



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKH390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-11-2022 12:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	08-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKH390 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	334
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7518
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	6
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	323

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Mestring av psykiske problemer hos ungdom  
med diabetes type 1

Coping with mental health problems in  
adolescents with type 1 diabetes

Kandidatnummer: 323 og 334

Bachelor Sykepleie

Høgskulen på Vestlandet

08.12.2022

Antall ord: 7518

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet*, § 12-1.

## Sammendrag

<b>Bakgrunn</b>	For lite kunnskap og fokus på tema.
<b>Problemstilling</b>	Hvordan kan sykepleier bidra til at ungdom bedre mestrer psykiske problemer relatert til diabetes type 1 (DT1)?
<b>Hensikt</b>	Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap og kompetanse om hvordan sykepleier kan bidra til at ungdom med DT1 kan mestre de psykiske problemer som kan følge med sykdommen.
<b>Metode</b>	Metoden baseres på en litteraturstudie. Forskningsartikler, pensumlitteratur og andre skriftlige kilder er blitt innhentet og analysert, som kan belyse problemstillingen.
<b>Funn</b>	Gjennom riktig gitt og tilpasset informasjon, sosial støtte og omsorg og aksept som mestringsstrategi, vil sykepleier kunne bidra til å redusere de psykiske problemer som følger DT1.
<b>Konklusjon</b>	Funn viser at informasjon kan gi forutsigbarhet, trygghet og kontroll. Viktig at sykepleier fremmer ungdommen sine positive erfaringer, og har fokus på hva de mestrer. Sosial støtte kan på denne måten bidra til at ungdom opprettholder et positivt selvbilde. Sykepleier har også en sentral rolle med å fremme aksept som mestringsstrategi, som igjen kan bidra til at ungdommen bedre tilpasser seg den nye livssituasjonen med DT1.

## Abstract

<b>Background</b>	Minimal knowledge and focus on the topic.
<b>Issue</b>	How can nurses contribute to adolescents better coping with mental health issues related to diabetes type 1 (DT1)?
<b>Aim/ purpose</b>	The purpose of this paper is to gain more knowledge about how nurses can contribute to adolescents with DT1, being better able to cope with the mental health challenges that might accompany the illness.
<b>Method</b>	The method is based on a literature review. Research articles, curriculum literature and other analyzed written sources, which can support and explore the issue.
<b>Result</b>	Through accurate and customized information, social support and care, and accept with coping strategy, will we be able to reduce the mental health problems that follow DT1.
<b>Conclusion</b>	Findings show that information can provide predictability, security and control. It is important for nurses to promote the adolescent's positive experiences and maintain a focus on what they are mastering. Social support can in this way contribute to maintaining a positive self-image. Nurses also have a central role in promoting acceptance as a coping strategy, which can contribute to the adolescents better adapting to the new life situation with DT1.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	6
1.2 TEORIDEL	6
1.2.1 Aaron Antonovsky	6
1.2.2 Diabetes type 1	8
1.2.3 Mestring og mestringsstrategier	8
1.2.4 Sykepleier funksjonen	8
1.2.5 Pasient- og brukerretighetsloven	9
1.2.6 Haviks kontrollmodell	9
1.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	10
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	10
<b>2.0 METODE</b>	<b>11</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	11
2.2 SØKEORD OG DATABASER	11
2.3 METODEKRITIKK	14
2.4 FORSKNINGSETIKK	15
<b>3.0 ANALYSE</b>	<b>16</b>
<b>3.1 ANALYSEMÅTE</b>	<b>17</b>
3.2 ANALYSE AV HOVEDFUNN	19
3.2.1 Informasjon	19
3.2.2 Sosial støtte og omsorg	20
3.2.3 Aksept	21
<b>4.0 RESULTATER OG FUNN</b>	<b>22</b>
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLENE	22
4.1.1 Fröh et al., 2021	22
4.1.2 Mulyasari et al., 2019	22
4.1.3 Corbett & Smith, 2020	23
4.1.4 Caylan & Altay, 2017	24
4.1.5 Mitra et al., 2018	24
<b>5.0 DISKUSJON</b>	<b>26</b>
5.1 RIKTIG GITT OG TILPASSET INFORMASJON	26
5.2 SOSIAL STØTTE OG OMSORG	28
5.3 AKSEPT SOM MESTRINGSSTRATEGI	31
<b>6.0 KONKLUSJON</b>	<b>33</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b>	<b>34</b>

