdomslære. I: Skafjeld, A. og Graue, M. red.
Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe Forlag, s. 19-67.
- SAGE Publishing (u.åa) *Qualitative Health Research* [Internett].
London: SAGE Publishing. Tilgjengelig fra: <<https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journal/qualitative-health-research#description>> [Lest 21. mars 2018].
- SAGE Publishing (u.åb) *The Diabetes Educator* [Internett].
London: SAGE Publishing. Tilgjengelig fra: <<https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/journal/diabetes-educator>> [Lest 21. mars 2018].
- Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K., Dyches, T. og 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 [Internett], 69(6), s.1235–1247.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06111.x>
- Selle, H. (2002) Opplæring av voksne med diabetes – bruk av sjekklister.
I: Skafjeld, A. red. *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*.
Oslo: Akribe Forlag, s. 96-107.
- Skafjeld, A. (2011) Forebygging og behandling av fotsår. I: Skafjeld, A. og Graue, M. red.
Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe Forlag, s. 74-96.
- Torgauten, J.O.A. (2011) Følelsesmessige reaksjoner ved type 1-diabetes.
I: Skafjeld, A. og Graue, M. red. *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling*.
Oslo: Akribe Forlag, s. 172-184.
- Tveiten, S. (2016) *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*.
Bergen: Fagbokforlaget.
- Viklund, G. og Örtqvist, E. (2014) Factors predicting glycaemic control in young person

with type 1 diabetes. *Eur Diabetes Nursing* [Internett], 11(3), s. 75-78.

DOI: <https://doi.org/10.1002/edn.254>

Wangensteen, B. (2005) *Bokmålsordboka. Definisjons- og rettskrivningsordbok.*

Oslo: Kunnskapsforlaget.

Wilhelmsen-Langeland, A. (2014) Å leve med diabetes. I: Vaaler, S. og Møinichen, T. red.

Diabeteshåndboken. 4 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 235-239.

Vedlegg 1. Oversikt over PIO-skjema

P: Patient	I: Intervention	O: Outcome
Ungdommer (jenter og gutter) i alderen 13-18 år.	Diabetes type 1.	Målet var å studere de hverdagslige utfordringene ungdommene erfarer.
<i>Søkeord:</i> Adolescence, adolescent.	<i>Søkeord:</i> Diabetes type 1, diabetes mellitus, type 1.	<i>Søkeord:</i> Challenge/-s, problem, experience/-s.

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Inklusjonskriterier	Database	Dato	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Forfatter og navn på artikkel
Diabetes mellitus, type 1 AND Adolescent AND Experiences	2012-2017	Cinahl Complete	23.11. 2017	85	8	3	1	Babler, E. og Strockland, C. J «Normalizing: Adolescent experiences living with type 1 diabetes».
Diabetes mellitus, Type 1 AND Adolescence AND Experience	2012-2017	Cinahl Complete	06.12. 2017	66	6	6	1	King, K.M., King, P.J., Nayar, R. og Wilkes, S. «Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes».
Diabetes Mellitus, type 1 AND Adolescence AND Experience	2012-2017	MEDLINE Ovid	06.12. 2017	11	2	2	1	Commissariat, P.V., Kenowitz, J.R., Trast, J., Heptulla, R.A. og Gonzalez, J.S. «Developing a Personal and Social Identity With Type 1 Diabetes During Adolescence: A Hypothesis Generative Study».
Diabetes type 1 AND Adolescence AND Challenges	2012-2017	PubMed	06.12. 2017	75	6	2	1	Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K., Dyches, T. og Freeborn, D. «A qualitative study of young people’s perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control?».

Diabetes type 1 AND Adolescent AND Challenges	2012-2017	PubMed	09.12. 2017	105	10	7	1	Law, J.R., Yesiltepe-Mutlu, G., Helms, S., Meyer, E., Özsü, E., Cizmecioglu, F., Lin, F.C., Hatun, S. og Calikoglu, A.S. «Adolescents with Type 1 diabetes mellitus experience psychosensorial symptoms during hypoglycaemia».
Diabetes mellitus, type 1 AND Adolescence AND Challenges	2012-2018	Cinahl Complete	21.03. 2018	75	7	4	2	Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S.O. og Mandleco, B. «Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives». Castensøe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, B.S. og Husted, G.R. «Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling».
Diabetes type 1 AND Adolescence AND Problem	2012-2018	Cinahl Complete	21.03. 2018	51	3	1	1	Viklund, G. og Örtqvist, E. «Factors predicting glycaemic control in young persons with type 1 diabetes».

