

Magnus Andreas Omberg

Hvordan kan sykepleierens veiledende funksjon bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med diabetes mellitus type 1 kan få styrket mestringstro.

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Ingunn Ulvestad

November 2023

Magnus Andreas Omberg

Hvordan kan sykepleierens veiledende funksjon bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med diabetes mellitus type 1 kan få styrket mestringstro.

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Ingunn Ulvestad
November 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel:	Hvordan kan sykepleierens veiledende funksjon bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med diabetes mellitus type 1 kan få styrket mestringstro.	Dato: 22.11.2023
Forfatter:	Magnus Andreas Omberg	
Veileder:	Ingunn Ulvestad	
nøkkelord	Diabetes mellitus type 1, mestringstro, sykepleierens veiledende funksjon, redusere angst og depresjon, kartlegging	
Antall sider/ord:28/8783	Antall vedlegg: 0	
Mål:	<p>Målet er å finne ut av hvordan sykepleierens veiledende funksjon kan bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med diabetes mellitus type 1 (DM1) kan få styrket mestringstro.</p>	
Bakgrunn:	<p>Det er lite forskning på hvordan det psykiske og somatiske aspektet henger sammen hos pasienter med DM1. Antallet pasienter som har DM1 øker, og for mange av dem kan være en overveldende diagnose som påvirker mange aspekter av livet. Denne litteraturstudien har fokus på angst, depresjon og mestringstro tilknyttet pasienter med DM1. For mange tar det lang tid å mestre diagnosen, og mange krever forskjellige tilnærminger. Med pasientmedvirkning og sykepleiefaglig veiledning kan pasienten få styrket mestringstro, som kan føre til redusert angst og depresjon hos pasienter med DM1.</p>	
Metode:	<p>Metoden som brukes for å analysere problemstillingen er en litteraturstudie. Denne litteraturstudien analyserer forskjellige empiriske studier både fra kvantitativ og kvalitativ metode.</p>	
Funn:	<p>Det er mange aspekter som påvirker muligheten til å styrke mestringstroen og redusere angst og depresjon hos pasienter med DM1. Sykepleierens terapeutiske funksjon kombinert med pasientmedvirkning i henhold til sykepleiefaglig veiledning tar hensyn til både det psykiske og somatiske aspektet ved DM1. Denne oppgaven fremhever funn innenfor kartlegging, pasientmedvirkning, tilrettelegging av behandlingshjelpemidler og sykepleiefaglig relevans som kan bidra til å styrke mestringstro og redusere angst og depresjon.</p>	
Konklusjon:	<p>Konklusjonen er at for å kunne veilede pasienten til å styrke sin mestringstro og redusere angst og depresjon, må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk og vektlegge pasientmedvirkning med motiverende intervju som metode for kartlegging og veiledning. Å fokusere på pasientens psykiske helse og angst tilknyttet blodsukkerregulering og hypoglykemi, og å tilpasse behandlingshjelpemidler, kan bidra til at pasienten føler hen får kontroll og blir tatt på alvor. Dette kan bidra til å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro.</p>	

Abstract

Title:	How can the nurse's guiding function help to reduce anxiety and depression, so that patients with diabetes mellitus type 1 can have a strengthened self-efficacy.	Date: 22.11.2023
Author:	Magnus Andreas Omberg	
Supervisor	Ingunn Ulvestad	
Keywords	Diabetes mellitus type 1, self-efficacy, nurse's guiding function, reduce anxiety and depression, patient assessment	
Number of pages/words:	28/8783	Number of appendix: 0
<p>Aim:</p> <p>The purpose is examining how the nurse's guiding function can help to reduce anxiety and depression, so that patients with diabetes mellitus type 1 (DM1) can have strengthened self-efficacy.</p> <p>Background:</p> <p>There is little research on how psychological and somatic aspects are related in patients with DM1. The number of patients with DM1 is increasing, and for many of them it can be an overwhelming diagnosis that affects several aspects of life. This literature study focuses on anxiety, depression, and self-efficacy regarding patients with DM1. For many it takes a long time to master their diagnosis, and many require different approaches. With patient participation and nursing guidance, patients can strengthen their self-efficacy, which can lead to reduced anxiety and depression.</p> <p>Methods:</p> <p>The method used to analyse the bachelor thesis is a literature study. This literature study analyses different empirical studies from both quantitative and qualitative method.</p> <p>Findings:</p> <p>There are many aspects that affect the possibility of strengthening self-efficacy and reduce anxiety and depression in patients with DM1. The nurse's therapeutic function combined with patient participation in relation to nursing guidance regards both the psychological and the somatic aspects of DM1. This thesis highlights findings within patient assessment, patient participation, facilitation of treatment aids, and nursing relevance that can contribute to strengthening self-efficacy and reduce anxiety and depression.</p> <p>Conclusions:</p> <p>The conclusion is that to be able to guide the patient in strengthening their self-efficacy and reduce their anxiety and depression, the nurse must use themselves therapeutically and emphasize patient participation with motivational interview as a method for surveying and guidance. Focusing on the patient's psychological health and anxiety regarding blood sugar regulation, and adjusting their treatment aids, can contribute to the patient feeling more in control and validated. This can contribute to reducing anxiety and depression and strengthening their self-efficacy.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	1
Abstract.....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Diabetes mellitus type 1	4
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
2.0 Bakgrunn	5
2.1 Tidligere forskning på diabetes mellitus type 1	5
2.2 Diabetes mellitus type 1 og psykiske utfordringer	6
2.3 Diabetes mellitus type 1 og mestringstro.....	7
2.4 Joyce Travelbee	7
2.5 Brinchmann om sykepleierens terapeutiske funksjon	7
2.6 Motiverende intervju - en metode for kartlegging og veiledning.....	8
2.7 Kartlegging - en forutsetning for veiledning og tiltak.....	8
2.8 Sykepleierens veiledende funksjon	8
2.9 Hensikt	9
2.10 Begrunnelse for valg av tema	9
2.11 Avgrensning og presisering av oppgaven	9
2.12 Presentasjon av problemstilling	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Søkestrategi.....	11
3.3 Søkedomokumentasjon	11
3.4 Vurdering av artikler.....	13
4.0 Resultat	14
4.1 Presentasjon av litteraturmatriser.....	14
4.2 Resultatpresentasjon.....	21
5.0 Drøfting	22
5.1 Psykisk helse, bakgrunnsforståelse og tilrettelegging av sykepleiefaglig veiledning	22
5.2 Motiverende intervju som metode for veiledning.....	23
5.3 Kartlegging for å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro.....	24
5.4 Veiledning for å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro.....	26
5.5 Forskjellige behandlingshjelpemidler: KGM, insulinpumpe og insulininjeksjoner	28
5.6 Kildekritikk	30
5.7 Avsluttende drøfting og innovasjon i fag- og tjenesteutvikling	30
6.0 Konklusjon.....	30
Litteraturliste	32

1.0 Innledning

Tema for denne bacheloroppgaven er å kartlegge hvordan angst og depresjon påvirker pasienter med diabetes mellitus type 1 (DM1), og hvordan sykepleierens veiledende funksjon kan bidra til å styrke pasientens mestringstro.

Som tilnærming til problemstillingen vil dette kapittelet inneholde presentasjon av Diabetes mellitus type 1 og sykepleiefaglig relevans.

1.1 Diabetes mellitus type 1

DM1 er en sykdom du har med deg hele livet og som du aldri kan ta deg fri fra (Christophersen, 2018). DM1 kan ramme pasienten hardt både fysisk og psykisk, og krever oppfølging av insulintilførsel, beregning av insulindoser og kontinuerlig blodsuktermåling.

Totalt har omkring 316000 - 345000 pasienter diagnosen diabetes i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Av disse har ca 10% DM1. Hvert år er det rundt 600 nye tilfeller av DM1 i Norge. Haug, (2017) sier at ca halvparten av diagnostiserte DM1-pasienter sliter med psykiske utfordringer som angst og depresjon. Wyller (2014) skriver at pasientene har behov for støtte og hjelp til å styrke mestringstro. Mange kan være engstelige for fremtiden og ha mange spørsmål. Dette kan føre til angst og depresjon om hvordan de skal opprettholde mestringstro i hverdagen og i livet videre.

DM1 er en autoimmun sykdom som vil si at kroppens immunforsvar angriper de insulinproduserende cellene (Sand *et al.*, 2018). Dette medfører en forstyrrelse i glukosekonsentrasjonen i blodet. Sykdommen kontrolleres via måling av blodsukkeret med eksterne insulininjeksjoner i form av subkutane injeksjoner eller insulinpumpe. Det som definerer diabetes mellitus type 1 er at det alltid er en redusert insulinvirkning i kroppen.

