

Johanne Eline Larsen  
Vilde Brattset

# Hvilke helsefremmende tiltak kan sykepleier gjøre for at ungdom med diabetes type 1 opplever mestring?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Geir Berg  
Mai 2019



Johanne Eline Larsen  
Vilde Brattset

# Hvilke helsefremmende tiltak kan sykepleier gjøre for at ungdom med diabetes type 1 opplever mestring?

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Geir Berg  
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



## SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilke helsefremmende tiltak kan sykepleier gjøre for at ungdom med diabetes type 1 opplever mestring?	Dato: 15.05.19
Deltakere/	Johanne Eline Larsen Vilde Brattset	
Veileder:	Geir Berg	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Diabetes mellitus type 1, ungdom, helsefremmende sykepleie, mestring	
Antall sider/ord: 40/10 064	Antall vedlegg: 0	
<b>Introduksjon:</b> Omkring 28 000 nordmenn er diagnostisert med type 1 diabetes, og Norge ligger på verdenstoppen med forekomsten av sykdommen. Ungdommer i en utviklingsfase opplever store endringer generelt i livet, i tillegg til det som har med sykdommen å gjøre. Sykepleier får derfor en viktig helsefremmende rolle for å bidra til at ungdommen opplever mestring knyttet til dette.		
<b>Hensikt:</b> Hensikten med bacheloroppgaven er å gå nærmere inn på det helsefremmende arbeidet sykepleier kan bidra med, og hvilken rolle sykepleier har for å fremme mestring hos ungdom med type 1 diabetes.		
<b>Metode:</b> Oppgaven er en litteraturstudie, og databasene CINAHL og SCOPUS er tatt i bruk for å finne aktuelle vitenskapelige artikler. Søkene er gjort i perioden mars til april 2019.		
<b>Resultat:</b> Basert på inkluderte artikler, resulterte studien i tre hovedkategorier for helsefremmende tiltak; kunnskap, kartleggingsverktøy og støtte. Studien beviser at ungdom med kunnskap om sykdommen, mestrer den bedre i motsetning til de som ikke har kunnskap. Verktøyene er med på å kartlegge ungdommens mestringsstrategier og tanker om seg selv og videre behandling. I tillegg er det viktig å få støtte fra sykepleier, samt fra familie på en måte som styrker empowerment og fremmer autonomi.		
<b>Konklusjon:</b> Studien har vist at å ta i bruk helsefremmende tiltak som undervisning, kartleggingsverktøy og støtte fra sykepleier og foreldre, åpner muligheten for mestring hos pasienten. Verktøyene motiverende intervju og «Best of Coping», støtte fra foreldre, samt fysisk og mental støtte fra sykepleier, bidrar sammen til å fremme autonomi og mestring.		

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	What preventative actions associated with health promotion can nurses implement, so that adolescents with type 1 diabetes may begin to obtain self-efficacy?	Date: 15.05.19
<b>Participants</b>	Johanne Eline Larsen Vilde Brattset	
<b>Supervisor:</b>	Geir Berg	
<b>Keywords</b>	Diabetes mellitus type 1, adolescence, health promotion, self-efficacy (3-5)	
Number of pages/words: 40/10 064	Number of appendix: 0	
<b>Introduction:</b> Reports suggest Norway has the highest occurrence of type 1 diabetes per capita in the world. Approximately 28,000 Norwegians have been diagnosed, consequently some of which are adolescence going through a developmental phase. Mentally and physically such dramatic changes could create undesirable outcomes. Nurses aim to assist this developmental phase by imposing health promotive methods, in the hopes to generate self-efficacy.		
<b>Aim:</b> The aim of this study is to analyze nurses and health promotive techniques, to understand how nurses encourage adolescence with type 1 diabetes. Additionally, a closer look at the role nurses play to promote self-efficacy.		
<b>Method:</b> This study is a literature review. The databases CINAHL and SCOPUS have been sourced to find relevant and factual information based on current and scholarly articles. The searches have carried out through the period of March to April 2019.		
<b>Results:</b> Throughout the study, chosen articles highlighted three main categories for health promotive measures; knowledge, mapping tools and support. Adolescents with knowledge on their illness proved to be greater beneficiaries than their counterparts. Mapping tools were used to identify coping strategies, positive and negative notions about themselves and thoughts on further treatments. Support is the foundation which proved crucial within this study. Adequate support from nurses and family, improved empowerment and promoted autonomy.		
<b>Conclusion:</b> With this study we have managed to establish that if supportive measures, mapping tools and knowledge are present throughout an adolescents type 1 treatment, the patient has a much higher chance of obtaining self-efficacy, contrary to their counterpart. Measures applied by a nurse, such as motivational interviewing, the program “best of coping”, educating parental support and physical/mental support all partly dictate whether the patient would obtain autonomy and self-efficacy.		

# Innhold

<b>1.0. Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Sykepleiefaglig relevans .....	5
1.1.1. Yrkesetiske retningslinjer .....	5
<b>2.0. Bakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1. Diabetes type 1.....	7
2.2. Ungdoms utvikling.....	8
2.3. Ungdom og diabetes .....	9
2.4. Helsefremmende sykepleie .....	9
2.4.1. Teoretiske perspektiver.....	10
2.4.2. Empowerment.....	10
2.4.3. Mestring .....	11
2.4.4. Autonomi.....	11
2.5. Motiverende samtale .....	11
2.6. Hensikt med oppgaven.....	12
2.7. Problemstilling.....	12
<b>3.0. Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	13
3.2. Søkeprosessen .....	13
3.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	14
3.2.2. Søk med uønskede funn .....	14
3.3. Søkedokumentasjon .....	14
3.4. Analyse av vitenskapelige artikler .....	16
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>18</b>
4.1. Presentasjon av artikler.....	18
4.2. Sammenfattet resultat .....	24
4.2.1. Kunnskap bidrar til mestring .....	25
4.2.2. Kartleggingsverktøy som et hjelpemiddel for å fremme mestring .....	25

4.2.3. Støtte som et tiltak for å fremme mestring .....	27
<b>5.0. Drøfting.....</b>	<b>29</b>
5.1. Kunnskap bidrar til mestring .....	29
5.2. Kartleggingsverktøy som et hjelpemiddel for å fremme mestring .....	30
5.3. Støtte som et tiltak for å fremme mestring .....	32
5.4. Forskningsetiske overveielser .....	34
5.5. Metodiske overveielser og kildekritikk.....	34
5.5.1. Metodiske overveielser .....	34
5.5.2. Kildekritikk.....	35
<b>6.0. Konklusjon.....</b>	<b>36</b>
<b>7.0. Litteraturliste.....</b>	<b>38</b>



## 1.0. Innledning

I Norge er det rundt 28 000 nordmenn med diabetes type 1. Hvert år blir omkring 300 barn under 15 år diagnostisert med denne typen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Barnediabetesregisteret la ut en årsrapport fra 2017 som viser at 97 prosent av alle barn og unge som fikk diabetes, ble diagnostisert med diabetes type 1. Disse 97 prosentene tilsvarte 408 barn og unge (Skrivarhaug, Kummernes, og Drivvoll, 2018). Heretter i oppgaven vil diabetes type 1 bli betegnet som DT1.

DT1 er utfordrende i ungdomstiden fordi det er flere andre utfordringer som kan oppstå i tillegg til å ha en kronisk sykdom. Dette er både fysisk, psykisk og sosial utvikling og endring (Fjerstad, 2010). Ungdommen kan føle seg sårbare og usikre da de skal finne ut hvem de er, og samtidig følger det et stort ansvar med sykdommen. I denne alderen er ungdom utsatt for ekstra svingende blodsukker, og det kan være vanskelig å regulere insulindosen da kroppen trenger mer insulin per kilo kroppsvekt (Kvam, 2016). Mestring av kronisk sykdom i ungdomsårene kan være problematisk, og som sykepleier er det derfor viktig å møte ungdommen på en forståelig måte slik at det er rom for mestring. Målet med oppgaven vil derfor være å finne ut hvordan helsefremmende sykepleie kan lede til mestring.

### 1.1. Sykepleiefaglig relevans

Ifølge Stranden (2017) ligger Norge på verdensstoppen når det kommer til forekomst av DT1. Grotdal (2016a) gjennomførte en forskningsstudie som viste at færre enn 1 av 3 ungdommer når behandlingsmålet for langtidsblodsukker (HbA1c). Ifølge Diabetesforbundet (2019b) er behandlingsmålet for HbA1c 7,7 mmol/l. Sykepleier har derfor en viktig rolle i arbeidet med pasienter med DT1. Det er ofte sykepleieren som veileder og lærer hvordan pasienten skal forholde seg til, og behandle sykdommen. Derfor er det viktig at sykepleier har oppdatert kunnskap om sykdommen og pasientgruppen. Det kommer stadig ny kunnskap om diabetes, dette gjelder for hjelpeutstyr, legemidler og behandlingsregimer. Sykepleierens oppgave er å holde seg faglig oppdatert, slik at undervisningen og veiledningen som gis er god og kvalitetssikker (Mosand og Stubberud, 2016).

#### 1.1.1. Yrkesetiske retningslinjer

Utøvelse av sykepleie skal bygge på fagkunnskaper i klinisk praksis og tilpasse sykepleien individuelt. Sykepleien skal være kvalitetssikret ved å bruke relevant og pålitelig data i

kliniske vurderinger, veiledning, oppfølging og ved beslutninger (Nortvedt og Grønseth, 2016). Det er utviklet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiens utøvelse. Grunnlaget av retningslinjene skal bygge på respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Det skal bygge på barmhjertighet, omsorg og med respekt for menneskerettighetene. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleien skal verne sykepleiernes viktige verdier og konkretisere hvordan god praksis skal være. Verdiene skal bygge på å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og å sikre en verdig død (Sneltvedt, 2016).

## 2.0. Bakgrunn

### 2.1. Diabetes type 1

DT1 er en autoimmun sykdom som fører til mangel på insulin. Dette betyr at kroppens immunsystem danner antistoffer som feilaktig angriper og ødelegger friske celler. Ved DT1 er det de insulinproduserende betacellene i de langerhanske celleøyene i pankreas som blir angrepet (Mosand og Stubberud, 2016). DT1 kjennetegnes av en absolutt insulinmangel, og oppstår når mer enn 80-90% av betacellene er ødelagt. Det kan ta måneder eller år før dette skjer (Jenssen, 2017). Sykdommen kan debutere i alle aldersgrupper, men de aller fleste blir diagnostisert som barn eller ungdom (Diabetesforbundet, u.å.).