Vedlegg 3: Utdrag av søkehistorikk som ikke resulterte i inkluderte artikler

Søkeord	Inklusjonskriterier	Database	Dato	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler	Forfatter og navn på artikkel
Diabetes type 1 AND Adolescent AND Experience OR Challenges		SweMed+	23.11. 2017	4	0	0	0	
Diabetes mellitus, Type 1 AND Adolescent AND Challenges	2012-2017	MEDLINE Ovid	06.12. 2017	15	3	1	0	
Diabetes type 1	2012-2018	Sykepleien forskning	04.04. 2018	35	1	0	0	
Diabetes mellitus, Type 1 AND Adolescence AND Challenges	2012-2018	Cinahl Complete	24.04. 2018	78	10	5	0	
Diabetes mellitus, type 1 AND Adolescence AND Experience	2013-2018	MEDLINE Ovid	24.04. 2018	7	2	2	0	
Diabetes mellitus, type 1 AND Adolescence AND Challenges	2012-2018	PubMed	24.04. 2018	97	4	2	0	

Vedlegg 4: Åtte litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1: Normalizing: Adolescent experiences living with type 1 diabetes.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Babler, E. og Strockland, C. J</p> <p>2015</p> <p>Normalizing: Adolescent experiences living with type 1 diabetes.</p> <p><i>The diabetes educator</i> [Internett], 41(3), s. 351- 360.</p>	<p>Hensikten med studien var få forståelse for hvordan ungdommene erfarte livet med diabetes type 1.</p>		<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvalitativ forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 11 deltakere (3 gutter og 8 jenter) i alderen 11-15 år. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst seks måneder.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Informasjonen ble samlet inn ved hjelp av metoden «Grounded theory» for å gi en større innsikt i ungdommens opplevelse. Det ble utført dybdeintervju som tok for seg 11 kategorier. Intervjuet ble lydinnspilt og varte i en time. Det ble utført totalt 15 intervjuer.</p> <p><i>Analyse:</i> Dataen ble transkribert og analysert ved bruk av «constant comparative analysis».</p>	<p>Studien belyser at ungdommene går gjennom flere utfordrende faser for å klare å akseptere at sykdommen har blitt «en del av dem». Studien bruker begrepet «normalisering» om fasene ungdommene gjennomgår for uavhengighet.</p> <p>1) lære om diabetesen og behandlingen, 2) lære seg å regulere blodsukkeret, 3) ta i mot støtte fra andre, 4) separerer seg fra foreldre og blir selvstendig i diabetesbehandlingen, 5) lære å håndtere diabetes 6) dele deres erfaringer med andre for å forbedre deres liv.</p> <p>Disse 6 fasene fremhever utfordringene ungdommene står ovenfor når de ble selvstendig og uavhengig av andre i behandlingen.</p>	<p>Studien er relevant da den viser en modell som inneholder ulike faser med utfordringene ungdommene går gjennom. Studien gir også kjennskap til hvordan ungdommene håndterte/følte seg i de ulike fasene.</p>

Litteraturmatrikse 2: Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Castensøe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, B.S. og Husted, G.R.</p> <p>2016</p> <p>Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i> [Internett], 26, 3018-3030.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske og beskrive erfaringene til ungdommene og deres foreldre som lever med diabetes type 1. Studiens hensikt er også å identifiserte deres behov for støtte i overgangen til voksenlivet.</p>	<p>Adolescence, qualitative methods, self-management, diabetes, visual storytelling.</p>	<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvalitativ forskningsmetode. Pasient- og pårørendeperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 9 deltakere i alderen 15-19 år. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst ett år. Studien inkluderte også noen foreldre (syv mødre og seks fedre).</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Det ble brukt fortelling og bilder som grunnlag for de individuelle intervjuene. Intervjuene ble utført av førsteforfatter, hjemme hos deltakerne. Samtalene ble lydinnstilt og varte mellom 55-82 minutter.</p> <p><i>Analyse:</i> Intervjuene ble transkribert og deretter analysert ved hjelp av tematisk analyse.</p>	<p>Studien belyser at ungdommene og deres foreldre står ovenfor samme bekymringer og utfordringer. Det kommer frem fire hovedtemaer som erfares som utfordrende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) streve etter sikkerhet, 2) streve etter normalitet, 3) streve etter uavhengighet, 4) bekymring for fremtiden. <p>Ungdommene satt igjen med tanker og følelser som forble isolert. Dette kunne til tider medføre til ensomhet. Bekymringene og utfordringene forble uløste, og dette medførte til misforståelse og frustrasjon.</p>	<p>Studien er relevant da den tar for seg ungdommen sine utfordringer tilknyttet sykdommen. Studien belyser også viktigheten med inkluderende helsepersonell for å minske ungdommenes bekymringer og utfordringer.</p>