Denne litteraturstudien fokuserer på DM1 og på hvordan DM1 påvirker pasientens psykiske helse. Christophersen (2018) sier at å leve med DM1 kan være en kilde til bekymring, fordi DM1 krever oppfølging hver dag, hele døgnet. Frem til nylig har fokuset vært på det somatiske aspektet ved DM1. Det er først i de senere årene man har blitt klar over, og opptatt av, hvordan sykdommen preger pasientens psykiske helse (Haug, 2017). Psykisk helse handler om å være av betydning for andre mennesker, føle seg verdsatt og å kunne utføre

meningsfulle oppgaver både for seg selv eller andre (Eriksen, 2015). Å ta kontroll over eget liv har ikke bare betydning for egen tilværelse, men kan også bety noe for andre. Dette gir pasienten noe å kjempe for. Pasientene med DM1 som mangler mestringstro sliter ofte med angst, depresjon og motløshet.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere baserer seg på menneskerettighetene. (Brinchmann, 2016). De sier at ethvert menneske skal behandles med respekt og verdighet. Sykepleiefagets hovedelement beskrives som medmenneskelighet hvor verdigrunlaget baseres på respekt, empati, omsorg og barmhjertighet.

Brinchmann (2016) definerer at sykepleieren har et ansvar for å lindre lidelse og å gi god sykepleie i form av omsorg. Dette gjør sykepleieren ved å styrke pasientens ressurser, håp, mestringstro og -evne. Det er viktig at sykepleieren utvider sin kompetanse fordi DM1 er en overveldende diagnose å få, og det er ikke garantert at det vil bli lettere med årene (Haug, 2017). Sykepleiere må ha kunnskap om psykiske helseutfordringer ved DM1 slik at angst og depresjon reduseres og mestringstro styrkes.

2.0 Bakgrunn

Som forskningsbasert og sykepleiefaglig tilnærming for valgt problemstilling vil dette kapittelet inneholde Tidligere forskning på diabetes mellitus type 1, Diabetes mellitus type 1 og psykiske utfordringer, Diabetes mellitus type 1 og mestringstro, Joyce Travelbee, Brinchmann om sykepleierens terapeutiske funksjon, motiverende intervju - en metode for kartlegging og veiledning, Kartlegging - en forutsetning for veiledning og tiltak, sykepleierens veiledende funksjon, hensikt, begrunnelse for valg av tema, avgrensning og presisering og presentasjon av problemstilling.

2.1 Tidligere forskning på diabetes mellitus type 1

Det å være oppdatert på forskning, kan være nyttig for å veilede pasienter med DM1 til å styrke mestringstro. Brinchmann (2016) skriver at sykepleiere har et ansvar for å holde seg oppdatert på relevant forskning tilknyttet sitt fagfelt.

Per i dag finnes det ingen kur mot DM1, men det foregår mye interessant forskning. Det forskes på stamceller tilknyttet DM1, transplantasjon av insulinproduserende celler eller hele bukspyttkjertelen, øycelletransplantasjon og mer kompliserte kunstige insulinleveringsmetoder som krever kirurgiske inngrep (Diabetesforbundet,2021c). Forskningen som er mest relevant i dag for mange med DM1, og som også er mest relevant for besvarelsen av denne bacheloroppgaven, er forskning på utstyr og medisiner (Diabetesforbundet, 2021a). Forskningen resulterer i nyere behandlingshjelpemidler og forbedrede varianter av insulin. På disse områdene er industrien godt i gang. Dette inkluderer forskning på insulinpumper, kontinuerlig glukosemålere (KGM), varianter av insulin og andre typer leveringsmetoder for insulin til kroppen.

Frem til nå er det gjort lite forskning på forholdet mellom DM1 og psykisk helse (Haug, 2017) Det finnes derfor få vitenskapelige artikler om temaet. Tidligere forskning viser at psykisk helse har blitt sett på som negative følgetilstander, og at ca. halvparten av de som lever med DM1 utvikler psykiske lidelser som angst og depresjon. Disse pasientene må behandles riktig og med forståelse og respekt slik at de kan få en optimal hverdag.

2.2 Diabetes mellitus type 1 og psykiske utfordringer

Angst defineres som en følelsesmessig, subjektiv opplevelse, som kan føles truende for pasienten (Hummelvoll, 2012). Det kan være opplevelser som uro og bekymring. Angst i forbindelse med DM1 kan utarte seg som maktesløshet, sinne, kontrollbehov og behov for støtte (Diabetesforbundet, 2021b). Hvordan pasientene reagerer på sykdom og helsesvikt er forskjellig. Eriksen (2015) skriver at noen er rolige og står støtt i motgang. Andre er utrygge og engstelige, blir deprimerte og mister fotfeste. Depresjon defineres som en tilstand som preges av manglende interesse og energiløshet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Ved en depresjon kan den som har DM1 miste motivasjon, evne og vilje til å regulere blodsukkeret. Alt blir tyngre. Man kan sove dårlig, miste matlysten eller spise for mye, miste lysten til å gjøre noe meningsfullt og får ingenting, eller lite, gjort (Grotdal, 2018). Angst for å få hypoglykemi (føling) står sentralt hos DM1 pasienter (Haug, 2017). At resten av livet skal bestå av blodsukkerregulering og insulintilførsel kan være overveldende. Angst for at sykdommen kan få negative konsekvenser i hverdagen er noe pasienten lever med daglig. DM1 er en sykdom som betyr at pasienten må lære seg å leve med usikkerhet. Alt en diabetespasient foretar seg har en innvirkning på blodsukkeret. Hyperglykemi over tid kan medføre senkomplikasjoner, mens hypoglykemi kan føre til føling (Haug, 2017). Begge er

svært alvorlige tilstander som i verste fall kan lede til bevisstløshet eller ha dødelig utgang. For å behandle disse tilstandene kan pasienten trenge bistand fra sitt nettverk, enten ved tilførsel av karbohydrater ved hypoglykemi, eller sykehusinnleggelse ved hyperglykemi. Angst og depresjon skaper ikke mestringstro, kun sinne, fortregning og maktesløshet. (Christophersen, 2018). Alle trenger positive tanker og følelser i livet. Pasienter må lære å bli venn med hele kroppen både fysisk og psykisk.

2.3 Diabetes mellitus type 1 og mestringstro

Mestringstro dreier seg om individets tillit til seg selv og om hen kan kontrollere og regulere hendelser i sitt liv (Bandura, 1982). Opplevelsen av mestringstro og kontroll er viktige faktorer som påvirker vår helseadferd (Lode, 2016). Pasienter med indre kontroll og mestringstro har gode forutsetninger for å omstille seg når det er nødvendig for å fremme helse. De forstår bedre at det kommer an på dem selv hvis de skal tilpasse seg sin sykdom. En pasient som har lavere mestringstro og som mener at problemet er utenfor deres kontroll vil få utfordringer når det gjelder å endre egen adferd.

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1999) utviklet “The Human - to - Human Relationship Model” (Travelbee, 1999). Hun baserer sin teori på eksistensialismen som går ut på at pasientene står overfor valg og konflikter og er ansvarlige for valgene de tar i livet. Videre sier hun at sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren bidrar til å hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og å kunne finne mening i disse erfaringene.

Travelbee (1999) definerer psykisk helse som en følelse av å ha det bra eller dårlig som kan variere i intensitet og varighet. Følelsen kan være en enkelt opplevelse av fysisk eller psykisk art, men den kan også være en overveldende følelse av angst, depresjon og andre vanskelige følelser. Hvis ikke pasienten får hjelp til å håndtere disse følelsene, kan de utvikle seg til destruktive handlinger, ubehag og/eller utfordringer.

2.5 Brinchmann om sykepleierens terapeutiske funksjon

Ved at sykepleieren har kunnskap og evne til å bruke seg selv terapeutisk vil dette resultere i at pasienten kan få en opplevelse av å bli forstått (Brinchmann, 2016). Sykepleierens terapeutiske funksjon handler om at sykepleieren ser på pasienten som en likeverdig samarbeidspartner, altså et menneske- til- menneske forhold . Dette betyr at pasienten er

delaktig i egen planlegging og behandling. Gjennom veiledning finner pasient og sykepleier sammen realistiske og relevante mål og tiltak for å nå ønskelige resultater. Ved felles forståelse og samarbeid gjennomføres og evalueres mål og tiltak for pasientens beste. Dette oppnås ved at sykepleieren har evne til innlevelse, å gi støtte, empati, omsorg, aksept, åpenhet og ærlighet, engasjement og å gi anerkjennelse og bekreftelse. Dette kan føre til at pasienten føler hen blir tatt på alvor, noe som kan føre til økt mestringstro slik at angst og depresjon reduseres.

2.6 Motiverende intervju - en metode for kartlegging og veiledning

Motiverende intervju (MI) benyttes som en klinisk ferdighet for å motivere til adferdsendring (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). MI kan være en effektiv og empatisk metode for veiledning om endring, motivasjon og mestring. Målet er en konstruktiv veiledning hvor pasienten får mulighet til å bestemme at endring skal skje og tenke ut hvordan hen best mulig kan få det til, såkalt pasientmedvirkning. MI er en klinisk ferdighet som ser ut til å fungere godt i møte med pasienter med risikofyllt og helsereelatert adferd. God bruk av MI bidrar til å skape et samarbeidende partnerskap mellom sykepleieren og den som trenger hjelp (Lode, 2016).