<b>Oversikt over tabeller</b>	<b>Sidetall</b>
Tabell 1 – inklusjons- og eksklusjonskriterier	S. 12
Tabell 2 – søkestrategi	S. 13 og 14
Tabell 3 – inkluderte artikler	S. 16 og 17
Tabell 4 – analysemåte	S. 17, 18 og 19

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Abrahamsen (2005) er diabetes type 1 (DT1) en kronisk sykdom som krever vurderinger 24 timer i døgnet, 365 dager i året. Alt en ungdom med DT1 gjør, påvirker insulinbehovet. Det er en sykdom som kan bidra til usikkerhet, betydelig psykisk stress både behandlingsmessig og emosjonelt (Abrahamsen, 2005). Psykolog Randi Abrahamsen, skriver i 2005 at de finner økt forekomst av psykiske problemer som et kjent fenomen hos de fleste med kroniske sykdommer. Spesielt for DT1 kan angst og depresjon opptre hyppigere. Dette kan ha sammenheng med den psykiske belastningen samtidig som emosjonelle reaksjoner kan oppstå på grunn av diagnosen og behandlingen (Abrahamsen, 2005). I følge Heyn (2018, s. 73-74) skjer det store forandringer på mange områder samtidig i ungdomstiden. Ungdommen går gjennom en stor utvikling både psykologisk, sosialt og fysisk. Det kan derfor være spesielt utfordrende å være ungdom og samtidig ha DT1 (Heyn, 2018, s. 73-74). Ifølge Grønseth og Markestad (2017, s. 180) kan ungdommer som har en kronisk sykdom være mer sårbare for følelsesmessige og atferdsmessige problemer, sammenlignet med ungdommer uten en kronisk sykdom.

Psykiske problemer fulgt av DT1 har vært kjent siden 2005 kan vi se i artikkelen til Abrahamsen. Likevel finner vi lite forskning om ungdommer og mestring av eventuelle psykiske problemer relatert til DT1. Om lag 400 unge under 18 år får DT1 hvert år i Norge (Stene & Gulseth, 2021), med tanke på den psykiske belastningen som kan følge sykdommen, savner vi mer forskning på området. Tema for oppgaven vil være relevant i vår arbeidshverdag som fremtidige sykepleiere, da vi i vårt yrke vil møte på mennesker i alle aldre og med mange ulike utfordringer. Ved å arbeide med dette tema vil vi øke vår kompetanse, slik at vi kan bidra til mer fokus på den psykiske helsen hos ungdommer som får DT1.

## 1.2 Teoridel

### 1.2.1 Aaron Antonovsky



Bakgrunn for valg av Antonovskys teori er teorien om salutogenese, som legger vekt på hva som fremmer god helse og gir økt mestring og velvære (Antonovsky, sitert i Kristoffersen et al., 2016a, s. 52). Antonovsky utviklet begrepene salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS). Ifølge Kristoffersen (et al., 2016a, s. 52) var Antonovsky opptatt av hva som var årsaken til at enkelte mennesker klarte å opprettholde god helse til tross for at de ble utsatt for omfattende og sterke påkjenninger.