Litteraturmatrikse 3: Developing a Personal and Social Identity With Type 1 Diabetes During Adolescence: A Hypothesis Generative Study.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Commissariat, P.V., Kenowitz, J.R., Trast, J., Heptulla, R.A. og Gonzalez, J.S.</p> <p>2016</p> <p>Developing a Personal and Social Identity With Type 1 Diabetes During Adolescence: A Hypothesis Generative Study.</p> <p><i>Qualitative Health Research</i> [Internett], 26(5), s. 672-684.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske ungdommenes perspektiv og erfaringer i livet med diabetes type 1.</p>	<p>Diabetes, Adolescents, youth, young adults, lived experience, health, self, stigma, qualitative, thematic analysis, USA.</p>	<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Mikset-metode forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 40 deltakere i alderen 13-20 år. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst ett år.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Informasjonen ble samlet inn gjennom intervju og spørreskjemaer. Intervjuene hadde en varighet på ca. 40 minutter. Intervjuene utforsket hvordan dagliglivet, selvtilliten og sosiale relasjoner påvirkes av sykdommen.</p> <p><i>Analyse:</i> Data ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Dette er en metode for å identifisere strukturen i intervjuene.</p>	<p>Studien belyser at ungdommene erfarte sykdommen som en byrde, da den medførte til store endringer i deres rutiner og aktiviteter. Ungdommene hadde utfordringer med å kontrollere blodglukosenivået og var bekymret for komplikasjoner. De erfarte også å føle seg mindre «normal», og følte seg stigmatisert og annerledes fra jevnaldrende. Noen følte også at det var utfordrende å styre diabetesen i sosiale sammenkomster.</p>	<p>Studien er relevant da den gir oss forståelse for hvordan diabetesen har innvirkning på ungdommenes identitet. Den belyser også hvordan de kan håndtere sykdommen for å oppnå positive endringer. Dette er et viktig funn i studien som vil være med på å veilede sykepleieren i møte med ungdommene.</p>

Litteraturmatrikse 4: Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S.O. og Mandleco, B. 2013</p> <p>Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i> [Internett], 22, s. 1890-1898.</p>	<p>Hensikten med studien var å indentifisere utfordringene barn og ungdom erfarte med diabetes type 1.</p>	<p>Children, chronic conditions, focus groups, qualitative strategies, type 1 diabetes, youth.</p>	<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvalitativ forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 16 deltakere i alderen 7-16. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst seks måneder.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Deltakerne ble det inn i ulike fokusgrupper. Samtalene ble lydinnspilt og varte i minst to timer. Deltakerne ble spurt om utfordringer, hvordan de håndterer dem og mulige måter å forebygge dem på.</p> <p><i>Analyse:</i> Lydopptakene ble transkribert og analysert. Dette ved hjelp av åpne, aksiale og selektive kodingsprosedyrer. Det ble også brukt en analyse til å lokalisere teamene i intervjuene.</p>	<p>Studien belyser at ungdommene følte seg annerledes og/eller alene. Blodglukosereguleringen og administreringen av insulin var andre utfordringer som ble beskrevet av ungdommene. Disse utfordringene fikk ungdommene til å føle seg annerledes og flere valgte å unngå hele behandlingsprosessen. De erfarte også utfordringer med å vite når blodglukosenivået var lavt, og hvilke aktiviteter som førte til dette.</p>	<p>Studien er relevant da den tar for seg utfordringene ungdommene erfarer med diabetes type 1. Den tar også for seg viktigheten med en lyttende og forståelsesfull sykepleier i møte med ungdommene.</p>