2.7 Kartlegging - en forutsetning for veiledning og tiltak

Kartlegging vil si å avdekke status og legge grunnlag for videre tiltak (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). For at sykepleieren skal kunne ivareta hver enkelt pasients behov og problemområder er grundig kartlegging vesentlig. Pasientene reagerer forskjellig og vil derfor ha behov for forskjellig type hjelp. Én kan ha dødsangst i forbindelse med føling, en annen kan føle seg deprimert og ha angst for det sosiale. Hvis sykepleieren generaliserer og tenker at alle med DM1 har de samme utfordringene, vil behandlingen være lite individrettet og ha liten nytteverdi for den det gjelder (Lode, 2016).

2.8 Sykepleierens veiledende funksjon

Denne oppgaven baserer seg på individuell veiledning etter pasientens behov og ønsker. En av sykepleierens funksjonsområder er veiledning. Tveiten (2008) skriver at i dag handler ikke lengre pasientbehandling om problemløsning, men tilrettelegging for pasientmedvirkning slik at pasienten selv skal kunne bidra til å finne ut av hvilke behandlingsalternativer som passer hen best. For at sykepleieren skal kunne bidra med helsefremmende veiledning, som kan redusere angst og depresjon og styrke mestringstro, bør sykepleieren ha kunnskap og

kompetanse. Hensikten med sykepleiefaglig veiledning er å kunne bidra til oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestringstro (Tveiten, 2008). Pasientrettet veiledning handler om respekt, tillit og empati, slik at pasienten motiveres til å få lyst til å ta kontroll over egen sykdom (Eide og Eide, 2017). Slik kan pasienten motiveres til aktiv deltagelse i egen behandling slik at angst og depresjon svekkes og mestringstro styrkes.

2.9 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å utvide min kompetanse slik at jeg som sykepleier kan utøve sykepleierens veiledende funksjon for å kunne bidra til å redusere angst og depresjon hos pasienter med DM1, slik at de kan få styrket mestringstro.

2.10 Begrunnelse for valg av tema

Temaet i denne oppgaven er hvordan DM1 kan påvirke pasientens psykiske helse i form av angst og depresjon. Det kan virke som om mange av pasientene jeg har møtt gjennom praksis har utfordringer i forhold til sin psykiske helse, og de uttrykker følelser som kan sammenlignes med symptomer på angst og depresjon. De uttrykker også at de opplever at sykepleieren mangler kompetanse om psykisk helse og DM1. Sykepleiere møter disse pasientene i alle fagfelt innenfor helsesektoren, som betyr primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som for eksempel diabetespoliklinikker. Siden jeg finner psykisk helse og DM1 svært interessant, ønsker jeg, som sykepleier i praksis, å fordype meg i og se nærmere på hvordan sykepleierens veiledende funksjon kan bidra til å redusere angst og depresjon, og på hvordan svekket mestringstro preger DM1-pasienter.

2.11 Avgrensning og presisering av oppgaven

Denne bacheloroppgaven har fokus på selvregulerende voksne i alderen 18-69 år med DM1, og hvordan sykepleierens veiledende funksjon kan bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienten opplever styrket mestringstro. Senkomplikasjoner vil nevnes der det er relevant, men har ikke hovedfokus. Oppgaven vil ikke omhandle barn og unge med diabetes mellitus type 1. Den vil heller ikke omhandle diabetes mellitus type 2.

2.12 Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven er følgende problemstilling formulert:

Hvordan kan sykepleierens veiledende funksjon bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med diabetes mellitus type 1 kan få styrket mestringstro.

3.0 Metode

I kapittel 2 skal metoden for denne studien presenteres, og videre begrunne valg av vitenskapelige artikler som legger grunnlaget for problemstillingen som er valgt. Her vil litteraturstudie som metode, søkestrategi og vurdering av artikler presenteres.

3.1 Litteraturstudie som metode

Thidemann (2015) mener at litteraturstudiets kjennetegn baseres på tidligere skriftlige kilder. Oppgavens hovedmål er å fremheve vitenskapelige artikler ved hjelp av pensumlitteratur og søk via internett. Aveyard (2007) mener at litteraturstudier er viktige fordi de forsøker å samle informasjon tilknyttet spesifikke problemstillinger, og dermed ser kritisk på om de er samstemte eller ikke, samt knytter de opp mot relevant teori. Det er derfor litteraturstudier er en fin måte å tilegne seg ny kunnskap, fordi flere vitenskapelige artikler blir samlet på en systematisk måte og satt opp mot relevant teori (Aveyard, 2007). En modifisert litteraturstudie er derfor den valgte metoden for denne oppgaven. Oppgaven er modifisert fordi det er en begrensning på antall vitenskapelige artikler og ord.

Kvantitativ metode innebærer fokus på flertall og harde data, og samles inn via for eksempel spørreskjemaer og undersøkelser (Thidemann, 2015). Kvantitativ forskning omhandler større tall og statistikk som atferd, følelser og kognisjon. Dette er med på å danne nye hypoteser som senere potensielt kan utforskes kvalitativt.

Kvalitativ metode handler om å måle mykere tall på én eller et fåtall enheter, slik som individuelle holdninger, opplevelser og tanker (Thidemann, 2015). Kvalitative data samles inn via for eksempel fokusgrupper, deltakende observasjoner og intervjuer. Målet er å oppnå dypere kunnskap om spesifikke områder for å få et potensielt mer helhetlig bilde.

De vitenskapelige artiklene som skal analyseres stammer kun fra empiriske studier med en variasjon av kvantitative og kvalitative metoder som legger grunnlaget for denne litteraturstudien. Det er viktig å se på begge typer studier for å styrke innblikket i problemstillingen.

3.2 Søkestrategi

Søkeprosessen for å finne de vitenskapelige artiklene som er brukt i denne oppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen. Det er søkt på relevante søkeord i CINAHL COMPLETE og Pubmed for å finne relevante vitenskapelige artikler, og supplert med generiske søk på internett for å finne sekundærkilder.

For å få en god bredde og vinkler med relevante vitenskapelige artikler ble det søkt i databasene CINAHL COMPLETE og Pubmed. Der var det gode artikler som hadde relevans og rom for drøfting. Artikler fra Norge ble prioritert, men supplert med artikler fra Skandinavia.

I databasen CINAHL COMPLETE ble det brukt følgende søkeord: *Diabetes mellitus, type 1+*, *Adult+*, *Norway* og *Hypoglycemia+*. I databasen Pubmed (Medline) ble det brukt følgende søkeord: *Diabetes type 1*, *Self Efficacy*, *Scandinavia* og *Norway*.

Søkene startet med mange funn, men ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier, så får man naturligvis spisset inn søket mot relevante artikler for denne bacheloroppgaven.

3.3 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	referanse
1. Diabetes mellitus type 1 2. Self efficacy 3. Scandinavia	Pubmed (Medline)	#1 #2 #3 #1 og #2 og #3	3741 6 488 8 627 9	<u>Artikkel nmr 1:</u> The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing. <u>Publisert i:</u> Qualitative Health Research Volume 21, Issue 8
1. Diabetes mellitus, type 1+ 2. Adult+ 3. Norway	CINAHL Complete	#1 #2 #3 #1 og #2 og #3	15 595 1 314 735 11 554 46	<u>Artikkel nmr 2:</u> Experiences of nurses as they introduce the Guided Self-Determination (GSD)

				counseling approach in outpatient nurse consultations among people with type 1 diabetes. <u>Publisert i:</u> Vård i Norden Volume 34, Issue 2
4. Diabetes mellitus type 1 5. Self efficacy 6. Scandinavia	Pubmed (Medline)	#1 #2 #3 #1 og #2 og #3	3741 6488 8627 9	<u>Artikkel nmr 3:</u> Diabetes distress in Type 1 diabetes--a new measurement fit for purpose. <u>Publisert i:</u> Diabetic Medicine Volume 30, Issue 9
1. Diabetes mellitus, type 1+ 2. Adult+ 3. Norway 4. Hypoglycemia+	CINAHL Complete	#1 #2 #3 #1 og #2 og #3 #4 #1 og #2 og #3 og #4	15 595 1 314 735 11 554 46 6 499 4	<u>Artikkel nmr 4:</u> The relationships among fear of hypoglycaemia, diabetes-related quality of life and psychological well-being in Norwegian adults with Type 1 diabetes <u>Publisert i:</u> Diabetes Research and Clinical Practice Volume 124, February 2017, Pages 11-19
1. Diabetes mellitus type 1 2. Self efficacy 3. Scandinavia 4. Norway	Pubmed (Medline)	#1 #2 #3 #4 #1 og #2 og #4	3 741 6 488 8 627 119 243 6	<u>Artikkel nmr 5:</u> Continuous glucose monitoring in adults with type 1 diabetes: A balance between benefits and barriers: A critical incident study. <u>publisert i:</u> Journal of Clinical Nursing Volume 28, Issue 17-18

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Artiklene er publisert mellom 2011-2023. • Artiklene følger IMRaD-struktur. • Artiklene er fagfellevurdert. • Artiklene omhandler voksne med DM1 som er mellom 18-69 år. • Artiklene inneholder utfordringer tilknyttet DM1 • Artiklene inneholder voksne med DM1 • Artiklene inneholder sykepleieres erfaring tilknyttet pasienter med DM1 • Artiklene er relevante i henhold til problemstillingen. • Artiklene må være på engelsk eller norsk. • Studiene må være gjennomført i Skandinavia 	<ul style="list-style-type: none"> • Artiklene er eldre enn 2011 • Artiklene inneholder barn 0-17 år med DM1. • Artiklene omhandler kun pasienter med DM2. • Artikler som omhandler kun barn og ungdom • Artikler som ikke er skrevet på norsk eller engelsk.