Antonovsky (sitert i Kristoffersen et al., 2016a, s. 53) retter oppmerksomheten mot forbindelsen mellom opplevelse av sammenheng, mestring og helse. Antonovsky (2012, s. 8) mente at OAS var en viktig del av den salutogene modellen og at det var hans svar på det salutogene spørsmålet - hva er helsens opprinnelse? De tre kjernekomponentene i OAS er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s. 39). Ifølge Antonovsky (sitert i Gammersvik & Larsen, 2018, s. 40-41) handler begripelighet om i hvilken grad personen forstår situasjonen. Håndterbarhet handler om hvordan en kan løse en situasjon, ved hjelp av de ressursene en selv vurderer å ha tilgjengelig, samt om en har tro på at situasjonen kan løses. Meningsfullhet er motivasjons elementet og tar for seg hvor mye en anstrender seg for å takle en situasjon (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 40-41). Antonovsky (2012, s. 148) hevder at personer med en sterk OAS velger den mestringsstrategien som virker best egnet til å takle stressfaktoren som ungdommen må håndtere. Personen velger mestringsstrategier som er mest hensiktsmessig, i tillegg til å bruke sine egne ressurser og ressursene i omgivelsene på en hensiktsmessig måte. Det vil igjen påvirke helsen positivt (Antonovsky, 2012, s. 148). Personer med en svak OAS ser på stressfaktoren som belastende og vil dermed konsentrere seg om de følelsesmessige sidene, som å håndtere angsten og sorgen som stressfaktoren har utløst (Antonovsky, 2012, s. 149-150). Kristoffersen et al. (2016a, s. 369) hevder at de tre komponentene i OAS bestemmer sammen styrken av personens OAS. Ved å bevisstgjøre komponentene i undervisning og veiledning vil de ulike sidene ved ungdommens opplevelse av sammenheng tydeliggjøres, og veilede hvordan man videre kan støtte ungdommen og fremme mestring (Kristoffersen et al., 2016a, s. 369).

### **1.2.2 Diabetes type 1**

Ifølge Stubberud et al. (2016, s. 53 og 59) er DT1 en kronisk sykdom som kjennetegnes av en absolutt insulinmangel som er forårsaket av en autoimmun reaksjon. Sykdommen rammer oftest barn og ungdom. Kronisk betyr langvarig og det handler om sykdommer med et langtrukket forløp (Hem, 2020).

### **1.2.3 Mestring og mestringsstrategier**

Lazarus og Folkman (sitert i Kristoffersen et al., 2016b, s. 247) definerer psykisk stress som forholdet mellom personen og omgivelsene som ut ifra personens oppfatning utfordrer ressurser og den psykiske balansen. Situasjonen er en påkjenning når personen selv oppfatter den som det. Opplevelsen av stress er sterkere desto mer sentrale de behov eller verdier som er truet er for personen (Lazarus & Folkman, sitert i Kristoffersen et al., 2016b, s. 247). Mestring handler om ulike typer atferd og psykiske prosesser som personen benytter for å fjerne eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personen sine ressurser stilles på prøve (Lazarus & Folkman, sitert i Kristoffersen et al., 2016b, s. 248).

Lazarus & Folkman (sitert i Kristoffersen et al., 2016b, s. 249) skiller mellom to hovedtyper av mestringsstrategier; problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring handler om aktive og direkte strategier for å løse et problem. Denne strategien omfatter følelsesmessig bearbeiding av problematisk situasjoner som ikke kan forandres, og aktiv tilpasning til den nye livssituasjonen (Lazarus & Folkman, sitert i Kristoffersen et al., 2016b, s. 249). Emosjonelt orientert mestring handler om strategier der en ønsker å endre opplevelsen av en situasjon, fremfor å endre selve situasjonen. Bruk av forsvarsmekanismer som fortrenkning og isolering av følelser kan sees på som emosjonell mestring (Lazarus & Folkman, sitert i Kristoffersen et al., 2016b, s. 252).

### **1.2.4 Sykepleier funksjonen**

Stubberud et al. (2016, s. 70) vektlegger at det vil være vesentlig å kartlegge og dokumentere psykososiale problemer hos ungdom med DT1. Ifølge Stubberud et al.

(2016, s. 70) vil det være sentralt at sykepleier også fremmer ungdommens empowerment, for å ivareta ungdommens psykososiale behov. Empowerment handler om selvhjelp og kan hjelpe ungdommen med å få en økt kontroll over faktorer som påvirker helsen. Undervisning og veiledning vil være sentrale verktøy for å fremme empowerment. Målet er at ungdommen skal ha nok kunnskap og ferdigheter til å kunne leve godt med sykdommen (Stubberud et al., 2016, s. 70). Psykoedukasjon og normalisering er et terapeutisk verktøy som kan bidra til selvhjelp (Haara, 2019). Gjennom teori og øvelser orienteres pasienten om hva de psykiske problemene handler om, og hva pasienten selv kan gjøre (Aslaksen, 2019).