Litteraturmatrikse 5: Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>King, K.M., King, P.J., Nayar, R. og Wilkes, S.</p> <p>2017</p> <p>Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes.</p> <p><i>Diabetes spectrum</i> [Internett], 30(1), s. 25-35.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke ungdommenes erfaringsbaserte utfordringer knyttet til diabetes type 1, samt identifisere fokusområdene for å forbedre sin glykemiske kontroll.</p>		<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvalitativ forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 20 deltakere i alderen 16-21 år. Alle deltakerne har hatt diagnosen gjennom ungdomsårene.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Det ble gjennomført dybdeintervjuer for å belyse utfordringene. Intervjuene ble holdt i deltakerens hjem.</p> <p><i>Analyse:</i> Intervjuene ble transkribert etter prinsippene fra «grounded theory». Deretter ble utsagnene analysert og kategorisert i sentrale temaer.</p>	<p>Studien belyser at ungdommene hadde utfordringer med å få forståelse for sykdommen. Deltakerne hadde stort fokus på å forhindre hypoglykemiske episoder, frykten for hypoglykemi resulterte i at blodglukosenivået ofte ble holdt høyere enn anbefalt, uavhengig av konsekvensene. Ungdommene erfarte også store humørsvingninger og følte seg ofte deprimert på grunn av sykdommen. Studien belyser også at ungdommene hadde utfordringer med å håndtere helsestatusen og ønsket empati fra helsepersonell. De mente at omsorgen som tilbys ikke var tilstrekkelig og tilpasset deres behov.</p>	<p>Studien er relevant da den gir oss innsikt og bredere forståelse om ungdommenes erfaringer knyttet til diabetes type 1. Utfordringene ungdommene erfarte var multifaktorelle og de erfarte konstant en daglig kamp. Denne informasjonen vil være med på å styrke dagens helsefremmende arbeid.</p>

Litteraturmatrikse 6: Adolescents with Type 1 diabetes mellitus experience psychosensorial symptoms during hypoglycaemia.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Law, J.R., Yesiltepe-Mutlu, G., Helms, S., Meyer, E., Özsu, E., Cizmecioglu, F., Lin, F.C., Hatun, S. og Calikoglu, A.S.</p> <p>2014</p> <p>Adolescents with Type 1 diabetes mellitus experience psychosensorial symptoms during hypoglycaemia.</p> <p><i>Diabetic Medicine</i> [Internett], 31, s. 1245–1251.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke symptomer som oppsto ved hypoglykemi hos ungdommer med diabetes type 1. I tillegg har studien som hensikt å sammenligne erfaringene fra to ulike land med forskjellig kultur.</p>		<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvantitativ forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 132 deltakere i alderen 12-18 år. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst seks måneder.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Informasjonen ble innhentet via spørreskjema som inkluderte temaene: fysiske, atferdsmessige, humør og psykosensorisk symptomer. Skjemaet inkluderte 68 spørsmål som ble besvart ved avkrysning.</p> <p><i>Analyse:</i> Resultatene fra begge landene ble slått sammen, da det ikke var noen forskjell i funnene. For å finne frem til dette brukte de t-tests for kontinuerlige variabler og chi-squared for kategoriske variabler. Statistikken ble analysert ved hjelp av to ulike programvarer.</p>	<p>Studien belyser at ungdommene erfarte fysiske, psykososiale, atferdsmessige og humørsymptomer. Deltakerne fra begge landene opplevde like symptomer og hadde samme erfaring med hypoglykemi. Ungdommene hadde hovedsakelig negative erfaringer tilknyttet symptomene.</p>	<p>Studien er relevant da den viser at kulturelle forskjeller ikke påvirker erfaringen av symptomene ved hypoglykemi. Dette er et viktig funn å trekke frem for å bevise at det nødvendigvis ikke finnes forskjeller i de ulike kulturene.</p>

Litteraturmatrikse 7: A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control?