3.4 Vurdering av artikler

Artiklene er valgt for å kunne gi svar på problemstillingen. Artiklene som kunne være relevante i forhold til problemstillingen ble gjennomgått og vurdert. Dette førte til 5 relevante artikler, med forskjellige innfallsvinkler som kan drøftes frem til en konklusjon.

Artiklene som er valgt er fagfellevurdert og spesifikt utvalgt til å belyse forskjellige aspekter ved problemstillingen. Analyseringen har resultert i flere sentrale temaer som til sammen har formet hovedtemaet i oppgaven (Thidemann, 2015). Artiklene som er valgt er lagt frem i matrisen som fremhever essensen av hver artikkel. Artiklene som er valgt har sykepleierelevans med fokus på psykisk helse, kartlegging, motiverende intervju, behandlingshjelpemidler, veiledning og mestringstro.

4.0 Resultat

I dette kapittelet skal de vitenskapelige artiklene presenteres via matriser, og fremheve relevansen hver artikkel har i henhold til denne studiens problemstilling.

4.1 Presentasjon av litteraturmatriser

Denne bacheloroppgaven bruker en litteraturmatrisemal gitt av skolen. Ved å bruke litteraturmatriser gir man en god oversikt over hovedelementet for hver enkelt artikkel (Thidemann, 2015). Matrisen fremhever tittel, studiens hensikt, metode, resultat og relevans i henhold til denne litteraturstudien.

4.1.1 Artikkelmatrise nr. 1

Tittel og link	The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing.
Hensikt	Hensikten var å undersøke hvordan et program som fokuserte på selvregulering ved hjelp av et intervensjonsprogram som baserer seg på undervisning og motiverende intervjuer fungerte for deltakere med DM1.
Nøkkelord	Diabetes, focus groups, illness and disease, Experiences, Motivation, narrative inquiry, phenomenology, Research, Qualitative, Self-care, self-efficacy

Metode	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ studie • 349 deltagere med DM1 og DM2 • Tilfeldig kontrollert test • Fokuset var glukosekontroll og pasientens egne opplevelser av mestring tilknyttet diabetes • Deltakerne fikk et 4 dagers kurs tilknyttet diabetesbehandling med fokus på: <ul style="list-style-type: none"> • selvregulering av blodsukker • alkoholforbruk • Forebygging av senkomplikasjoner • Fysisk aktivitet • Etter kurs ble gruppene delt inn i kontrollgruppe og intervensjonsgruppe • Intervensjonsgruppen fikk 5 intervensjons-sesjoner som var ledet av trente sykepleiere med fokus på tilpassede sesjoner etter pasientens ønske
Resultat & diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> • Intervensjonsprogrammet hadde en positiv innvirkning på pasientens mestringstro tilknytter regulering av sin diabetes • Å aktivisere pasienten i egen behandling hadde positiv virkning • Å fremheve mestringstroen hadde positiv virkning • Ved å aktivisere pasienten i egen behandling følte pasienten styrket mestringstro
Egne kommentarer	<p>Motiverende intervju bidrar til pasientmedvirkning og aktiverer pasienten i å ta del i egen behandling. Dette kan bidra til god veiledning på pasientens egne premisser, slik at angst og depresjon reduseres og mestringstro styrkes.</p>
Relevans for studien	<p>Ved å inkludere pasienten i egen behandling, kan dette gi et positivt utslag for å styrke mestringstro. Veiledning vil da bli gitt på pasientens egne premisser, og tar utgangspunkt i at pasienten er den som er ekspert på sin egen DM1.</p>

4.1.2 Artikkelmatrise nr. 2

Tittel og link	Experiences of nurses as they introduce the Guided Self-Determination (GSD) counselling approach in outpatient nurse consultations among people with type 1 diabetes.
Hensikt	Hensikten var å få innsikt i hvordan sykepleiere erfarte en ny veiledningsteknikk som baserer seg på å styrke pasientmedvirkning med hjelp av GSD i en poliklinisk kontekst hos voksne med DM1.
Nøkkelord	type 1 diabetes, nurse, empowerment, relational competence in counselling.
Metode	<ul style="list-style-type: none">• Utført i Norge• Kvalitativ studie• Samlet data fra 5 kvinnelige sykepleiere, med gjennomsnittsalder 47 år• 3 stk var diabetessykepleiere• Opp trent og fulgt opp av erfarne veiledere innen GSD• Pasientgruppen var voksne fra 18-69 år med DM1
Resultat	<ul style="list-style-type: none">• Sykepleierne og pasienten følte en bedring i relasjonen• Det kan være krevende for sykepleiere å prøve nye veiledningsteknikker, men de har et potensial for å bedre behandlingen• Det vises positiv innvirkning ved utvikle en faglig relasjonskompetanse ved hjelp av pasientmedvirkning• Sykepleierne følte at de bedre kunne nå sine pasienter ved å utvikle den faglige relasjonskompetansen.• Sykepleierne følte seg mer suksessfulle ved hjelp av GSD• Sykepleierne følte at rollen ble mer avgrenset som veileder• Pasienten erfarte en positiv opplevelse med gruppesesjoner med GSD• Sykepleieren følte styrket mestring når de ble tryggere på GSD ved hjelp av veiledning

Egne kommentarer	Ved at sykepleieren holder seg oppdatert på nye veiledningsteknikker, kan det bidra til at pasienten kan få tilrettelagt og bedret behandling. Samtidig utfordres sykepleieren til å utvide sin kompetanse slik at behandlingen får et økt potensiale for god veiledning fra sykepleier til pasient. Ved å veilede pasienten kan det styrke pasientmedvirkningen. Dette kan føre til at angst og depresjon reduseres og mestringstro styrkes.
Relevans for studien	Sykepleieren bør være mottakelig for mye teknikker for å kunne veilede pasienter på best mulig måte, slik at angst og depresjon reduseres og mestringstro styrkes.

4.1.3 Artikkelmatrise nr. 3

Tittel og link	Diabetes distress in Type 1 diabetes--a new measurement fit for purpose.
Hensikt	Studiens hensikt er å utforske og vurdere hvor konsekvent og valid den danske versjonen av Diabetes Distress Scale (DDS17) er på voksne med DM1 for å kartlegge utfordringer tilknyttet DM1.
Nøkkelord	Cost of Illness*, Cross-Sectional Studies, Denmark, Diabetes Mellitus, Type 1 / psychology*, Diabetes Mellitus, Type 1 / therapy, Female, Glycated, Hemoglobin / analysis, Health Promotion, Humans, Hyperglycemia, prevention & control*, Hypoglycemia / prevention & control*, Language, Male, Middle Aged, Patient Compliance, Psychiatric Status Rating Scales, Quality of Life*, Reproducibility of Results, Self Care, Self Efficacy, Stress, Psychological / diagnosis*, Stress, Psychological / etiology
Metode	<ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativ studie • Tverrsnittundersøkelse • 2419 voksne deltakere med DM1 hvor 67% svarte • Undersøkelsen inneholdt elementer for kartlegging av faktorer som: <ul style="list-style-type: none"> • diabetes-relatert ubehag

	<ul style="list-style-type: none"> • Helserelatert livskvalitet • Diabetes-myndiggjøring • Utdanningsnivå • Etnisitet • Selvregulering av diabetes <ul style="list-style-type: none"> • Forsket på i flere land, samt minst en studie på DDS17 som er utført i Norge • Studien er utført i Danmark • DDS17 består av en spørreundersøkelse med 17 diabetes-relaterte utfordringer, og ser på effekten av andre spørreskjemaer og diabetes-myndiggjøring
Resultat & diskusjon	<ul style="list-style-type: none"> • DDS17 er et valid verktøy for kartlegging av diabetes-relaterte utfordringer i europa for pasienter med DM1 • Ved lav mestringsstro kan det være negativ innvirkning på daglig diabeteshåndtering • Kartleggingsverktøyet kan brukes for å målrette behandlingen for pasienter med DM1 • Høyt diabetesrelatert stress kan relatere til dårlig mestringsstro rundt sin diabetes, redusert blodsukkerkontroll, redusert livskvalitet og redusert psykisk helse • DDS 17 kan være et praktisk verktøy for å vurdere det psykososiale ubehaget tilknyttet voksne med DM1
Egne kommentarer	<p>Mange pasienter med DM1 har behov for hjelp til økt innsikt i problemområder. Av den grunn kan grundig kartlegging bidra til innsikt og forståelse. Uten kartlegging kan det bli svært utfordrende for sykepleieren å bidra med god veiledning slik at angst og depresjon reduseres og mestringsstro styrkes.</p>
Relevans for studien	<p>Denne artikkelen viser viktigheten av kartlegging i forhold til DM1, slik at sykepleieren bedre kan forstå pasientens utfordringer tilknyttet blodsukkerregulering. Økt forståelse gir grunnlag for god pasientrettet veiledning. Dette kan gi styrket mestringsstro hos den enkelte.</p>