### **1.2.5 Pasient- og brukerretighetsloven**

Ifølge pasient- og brukerretighetsloven §3-2 (1999) har pasienten rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, for å kunne ivareta sine rettigheter (pasient- og brukerretighetsloven, 1999, §3-2).

### **1.2.6 Haviks kontrollmodell**

Klinisk psykolog Havik (1989), utviklet en kontrollmodell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom (se vedlegg 1). Modellen er generell for somatisk sykdom og har derfor overføringsverdi til ungdom og DT1. Havik (1989) tar utgangspunkt i at ungdommen sin opplevelse, forståelse og vurdering av egen sykdom og situasjon er avgjørende for den psykologiske tilpasning under og etter somatisk sykdom. Havik (1989) mener kronisk sykdom hos unge øker sannsynligheten for sekundære psykologiske problemer. Grønseth og Markestad (2017, s. 180) ser at målet med modellen er å fremme mestring og tilpasning, samtidig redusere og forebygge negative psykiske og følelsesmessige langtidseffekter.

Havik (1989) presenterer tre kontrollformer som er sentrale for å tilpasse og mestre somatisk sykdom. Det handler om kognitiv-, instrumentell- og emosjonell kontroll (Havik, 1989). Kognitiv kontroll tar for seg tilgang på informasjon som bidrar til at en situasjon oppleves forutsigbar. Instrumentell kontroll knyttes til individets evne og

mulighet til å påvirke egen situasjon. Emosjonell kontroll viser til muligheten til å opprettholde følelsesmessig likevekt. Nærhet og støtte fra sosiale relasjoner er viktig for å unngå tapsopplevelse som kan forbindes med sykdom (Havik, 1989). Relatert til ungdom trekker Havik blant annet frem større betydning av sosiale roller og identitet med økende alder. Mangel på emosjonell kontroll vil kunne medføre angst, depresjon og sinne (Havik, 1989). Ifølge Grønseth & Markestad (2017, s.181) er det avgjørende at sykepleier kan informere, veilede og gi følelsesmessig støtte for å kunne styrke disse kontrollformene hos ungdommen.

### **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Fokus på hvordan sykepleier kan bidra til at ungdommen kan mestre bedre de psykiske problemer som kan medføres ved å få sykdommen DT1. Vi har avgrenset problemstillingen til ungdom, og følger databasen Cinahl sin avgrensning av adolescence, som er alderen 13-18 år. Oppgaven vår bygger på forskning fra databasene som bruker denne avgrensningen. Fokus er pasientgruppen innenfor spesialisthelsetjenesten, på barneavdelingen. Oppgaven tar for seg hvordan ungdommen selv kan mestre, og hvordan sykepleier kan bidra til dette. Foreldrenes rolle i ungdommens mestring vektlegges derfor ikke, til tross for at de utgjør en viktig mestringsressurs ved kronisk sykdom (Grønseth og Markestad, 2017, s.180).

### **1.4 Presentasjon av problemstilling**

Hvordan kan sykepleier bidra til at ungdom bedre mestrer psykiske problemer relatert til diabetes type 1?

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som vår metode, som bygges opp av relevant litteratur for å belyse forskjellig oppdatert kunnskap og forskning rundt det valgte temaet (Dalland, 2017, s. 63). Ifølge Thidemann (2020, s. 73) innebærer litteraturstudie som metode å innhente relevant og nødvendig teori, fagkunnskap, forskning, som vil være med å danne grunnlag for oppgaven. Ved å gjennomføre litteraturstudie setter vi oss inn i metodene som vi finner i de forskningsartiklene vi inkluderer i oppgaven. Vi bruker data som er samlet inn av andre, slike sekundærkilder finner vi blant annet i bøker, tidsskrifter og databaser. Det finnes to metode retninger, kvalitativ og kvantitativ. Vi har brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, og vil på den måten innhente forskning som gir oss et bredere blikk over temaet, men også kunne gå inn i dybden (Thidemann, 2020, s. 74).