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K., Dyches, T. og Freeborn, D.</p> <p>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> [Internett], 69(6), s.1235–1247.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan ungdommene med diabetes type 1 erfarte livet med sykdommen. Studien har også til hensikt å undersøke om erfaringene varierte i henhold til blodglukosenivå.</p>	<p>adolescent health, long-term illness, diabetes, nurse-patient interaction, qualitative approaches.</p>	<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvalitativ forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 14 deltakere i alderen 11-22 år. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst to år.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Informasjonen ble samlet inn gjennom individuelle intervju utført av førsteforfatter og en pediatrik sykepleier. Samtalene ble lydinnstilt og hadde en varighet på 60-90 minutter.</p> <p><i>Analyse:</i> Lyddopptaket ble transkribert og kontrollert for nøyaktighet. Gjennom induktiv analyse ble de sentrale temaene kategorisert gjennom en åpen kodnings-prosess. Deltakerne ble så delt inn i grupper etter blodsukkernivå (høyt og lavt).</p>	<p>Studien belyser at alle ungdommene erfarte foreldrene som stresset og bekymret. Ungdommene mente at helsepersonell brukte sin autoritet i kommunikasjonen, og mislikte måten dem ble snakket til. Ungdommer med høyt blodglukosenivå hadde negative erfaringer med å få diagnosen, og mottok sjeldent foreldrestøtte og var uaktsom i diabetesbehandlingen. De med lavt blodglukosenivå hadde ikke negative erfaringer med å bli diagnostisert, de fikk mer foreldrestøtte og var mer aktiv i diabetesbehandlingen.</p>	<p>Studien er relevant da den tar opp ungdommens erfaringer av utfordringene med diabetes type 1. Studien belyser også hvordan disse utfordringene kan håndteres, som er viktige funn å ha med i oppgaven.</p>

Litteraturmatrikse 8: Factors predicting glycaemic control in young person with type 1 diabetes.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Viklund, G. og Örtqvist, E. 2014 Factors predicting glycaemic control in young person with type 1 diabetes. <i>Eur Diabetes Nursing</i> [Internett], 11(3) s. 75-78.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan ungdommens helse og livskvalitet samsvarer eller påvirkes av blodglukosenivået.</p>	<p>Type 1 diabetes, adolescent, quality of life, health, glycaemic control.</p>	<p><i>Vitenskapsteoretisk tilnærming:</i> Kvantitativ forskningsmetode. Pasientperspektiv.</p> <p><i>Utvalg:</i> 204 deltakere i alderen 12-17 år ble rekruttert til studien. 199 deltakere fullførte studiet. Alle deltakerne har hatt diagnosen i minst seks måneder.</p> <p><i>Datainnsamling:</i> Informasjonen ble innhentet via fire ulike spørreskjema. Spørreskjemaene ble fullført ungdommen av deltakerne før/etter poliklinisk besøk. Data om blodglukosenivå og sykdomsvarighet hentet inn fra pasientens journal.</p> <p><i>Analyse:</i> Resultatene fra spørreskjemaene ble analysert ved hjelp av flere lineære regresjonsanalyser.</p>	<p>Studien belyser at totalt 28% av deltakerne hadde dårlig blodglukosenivå, mens 50% ikke hadde en helt optimal kontroll. Bare 22% av deltakerne oppnådde behandlingsmålene med god blodglukosenivå. Studien fremhever sammenhengen mellom den glykemiske kontrollen og flere helsemessige påkjenninger. Deltakere med dårlig blodglukosenivå rapporterte lavere fysisk og psykisk helse, lavere empowerment, større belastning av sykdommen, negative holdninger og tanker om at sykdommen var utfordrende. De med god blodglukosenivå hadde en positiv holdning til sykdommen, høyere autonomi, og bedre mental og fysisk helse.</p>	<p>Studien er relevant da den oppgir statistikk over hvor mange deltakere som har utfordringer med å regulere blodglukosenivået. Studien oppgir også hvordan ungdommens liv påvirkes av den blodglukosenivået.</p>

Vedlegg 5: Oversikt over nøkkelfunn, undertema, likheter og ulikheter i artiklene, og hovedtema