4.1.4 Artikkelmatrise nr. 4

Tittel og link	The relationships among fear of hypoglycaemia, diabetes-related quality of life and psychological well-being in Norwegian adults with Type 1 diabetes.
Hensikt	Hensikten var å utforske assosiasjoner tilknyttet angst for hypoglykemi, livskvalitet tilknyttet diabetes og å sammenligne om angsten for hypoglykemi kan relateres til psykisk helse hos voksne med DM1
Nøkkelord	Diabetes-related quality of life, Fear of hypoglycaemia, Psychological well-being, Type 1 diabetes, Mediation analysis
Metode	<ul style="list-style-type: none">• Utført i Norge• Kvalitativ undersøkelse med 235 deltakere av 319 inviterte, 188 med komplett datasett.• Voksne fra 18-69 år med DM1• Medierende analyse ble brukt for å fastslå om diabetes-relatert livskvalitet samsvarte med sammenhengen mellom angst for hypoglykemi og psykisk velvære.
Resultat	<ul style="list-style-type: none">• Angsten for hypoglykemi hadde en nevneverdig betydning for livskvaliteten og den psykiske helsen tilknyttet DM1• Bekymringen for hypoglykemi hadde en stor betydning overfor den psykiske helsen, men angst for hyperglykemi hadde ikke det• Ved å målrettet redusere angst for hypoglykemi, kan det bli lettere for helsepersonell å tilby pasienttilpasset veiledning• Angst for hypoglykemi kan i større grad assosieres med redusert diabetesrelatert livskvalitet og psykisk velvære• Fokus på en angst for hypoglykemi i en klinisk kontekst kan bidra med å styrke livskvalitet og psykisk velvære for pasienten• Å redusere angst er en potensiell fordel for pasientens helse, fordi dårlig psykisk helse kan assosieres med en redusert tro på egne funksjonelle evner og kan derfor redusere egen mestringstro

Egne kommentarer	Ved at sykepleieren har kunnskap og innsikt i psykiske helseutfordringer hos pasienter med DM1, kan dette bidra til å redusere angst og depresjonssymptomer. Gjennom pasientmedvirkning kan sykepleieren og pasienten sammen fokusere på hvilken veiledning som er best i forhold til bekymringer pasienten måtte ha i forhold til sin DM1, noe som igjen kan styrke mestringstro.
Relevans for studien	Ved tillitsskapende arbeid mellom sykepleier og pasient, kan veiledning tilpasses slik at angst og depresjon reduseres og mestringstro styrkes.

4.1.5 Artikkelmatrise nr. 5

Tittel og link	Continuous glucose monitoring in adults with type 1 diabetes: A balance between benefits and barriers: A critical incident study.
Hensikt	Hensikten er å se på positive og negative aspekter tilknyttet bruken av kontinuerlig glukosemåler (KGM) hos voksne med DM1, og hvordan de håndterer situasjonen
Nøkkelord	adults, continuous glucose monitoring, critical incident technique, diabetes self-management, empowerment, interview, qualitative method, type 1 diabetes
Metode	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ undersøkelse med 23 voksne med DM1 • Består av både aktive og tidligere brukere av KGM • Pasienter fra 4 forskjellige poliklinikker • Individuelle intervjuer
Resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientene opplevde at det var fordeler og barrierer ved bruk av KGM • Bruken av KGM påvirket hverdagen både positivt og negativt • En KGM hadde oftere en positiv innvirkning på selvreguleringen av DM1

	<ul style="list-style-type: none"> • KGM tilrettela ofte for en bedre hverdag og økte tilfredsheten med behandlingen • En KGM kan også være krevende og utfordrende
Egne kommentarer	At sykepleieren innehar kunnskap om forskjellige typer behandlingshjelpemidler kan bidra til god veiledning da dette kan gi pasienten følelse av kontroll og valgmuligheter. Pasienten kan da finne ut av hvilke behandlingshjelpemidler som passer best. Dette kan bidra til å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro.
Relevans for studien	Sykepleieren bør ha best mulig kunnskap om forskjellige behandlingshjelpemidler som DM1-pasienter kan benytte. Da kan god veiledning gis og pasienten står overfor reelle valg og kan finne behandlingshjelpemidlet som vil passe hen best.

4.2 Resultatpresentasjon

Pasienter med DM1 kan oppleve angst og depresjon og redusert mestringstro tilknyttet diagnosen. Ved å kartlegge pasientens diabetesrelaterte utfordringer kan det bli lettere å implementere målrettede tiltak for selvregulering av blodsukkeret, og sykepleierne får et bedre utgangspunkt for å veilede pasienten til styrket mestringstro (Joensen, Tapanger og Willaing, 2013). Diagnosen kan føre til en vanskelig hverdag på mange måter, i tillegg til sårbarhet rundt ansvaret ved selvregulering. Det å mobilisere pasientens egne ressurser og samtidig konstruktivt veilede pasienten til å overkomme egen problematikk tilknyttet DM1, mener pasienten selv har hatt en positiv innvirkning på behandlingen (Minet *et al.*, 2011). Ved bruk av motiverende intervju blir pasienten selv satt ansvarlig både i egen diagnose og hvordan hen selv kan styrke sin mestringstro. Samtidig tilbyr sykepleieren en konstruktiv veiledning. Noe som kan bidra til en vanskelig hverdag for pasienter med DM1 er angst for hypoglykemi (Strandberg *et al.*, 2016). Dette kan føre til manglende selvregulering, og kan svekke den psykiske helsen som igjen påvirker pasientens mestringstro. Sykepleieren må da tilpasse veiledningen slik at pasienten føler seg mer komfortabel med diagnosen. En sykepleier må også kunne være fleksibel og holde seg oppdatert på nye veiledningsteknikker (Kolltveit *et al.*, 2014). Ved å utvikle sin faglige relasjonskompetanse opplevde sykepleierne at de bedre kunne nå sine pasienter. Sykepleierne må også ha god oversikt over alternativene

pasientene har innen medisiner og medisinsk utstyr. Det å forstå fordeler og ulemper ved en KGM-løsning for pasienten er viktig for sykepleierne som jobber med diabetes daglig (Sørgård, Iversen og Mårtensson, 2019). De kan dermed møte pasientenes behov og veilede dem tilstrekkelig, slik at behandlingen blir bedre for pasientene og kan bidra til styrket mestringstro.

De vitenskapelige artiklene som danner litteraturstudien består av en god variasjon av temaer for å drøfte hva som kan ha en positiv og negativ innvirkning på angst og depresjon, og hva som kan bedre mestringstroen hos pasienter med DM1. For å bedre mestringstro hos voksne pasienter med selvregulerende DM1 er det mange faktorer som spiller inn. De variablene som vil bli løftet opp til drøfting handler om kartlegging, psykiske utfordringer, sykepleiefaglig veiledning, forskjellige behandlingshjelpemidler som KGM, insulinpumpe og insulininjeksjoner, og dialog mellom pasient og sykepleier i form av motiverende intervju som metode. Spørsmålet er hvordan sykepleierens veiledende funksjon kan bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med DM1 kan få styrket mestringstro.

5.0 Drøfting

Problemstillingen som skal besvares er: Hvordan kan sykepleierens veiledende funksjon bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienter med diabetes mellitus type 1 kan få styrket mestringstro.

For å kunne drøfte problemstillingen vil det i dette kapittelet benytte teoridelen, pensumlitteratur, faglitteratur, vitenskapelige artikler og internett benyttes. Dette for å drøfte psykiske utfordringer ved diabetes mellitus type 1, motiverende intervju som metode for veiledning, kartlegging, sykepleiefaglig veiledning, forskjellige behandlingshjelpemidler som KGM, insulinpumpe og insulininjeksjoner, og hvordan disse temaene kan bidra til å redusere angst og depresjon samt styrke mestringstro hos pasienter med DM1. Videre vil kildekritikk, avsluttende drøfting og innovasjon i fag- og tjenesteutvikling presenteres, etterfulgt av en konklusjon.

5.1 Psykisk helse, bakgrunnsforståelse og tilrettelegging av sykepleiefaglig veiledning

Å leve med DM1 kan oppleves overveldende for mange (Christophersen, 2018). DM1 er en komplisert sykdom som preger hele pasientens eksistens og kan derfor føre til angst,

depresjon og svekket mestringstro (Hummelvoll, 2012). Travelbee (1999) definerer psykisk helse som en følelse av å ha det bra eller dårlig og som kan variere i intensitet og varighet. Hvis ikke pasienten får hjelp til å håndtere angst og depresjon, kan de ende opp i destruktive handlinger, ubehag og/eller utfordringer. For å forebygge angst og depresjon og for å styrke mestringstro vil det derfor være nyttig for sykepleieren å skape et menneske-til-menneske forhold som betyr at sykepleieren må ha evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999). Dette forholdet baseres på erfaringer og meningsutvekslinger mellom sykepleier og pasient (Brinchmann, 2016).