#### **Kvalitativ metode**

Kvalitativ metode er den humanvitenskapelige og forstående metoden. Hensikt å innhente kunnskap om menneskelige egenskaper som blant annet meninger, erfaringer og holdninger. Ved å bruke kvalitative artikler vil en få dybdekunnskap og få svar på spørsmål som "hvordan oppleves" og "hva betyr" (Thidemann, 2020, s. 74).

#### **Kvantitativ metode**

Kvantitativ metode er den naturvitenskapelige og forklarende metoden. Kvantitative data er målbare enheter, tall. Denne metoden gir god breddekunnskap, og er nyttig for å si noe om hvor mye og hvor ofte (Thidemann, 2020, s. 74).

### 2.2 Søkeord og databaser

For å forsikre oss om at litteraturen er relevant, har vi brukt søkeord som: nursing, nursing role, nursing care, diabetes mellitus type 1, diabetes type 1, coping, psychological, psychological consequences, psychosocial needs, mental health og

ungdommer. Søkeordene er blitt gjort i databasene CINAHL, Idunn og PubMed, gjennom helsebiblioteket på hvl. Ved å bruke inklusjon- og eksklusjonskriterier får vi utelukket artikler som ikke er relevante for vår problemstilling, se tabell 1. Vi har valgt å avgrense til nordisk- og engelskspråklige artikler. Dette gjør vi ved å søke i databasen Idunn som inneholder nordiske artikler, og ved å avgrense søket i Cinahl og PubMed til engelske artikler. Søkeord er hovedsakelig på engelsk, men likevel noen norske inkludert i søket på Idunn. Andre sentrale avgrensninger er alder, slik at vi finner forskning om akkurat den pasientgruppen vi ønsker å ha fokus på. Vi har også ekskludert artikler som er eldre enn 10 år, da vi ønsker nyere forskning. Deretter ble det formulert og reflektert over enkelte spørsmål om hva denne teksten burde inneholde for å kunne svare på problemstillingen, før litteratursøket startet. Artikkene vi har valgt, var de som ble vurdert som mest relevant for hva problemstillingen omhandler. Ved å vurdere søkestrategien vår, ser vi at mest relevante funn for vår problemstilling ble funnet i databasen Cinahl. Vi har fremstilt vår søkestrategi i tabell 2 og inkluderte artikler i tabell 4.

**Tabell 1. Inklusjon- og eksklusjon kriterier**

<b>Kriterier:</b>	<b>Inklusjonskriterier:</b>	<b>Eksklusjonskriterier:</b>
<b>Deltakere</b>	Ungdom 13-18	Voksen over 18 år, eller barn under 13 år
<b>Kontekst</b>	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
<b>Språk</b>	Engelskspråklige og nordiske	Fremmedspråklige artikler
<b>Publikasjonstype</b>	Artikler som er publisert i tidsskrift med fagfelleevaluering	Artikler som er publisert i tidsskrift uten fagfelleevaluering
<b>Publikasjonsår</b>	Årsintervall - 2012-2022	Artikler eldre enn 2012
<b>Faglig kompetanse</b>	Sykepleiefaglig relevant	Perspektiv fra annet helsepersonell

**Tabell 2. Søkestrategi**

<b>Database og dato for søk</b>	<b>Søkeord og kombinasjoner</b>	<b>Søke spesifikasjoner</b>	<b>Treff</b>	<b>Inkludert</b>
Idunn (12.10.22)	Diabetes type 1, ungdommer	År: 2012-2022	19	1
Pubmed (12.10.22)	Psychological consequences Diabetes type 1	År: 2012-2022 Språk: english Alder: Adolescents (13-18)	25	0
Cinahl (12.10.22)	Diabetes Mellitus type 1 AND nursing role	År: 2012 - 2022 Språk: english Alder: Adolescents (13-18)	22	2
Cinahl (19.10.22)	Diabetes Mellitus type 1 AND nursing AND coping	År: 2012-2022, Språk: english Alder: adolescents (13-18)	9	1
Cinahl (19.10.22)	Mental health AND Diabetes mellitus type 1	År: 2012-2022 Språk: english Alder: adolescents (13-18)	37	0