Ved insulinmangel kan ikke kroppen omdanne glukose til energi, og derfor må det erstattes ved å tilføre insulin. Insulinbehandlingen kan gis enten gjennom insulinpumpe eller injeksjoner (Jenssen, 2017). For å vite hvor mye insulin som skal settes, er det viktig med gjentatte målinger av blodsukkeret (Diabetesforbundet, 2019a). Blodsukkermåling er derfor en viktig del av den daglige behandlingen. Blodsukkerverdien bør være mellom 4-6 mmol/l fastende, og helst ikke over 10 mmol/l et par timer etter måltid (Diabetesforbundet, u.å.). Langtidsblodsukker blir målt i HbA1c som også er en del av behandlingen. HbA1c måler den gjennomsnittlige blodsukkerverdien ut ifra de siste 6-8 ukene før prøvetaking (Diabetesforbundet, 2019a). For å oppnå en velregulert diabetes bør HbA1c-verdien være på 48 mmol/mol. Dette tilsvarer et gjennomsnittlig blodsukker på 7,7 mmol/l (Diabetesforbundet, 2019b).

Uten insulinbehandling vil blodsukkeret bli for høyt. Høyt blodsukker, også kalt hyperglykemi, er når konsentrasjonen av glukose i blodet blir høyere enn 10mmol/l. Redusert allmenntilstand og hyppig vannlating oppstår som følger av dette. Det fører til at pasienten kan bli svært tørst og dehydrert. Dersom insulinmangelen vedvarer, blir det mindre opptak av karbohydrater og energi i muskel- og fettcellene. I de verste tilfeller kan blodsukkeret bli så høyt at det oppstår ketoacidose, som er en opphopning av syrer og ketoner. Dette kan føre til koma, og i verste fall død. Ved for mye insulin i kroppen vil det kunne oppstå lavt blodsukker, og dette kalles hypoglykemi. Hvis blodsukkeret synker under 4 mmol/l kan det oppstå symptomer som blant annet sultfølelse, uro, svetting og hjertebank. Ved alvorlig hypoglykemi kan man bli preget av tåkesyn, svimmelhet, bevisstløshet, og i verste fall koma (Jenssen, 2017).

Ved dårlig regulert blodsukker over flere år, står personer med diabetes i fare for en rekke senkomplikasjoner. Synsforandringer, eller i verste fall blindhet, nyreskade eller nedsatt nyrefunksjon, nerveskade og hjerte- og karsykdommer er noen alvorlige komplikasjoner som kan oppstå (Mosand og Stubberud, 2016). Senkomplikasjonene kan unngås eller forsinkes med riktig behandling. Behandlingen er tverrfaglig, hvor sykepleieren har en sentral rolle i arbeidet. Blant annet jobber diabetessykepleier og sykepleier sammen for å kartlegge pasientens behov, og bidra til undervisning om sykdommen og administrasjon av insulinpreparater (Jenssen, 2017). Behandling av DT1 handler om motivasjon, kunnskap, kosthold, fysisk aktivitet og medisiner. For å lære seg god egenomsorg er man avhengig av opplæring og kunnskap om sykdommen (Diabetesforbundet, u.å.).

## 2.2. Ungdoms utvikling

I en alder mellom 12 og 18 år skjer det omfattende endringer på flere områder. Ungdomstiden er tiden for fysisk, psykisk og sosial utvikling og endring, noe som åpner opp for sårbarhet. Når kroppen er i endring, oppstår følelsesmessig utvikling, tankegangen endrer seg og sosiale forhold utvikles (Fjerstad, 2010). Håkonsen (2014) viser til Erik H. Eriksons teori som sier noe om at utvikling i livet knyttes til nærhet, tillit, identitet, seksualitet, familie og arbeid. Sosiale relasjoner som etableres i de årene man er i vekst, vil påvirke den følelsesmessige og den sosiale utviklingen hos ungdom. I samhandling med andre mennesker vil følelser, selvbilde og selvoppfatning også utvikles. Opplevelse av kontroll og forutsigbarhet, samt å oppleve en mening med livet vil føles viktig for å utvikle identiteten (Håkonsen, 2014). Når ungdom er i vekst og skal finne ut hvem de er, vil de som sagt være sårbare. Sårbarheten åpner opp for usikkerhet, og denne usikkerheten forsterkes med kronisk sykdom (Fjerstad, 2010).

Det viktigste ikke-medisinske bidraget fra foreldrene og helsepersonellet i denne perioden er å bygge opp selvfølelsen til barna og ungdommen. Det er tross alt lettere å leve med sykdom hvis en liker kroppen en bor i, og den personen en er (Fjerstad, 2010, s. 188).

### 2.3. Ungdom og diabetes

Andelen av barn og unge som blir diagnostisert med DT1 har i løpet av de siste 40 årene økt fra 0,25 prosent til 0,5 prosent. Ett av 200 norske barn og unge får diagnosen DT1. Det viser seg at denne utviklingen har vært ganske stabil siden 2000-tallet, men årsaken til økningen er fortsatt ukjent. Norge ligger på verdenstoppen når det kommer til forekomst av DT1. Det er kun Finland og Sverige som har en høyere andel i den vestlige verden (Stranden, 2017).

Kvam (2016) nevner at ungdom med diabetes er spesielt utsatt for uregelmessig blodsukkerkontroll, da de er i en utviklingsprosess. Utviklingsprosessen gjør ungdommen sårbare, da uregelmessig blodsukkerkontroll kan gå ut over deres utvikling. «Vellykket behandling av type 1 diabetes er særlig viktig i puberteten for å oppnå normal vekst og kjønnsmodning, og for å redusere risikoen for langsiktige komplikasjoner» (Kvam, 2016). Samtidig er puberteten en sårbar fase da det er større sjanse for økt insulinresistens. Dette er på grunn av at kroppen trenger mer insulin per kilo kroppsvekt, i tillegg til at det oppstår et større behov for insulin grunnet en kropp som er full av hormoner (Kvam, 2016).

I løpet av de siste årene har det kommet ny kunnskap om diabetes. Det har blant annet kommet nye behandlingsregimer, legemidler og hjelpeutstyr. Derfor kan det være utfordrende for sykepleiere å holde seg faglig oppdatert. Andre faglige utfordringer kan være å få unge pasienter til selv å ta ansvar for oppfølging og behandling (Mosand og Stubberud, 2016). Da ungdom er utsatt for svingninger i blodsukkeret, kan en dårlig regulert diabetes utsette den enkelte for senkomplikasjoner. Dette kan være en utfordring da man som ung ikke alltid ser konsekvensen av det man gjør (Krogvold og Dahl-Jørgensen, 2018). Som sykepleier blir det derfor viktig å lytte til pasientenes erfaringer om hvordan det er å leve med diabetes. Samtidig vil det være viktig å bruke pasientens ressurser for at de kan leve best mulig med sykdommen (Mosand og Stubberud, 2016).

### 2.4. Helsefremmende sykepleie

Helsefremming defineres som «den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedrer egen helse» (Gammersvik, 2018a. s. 114). Å fremme helse handler om å sikre omgivelsene, samt å sørge for opplæring og kunnskap om hvordan pasienten kan hjelpe seg selv dersom noe inntreffer (Mittelmark, *et. al.*, 2018). For sykepleieren handler det om å stimulere og legge til

rette for pasientens helsefremmende prosess. Hvis pasienten skal oppnå kontroll over forhold som virker inn på helsen i den aktuelle situasjonen, handler det også om at man får mulighet til å være deltakende i egen prosess. Sykepleieren har både pasientens sykdom og helse som målområde (Gammersvik, 2018a).

#### 2.4.1. Teoretiske perspektiver

Aaron Antonovskys teori om salutogenese belyser det som produserer helse. Han var opptatt av å se etter det som fremmer helse, fremfor å konsentrere seg om det som er årsaken til dårlig helse. Dette gjorde han ved å se bort ifra diagnosen og se pasienter som et helt menneske (Haugan og Rannestad, 2018). Helse i forhold til helsefremmende arbeid blir å fokusere på den enkeltes ressurser, slik at pasienten får en mer aktiv rolle. Kronisk sykdom må takles individuelt ut fra egne forutsetninger for å leve et godt liv. Fokuset blir rettet mot muligheter og evner enkeltindividet har for å takle ulike situasjoner. Helse kan i dette perspektivet ha en likhet med begrepet mestring, og på den måten være en ressurs for å mestre livet (Larsen, 2018).

Ved å ta i bruk flere teoretiske perspektiver, kan man forstå hvordan sykepleier kan fremme helsen til pasienter i en sykepleiefaglig sammenheng. I den salutogene tenkningen vil det innebære at pasientene opplever situasjonen de er i som forståelsesfull, håndterbar og meningsfull. Dette kalte Antonovsky for «Sense of Coherence» eller «opplevelse av sammenheng». For å få en oversikt over hvordan pasienten forstår sin egen situasjon, kan sykepleier kartlegge pasientens bevissthet i forhold til egen sykdom. Kartleggingen går ut på å hente frem og ta i bruk tilgjengelige ressurser for å mestre ulike utfordringer. Det er viktig å kartlegge hva som er meningsfullt, slik at pasienten kan yte sitt beste (Gammersvik, 2018a). For helsepersonell vil det si at det skal legges vekt på dialog og medvirkning for å få tak i den enkeltes ressurser og mestringsevne, i tillegg til behandling av sykdom (Larsen, 2018).

#### 2.4.2. Empowerment

Helsepersonell skal veilede pasienten til å oppdage og utvikle sine egne evner, sette seg mål, ta egne valg og være ansvarlig for de valgene som tas. Dette kalles empowerment, og det bidrar til mestring (Mosand og Stubberud, 2016). Empowerment i relasjon til sykepleie er å overføre makten til pasienten. Slik kan sykepleier hjelpe pasienten med å bli i stand til å ta kontroll over faktorer som påvirker deres liv. Sykepleieren må stimulere pasientens personlige

læringsprosess og være samarbeidsorientert. Slik kan pasienten utvikle praktiske ferdigheter, samt å få en mening og forståelse for utfordringene som følger sykdommen (Gammersvik, 2018a).