DM1 oppleves forskjellig hos hver enkelt som rammes (Christophersen, 2018). Noen kan ha en problematisk bakgrunn med svekkede ressurser, slik at de føler DM1 er utenfor deres kontroll. Andre kan ha utfordringer med å forholde seg til at de må leve med DM1 resten av livet. Tveiten (2019) skriver at det er essensielt for veiledning at sykepleieren har kunnskap om DM1 og psykisk helse for å kunne gi pasienten riktig og objektiv veiledning. Grundig kartlegging, veiledning og bruk av MI viser viktigheten av at sykepleieren må behandle hver enkelt pasient individuelt. Lode (2016) skriver at pasienter som føler de har sterk mestringstro har bedre forutsetninger for å kunne omstille seg når det er nødvendig for å fremme egen helse, enn de som har svekket mestringstro. Sykepleieren bør bruke seg selv terapeutisk, ha kunnskap og forståelse og ha evne til å benytte seg av dette i praksis (Brinchmann, 2016).

5.2 Motiverende intervju som metode for veiledning

MI ser ut til å fungere godt i møte med pasienter med risikofylte og helserelevante utfordringer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Både MI og sykepleiefaglig veiledning retter seg mot å styrke mestringstro hos pasienten ved bruk av humanistiske verdier og kunnskap (Tveiten, 2019). For å kunne bidra til å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro hos pasienter med DM1 bør elementer hentet fra MI benyttes (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018).

MI baseres på samhandling mellom sykepleieren og pasienten, såkalt pasientmedvirkning, der pasientens egen motivasjon, ressurser og vilje til endring utforskes. På denne måten kan pasientens integritet, verdighet og medbestemmelsesrett ivaretas.

Minet *et al.* (2011) peker mot at det å aktivisere pasienten i egen behandling, med MI som metode, har en positiv effekt. Det å sørge for at pasienten føler hen har en meningsfull og

positiv innvirkning på egen behandling kan bidra til å styrke mestringstro (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2018). Dette kan bidra til at pasienten kan overføre den tilegnede kunnskapen til sin hverdag og dermed få bedre kontroll over sin DM1. Intervensjonsstudiet til Minet *et al.* (2011) viser til at flere pasienter følte at de hadde en positiv opplevelse ved å mobilisere egne ressurser, og at de kunne overkomme egne utfordringer tilknyttet DM1. Dette viser til at sykepleieren kan ha en positiv innvirkning tilknyttet mestringstro hos pasienten.

Kolltveit *et al.* (2014) mener at sykepleiere kan nå sine pasienter bedre ved å etablere profesjonell relasjonskompetanse. Det å prøve å sette seg inn i pasientens situasjon kan forbedre relasjonen mellom pasienten og sykepleieren, og dette kan føre til at det blir lettere å anerkjenne utfordringene pasienten opplever og gjøre det lettere å bistå med løsninger. Det at sykepleier og pasienten samarbeider kan redusere terskelen for å snakke sammen og samtidig utvikle veiledningsgrunnlaget, slik at man sammen kan styrke pasientens mestringstro og bidra til å redusere angst og depresjon. Kolltveit *et al.* (2014) utforsker en type rolleendring fra en tradisjonell sykepleier til en sykepleier som tar på seg oppgaver som rådgiver og kan aktivere pasientens egne ressurser. For å kunne mestre en så krevende diagnose pasienten ikke kan ta pause fra, har man som sykepleiere potensielt nytte av å fokusere på pasientens psykiske helse i tillegg til det somatiske. Det er viktig å se hele mennesket og ikke bare en diagnose.

For å kunne imøtekomme pasientens behov er det nødvendig at sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk (Brinchmann, 2016). Behandlingen er terapeutisk når den kan bidra til å redusere angst og depresjon og bidra til at pasientens mestringstro styrkes (Travelbee, 1999).

5.3 Kartlegging for å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro

Å leve med DM1 kan påvirke mange aspekter i livet og det kan oppleves overveldende for pasienten å skulle ivareta sin psykiske helse. Travelbee (1999) definerer psykisk helse som en følelse av å ha det bra eller dårlig som kan variere i styrke, intensitet og varighet. Hvis ikke sykepleieren hjelper pasienten med å håndtere vanskelige følelser, kan de utvikle seg og ende opp i destruktive handlinger, ubehag og/eller utfordringer. Ved grundig kartlegging kan problemer synliggjøres, noe som gjør behandlingen målrettet og individuell. Alle pasienter innehar en eller annen form for indre ressurser (Rotegård, Solhaug og Grov, 2015). Ved at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og tilrettelegger for at pasienten blir bevisst sine

indre ressurser kan pasienten motiveres til å få lyst til å mobilisere egne krefter og å ta kontroll over utfordringer tilknyttet sin DM1 (Brinchmann, 2016).

Joensen, Tapanger og Willaing (2013) utforsker og beskriver nytteverdien av dansk modifisering av DDS17. Det legger et godt grunnlag for videre veiledning og for hva man må ta tak i for å styrke mestringstro. Lode (2016) skriver at pasienter med indre kontroll og mestringstro har bedre forutsetninger for å omstille seg som nødvendig for å fremme helse enn pasienter med lavere grad av mestringstro. Dersom man klarer å styrke mestringstro vil dette øke potensialet for å redusere angst og depresjon i forhold til utfordringer tilknyttet DM1, som for eksempel føling. Strandberg *et al.* (2016) skriver at DM1 kan føre til mange utfordringer som må kartlegges, som følelsen av at DM1 tar all fysisk og psykisk energi hver eneste dag, følelsen av manglende forståelse fra helsepersonell og eget nettverk om hva det vil si å leve med DM1 og følelsen av å ikke ha kontroll. Joensen, Tapanger og Willaing (2013) mener at kartleggingsgrunnlaget for følelsesmessige, psykiske og regimerelaterte utfordringer, og selve diagnosen, kan være et viktig steg for å styrke mestringstroen. Strandberg *et al.* (2016) mener at god kartlegging, ved hjelp av pasientmedvirkning, kan være et steg for å sørge for målrettet og individuell behandling. Det at sykepleieren benytter seg selv terapeutisk, kan bidra til å redusere sjansen for at DM1 pasienter utvikler angst og depresjon. Dette kan ha positiv effekt på pasientens mestringstro. Lode (2016) skriver at alle pasientene har forskjellige personlighetstrekk som avgjør hvordan de håndterer sykdom. Grunnlaget baseres på pasientens tidligere erfaringer med sykdom og på hvilke ressurser pasienten innehar. Lode (2016) mener at dette er grunnlaget for personlig utvikling, uavhengig av om erfaringene er gode eller dårlige, og at det forteller noe om pasientens evne til å håndtere utfordringer.

Joensen, Tapanger og Willaing (2013) sin forskning av DDS 17 viser til at over halvparten av studiegruppen føler at DM1 tar for mye av deres psykiske og fysiske energi. De føler på sinne og depresjon ved at de må leve med DM1 og at sykdommen kontrollerer livet deres. De føler at å måtte leve med DM1 resten av livet er overveldende (Grotdal, 2018). Denne følelsen bekreftes også av både Haug (2017), Christophersen (2018) og Travelbee (1999).

Føling er en tilstand som fører til flere variabler (Strandberg *et al.*, 2016). Mange har angst for å få føling, slik at de foretrekker å holde blodsukkeret høyt i stedet. Som sykepleier er det viktig at man bruker seg selv terapeutisk ved å veilede pasienten for å sammen finne en måte pasienten kan håndtere angsten for føling. Dette kan føre til at pasienten opplever styrket mestringstro både i forhold til DM1 og psykisk helse. Ved at sykepleieren har fokus på god

veiledning tilknyttet angst for føling, reduseres sannsynligheten for angst og depresjon fordi pasientens psykiske helse blir bedret.

Angst for føling kan også føre til at matinntaket økes unødvendig mye (Haug, 2017). Dette kan føre til opprettholdelse av hyperglykemi som kan lede til senkomplikasjoner, som kan få alvorlige konsekvenser.

Hvis sykepleieren, gjennom pasientmedvirkning, tilrettelegger for langvarige, gode strategier og mål kan sykepleier og pasient sammen forbedre opplevelsen av utfordringene. Her må sykepleieren bevisst benytte sin kunnskap for å bidra til positiv forandring hos pasienten (Travelbee, 1999). For å klare det må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk og være villig til å ha en åpen dialog slik at pasienten føler seg delaktig og i kontroll over behandlingstiltak og utviklingen som angår hen (Brinchmann, 2016). Grov og Holter (2015) sier at ved å kartlegge strategier sammen med pasienten, såkalt pasientmedvirkning, aktiveres pasienten til å tenke og planlegge selv. Dette kan bidra til at pasienten føler at hen kan kontrollere både sin DM1 og sin egen tilværelse, noe som kan bidra til å redusere angst og depresjon og å styrke mestringstro.

5.4 Veiledning for å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro

Denne bacheloroppgaven baserer seg på individuell veiledning etter pasientens behov og ønsker. For at pasienter med DM1 skal kunne oppleve redusert angst og depresjon og styrket mestringstro er veiledning, ved bruk av MI med pasientmedvirkning i fokus, viktig (Tveiten, 2019). Når pasienten, under veiledning, opplever å få styrket mestringstro vil det bety at kunnskap, holdninger og følelser blir forsterket gjennom refleksjon, bevisstgjøring og fokusering på pasientens problemområder. Det er essensielt at sykepleieren har kunnskap om DM1 og om hvordan angst og depresjon kan svekke mestringstro. Dette for å kunne gi pasienten riktig og objektiv veiledning (Tveiten, 2019).