Cinahl (31.10.22)	Diabetes Mellitus type 1 AND coping AND psychological	År: 2012-2022 Språk: english Alder: adolescents (13-18)	33	1
Pubmed (31.10.22)	Nursing care Diabetes type 1 psychosocial needs	År: 2012-2022 Språk: english Alder: adolescents (13-18)	11	0
Pubmed (31.10.22)	Nursing role Diabetes type 1 psychological	År: 2012-2022 Språk: english Alder: adolescents (13-18)	14	0

## 2.3 Metodekritikk

Hensikt med kritisk vurdering av valgte forskningsartikler er å vurdere gyldigheten av informasjon og resultater i studien (Helsebiblioteket, 2018). Vi finner både svakheter og styrker med litteraturstudie som metode. En styrke ved litteraturstudie er at vi får samlet inn informasjon fra flere ulike synspunkt. Dette kan bidra til å gi et mer helhetlig syn på problemstillingen. En svakhet kan være at vi ikke har utført forskningen selv, som kan medføre feiltolkning av den. Fire av fem forskningsartikler er engelske som kan ha medført feiltolkning ved oversettelse. Ved å bruke sjekklister til Helsebiblioteket (2021) som et systematisk verktøy for å vurdere valgte artikler, ser vi at valgte studier innfridde alle kriterier. Sjekkliste inneholder ulike kontrollspørsmål, som vil hjelpe å vurdere om man kan stole på artikkelens resultater og om de kan brukes. Vi har inkludert to sjekklister, en som vurderer kvalitativ studie (vedlegg 2), og en kvantitativ for tverrsnittstudie (vedlegg 3).

I større oppgaver er det viktig å kritisk vurdere kilder som benyttes med tanke på kvalitet og relevans (Dalland, 2020, s.150). For å få frem et variert og reflektert perspektiv av mestring av psykiske konsekvenser ved DT1, er det benyttet flere



bøker i oppgaven. Så langt det er mulig er det blitt benyttet primærkilder, men vi kan ikke utelukke sekundærkilder, blant annet i grunnleggende sykepleie bind 1 & 3. Anvendte internettkilder, eksempelvis FHI og sml, har blitt vurdert som pålitelige informasjonskilder. Litteraturen fra internett er fra tidsrommet 2017 til 2021 med unntak av Haviks kontrollmodell som er fra 1989, og Abrahamsen fra 2005. Modellen ansees likevel relevant da den omtaler generelle psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Kilden fra Abrahamsen, ses som relevant den sier noe om kunnskapshullet ved å bruke en kilde som er eldre enn 10 år gammel. Vi har inkludert en oversiktsartikkel, Corbett & Smith (2020). Corbett & Smith inkluderer elleve forskningsartikler, som bidrar til å underbygge deres påstand. Vi har brukt spesielt to funn fra to ulike artikler. Vi ser den likevel som relevant da funnene vi brukte var innenfor inklusjonskriteriene våre med tanke på alder og årstall. For å gjøre det lett å finne tilbake til funnene vi har inkludert fra forskning, har vi inkludert sidetall fra artiklene.

## **2.4 Forskningsetikk**

I arbeidet med litteraturstudie er det viktig å gjøre etiske vurderinger underveis. Etiske overveielser handler om å tenke over konsekvensene av det man har planlagt å gjøre (Dalland, 2020, s. 218). En del av forskningsetikken bygger på prinsipper som respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og offentlighet. Ifølge Dalland (2020, s. 168) handler forskningsetikk om vurdering av forskning opp mot samfunnets normer og verdier. Vurderingen omfatter alle sider med forskningen (Dalland, 2020, s. 168). En finner 14 generelle forskningsetiske retningslinjer, uten å gå inn på hver enkel retningslinje vil vi gå inn på den som handler om kvalitet. Kvalitet handler om at det stilles krav til kompetanse, relevante spørsmål, egnet metodevalg og forsvarlig gjennomføring (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Dette gjenspeiler igjen i vår oppgave da vi forventer at forskning vi finner møter kvaliteten vi ønsker. De 5 valgte forskningsartiklene er alle godkjent av etisk komite.