### 2.4.3. Mestring

Mestring blir sett på som en salutogen helseressurs. Summen av indre ressurser og handlingsevner er det som blir betegnet som mestring. Det går ut på hvordan mennesker møter store påkjenninger i livet, og hvordan disse tolereres. Dette er for å finne tilbake til meningen i livet, samtidig kontrollere og tolerere disse påkjenningene (Haugan og Rannestad, 2018). For å fremme mestring for pasientene er det viktig å individualisere sykepleien. Dette kan være en utfordring da det kreves kunnskaper om blant annet pasientens kulturbakgrunn, livssituasjon og funksjonsnivå (Mosand og Stubberud, 2016). Sykepleier skal være bevisst på å ivareta og forsterke pasientens ressurser, slik at disse kan bli tatt i bruk i miljøet rundt pasienten (Haugan og Rannestad, 2018).

### 2.4.4. Autonomi

Autonomi blir definert i Brinchmann (2016, s. 85) som «plikten til å respektere autonome personers beslutninger», og er en av de fire prinsippers etikk. Pasientautonomi blir sett på som et sentralt prinsipp både etisk og juridisk. For at en pasient skal kunne ta et selvstendig valg, forutsetter det at det er gitt tilstrekkelig objektiv informasjon om ulike alternativer. I tillegg skal de positive og de negative sidene ved alternativene være presentert. Pasienten skal involveres og beslutninger som blir tatt skal respekteres, og det er dette prinsippet om autonomi handler om (Brinchmann, 2016).

## 2.5. Motiverende samtale

Med en langvarig eller kronisk sykdom innebærer det å lære nye måter for atferd, noe som vil ta tid. Sykepleiere opplever at pasienter kommer inn og ut av sykehus fordi de ikke har opprettholdt en sunn atferd. Det kan derfor være nødvendig å endre atferden gradvis, fordi den ikke er god nok i forhold til behandlingsmål. En person med DT1 er avhengig av insulin resten av livet og vil derfor trenge oppfølging over lengre tid. I et livsløp er det mange situasjoner som kan oppstå, og motivasjonen til å følge opp diabetesen kan variere. Hvis en pasient faller tilbake til uheldige helsevaner, dukker negative følelser, stress og bekymringer

opp. Sykepleieren kan derfor ta i bruk forskjellige modeller som kan bidra til atferdsendring og mestring (Gammersvik, 2018b).

Motiverende samtale er et verktøy som blir tatt i bruk for å styrke pasientens motivasjon til livsstilsendringer. Ved å ta i bruk denne samtaleformen er det viktig å forstå pasientens perspektiv, og samtidig unngå å styre samtalen for mye. Sykepleieren skal stimulere til optimisme og tro, og skal lytte med forståelse (Lode, 2016). Samtalen tar utgangspunkt i at det er normalt med motstand mot atferdsendringer. Det er viktig at sykepleier aksepterer pasientens motforestillinger, og ikke konfronterer pasienten med disse slik at motstanden forsterkes. Sykepleier skal oppfordre til å dele tanker, perspektiver og synspunkter med åpne spørsmål. I starten av denne endringsprosessen skal sykepleieren være mest opptatt av å motivere, og få frem hva som gjør det vanskelig for pasienten å endre atferd. Deretter skal de gode praktiske løsningene settes i fokus (Gammersvik, 2018b). En annen strategi kan være å ha undervisning i grupper. Dette kan være nyttig for at pasienten kan møte andre i tilsvarende situasjon. Her kan pasientene utveksle erfaringer, og hjelpe hverandre med å finne smarte løsninger (Mosand og Stubberud, 2016).

## 2.6. Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å gå nærmere inn på det helsefremmende arbeidet sykepleier kan bidra med til ungdom med DT1. Ungdomstiden er sårbar da utvikling og endring skjer både fysisk, psykisk og sosialt. Målet med oppgaven vil derfor være å belyse tiltak sykepleier kan gjøre for ungdom med DT1, med fokus rettet mot mestring.

## 2.7. Problemstilling

*Hvilke helsefremmende tiltak kan sykepleier gjøre for at ungdom med diabetes type 1 opplever mestring?*



## 3.0. Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er litteraturstudie benyttet som metode. En litteraturstudie er en omfattende studie som tolker litteratur relatert til en bestemt problemstilling. Ut ifra den bestemte problemstillingen søkes det systematisk etter litteratur for å finne svar. Litteraturen skal deretter vurderes og analyseres (Aveyard, 2019). Etter å ha gjennomført et systematisk søk har det resultert i syv artikler. De inkluderte artiklene vil bli tatt i bruk for å svare på oppgavens problemstilling.

### 3.2. Søkeprosessen

Aktuelle vitenskapelige artikler er funnet ved bruk av systematisk søk, og søkene er gjennomført i perioden fra mars til april 2019. Et trinn i en litteraturstudie går ut på å orientere seg om relevante databaser (Thidemann, 2019). Databasene CINAHL, Medline, PubMed, SweMed+ og SCOPUS er derfor brukt i det systematiske søket. Ut ifra de søkene som er gjort, ble det kun aktuelt å bruke CINAHL og SCOPUS for å finne aktuelle artikler. I tillegg er det forsøkt med manuell søking i denne litteraturstudien. Thidemann (2019) hevder det for eksempel kan være nyttig å lese gjennom referanselisten i andre artikler eller studier.

Søkeord som er tatt i bruk ved systematisk søk er blant annet: *diabetes mellitus type 1, adolescence/adolescent, quality of life, self-efficacy, health, health promotion, home nursing, motivational interviewing, nursing role, nursing, autonomy og empowerment*. De fleste av søkeordene ble valgt på bakgrunn av tema og problemstillingen i oppgaven, men noen ble også valgt ut ifra de søkene som ble gjort. Ved hvert treff på en artikkel i databasen CINAHL, kommer det opp ulike nøkkelord som sier noe om hva hver artikkel inneholder. Disse nøkkelordene gjorde det enklere å spesifisere søket, da enkelte av disse ordene ble tatt i bruk i søkeprosessen. Eksempel på dette er «motivational interviewing». De valgte søkeordene ble kombinert med AND i databasene, og dette resulterte i flere ulike artikler. Inkluderte artikler ble valgt ut ifra inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

### 3.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved forberedelse av litteratursøket er det viktig å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Dette er for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur, noe som gjør søket mer nyttig ut ifra ønsket kunnskap. Inklusjonskriteriene skal belyse hvilken type litteratur eller publikasjon som er ønsket, mens eksklusjonskriteriene vil belyse hva som er utelukket fra søkene (Thidemann, 2019). Tabellen under viser en enkel oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Ungdom	Voksne
Diabetes type 1	Diabetes type 2
Aldersgruppe 12-18 år	Aldersgruppe 19+
Fagfellevurderte artikler	Ikke fagfellevurderte artikler
Inneholde nøkkelbegrep	Inneholder ikke nøkkelbegrep
2010 – d.d.	Før 2010

Tabell 1: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier

### 3.2.2. Søk med uønskede funn

Flere av søkene som ble gjennomført endte med uønskede resultater. Ved å kombinere søkeordene «diabetes mellitus type 1» og «adolescence» ble søket i utgangspunktet noe begrenset. Det viste seg at å ta i bruk 3 til 4 søkeord begrenset søket såpass at flere søkeord ikke kunne inkluderes. Det førte til at databasene Medline, Swe-Med+ og PubMed ikke var aktuelle, da søkene endte med 0 treff eller artikler som ikke var innenfor inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Søk i Google Scholar, forskning.no og sykepleien.no som manuelle søk ble også forsøkt, men her resulterte det heller ikke i ønskede funn.

### 3.3. Søkedokumentasjon

De inkluderte artiklene vil presenteres med valgte søkeord, database, kombinasjoner og antall treff i tabellen nedenfor. Valget av disse syv artiklene er basert på inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene, samt relevante temaer og undertemaer.

Nummer	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Inkluderte artikler
1	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Quality of life 3. Adolescence 4. Home nursing	CINAHL	1. 2. 3. 4.  1 AND 2 AND 3 AND 4	20 288  99 016 450 939 3 581  2	Care for Children and adolescents with diabetes mellitus type 1 (Nobre, C. M. G., <i>et al.</i> , 2019).
2	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Health promotion 3. Adolescence	SCOPUS	1. 2. 3.  1 AND 2 AND 3	144 179   12	Positive Well-Being in youth with type 1 diabetes during early adolescence (Steinberg, D. M., <i>et al.</i> , 2018).
3	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Quality of life 3. Adolescence 4. Self-efficacy	CINAHL	1. 2. 3. 4.  1 AND 2 AND 3 AND 4	20 288  99 016 450 939 17 912  16	A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy to improve glycaemic control and psychosocial wellbeing in adolescents with type 1 diabetes (Serlachius, A. S., <i>et al.</i> , 2016).
4	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Health promotion 3. Adolescence	CINAHL	1. 2. 3.  1 AND 2 AND 3 Avgrenset til år 2012	20 288  57 469 450 939  29 15	Self-care Support in Paediatric Patients with Type 1 Diabetes: Bridging the Gap Between Patient Education and Health Promotion? A Review (Pelican, J., <i>et al.</i> , 2012).
5	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Adolescence 3. Nursing role	CINAHL	1. 2. 3.  1 AND 2 AND 3 Avgrenset til år 2010	20 298  451 168 50 630  37 20	A Multi-Disciplinary Education Process Related to the Discharging of Children from Hospital When the Child Has Been Diagnosed with Type 1 Diabetes - A Qualitative Study (Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A., 2010).

<b>6</b>	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Adolescence 3. Motivational interviewing	CINAHL	1. 2. 3.  1 AND 2 AND 3 Avgrenset til år 2013	20 298 451 119 2 728  12 7	Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes (Caccavale, L. J., <i>et al.</i> , 2018).
<b>7</b>	1. Diabetes mellitus, type 1 2. Adolescence 3. Autonomy	CINAHL	1. 2. 3.  1 AND 2 AND 3 Avgrenset til år 2012	20 358 453 436 17 398  20	Longitudinal testing of a dietary self-care motivational model in adolescents with diabetes (Austin, S., <i>et al.</i> 2013).