Det er mange hensyn sykepleieren må ta for å kunne imøtekomme pasientens behov, og kunne gi målrettet veiledning. Noen hensyn kan være hvordan angst og depresjon påvirker mestringstro, evne og vilje til forandring og samarbeidsvilje (Lode, 2016). Andre hensyn kan være bakgrunn, kulturforskjeller og kulturelle barrierer.

Minet *et al.* (2011) fokuserer på tre temaer for å kunne forstå pasientens daglige utfordringer: Å selvregulere sin DM1, å etablere en egen kontroll og å bygge opp et støttende nettverk.

For at sykepleieren skal kunne forstå pasientens utfordringer, må pasienten og sykepleieren sammen kartlegge og drøfte problemområdene slik at sykepleieren kan bidra med veiledning som er nyttig for akkurat denne pasienten. Her må sykepleieren kunne bruke seg selv terapeutisk (Brinchmann, 2016).

DM1 kan føre til drastiske endringer i hverdagen, som at man ikke kan spise når man vil men når man må. Det er en konstant tilpasning å lære seg å sette riktig insulindose til måltidene slik at ikke feilvurderinger kommer i veien for de dagligdagse rutinene pasienten foretrekker. Insulinberegningen vil noen ganger feile. Her må sykepleieren bruke seg selv terapeutisk og hen må vise forståelse og betrygge pasienten på at dette er et vanlig problem, slik at pasienten ikke føler de gjør noe galt når de ikke mestrer selvregulering. En slik veiledning bidrar til pasientmedvirkning, slik at pasienten føler seg involvert i behandling av egen sykdom. (Lode, 2016). Noen pasienter krever større endringer enn andre. Dette gjør at all sykepleie må tilpasses hver enkelt (Eriksen, 2015). Her vil sykepleieren ha nytte av å skape tillit i et menneske - til - menneske forhold og bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999), (Brinchmann, 2016). Christophersen (2018) sier at det å leve med DM1 ikke handler om en total endring, men om å kunne tilpasse seg slik at pasienten opplever å få en balanse hvor både DM1 og livet generelt får plass. Dette kan bidra til å styrke mestringstro slik at angst og depresjon reduseres.

Kosthold er en viktig del av selvregulering (Minet *et al.*, 2011). Pasienten selv kan tro hen har et sunt og riktig kosthold i forhold til å holde blodsukkeret stabilt, men det er ikke alltid at dette stemmer. I veiledning med pasienten bør sykepleieren ha kunnskap om kosthold for å kunne bidra med råd. Pasienten kan også henvises til ernæringsfysiolog hvis hen ønsker det. Det kan være vanskelig for pasienten å inneha kunnskap om hva som er et bra og dårlig kosthold i forhold til blodsukkerregulering og insulinberegning. Tidene har forandret seg og i dag er det ikke lengre snakk om diabeteskost. I dag kan pasienten spise hva hen vil, for det handler ikke lengre om hva man spiser, men om hvordan man beregner insulindosene så korrekt som mulig i forhold til det man måtte ønske å innta.

Minet *et al.* (2011) sin studie viste også til balanse som et viktig moment. Om pasienten skulle gjøre noe usunt, så måtte hen gjøre noe sunt i tillegg. Målet var å kunne gi en individuell veiledning slik at behandlingen passet inn i hver enkeltes sosiale og private liv. Som sykepleier, i samhandling med pasienten, er det viktig at sykepleieren viser forståelse for hvordan akkurat denne pasientens DM1 preger hverdagen og livet. Mestringstro er et viktig aspekt for å få kontroll over blodsukker og insulinregulering. Sykepleieren kan, ved å bruke seg selv terapeutisk, tilpasse hver enkelt pasients gode og jevne rutiner, og dermed bidra til styrket mestringstro og redusert angst og depresjon. Kan sykepleieren, gjennom pasientmedvirkning, klare å finne en god balanse mellom behandling og hverdag så kan dette føre til en bærekraftig livsstil. God veiledning kan bidra til å gjøre DM1 til en mer normal og trygg del av hverdagen uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Dersom sykepleieren og pasienten sammen oppnår dette så kan det bidra til å styrke pasientens mestringstro og redusere angst og depresjon. Pasienten vil kunne få en opplevelse av å ha kontroll over sin DM1, noe som kan redusere mellomrommet mellom pasienten og hans DM1.

Nettverket kan være en stor og betydningsfull del av hverdagen til pasienter med DM1 (Minet *et al.*, 2011). Sykepleieren bør, med god veiledning, motivere pasienten til å ha en åpen og god kommunikasjon med sitt nettverk. Dette fordi pasienten skal kunne føle seg trygg. Det å vite at eget nettverk har innsikt og kunnskap om DM1 bidrar til at pasienten med DM1 kan føle seg hørt, akseptert og ivaretatt, noe som kan redusere angst og depresjon og styrke mestringstro.

5.5 Forskjellige behandlingshjelpemidler: KGM, insulinpumpe og insulininjeksjoner

Selvregulering er den største utfordringen med DM1 (Haug, 2017). Kosthold og beregning av doser er noe pasienten må håndtere på egen hånd. For å kunne håndtere selvregulering må pasienten være motivert og ha mestringstro. Det betyr at både kunnskap og følelser er koblet til denne utfordringen. Sørgård, Iversen og Mårtensson (2019) mener at bruk av KGM kan bidra til å redusere angst og depresjon, slik at pasienten får en påvist bedre hverdag. Et annet alternativ for blodsuktermåling er stikking i fingren, for å hente blod. For å ha god kontroll blir det mange stikk i fingrene i løpet av dagen (Christophersen, 2018). Det kan oppleves som tidkrevende og ubehagelig å måtte måle blodsukkeret i åpne, sosiale rom. Ved bruk av KGM setter man en sensor på kroppen som enten scannes via mobil eller et eget apparat automatisk (Diabetesforbundet, 2023). Bruk av KGM kan bidra til at pasienten føler seg mer komfortabel

med å kontrollere blodsukkeret uavhengig av hvor hen måtte befinne seg (Sørgård, Iversen og Mårtensson, 2019).

Angsten for føling kan også reduseres da pasienten kan benytte seg av en alarmfunksjon som varsler om at pasienten er på vei til å få for lavt eller høyt blodsukker, uten at pasienten merker det selv (Diabetesforbundet, 2023). KGM samler data og fører frem til et datasett som er nyttig både for sykepleieren og pasienten i veiledning. Dette kan bidra til å styrke mestringstro, skape trygghet og redusere angst og depresjon ved at pasienten kan føle hen har mer kontroll selv (Sørgård, Iversen og Mårtensson, 2019).

Behandlingshjelpemidler som brukes av pasienter med DM1 for å innta insulin er insulinpumpe eller insulininjeksjoner (Diabetesforbundet, 2023). Sykepleieren må ha kunnskap om fordeler og ulemper med forskjellige behandlingshjelpemidler og må kunne vise forståelse for utfordringer og hva dette kan innebære for pasientens psykiske helse. Travelbee (1999) definerer psykisk helse som en følelse av å ha det bra eller dårlig. Hvis sykepleieren ikke hjelper pasienten med å håndtere vanskelige følelser, kan de utvikle seg og ende opp i destruktive handlinger, ubehag og/eller utfordringer. Kan sykepleieren bidra til at pasienten opprettholder eller får styrket sin mestringstro, så gir dette pasienten en økt sjanse til å jobbe fremtidsrettet for å bedre sin egen situasjon og få en følelse av kontroll.

I møte med DM1-pasienter er det viktig at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk (Brinchmann, 2016) At sykepleieren har kunnskap om de forskjellige behandlingshjelpemidlene kan bidra til å gjøre livet til pasienter med DM1 enklere fordi det danner et grunnlag for videre drøfting av muligheter med lege. At pasienten føler hen står overfor frie og nyttige valg, ved pasientmedvirkning, og kan bestemme selv hva som passer best akkurat for hen, kan bidra til styrket mestringstro. Ifølge Travelbee (1999) står pasienten overfor valg og konflikter. Hun mener vi er ansvarlige for de valgene vi tar, og konsekvensene av dem videre i livet. Ved at sykepleieren veileder og inviterer pasienten til å delta aktivt i drøfting av muligheter, kan pasienten føle mindre angst, noe som kan styrke mestringstro (Brinchmann, 2016). Lode (2016) sier at opplevelsen av mestringstro og kontroll er viktige faktorer som påvirker pasientens helseadferd. Dette kan føre til at pasienten får økt forståelse for at hen selv har ansvar for å kunne tilpasse seg og leve godt med DM1.

5.6 Kildekritikk

For å kunne besvare bacheloroppgavens problemstilling er relevant litteratur blitt benyttet, hovedsakelig gjennom pensumlitteratur og faglitteratur. I tillegg er det benyttet noen artikler hentet fra internett og vitenskapelige artikler. Da det finnes lite pensumlitteratur og faglitteratur spesifikt knyttet til psykisk helse og DM1, kan dette gjøre at oppgaven oppleves noe generell og snever. Oppgaven kan også romme feiltolkninger av litteratur som er benyttet da den kan ha blitt oppfattet feil slik at den ikke samsvarer helt med det forfatteren mener.