## 3.0 Analyse

Tabell 3. Inkluderte artikler

Tittel/år/forfatter	Metode	Deltakere/informanter	Relevans for problemstilling
Früh et al., 2021	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervju.	8 ungdommer med nyoppdaget DT1.	Sykepleier sin rolle for ungdommer med DT1. Kan bidra til å støtte ungdommen og styrke motivasjonen.
Mulyasari et al., 2019	Kvantitativ. Ble brukt "Pediatric Quality of Life Inventory og Coping with a Disease-spørreskjema.	36 ungdommer fra 13-18 år med DT1.	Bruk av mestringsstrategier for å bedre mestre psykiske konsekvenser.
Corbett & Smith, 2020	Kvalitativ metode, med semistrukturerte intervju.	Oversiktsartikkel som inkluderer 11 studier som underbygger påstanden til Corbett & Smith (2020). Inkludert funn som er relevant for vår problemstilling, og som holder seg innenfor vår eksklusjon- og inklusjon kriterier.	Sykepleier bidrar til å støtte ungdom til å akseptere sykdommen, og se på den som en del av sin identitet. Dette vil kunne bidra til bedre optimal psykisk helse.

Ceylan & Altay, 2017	Kvantitativ. Ble brukt "The Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A) og et ungdomsbeskrivende informasjonsskjema.	40 ungdommer, der 70 av ungdommene hadde DT1, mens 70 av ungdommene hadde ingen helseproblemer. Ungdommene var i alderen 12-15 år.	Identifisering av sosial angst hos ungdom med DT1, kan bidra til å hjelpe ungdom å mestre komplikasjoner ved sykdommen.
Mitra et al., 2018	Kvantitativ, med bruk av Depression, Anxiety and Stress scale, andre general self-efficacy questionnaire.	100 ungdommer med DT1, i alderen 12-18 år.	Sykepleier sin rolle i forhold til å fremme trening av mestringsferdigheter som vil redusere psykiske problemer, som depresjon, angst og stress.

### 3.1 Analysemåte

Gjennom å analysere faglitteratur har vi valgt relevant materialet for vår problemstilling (Dalland, 2017, s.221). Vi har sortert forskningen i tabellform.

Tabellen presenterer alle fem forskningsartiklene, og har sortert funn etter direkte- og indirekte sammenheng i egne rubrikker. På denne måten får vi oversikt over hvordan forskningen som er funnet kan bidra til å svare på vår problemstilling. Videre har vi markert ord og setninger i fargekoder. Fargekodene representerer hovedfunn som gir grunnlag for diskusjonen.

**Tabell 4. Analysemåte**

	<b>Direkte sammenheng</b>	<b>Indirekte sammenheng</b>
--	---------------------------	-----------------------------

Früh et al., 2021	Sykepleier kan bidra til at prosessen med å tilpasse seg etter å få diagnosen DT1 skal gå bedre ved å støtte ungdommen sine positive erfaringer (s. 324).	Ungdommen beskriver i disse fasene at de ønsker at sykepleieren er personlig, bekreftende og opptatt av hva ungdom er opptatt av, og tilpasser kommunikasjonen til dem (s. 329).
Mulyasari et al., 2019	Sykepleier må forebygge ungdommer i å bruke emosjonelle reaksjoner som en langsiktig mestringsstrategi. De bør heller fremme bruken av aksept for sykdommen (s. 223).	Ungdommer som hadde høyere akseptnivåer hadde større livskvalitet. Unngåelse som mestringsstrategi viste lavere livskvalitet (s. 222). Emosjonell mestring kan være en lettelse i korte perioden, men vil ikke løse problemet over en lang periode. Kan føre til dårligere livskvalitet (s. 223).
Corbett & Smith, 2020	Sykepleier må fokusere på den psykiske innvirkningen sykdommen har på ungdommen, ikke bare den medisinske behandlingen. Bidra med omsorg og støtte for ungdommene med DT1 (s. 81)	Dersom ungdommen aksepterer sykdommen som en del av sin identitet, vil dette bidra til mer aksept for seg selv. Dersom sykdommen ikke ble sett på som en del av personen sin identitet kunne dette oppfattes mer negativt som resulterer i ikke optimal psykisk helse. Sykepleier må forstå utfordringene knyttet til å ha diagnosen DT1 i ungdommen, for å bidra med best mulig tilpasset informasjon (s. 81)