Tabell 2: Oversikt over søkemetode

### 3.4. Analyse av vitenskapelige artikler

Alle tidsskriftene artiklene er publisert i er sjekket for fagfelleevaluering i NSDs publiseringskanal. For å vite om artiklenes relevans for oppgaven, ble først og fremst overskriften på de vitenskapelige artiklene lest. Videre ble sammendraget i hver artikkel lest for å få en oversikt over fokuset i publikasjonen og hva som ble undersøkt, samt studiens resultat. Ut ifra dette ble noen artikler utelukket, da de ikke stod i samsvar med de bestemte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Før gjennomgang av artiklene, ble det laget en liste med stikkord som var til hjelp for å hente ut informasjon som var nyttig for å kunne svare på oppgavens problemstilling. Disse stikkordene var *diabetes type 1, helsefremmende sykepleie* eller *helsefremmende arbeid*, inkludert *autonomi og empowerment, ungdom 12-18 år, egenmestring* og *motiverende intervju*. Samtidig ble Thidemanns (2019) råd om å ha problemstillingen i nærheten til enhver tid brukt. Dette var for å holde fokuset på det som var ønskelig å få ut av artiklene.

Alle artiklene ble lest fra introduksjon til konklusjon og analysert. Her ble det mest relevante innholdet markert, etterfulgt av å bli oversatt fra engelsk til norsk. Noe ble skrevet ned i notatbok, mens noe ble satt inn i en tabell. Tabellen ble laget for å få en god oversikt over artiklenes hensikt, metode og resultat, og for hele tiden ha et oppsummert innhold av tekstene i nærheten. Tabellen baserer seg på Aveyards (2019) metode for oppsummering av funn. Det var mye og detaljert innhold i tabellene til å begynne med, men det ble etterhvert kuttet ned på

for å få en så enkel oppsummering som mulig. Etterhvert som alle tekstene var lest gjennom ble kun resultatet i hver artikkel grundig gjennomgått en gang til. Her ble det mest relevante innholdet knyttet til problemstillingen satt under tre hovedtemaer til et sammendrag. Det som ikke ble skrevet i tabellen, ble skrevet inn i sammendraget. Her var det med fordel at det relevante innholdet ble markert i tekstene, samt at noe ble skrevet ned i notatbøker. Det ble derfor enkelt å gå tilbake i teksten å hente informasjonen det var behov for.

## 4.0 Resultat

Artiklene vil i denne delen av oppgaven bli presentert i hver sin skjematisk tabell for å få en kort oversikt over innholdet knyttet til oppgavens problemstilling. Tabellene inneholder forfattere, årstall for publisering og land, tidsskrift, studiens hensikt, metode, resultat og kildekritikk. Til slutt presenteres en sammenfatning av resultatet fra hver artikkel og oppgavens innhold under ulike tema.

### 4.1. Presentasjon av artikler

Ved å ta i bruk en metode som er basert på Aveyard (2019) for å oppsummere funn, har hver artikkel blitt kritisk vurdert i forhold til dens relevans.

#### **Artikkel 1:** Care for Children and Adolescents with Diabetes Mellitus Type 1

<b>Forfatter</b>	Nobre, Costa, Minasi, Possani, Mota og Gomes
<b>Årstall</b>	2019
<b>Land</b>	Brasil
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Nursing
<b>Studios hensikt</b>	Belyser hvilke strategier familiemedlemmer bruker i forhold til omsorg for barn og unge med DT1.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Deltakere: Tolv slektninger av seks barn og seks ungdommer med DT1 som fikk oppfølging fra Integrated Diabetes Center (ICD) på et universitetssykehus, i form av intervju.
<b>Resultat</b>	Resultatet er delt inn i ulike kategorier ut fra deltakernes svar på intervjuet. Kategori: tilpasse dietten. Det belyste at kosthold og matvaner ble lagt om og kontrollert for å unngå store svingninger i blodsukkeret. Kategori: Dele erfaring med andre med DT1. For barna og ungdommene ble viktigheten av det å ha noen å snakke med påpekt. Dette i form av å snakke med andre med DT1. Kategori: Egenomsorg hos ungdommen. Intervjuene var med på å avdekke at ungdommene klarte å administrere insulinet på egen hånd, og slik opprettholde egenomsorg.
<b>Kildekritikk</b>	Tar utgangspunkt i svar fra foreldre/slektninger. Bruker betegnelser som barn og ungdom om hverandre.

**Artikkel 2: Positive Well-Being in Youth with Type 1 Diabetes During Early Adolescence**

<b>Forfatter</b>	Steinberg, Anderson, de Wit og Hilliard
<b>Årstall</b>	2018
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Early Adolescence
<b>Studiens hensikt</b>	Studien fokuserer på tilpasningsdyktigheten til ungdom med kronisk sykdom, og tester den i overgangsfasen fra barn til ungdom. Data var med på å kartlegge ungdommens velvære og depressive symptomer, samt overholdelse av diabetesregimet.
<b>Metode</b>	Kvantitativ studie. Deltakere: ungdom fra 9-13 år, og deres foreldre. Totalt 175 deltakere. Data ble innhentet gjennom spørreskjemaer (WHO-5, CDI-S, PAID-T), samt oversikt over daglige blodsuktermålinger og HbA1c. To legebesøk med tre måneders mellomrom.
<b>Resultat</b>	Verdens helseorganisasjons Five Well-Being Index (WHO-5) målte positivt velvære. Gjennomsnittscore målte 72, noe som var positivt. CDI-S målte de depressive symptomene, som viste en normal score. PAID-T målte byrden med diabetes, og viste ingen betydelig sammenheng med høyt eller lavt positivt velvære. WHO-5 scoren hadde ingen spesifikk relasjon til daglig blodsukkerkontroll, men de med høyere WHO-5 score hadde lavere HbA1c verdier.
<b>Kildekritikk</b>	Det nevnes aldersgruppene 9 til 13 og 12 til 13 år. Det er derfor uklart hvilken aldersgruppe det er tatt utgangspunkt i. Tar for seg foreldrenes syn i en av undersøkelsene (PAID-T).

**Artikkel 3:** A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy to improve glycaemic control and psychosocial wellbeing in adolescents with type 1 diabetes

<b>Forfatter</b> <b>År</b> <b>Land</b>	Serlachius, Scratch, Northam, Frydenberg, Lee og Cameron 2016 Australia
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Health Psychology
<b>Studiens hensikt</b>	Evaluerer virkningen av et program om kognitiv atferdsterapi (Best of Coping) for å forbedre blodsukkerkontroll (HbA1c) og psykososialt velvære hos ungdom med DT1.
<b>Metode</b>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Deltakere: 156 ungdommer mellom 13 og 16 år med DT1 fra et sykehus i Australia.</p> <p>To grupper: hovedgruppe og kontrollgruppe.</p> <p>Ungdom ga tilbakemelding på programmet Best of Coping. Det ble lagt til terapeutiske komponenter til programmet etter Cognitive Behaviour Therapy (CBT) sine retningslinjer for å fokusere mer på psykososialt velvære.</p> <p>Primære målinger: langtidsblodsukker etter 3 og 12 måneder.</p> <p>Sekundære målinger: nivået av stress, egenmestring og livskvalitet etter 3 og 12 måneder.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Lite forskjeller mellom gruppene når det kom til kontroll av langtidsblodsukker og stressnivå etter 3 og 12 måneder.</p> <p>Etter 3 måneder var det registrert lavere stressnivå og HbA1c i hovedgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Hovedgruppen hadde også en bedre score av egenmestring og livskvalitet.</p> <p>Etter 12 måneder hadde HbA1c-verdien i hovedgruppen utjevnet seg med kontrollgruppen. Likevel var scoren av egenmestring og livskvalitet fortsatt bedre i hovedgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.</p>
<b>Kildekritikk</b>	Ingen vesentlig kritikk identifisert i artikkelen.



**Artikkel 4:** Self-care Support in Paediatric Patients with Type 1 Diabetes: Bridging the Gap Between Patient Education and Health Promotion? A Review

<b>Forfatter</b> <b>Årstell</b> <b>Land</b>	Pelicand, Fournier, Le Rhun og Aujoulat 2013 Belgia
<b>Tidsskrift</b>	Health expectation
<b>Studiens hensikt</b>	Artikkelen undersøker hvordan begrepet egenomsorg, tatt ut fra helsefremming, har blitt brukt i sammenheng med undervisning av pasienter med DT1. Den undersøker også hvilke faktorer som påvirker støtte knyttet til egenomsorg.
<b>Metode</b>	Litteraturstudie. To databaser, Medline og PsychInfo, er tatt i bruk for å søke etter aktuelle artikler. Det er benyttet relevante søkeord for å spesifisere søket. Dette resulterte i 30 ulike artikler. Informasjon om både teoretiske og praktiske aspekter ved egenomsorg ble hentet fra artiklene, og de ble analysert i kategorier på en kvalitativ måte.
<b>Resultat</b>	Egenomsorg blir definert som et sett av sykdomsrelaterte handlinger. I samsvar med prinsippene om helsefremming i form av egenomsorg, skal helsepersonell støtte unge med DT1 både når det kommer til det som er sykdomsrelatert, og det som er knyttet til det daglige liv. I tillegg skal helsepersonell oppmuntre til at foreldrene gjør seg delaktig i ungdommens håndtering av sykdom og viser engasjement overfor dem.
<b>Kildekritikk</b>	Kommer ikke fram hvilken aldersgruppe det er tatt utgangspunkt i. Er en litteraturstudie, altså sekundærkilde.

**Artikkel 5:** A Multi-Disciplinary Education Process Related to the Discharging of Children from Hospital When the Child Has Been Diagnosed with Type 1 Diabetes - A Qualitative Study

<b>Forfatter</b>	Jönsson, Hallström, og Lundqvist
<b>Årstell</b>	2010
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	BMC Pediatrics
<b>Studiens hensikt</b>	Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av hvordan et diabetesteam kan gi ungdom og foreldre nok kunnskap og ferdigheter. Dette ved hjelp av et undervisningsprogram for pasienter med nyoppdaget DT1.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Diabetesteam som fokusgruppe: diabetessykepleier, pediater, psykolog, rådgiver og ernæringsfysiolog samarbeidet i grupper. De tre sistnevnte var ikke alltid med i hver fokusgruppe. Fire fokusgrupper med tre til seks deltakere ble intervjuet.
<b>Resultat</b>	Studiens resultat viser at undervisningsprogrammet var med på å hjelpe foreldre og ungdom til å administrere insulin på egen hånd under sykehusinnleggelsen. Dette var med på å forberede dem til å kunne leve best mulig med sykdommen i hjemmet. Undervisningen førte til at hver enkelt familie hadde ulike spørsmål rundt håndteringen, noe som gjorde at helsepersonellet kunne individualisere den videre planen for ungdommen.
<b>Kildekritikk</b>	Fokuset er rettet mot barn og unge fra 0-18 år, med mye fokus på hva foreldre skal gjøre for barnet.