De vitenskapelige artiklene er hentet fra primærkilder der det blir stilt krav om form og innhold i tidsskriftet de blir publisert i. Artiklene gjennomgår en fagfellevurdering som betyr at de blir vurdert og kvalitetssikret av spesialister på fagområdet (Dalland, 2007). Fire av de fem utvalgte artiklene er kvalitative da det har vært vanskelig å finne kvantitative artikler med relevans til problemstillingen. Kvantitative artikler inneholder faktakunnskap, mens kvalitative artikler baseres på studiedeltagernes meninger, opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2015). At fire av fem artikler er kvalitative kan sees på som en svakhet da oppgaven i hovedsak baseres på studiedeltagernes subjektive opplevelser, men siden oppgavens problemstilling handler om angst, depresjon og mestringstro i forhold til DM1, kan dette også være en fordel da det er pasientrettet veiledning som er i fokus i denne bacheloroppgaven.

5.7 Avsluttende drøfting og innovasjon i fag- og tjenesteutvikling

Det at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og retter fokus mot psykisk helse, som det til nå har vært lite fokus på, kan bidra til innovasjon og styrking av sykepleierens veiledende funksjon. Dette kan bidra til å styrke mestringstro og redusere angst og depresjon hos pasienter med DM1. Ved å kartlegge pasientens diabetesrelaterte utfordringer og behov vil målrettet sykepleierfaglig veiledning ha et større potensial for å tilpasses pasienten. Ved å tilpasse behandlingshjelpemidler kan dette bidra til å styrke mestringstro og redusere angst og depresjon hos pasienter med DM1.

6.0 Konklusjon

For å konkludere er det mange faktorer som bestemmer hvorvidt en pasient klarer å redusere angst og depresjon og å styrke sin egen mestringstro. Det å skape en god og grundig kartlegging gjør det enklere for både pasient og sykepleier å legge en videre behandlingsplan.

Det er ikke alltid at pasienten selv er klar over egne utfordringer, men disse kan synliggjøres ved å bruke forskjellige kartleggingsverktøy som for eksempel DDS17. Dette kan gjøre det lettere å aktivisere pasienten i egen behandling som kan bidra til å styrke mestringstro å redusere angst og depresjon. Ved pasientmedvirkning i veiledning bidrar man til at pasienten blir mer bevisst på egne ressurser og mål, noe som kan bidra til å styrke pasientens mestringstro. Samtidig tilegner pasienten seg potensielt nyere kunnskap om sin diagnose. Det å knytte pasientens egne ressurser opp mot diagnosen kan føre til at pasienten er tryggere på sin DM1, noe som kan bidra til å styrke mestringstro. Det å aktivisere pasienten i egen diagnose med for eksempel MI, kan gjøre at pasienten overvåker og regulerer blodsukkeret sitt uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Det å benytte nye veiledningsteknikker som sykepleier, er viktig for å øke bredden av pasienter man kan hjelpe med å styrke mestringstroen og redusere angst og depresjon. Åpenhet om DM1 kan føre til at pasienten snakker om diagnosen i sitt nettverk. Dette kan skape en trygghet og støtte for pasienten, noe som kan redusere angst og depresjon og styrke mestringstro. Hvis pasienten har angst for hypoglykemi, vil blodsukkerregulering muligens neglisjeres, og dermed risikerer pasienten å ha et vedvarende høyt blodsukker. Dette kan føre til alvorlige konsekvenser. Det er derfor viktig at sykepleieren har evne til å bruke seg selv terapeutisk og vise empati, da dette er nyttig i forhold til veiledning tilknyttet angst for både hypoglykemi og hyperglykemi. Dette kan bidra til at pasienten er tilstrekkelig informert over konsekvenser av begge problemstillinger. En potensiell løsning på dette problemet kan være å introdusere pasienten for en KGM slik at pasienten klarer å etablere bedre kontroll ved å ha konstant overvåkning av blodsukkeret. Dette kan bidra til å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro. Samtidig får både pasienten og sykepleieren et håndfast og synlig datasett så lenge pasienten velger å vise det til sykepleieren. For å forhindre at pasienten blir redd for å vise KGM-ens datasett grunnet mindre optimal selvregulering, må det lages gode rammer som får pasienten til å føle seg trygg på at det er bedre å vise datasettet uavhengig av resultatene. Da kan man sammen lage en behandlingsplan som passer pasienten og også forbedre selvreguleringen. Det endelige målet er å styrke mestringstroen og redusere angst og depresjon hos pasienter med DM1.

Denne litteraturstudien har satt søkelyset på flere faktorer som kan bidra til å redusere angst og depresjon og styrke mestringstro hos pasienter med DM1. Det er sykepleierens ansvar å ha kunnskap om disse faktorene slik at hen kan aktivisere og veilede pasienten til å styrke sin mestringstro slik at angst og depresjon reduseres.

Litteraturliste

Aveyard, HH. (2007) *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide*.

1. Utg. England: Open university press.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), s. 122– 147. [DOI: 10.1037/0003-066X.37.2.122](https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122)

Brinchmann, B.S. (2016) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Christophersen, Y., (2018) *Mestring av livet med diabetes : type 1*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (2007) *Metode i oppgaveskriving for studenter*. 4.Utg. Oslo: Gyldendal Akademiske

Diabetesforbundet (2021a) *Forskning på kur*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/forskning-pa-kur/> (Hentet 06.11.2023)

Diabetesforbundet (2021b) *Hverdagsmestring*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/livet-med-diabetes-type-1/hverdagsmestring/#:~:text=Et%20godt%20utgangspunkt%20for%20%C3%A5,du%20hjelp%20og%20st%C3%B8tte%20til.> (Hentet: 08.11.2023)

Diabetesforbundet (2021c) *Utvikler sensor på størrelse med et riskorn*. (Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/mer/nyheter-om-diabetes/nyheter-2021/sensor-pa-storrelse-med-et-riskorn/>) (Hentet: 03.11.2023)

Diabetesforbundet (2022a) *Kontroller og oppfølging i spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/oppfolging-i-spesialisthelsetjenesten/> (Hentet: 8.11.2023)

Diabetesforbundet (2023) *Insulinpumper og sensorer*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/insulinpumper-og-sensorer/>. (Hentet: 03.11.2023)

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 887-905.

Folkehelseinstituttet (2020) *Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/> (Hentet 22.10.2023)

Grotdal, S. (2018) *Depresjon gjør diabetesen vanskeligere*. Tilgjengelig fra: <https://www.diabetes.no/om-oss/nytt-fra-forbundet/2016/depresjon-gjor-diabetesen-vanskeligere/> (Hentet: 08.11.2023)

Grov, E. K. og Holter, I. M. (2015) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg? , i Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 27-34.

Haug, J. (2017) *Diabetespsykologi: samspillet mellom kropp og sinn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Joensen, L. E., Tapager, I. og Willaing, I. (2013) Diabetes distress in Type 1 diabetes--a new measurement fit for purpose, *Diabetic medicine*, 30(9), s. 1132-1139.

DOI: [10.1111/dme.12241](https://doi.org/10.1111/dme.12241)

Kolltveit *et al.* (2014) Experiences of Nurses as They Introduce the Guided Self-Determination (GSD) Counselling Approach in Outpatient Nurse Consultations among People with Type 1 Diabetes, *Nordic journal of nursing research*, 34(2), s. 22-26.

DOI: [10.1177/010740831403400205](https://doi.org/10.1177/010740831403400205)

Lode, K (2016) Mestring, i Knutstad, U. (red.) *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s, 40-54.

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?, i Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 119-141.

Minet L. K. R., Lønvig, E. M., Henriksen, J. E. og Wagner, L. (2011) The experience of living with diabetes following a self-management program based on motivational interviewing, *Qualitative Health Research*, 21(8), s. 1115-1126.

DOI: [10.1177/1049732311405066](https://doi.org/10.1177/1049732311405066)

Rotegård, A. K., Solhaug, M. og Grov, E. K., (2015) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 244-268.

Sand *et al.* (2018) *Menneskekroppen : fysiologi og anatomi*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2018) *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.

Strandberg *et al.* (2016) The relationships among fear of hypoglycaemia, diabetes-related quality of life and psychological well-being in Norwegian adults with Type 1 diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 124, s. 11-19. DOI: [10.1016/j.diabres.2016.12.018](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.12.018)

Sørgård, B., Iversen, M. M. og Mårtensson, J. M. (2019) Continuous glucose monitoring in adults with type 1 diabetes: A balance between benefits and barriers: A critical incident study, *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), s. 3318-3329. DOI: [10.1111/jocn.14911](https://doi.org/10.1111/jocn.14911)

Thidemann, I. J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt fra *Interpersonal aspects in nursing* av Thorbjørnsen, K.M. 1. Utg. Oslo: Universitetsforlaget

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2019) *Veiledning : - mer enn ord*. 5. Utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Wyller, V. B. B. (2014) *Syk : mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin : B.2 : Syk 2 : kapittel 12-24*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