Nøkkelfunn (<i>Erfarte utfordringer med</i>):	Undertema:	Likheter:	Ulikheter:	Hovedtemaer:
Kontrollere blodglukosen, holde den stabilt, vanskelig med rutiner, irriterende å kontrollere blodglukosen og administrere insulin, fristet til å unngå behandling, unngikk situasjoner hvor diabetes var utfordrende å håndtere, være spontan, å utføre verdsette mål og aktiviteter, følte seg utelatt fra aktiviteter, nye matvaner, kostholds regulering, dårlig regulering av blodglukosen påvirket den fysiske og psykiske helsen, god regulering av blodglukosen hadde mindre negative påvirkninger, erfarte reguleringen som «plagsomt» og «ulempe» som førte til at de unngikk hele prosessen.	Regulering av blodglukosen	1,3,4,5,8	2,6,7	Den daglige diabetesomsorgen
Frykt og redsel for hypoglykemi, holde blodglukosen stabil for å forhindre komplikasjoner, redsel for komplikasjoner, følte skyldfølelse, bekymret for fremtiden, redsel for senkomplikasjoner, kjente til at ukontrollert blodglukose påvirket fremtiden, sykdommen alltid var i bakhodet, gjenkjente symptomer på hypoglykemi, holdt blodglukosen høyt om natten for å forebygge komplikasjoner, hadde negative erfaringer med hypoglykemi (noen ganger positive).	Frykt for komplikasjoner	1,2,3,4,5,6,7	8	
Akseptere sykdommen som det «det nye normale», akseptere at livet forandrer seg, få forståelse av sykdommen, en byrde, sykdommen som «ekstra bagasje», ønske om å ta en «time off», ønske om å separere sykdommen fra livet, erfarte livet med sykdommen som hardt, vanskelig, komplekst, forvirrende og som misforstått, erfarte å få diagnosen som traumatisk, de som	Akseptere og integrere sykdommen	1,2,3,5,7	4,6,8	«Vil være som andre»

ikke aksepterte sykdommen holdt den ofte hemmelig, følte at ingen forsto dem, å få forståelse for sykdommen, ungdommer med lavt blodglukosenivå var mer ansvarlig og aksepterte sykdommen, ungdommene med høyt blodglukosenivå unngikk å ta hensyn til sykdommen.				
Følte seg annerledes og forskjellig, følte seg ikke normal, «unormal», annerledes fra jevnaldrende, at de ikke passet inn, var alene og ikke hadde venner, unngikk å måle blodglukosen og sette insulin foran andre og på offentlige steder, følte seg stigmatisert i sosiale situasjoner og unngikk behandling for å passe inn, spørsmål «hvorfør meg?», følte at sykdommen bestemte over livet, erfarte bekymring og frykt, inkompetent, erfarte humørsvingninger, depressive tanker, erfarte at sykdommen konstant var i dere tanker.	Følelsen av å være annerledes	1,2,3,4,5	6,7,8	
Fikk ansvaret for tidlig, konflikt på grunn av ulikt syn på behandlingen og innblanding av foreldrene, mangel på kunnskap og ferdighet og støtte, konflikt i løsrivningsprosessen, foreldre var ikke villig til å gi fra seg ansvaret, ønske om å gi da sykdommen var vanskelig å håndtere, ungdommene følte seg flau og inkompetent ovenfor foreldrene, inkompetent og følte de ikke møtte forventningene til foreldrene, unngikk å snakke om utfordringene da de syntes synd på foreldrene, følte at foreldrene involverte seg og overbeskyttet dem for mye, erfarte at foreldrene var stresset og bekymret over dem.	Løsrivelse fra foreldre og overgang mot selvstendighet	1,2,3,7	4,5,6,8	Støtte og veiledning
Mangel på råd fra helsepersonell, mangel på emosjonell støtte, følte seg ikke individuelt behandlet, mislikte hvordan helsepersonell kommuniserte med dem og hvordan de brukte	Mangel på støtte og veiledning fra helsepersonell	2,5,7	1,3,4,6,8	

<p>autoritet i kommunikasjonen, unngikk å besøke helsepersonell for å unngå konfrontasjoner, følte at helsepersonell pratet over hodet deres og heller inkludere foreldrene i kommunikasjonen, følte at helsepersonell skremte dem, utførende å spørre spørsmål som ikke omhandlet diabetes, prøvde å skjule følelsen av å være inkompetent fordi de ikke følte at de oppnådde forventingene, følte seg «dumme».</p>				
--	--	--	--	--

1: Babler, E. og Strockland, C. J., Normalizing: Adolescent experiences living with type 1 diabetes. 2: Castensøe-Seidenfaden mfl., Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling. 3: Commissariat mfl., Developing a Personal and Social Identity With Type 1 Diabetes During Adolescence: A Hypothesis Generative Study. 4: Freeborn mfl., Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. 5: King mfl., Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes. 6: Law mfl., Adolescents with Type 1 diabetes mellitus experience psychosensorial symptoms during hypoglycaemia. 7: Scholes mfl., A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control? 8: Viklund, G. og Örtqvist., Factors predicting glycaemic control in young person with type 1 diabetes.