**Artikkel 6:** Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes

<b>Forfatter</b> <b>Årstell</b> <b>Land</b>	Caccavale, Corona, LaRose, Mazzeo, Sova og Bean 2018 USA
<b>Tidsskrift</b>	Pediatric Diabetes
<b>Studiens hensikt</b>	Forsørgere og sykepleiere har en unik mulighet til å rette fokus mot egenmestring, men det er fortsatt lite forskning på hvordan en kan møte ungdommer på beste effektive måte. Studien undersøker hvordan motiverende intervju kan brukes som et rammeverk for å forbedre HbA1c og egenmestring.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Deltakere: 55 ungdom mellom 13 og 18 år med DT1, deres hovedpårørende, og endokrinologiske pediatere og diabetessykepleiere. Gjennomsnittet av HbA1c ble målt før og etter undersøkelsen, for å kunne sammenligne resultatet.
<b>Resultat</b>	Studien viste at ved bruk av overtalelse og konfrontasjon, ble HbA1c dårligere. Det ble registrert lavere egenmestring og ungdommene hadde dårligere holdning til medisinske råd i forhold til diabetesen. Studien konkluderte med at sykepleier bør ta i bruk kommunikasjonsverktøy som motiverende intervju, fordi dette kan ha potensialet til å forbedre egenomsorgen til ungdom i en sårbar fase.
<b>Kildekritikk</b>	Få sykepleiere som gjennomførte undersøkelsen.

**Artikkel 7:** Longitudinal testing of a dietary self-care motivational model in adolescents with diabetes

<b>Forfatter</b>	Austin, Guay, Senècal, Fernet og Nouwen
<b>Årstall</b>	2013
<b>Land</b>	Canada
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Psychosomatic Research
<b>Studiens hensikt</b>	Basert på en teori om selvbestemmelse, skal denne studien teste en modell som skal påstå å forbedre egenmestring og autonomi i forhold til å styre dietten sin selv. Dette baserer seg på at foreldre og helsepersonell skal støtte pasientens autonomi. Studien skal belyse de mekanismene som motiverer til å ta kontroll over eget kosthold hos ungdom med DT1.
<b>Metode</b>	Longitudinell studie. Deltakere: 289 ungdommer fra et diabetessenter i Canada. To målepunkter: oppstart og etter 24 måneder. Spørreskjema ble brukt for å undersøke pasientenes egenmestring, deres autonome egenkontroll og hvor mye støtte foreldrene og helsepersonell gir i forhold til autonomi. Til slutt en undersøkelse på pasientenes kontroll over eget kosthold.
<b>Resultat</b>	Støtte fra helsepersonell var med på å fremme autonomi knyttet til regulering av diabetes og egenmestring. Støtte fra foreldrene var også med på å fremme egenmestring. Styrket autonomi og egenmestring førte til bedre regulering av eget kosthold. Resultatene viste også at foreldres støtte ikke var relatert til bedre autonomi i seg selv.
<b>Kildekritikk</b>	Inkluderer pasienter i en alder av 11.

#### 4.2. Sammenfattet resultat

For å få et sammenfattet resultat av funnene fra hver artikkel, brukes Aveyards beskrivelse av en tematisk analyse. Det utvikles ulike temaer, slik at funnene kan bli brukt for å svare på problemstillingen (Aveyard, 2019). På denne måten identifiseres likhetene og ulikhetene i artiklene. Dette gjøres ved å sammenligne, finne kontraster, og tolke funnene til de ulike artiklene (Aveyard, 2019). Hoveddelene fra hver av de syv artiklene vil bli presentert, og resultatet vil belyse tre hovedtemaer som en del av de helsefremmende tiltakene. Disse temaene vil bli tatt med videre til drøfting for å svare på problemstillingen.

Før artiklens resultater presenteres må det påpekes at målet med denne oppgaven er å ha fokus på ungdom med DT1, og ikke så mye om foreldrenes rolle i ungdommens sykdomsforløp. Likevel viste det seg at funnene i flere av artiklene påpeker at foreldrerollen er så viktig at den må inkluderes i en større grad enn tenkt. Foreldrenes rolle viser seg å ha en stor betydning for ansvarsfordelingen når det kommer til sykdommen, samtidig som deres rolle spiller inn på den salutogene tenkningen.

#### **4.2.1. Kunnskap bidrar til mestring**

Først vil resultatet til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) presenteres, med hovedfokus på funn de har knyttet til kunnskap. Deling av kunnskap gjennom undervisning åpner muligheten for å fremme pasientens empowerment (Mosand og Stubberud, 2016).

Studien til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) viser til et undervisningsprogram helsepersonellet har brukt for å hjelpe foreldre og unge med DT1. Fokuset i dette undervisningsprogrammet var å se på ulikheter med kostholdet, variasjoner i blodsukker verdien og administreringen av insulin. En sjekklister som var i samsvar med ISPAD (International Society of Pediatric and Adolescents Diabetes) ble brukt for informasjon, læring og demonstrasjon, samt praktisk utførelse det var nødvendig at ungdommen og foreldrene kunne. I undervisningsprogrammet var hovedfokuset på ungdommen med tanke på å utføre alt fra blodsuktermåling til å sette insulin, inkludert finne ut av nødvendig dose insulin basert på blodsuktermålinger. Foreldrene måtte også lære seg dette, da det er de som har det fulle ansvaret for ungdommen i hjemmet. Sykepleieren hadde hovedansvaret for gjennomføringen og evalueringen av dette programmet.

#### **4.2.2. Kartleggingsverktøy som et hjelpemiddel for å fremme mestring**

Her belyses tre artiklers resultat. Artiklene tar for seg kartlegging og ulike verktøy som skal forbedre blant annet HbA1c, egenmestring og livskvalitet hos ungdom. Verktøyene kan være til god hjelp for å fremme mestring, og troen om å kunne mestre en stressende situasjon på egenhånd.

Kartlegging av pasientens utgangspunkt er viktig for best mulig behandling. Som Mosand og Stubberud (2016) hevder er det viktig å vende fokuset mot pasienten for å vite noe om hvordan det er, og hvordan det oppleves for den enkelte. For å få et helhetlig bilde av pasienten og familien, nevner Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) at det å bli kjent med hver og en familie var viktig for helsepersonellet som tok del i studien. Dette var noe helsepersonellet hadde et sterkt ønske om, og måten de ble bedre kjent på var å snakke om det daglige livet til familien. I tillegg var det viktig å snakke om pasienten og hvilke typer aktiviteter de interesserte seg for.

Caccavale, *et al.* (2018) viser til motiverende samtale, som kan møte ungdommen på beste effektive måte. Samtalen har potensialet til å forbedre ungdommens egenomsorg, som igjen kan føre til egenmestring. Studien undersøkte hvorvidt pasienten fulgte opp behandlingsregimet, ungdommens mestringstillit når det gjelder å styre diabetesen selv, og tilslutt HbA1c. For å kartlegge hvorvidt ungdommen følger behandlingsregimet etter motiverende samtale, evaluerer sykepleier dette ved hjelp av MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity). Denne inkluderer også en global vurdering av hvordan sykepleier kan møte målet ved motiverende samtale. Sykepleierens fokus skal være å bearbeide måten en snakker med pasienten på. Dette ved å snakke på en måte som støtter, samarbeider og viser empati. Undersøkelsen går ut på å gi informasjon, overtale, stille spørsmål, åpne for enkel refleksjon og avansert refleksjon, bekrefte, søke etter samarbeid, fremme autonomi og konfrontere. Samtalene tok opp viktige faktorer som blodsukkerkontroll, administrasjon av insulin, kosthold og trening. Strategien var å snakke om en typisk dag, agenda for dagen, og hvilke mål ungdommen har satt seg.

Caccavale, *et al.* (2018) resulterer med at bruk av konfrontasjon og overtalelse var assosiert med dårligere resultater. Både HbA1c og mestringstillit ble dårligere, og ungdommen ble dårligere til å følge opp behandlingsregimet etter både 1 og 3 måneder. Imidlertid hadde ikke de andre samtaleteknikkene noen vesentlig tilknytning til et dårligere resultat. Det konkluderes med at kommunikasjonstrening som går ut på å praktisere motiverende samtale på en måte som ikke overtaler eller konfronterer pasienten, kan ha potensialet for å forbedre ungdommens egenomsorg i en sårbar fase.

Serlachius, *et al.* (2016) viser til et kognitivt atferdsterapiprogram kalt Cognitive Behavior Therapy (CBT). Programmet skal fortrinnsvis forbedre langtidsblodsukker og psykososialt velvære hos ungdommer med DT1. Programmet heter «Best of Coping» (BOC) og tar utgangspunkt i CBT, men kombinerer mestringsferdigheter, problemløsning og kognitive omstillinger. Dette er for å etablere endringer både kognitivt og atferdsmessig. Studien resulterer i at «Best of Coping» ikke støttes, da det ikke forbedret blodsukkeret etter kontrollmålingene. Programmet viser til forbedret psykososialt velvære, spesielt knyttet til egenmestring og livskvalitet. Graden av velvære har betydning for blodsukkeret, da dårlig regulering kan utgjøre en risiko for senkomplikasjoner. Programmet trenger derfor mer utprøving for å kartlegge hva som er nødvendig for å forbedre både HbA1c og psykososialt velvære.

#### 4.2.3. Støtte som et tiltak for å fremme mestring

Her belyses tre artiklers resultat som sier noe om støtten pasientene kan få, hovedsakelig fra helsepersonell, men også fra foreldre og familie. Sykepleier er med på å bidra til at pasientens medbestemmelse ivaretas. Støtte kan derfor være med på å legge til rette for at ungdommen kan være med på å ta bestemmelser i hverdagen, og det er dette som fremmer autonomi (Heggstad, 2016).

Austin, *et al.* (2013) har basert seg på en teori om selvbestemmelse. En studie som går ut på å støtte autonomien til ungdom med DT1. Målet med dette er å fremme egenmestring og autonomi knyttet til eget kosthold. Mestring bidrar til bedre egenomsorg, og regulering av eget kosthold vil bidra til bedre kostholdsvaner. Det resulterer i at teorien om selvbestemmelse støttes. På den måten foreslås det at det er viktig med fokus på flere faktorer.

Basert på analyse av 30 artikler, viser Pelicand, *et al.* (2013) at det er mye fokus på sykdom og behandling rundt ungdommer med DT1. Egenomsorg i forhold til psykososial helse blir påpekt som viktig, men får lite fokus. Egenomsorg blir definert som et sett av sykdomsrelaterte handlinger, og er relatert til den fysiske helsen. Handlingene baserer seg på det som er teknisk relatert til sykdommen og behandlingen av den. Disse skal kontrolleres både på kort og lang sikt. Det er for eksempel måling av blodsukker, sette insulin og daglig tilpasning av livsstil, som kosthold, fysisk aktivitet og å forhindre hypo- og hyperglykemi. Videre viser forfatterne til at den psykososiale helsen skal støttes også i flere ulike livssituasjoner, ikke bare relatert til sykdommen. Det antydes at helsepersonellet skal

oppmuntre ungdommene til å uttrykke seg og snakke om andre ting som omhandler helsen. I tillegg skal det vises interesse og gis støtte til de unge som enkeltindivider, og ikke bare som pasienter.

Et godt samarbeid med foreldre er noe Pelicand, *et al.* (2013) viser kan være viktig for best mulig egenomsorg. De handlingene som er knyttet til egenomsorg er noe ungdommene som regel klarer å gjennomføre på egen hånd. Om forholdene tilsier at de ikke klarer det, vil foreldrenes støtte være viktig. Samtidig påpekes det at god støtte og et tett samarbeid med helsepersonell vil være med på å øke ungdommens tilfredsstillelse i forhold til den omsorgen de får. Alt dette bygger på ungdommens utvikling av autonomi. Dette viser seg å ha betydning for i hvor stor grad de klarer å gjennomføre daglige tekniske gjøremål på egen hånd.

Steinberg, *et al.* (2018) sin studie tar for seg de positive opplevelsene knyttet til DT1. Studien sammenligner sammenhengen mellom positivt velvære med byrden av å ha diabetes, egenadministrering og blodsuktermåling. For å kartlegge positivt velvære hos ungdom med DT1, ble verdens helseorganisasjons undersøkelse, Five Well-Being Index (WHO-5) tatt i bruk. Den gjennomsnittlige scoren på velvære var høy, og resultatet på depressive symptomer var så lav at de ble ansett som normalverdier. Positivt velvære og depresjon går hånd i hånd. Jo høyere velvære, jo lavere depressive symptomer har man ifølge denne studien. Undersøkelsen som tok for seg byrden med å ha diabetes, viste at det hadde liten sammenheng med velvære. Når det kom til blodsuktermåling og HbA1c verdier, hadde det ingen spesifikk sammenheng. Likevel viste høyere score av positivt velvære en betydning for lavere HbA1c verdier.

Steinberg, *et al.* (2018) viser at positivt velvære er knyttet til andre psykologiske erfaringer og diabetesrelaterte helseutfordringer. Hvor lenge ungdommene hadde hatt diabetes viste seg å ha en betydning, da de som hadde hatt diagnosen kortest, hadde høyest score av positivt velvære. Evaluering av positivt velvære tidlig i fasen viser seg og kunne være til hjelp, og vil være viktig å fortsette og ha fokus på i tiden fremover. Ved å fokusere på velvære, vil ungdommen få fordeler ved andre aspekter innen helse. Ut ifra funnene viser det seg at med hjelp og støtte fra foreldrene, styrker det ungdommens rolle til å håndtere utfordringer relatert til diabetesen. I tillegg viser det seg at et godt forhold med pleier har en viktig innvirkning på ungdommen i en turbulent fase i livet.



## 5.0. Drøfting

*Hvilke helsefremmende tiltak kan sykepleier gjøre for at ungdom med diabetes type 1 opplever mestring?*

### 5.1. Kunnskap bidrar til mestring

Kunnskap og kartlegging av pasienter med kronisk sykdom har betydning for i hvor stor grad sykepleier kan hjelpe en pasient med å fremme helse. Gammersvik (2018b) hevder at helsefremming ofte har vært drevet av kunnskap. Denne kunnskapen fører til endring av holdninger, som igjen fører til endring av atferden. Kartlegging av pasientens ressurser og handlingsevne blir ifølge Haugan og Rannestad (2018) viktig, da dette vil være en del av opplevelsen av mestring. Samtidig hevder Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) at det er anbefalt å starte opplæring og undervisning av det som er relatert til diabetes så fort diagnosen er satt. Det kan tenkes at pasienter som er nydiagnostisert i utgangspunktet vil ha størst utbytte av undervisningen. Likevel er det viktig å tenke at pasienter som ble diagnostisert som barn, fortsatt får god oppfølging og videre veiledning i årene som følger.

For at ungdom skal kunne oppleve en følelse av mestring knyttet til DT1, blir en av hovedoppgavene til sykepleieren å dele informasjon og kunnskap. På den måten er det viktig at sykepleier, som Mosand og Stubberud (2016) nevner, er faglig oppdatert for å være rustet til å kunne viderefordre den kunnskapen de har. Slik følger sykepleieren de yrkesetiske retningslinjene (Nortvedt og Grønseth, 2016). På en side er det viktig å rette fokuset mot det fysiske, som å lære og måle blodsukker, vite noe om hvor stor insulindosen skal være, samt å mestre gjennomføringen av å sette insulinet. Dette er noe Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) viser er fokuset gjennom undervisningsprogrammet. På en annen side er det viktig at fokuset er rettet mot at ungdommen opplever en følelse av mestring knyttet til det psykiske. Mosand og Stubberud (2016) nevner at det da blir viktig å få en følelse av å mestre sykdommen i hverdagen. For å hjelpe ungdommene på veien ble det gjennom Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) sitt undervisningsprogram arrangert permisjoner hvor ungdommene kunne dra hjem. På den måten fikk ungdommen testet den kunnskapen de hadde lært, og brukt den i praksis for å kjenne på om de kunne mestre sykdommen.

«Kognitiv kunnskap er nødvendig, men ofte ikke tilstrekkelig for å lære å mestre de ulike situasjonene en kan komme opp i» (Gammersvik, 2018b, s. 209). Gammersvik (2018b) nevner at det er erfaring som gjør en pasient trygg på hvordan ulike situasjoner skal håndteres. Permisjonen ungdommen gjennomførte tilknyttet sykehusoppholdet i studien til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010), gav pasientene muligheten til å teste den lærte kunnskapen. Slik fikk hver enkelt utviklet sine egne erfaringer basert på situasjonen de var i. Disse erfaringene ble tatt med i samtale med sykepleier. Hver opplevelse var naturligvis ulik fra pasient til pasient, noe som førte til at alle hadde ulike spørsmål knyttet til deres opplevelse av gjennomføringen. Mosand og Stubberud (2016) hevder at mestring baserer seg på individualisering av sykepleien. Spørsmålene pasientene stilte sykepleier i Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) var derfor til hjelp for å kunne individualisere sykepleien som gis, samt den videre oppfølgingen.

Det er viktig å tenke på at hvert enkelt menneske er forskjellig, og derfor har ulike oppfatninger rundt sykdommen og opplevelsen av den. Ungdommene kommer fra familier med ulik bakgrunn, etnisk opphav, sosioøkonomisk status og struktur innad i familien. Dette er faktorer Pelicand, *et al.* (2013) mener har påvirkning på den evnen pasienten har til egenomsorg. Mange av faktorene som påvirker egenomsorgen, og som er knyttet til familien, er bevisste og psykososiale faktorer det er mulig å endre på (Pelicand, *et al.*, 2013) Ved å endre på dette kan det tenkes at sykepleier på en måte får en aktiv rolle i form av opplæring og undervisning for ungdommen, samt foreldrene. Som Gammersvik (2018b) hevder, kan delt kunnskap være med på å endre atferden pasienten og deres familie har i forhold til sykdommen. Slik kan det bli lettere å tilpasse livet med DT1. På en annen måte er det som Haugan og Rannestad (2018) hevder, viktig å bruke pasientens ressurser og forsterke disse. Ved å forsterke disse ressursene, er det med på å gjøre pasienten i stand til å takle utfordrende livssituasjoner. Dette er med på å styrke pasientens mestringsfølelse.

## 5.2. Kartleggingsverktøy som et hjelpemiddel for å fremme mestring

Kartleggingsverktøy kan brukes som et nyttig hjelpemiddel for å utføre god sykepleie. Det kan være til hjelp for å stille de riktige spørsmålene, finne riktige svar, og bidra til gode beslutninger. De valgte artiklene har tatt for seg forskjellige verktøy som kan ha potensialet til å bidra til mestring hos ungdom med DT1.

Motiverende samtale har ifølge Caccavale, *et al.* (2018) potensialet til å styrke ungdommens motivasjon til livsstilsendringer knyttet til DT1. Likevel viste det seg at metoden ikke fungerte som tenkt, da konfrontasjon og overtalelse resulterte i uønskede utfall. På en side kan det tenkes at noen ungdommer har behov for konfrontasjon og overtalelse for å forstå alvoret av sykdommen, samt hva gode rutiner kan gjøre for å unngå senkomplikasjoner. Hvis helsepersonell ikke konfronterer dårlige rutiner, kan disse rutinene vedvare videre i livet. På en annen side viser Caccavale, *et al.* (2018) at konfrontasjon og overtalelse hadde en effekt som gjorde at ungdommen ikke fulgte anbefalt behandlingsplan. Dette beviser at kartlegging av ungdommen kan være et viktig helsefremmende tiltak for å vite hvordan sykepleier skal prate med de unge.

Selv om motiverende samtale ikke hadde ønskelig effekt ifølge Caccavale, *et al.* (2018), kan den likevel være med på å bidra til noe positivt. Motiverende samtale lar ungdommen ta del i bestemmelser, og har potensialet til livsstilsendringer på ungdommens premisser. Brinchmann (2016) mener det er viktig at pasienten tar selvstendige valg og involveres i beslutninger. For å få til dette, mener Lode (2016) at det er vesentlig å forstå pasientens perspektiv, samt å unngå og styre for mye av samtalen. Det å stimulere til optimisme, ha tro og lytte empatisk til ungdommen vil også ha betydning. Det er nettopp dette Caccavale, *et al.* (2018) har forsøkt, da de mener at potensialet for forbedring av HbA1c, egenmestring og motivasjon til livsstilsendringer ligger. Det innebærer derfor at helsepersonellet må tilpasse måten de kommuniserer med ungdommen på. Dette kan muligens være med på å individualisere sykepleien, slik at verktøyene som blir tatt i bruk får en ønsket effekt.

Serlachius, *et al.* (2016) sitt program har hovedfokus på behandling av sykdom, og er derfor ikke direkte knyttet til helsefremmende arbeid. Mittelmark, *et al.* (2018) mener helsefremmende sykepleie handler om å sikre pasientens omgivelser, samt å sørge for opplæring og kunnskap om hvordan pasienten kan hjelpe seg selv dersom noe inntreffer. Programmet «Best of Coping» i Serlachius, *et al.* (2016) har derfor en svakhet, da hovedfokuset ikke er rettet mot helsefremmende sykepleie. Det helsefremmende synliggjøres ved studiens sekundærmålinger, som er mestringsstrategier, målsetting, positive og negative tanker om seg selv, problemløsning og konfliktløsning (Serlachius, *et al.*, 2016). Dette er temaer som berører Aaron Antonovskys teori og tankegang om salutogenese, se bort ifra diagnosen, og se hele mennesket (Haugan og Rannestad, 2018). «Best of Coping» blir derfor

styrket fordi de ser på tiltak som har bevis på å fremme psykososialt velvære og mestring (Serlachius, *et al.*, 2016). Programmet kan brukes som et verktøy sykepleier kan benytte seg av for å fremme mestring hos ungdom med DT1.

Livsstilsendringer som oppstår grunnet en kronisk sykdom kan for mange oppleves som vanskelig. Med DT1 følger store forandringer i levevaner, som for eksempel kostholdet. Austin, *et al.*, (2013) påstår at ungdom som frivillig styrer sitt eget kosthold med støtte fra helsepersonell, vil kunne finne glede i å velge og tilpasse kostholdet selv. Dette kan føre til en følelse av egenmestring, og kan være et mål helsepersonell og foreldre ønsker at ungdommen oppnår. Likevel nevner Mosand og Stubberud (2016) at det kan være en faglig utfordring å få unge pasienter til selv å ta ansvar for oppfølging og behandling. Kognitive komponenter som kartlegger ungdommens mestringsstrategier, problemløsning og kognitive omstillinger er noe Serlachius, *et al.* (2016) viser til. Samtidig kartlegger det hvordan komponentene brukes for å takle utfordrende situasjoner. Det kan derfor tenkes at sykepleier kan bruke disse for å kartlegge hvordan ungdommene kan bruke sine ressurser for å tilpasse livsstilsendringer.

### 5.3. Støtte som et tiltak for å fremme mestring

«Empowermentbegrepet er særlig interessant for helseprofesjonene fordi begrepet understreker betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon» (Tveiten, 2018, s. 240). Som sykepleier er det viktig å bidra til støtte, og ved å vise dette bidrar det til at ungdommen føler seg ivaretatt, respektert og verdsatt. Støtten kan bidra som en manglende ressurs, og vil dermed gi ungdommen mestringsfølelse (Lode, 2016).

Det å vise støtte og være tilgjengelig for ungdom med DT1 er altså et viktig tiltak når det kommer til utviklingen av mestring. Austin, *et al.*, (2013) viser at ved å støtte ungdom til selvbestemmelse, vil det styrke egenmestring og autonomi knyttet til DT1. Det er derfor viktig å få foreldrene på samme lag, og på den måten få til et samarbeid med dem. Slik kan foreldre og helsepersonell bidra sammen for å støtte og fremme ungdommens autonomi og egenmestring (Austin, *et al.*, 2013). Det fokuseres derfor på helsefremmende arbeid ved at det legges vekt på ungdommens ressurser slik at de kan få en mer aktiv rolle. Det handler om å få muligheten til å være delaktig i sin egen prosess (Gammersvik, 2018a).

Ved at sykepleier inkluderer foreldre til å ta del i opplæringen sammen med ungdommen, gjør det at de får en viktig rolle som en del av støtteapparatet. En sykepleier uttaler seg i studien til Jönsson, Hallström og Lundqvist (2010) og sier at de som helsepersonell vil at familien skal være en del av et team. Det skal ikke være slik at ungdommen skal ha alt av ansvar, og trenger derfor støtte fra foreldre. Utfordringene som følger DT1 kan være mange, og Steinberg, *et al.* (2018) hevder at med foreldre tilstede, hjelper det ungdommen til å håndtere disse utfordringene på en bedre måte. Likevel er det viktig at ungdommene utvikler seg på en måte som gjør de i stand til å stå på egne bein.

Om forholdene tilsier at ungdommen ikke takler ansvaret på egen hånd, er foreldrenes tilstedeværelse viktig (Pelicand, *et al.*, 2013). Som Håkonsen (2014) hevder er opplevelse av kontroll og forutsigbarhet viktig for å utvikle identiteten. Dette inngår i Antonovskys salutogene tenkning om Sence of Coherence, altså en opplevelse av sammenheng (Gammersvik, 2018a). Derfor er det viktig for ungdom med DT1 i en utviklingsfase, å løsrive seg fra foreldrene. På en måte kan det være enkelt å støtte seg til foreldre, men samtidig kan foreldrene ta mye av ansvaret fra ungdommen. Lode (2016) hevder at støtte som gis ikke må bli for overveldende slik at det går ut over ungdommens selvstendighet og autonomi. Pelicand, *et al.* (2013) påpeker derfor at det å ta egne valg og ta del i bestemmelser knyttet til egen sykdom, vil være viktig for å fremme helse og samtidig få en opplevelse av velvære.

Den salutogene tenkningen innenfor sykepleie handler om å se hele pasienten (Haugan og Rannestad, 2018). Pasientens medvirkning er noe sykepleier må legge til rette for slik at et godt samarbeid mellom pasient og pleier er oppnåelig. Sykepleieren vil være eksperten i den faglige sammenhengen, mens pasienten er eksperten på seg selv (Tveiten, 2018). På den måten får sykepleieren en viktig rolle som en del av støtteapparatet til pasienten. Sykepleier kan som Pelicand, *et al.* (2013) påpeker, vise støtte i form av de tekniske oppgavene knyttet til diabetes. Det går ut på at HbA1c skal kontrolleres, samt at framgangen i form av håndtering av sykdommen skal følges opp. På en annen side kan sykepleier ifølge Pelicand, *et al.* (2013) støtte ungdom i form av å oppfordre til å uttrykke seg på flere områder som angår deres helse, altså ikke bare det som er relatert til DT1. På den måten kan ungdom få en mer helhetlig støtte, da sykepleier kan hjelpe de unge til å håndtere ulike livssituasjoner.

Steinberg, *et al.* (2018) sin studie legger vekt på at pasienten skal oppnå en følelse av positivt velvære, noe som henger sammen med salutogenese. Langeland (2018) forklarer teorien om salutogenese som et nytt perspektiv på velvære, og i den grad blir fokuset lagt på menneskets evne til å tilpasse seg stressende situasjoner. Dette kan sees i sammenheng med å støtte ungdom til å takle flere forskjellige livssituasjoner (Pelicand, *et al.*, 2013). Ved å støtte ungdommene i for eksempel en situasjon som angår skole, kan ungdommen få råd og veiledning som gjør at de kan oppnå en følelse av å mestre situasjonen. På den måten kan det tenkes at det blir enklere for ungdommen å få en følelse av å mestre sykdommen, om de også kan mestre andre situasjoner. Som Langeland (2018) hevder er målet med den salutogene tilnærmingen og blant annet gjøre folk i stand til å mestre hverdagen ved å leve optimalt med sine helseutfordringer. Det handler om å ta personens evne til aktiv tilpasning på alvor.

#### 5.4. Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikken baseres seg ifølge Slettebø (2016) på ulike forskningsetiske normer. De mest sentrale forskningsetiske normene baserer seg blant annet på at det skal tas hensyn til forsøkspersonene. De aktuelle deltakerne skal være informert og gi et frivillig samtykke, personopplysninger skal ivaretas og være konfidensielle. Etter å ha gjennomgått studiene viser det seg at flere av dem baserer seg på forskningsetikken, og deres framgangsmåte innenfor dette er presentert i artiklene.

#### 5.5. Metodiske overveielser og kildekritikk

##### 5.5.1. Metodiske overveielser

Begrepene «pasient» og «ungdom» blir gjennom oppgaven brukt om hverandre. «Ungdom» blir oftest brukt i sammenheng med det som er hentet fra artiklene, mens «pasient» blir brukt tilknyttet faglitteraturen. Begrepene har samme betydning.

Søk etter artikler i databasene har ført til et funn av artikler som er skrevet på engelsk.

Oversettelse av artikler fra engelsk til norsk kan føre til at noe av innholdet mistolkes. Det må derfor tas i betraktning at de oversettelsene som er gjort, er basert på måten det forstås ut ifra oppgavens relevans.

Artiklene er hentet fra land over hele verden. Det kan tenkes at det hadde vært en fordel om artiklene var studier hentet fra flere skandinaviske land, da disse landene er på verdenstoppen ved forekomsten av DT1 (Stranden, 2017). Samtidig kan de skandinaviske landene ha et fokus på sykdommen som er mer lik det fokuset som er i Norge. Da søkene ikke resulterte i mer enn én skandinavisk artikkel, måtte denne tanken utelukkes. Likevel er det interessant å få et bilde av hvordan de landene som er mer ulike Norge, tenker og handler i forhold til DT1 i en mulig helsefremmende sammenheng.

Studien til Nobre, *et al.* (2019) var en av de første artiklene som ble søkt frem i dette litteraturstudie. Innholdet i studien hadde i utgangspunktet potensialet til å kunne svare på problemstillingen. Det viste seg at innholdet i de andre inkluderte artiklene hadde et mer utfyllende resultat, og var derfor mer relevant for oppgaven. Dette har ført til at innholdet i studien til Nobre, *et al.* (2019) ikke er inkludert i det sammenfattende resultatet eller i drøftingen. Likevel er det tatt et valgt om å inkludere artikkelen i oppgavens resultat.

#### 5.5.2. Kildekritikk

Målet med søkene var i utgangspunktet å finne artikler som baserer seg på helsefremmende arbeid i sykepleien. Dette viste seg å være vanskelig, da det ut fra søkene som er gjort i denne oppgaven, virker til å være lite forskning om helsefremmende arbeid knyttet til ungdom med DT1. Funnene resulterte i artikler som har mer fokus kun på behandling, og ikke direkte knyttet til helsefremmende sykepleie. Dette førte til at det relevante innholdet i artiklene måtte bli brukt og sett på en måte som kan føre til et godt helsefremmende tiltak.

I flere artikler kommer det ikke alltid tydelig frem om det er snakk om barn eller ungdom. For eksempel er aldersgruppen i Jönsson, *et al.* (2010) fra 0-18 år, noe som både er en del av oppgavens inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Basert på dette må det tas utgangspunkt i at det i flere tilfeller kan være snakk om kun barn, og ikke ungdom. Barn og ungdom kan i ulike tilfeller også brukes om hverandre. Derfor kan det tenkes at ved tilfeller der det skrives om barn, kan det også handle om ungdom, og informasjonen er tatt med i resultatet.

## 6.0. Konklusjon

*Hvilke helsefremmende tiltak kan sykepleier gjøre for at ungdom med diabetes type 1 opplever mestring?*

Diabetes type 1 er en kronisk sykdom som følger pasienten resten av livet. Som sykepleier er det derfor viktig å videreformidle kunnskap, kartlegge ungdommens ressurser og gi støtte. På den måten får de den kunnskapen og støtten som trengs for å kunne mestre sykdommen på best mulig måte. Det har vært utfordrende å finne ut hva som kan være et nøyaktig helsefremmende tiltak, da alt henger sammen. Et tiltak påvirker et annet. Det konkluderes derfor med tre hovedkategorier som sier noe om hvilke tiltak sykepleier kan gjøre i et helsefremmende perspektiv: kunnskap, bruk av kartleggingsverktøy og støtte.

Kunnskap bidrar til forståelse om selve sykdommen og administreringen som følger med. Undervisning er derfor et av de viktigste tiltakene for sykepleier. Kunnskap og veiledning bør gis så fort diagnosen er satt, slik at ungdommene får den informasjonen de trenger for å leve med sykdommen. Det er viktig at ungdommen får prøve og feile, for med erfaring følger mestring. En viktig oppgave vil da være å fylle på med informasjon der det er behov. Dette er også en måte for å kartlegge videre oppfølging.

Kartlegging av ungdom blir et viktig tiltak for å vite noe om deres ressurser. Ved å ta i bruk forskjellige kartleggingsverktøy vil det være mulig for sykepleier å bidra til og styrke ungdommens ressurser. Slik kan de tilpasse livet med DT1. Motiverende intervju er et eksempel på hvordan sykepleier kan tilpasse kommunikasjonsmåten, og samtidig kartlegge ungdommens tanker om videre oppfølging. «Best of Coping» er et annet kartleggingsverktøy som er med på å kartlegge ungdommens mestringsstrategier, problemløsning og deres positive og negative tanker om seg selv. Programmene er med på å individualisere sykepleien, samt fremme autonomi og empowerment ved at ungdom får ta del i beslutninger som angår dem selv.

DT1 er en sykdom hvor det følger et stort ansvar, og støtte fra sykepleier vil være et vesentlig tiltak for å oppleve en følelse av mestring. Oppfølging av pasientens evner til å håndtere sykdommen både fysisk og psykisk, vil være en del av arbeidet når det kommer til støtte. Det innebærer at det vil være viktig at sykepleier ser hele pasienten, og ikke bare sykdommen. Det



å inkludere foreldre vil også være et helsefremmende tiltak, da ungdommen ikke skal sitte med følelsen av å stå alene. Det å få til et godt samarbeid mellom pasient, foreldre og sykepleier er viktig for at ungdom skal kunne håndtere og mestre utfordringer i ulike livssituasjoner på best mulig måte. Ungdommen skal ha en aktiv rolle i sin egen prosess, så det å støtte deres valg og samtidig veilede i riktig retning er med på å fremme empowerment.

Et helsefremmende fokus i sykepleie til ungdom med DT1 er noe det trengs mer forskning på. Det kan for eksempel innebære utvikling av kartleggingsverktøy. Samtidig vil det alltid være viktig å holde seg faglig oppdatert.

## 7.0. Litteraturliste

- Austin, S., *et al.* (2013) Longitudinal testing of a dietary self-care motivational model in adolescents with diabetes, *Journal of Psychosomatic Research*, 75, s. 153-159. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.04.013
- Aveyard, H. (2019) *Doing a literature review in health and social care - A practical guide*. 4.utg. London: Open University Press
- Brinchmann, B. S., (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann, B. S. (red.). *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag s. 81-96
- Caccavale, L. J., *et al.* (2018) Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes, *Pediatric Diabetes*, 2019(20), s. 217-225. doi: 10.1111/pedi.12810
- Diabetesforbundet (2019a) *Blodsuktermåling gir bedre innsikt i din diabetes*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/leksikon/b/blodsuktermaling/> (Hentet: 4. april 2019)
- Diabetesforbundet (2019b) *HbA1c er en langtidsprøve av blodsukkeret*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/leksikon/h/hba1c/> (Hentet 15. mai 2019)
- Diabetesforbundet (u.å.) *Diabetes type 1*. Tilgjengelig fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-1/> (Hentet 8. mars 2019)
- Fjerstad, E. (2010) *Frisk og kronisk syk - et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Gammersvik, Å. (2018a) Helsefremmende arbeid i sykepleie, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 112-134.
- Gammersvik, Å. (2018b) Å fremme helse sett fra et helsepsykologisk perspektiv, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 202-220
- Grotdal, S. (2016a) *Færre enn én av tre når behandlingsmålet*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/nyheter/2016/nar-ikke-behandlingsmalene/> (Hentet: 4. april 2019)
- Grotdal, S. (2016b) *HbA1c - verktøy og hjelpemiddel*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/nyheter/2016/hba1c--verktoy-og-hjelpemiddel/> (Hentet: 4.april 2019)
- Haugan, G. og Rannestad, T. (2018) Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjeneste, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 135-156.
- Heggestad, A. K. T. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien, i Heggestad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk s. 23-39
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Nasjonal diabetesplan 2017-2021*. Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal\\_diabetesplan\\_171213.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/701afdc56857429080d41a0de5e35895/nasjonal_diabetesplan_171213.pdf) (Hentet: 3. april 2019)
- Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. Skien: Gyldendal Akademisk

- Jacobsen, E. L. (2016) Helse og sykdom, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 56-79.
- Jenssen, T. (2017) Diabetes mellitus, i Ørn, S og Bach-Gransmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 387-399
- Jönsson, L., Hallström, I. og Lundqvist, A. (2010) A multi-disciplinary education process related to the discharging of children from hospital when the child has been diagnosed with type 1 diabetes - a qualitative study, *BMC Pediatrics*, 10(36), s. 1-10. doi: 10.1186/1471-2431-10-36
- Krogvold, L. og Dahl-Jørgensen, K. (2018) *Nytt håp for barn og ungdom med diabetes type 1*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/Forsiden/kronikk-nytt-hap-for-barn-og-ungdom-med-type-1-diabetes/> (Hentet: 9. mars 2019)
- Kvam, M. (2016) *Pubertet og type 1 diabetes*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-1/pubertet-og-type-1-diabetes/> (Hentet: 7. mars 2019)
- Langeland, E. (2018) Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 157-178
- Larsen, T. B. (2018) Helsebegrepet i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget. s. 37-49.
- Lode, K. (2016) Mestring, i Heggstad, A. K. T. og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 40-54
- Mittelmark, M.B., et al. (2018) Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 14-36.
- Mosand, R. D. og Stubberud, D. G. (2016) Sykepleie ved diabetes mellitus, i Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk Sykepleie 2*. 5.utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 51-82
- Nobre, C. M. G., et al. (2019) Care for children and adolescents with diabetes mellitus type 1, *Journal of Nursing*, 13(1), s. 111-117. doi: 10.5205/1981-8963-v13i01a238622p111-117-2019
- Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse, i Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 17-39
- Pelicand, J., et al. (2013) Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review, *Health Expectations*, 18, s. 303-311
- Serlachius, A. S., et al. (2016) A randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy to improve glycaemic control and psychosocial wellbeing in adolescents with type 1 diabetes, *Journal of Health Psychology*, 21(6), s. 1157-1169. doi: 10.1177/1359105314547940
- Skrivarhaug, T., Kummernes, S. J. og Drivvoll, A. K. (2018) *Årsrapport 2017 med plan for forbedringstiltak*. Oslo: Barnediabetesregisteret. Tilgjengelig fra: [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/2018.10.20\\_Endelig%20%C3%85rsrapport%202017.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/2018.10.20_Endelig%20%C3%85rsrapport%202017.pdf) (Hentet: 3. april 2019)

Slettebø, Å. (2016) Forskningsetikk, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 241-257.

Sneltvedt, T. (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 97-113

Steinberg, D. M., *et al.* (2018) Positive Well-Being in Youth With Type 1 Diabetes During Early Adolescence, *Journal of Early Adolescence*, 38(9), s. 1215-1235. doi: 10.1177/0272431617692444

Stranden, A. L. (2017) *Et mysterium at flere norske barn får diabetes nå enn før*. Tilgjengelig fra <https://forskning.no/ny-diabetes-dna/et-mysterium-at-flere-norske-barn-far-diabetes-na-enn-for/325690> (Hentet: 25. mars 2019)

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2.utg. Grimstad: Universitetsforlaget

Tveiten, S. (2018) Empowerment og veiledning. Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. B. (red.) *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget, s. 237-258