Ceylan & Itay, 2017	Ved at sykepleiere tidlig identifiserer sosial angst hos ungdom, kan det redusere mulige komplikasjoner av DT1, som kan være dårlig ivaretagelse av behandling, sosialisering, jevnaldrende relasjoner og skolesuksess (s. 8). Sykepleiernes grunnleggende rolle her vil være å gi støtte og omsorg til ungdommer med DT1 som har høyere sosial angst (s. 7).	Kjennetegnene ved å gå gjennom ungdomsårene i tillegg til å ha en kronisk sykdom er knyttet til høy sosial angst (s. 5).
Mitra et al., 2018	Totalt sett lærer pasienter i mestringstrening å bruke problemfokusede mestringsstrategier mer, og det kan redusere deres psykiske problemer, som depresjon, angst og stress (s. 330).	Treningen økte også evnen til å takle sine daglige problemer og til være mer effektiv for å oppnå mål, og forbedret ungdommens tro på egen evne til å oppnå resultater i henhold til egen handling (s. 331).

## 3.2 Analyse av hovedfunn

Analysen tar utgangspunkt i hovedfunn fra valgte artikler som er informasjon (markert gul), sosial støtte (markert grønn) og aksept (markert lilla). Sammen med teorien, skal analysen danne grunnlag for diskusjonen, som vil bidra til å besvare hvordan sykepleier kan bidra til at ungdom mestrer bedre de psykiske problemene som kan følge av DT1.

### 3.2.1. Informasjon

Corbett & Smith (2020, s. 81) finner i sin studie at sykepleier må forstå utfordringene knyttet til å ha sykdommen DT1 i ungdommen, for å bidra med best mulig tilpasset

informasjon. Dette krever informasjon og kunnskaper om utviklingsperioden som en gjennomgår i ungdomstiden og kompleksiteten av å leve med sykdommen. Sykepleier må være bevisst på at ungdommer kan reagere og tilpasse seg ulikt til samme sykdom, i forhold til barn og voksen (Corbett & Smith, 2020, s. 81). Früh et al. (2021, s.332) fant i sin studie at ungdommene er opptatt av at sykepleier tilpasser informasjonen, både etter hva de trenger å vite noe om, og hvordan samtalene bør foregå. Mange av ungdommene beskriver at de fikk altfor mye informasjon på en gang mens de var innlagt på sykehuset og fortsatt følte seg dårlige (Früh et al., 2021, s.329). I studiene (Früh et al., 2021, s. 239; Corbett & Smith, 2020, s. 81), skriver at sykepleier bidrar positivt dersom de gir gradvis informasjon om sykdommen. Den komplekse informasjonen må bli gitt i enkle forklaringer og bygge seg opp, slik at det ikke blir overbelastende for ungdommen som mottar den. I studien til Corbett & Smith (2020, s. 81) finner de at sykepleier bør se på alternativer sammen med ungdommen om å snakke med andre som går gjennom samme situasjon. Det kommer frem i studien til Früh et al. (2021, s.332) at skremmende informasjon har liten effekt, mens anerkjennelse av ungdommens mestringserfaringer er vesentlig for å oppnå en helhetlig veiledningsprosess som blant annet kan bidra til opprettholdelse av livskvalitet, personlig vekst og egenbehandling.

### **3.2.2 Sosial støtte og omsorg**

Sosial støtte og omsorg for ungdom med DT1 kom frem i studiene (Früh et al., 2021, s. 332; Ceylan & Altay, 2017, s. 7; Corbett & Smith, 2020, s. 81) som aktuelt for å fremme livskvalitet og ivaretagelse av behandling. Früh et al. (2021, s. 324) & Corbett & Smith (2020, s. 81) skriver i sin studie at sykepleier sin sosiale støtte for ungdommer med DT1 vil være sentralt. Tilpasningen med å få sykdommen kan gå bedre ved at sykepleier støtter ungdommene sine positive erfaringer. Det kan dermed bidra til at ungdommen opprettholder et positivt selvbilde og fremmer livskvalitet. Sykepleier har en spesiell viktig rolle for denne aldersgruppen, og bør støtte ungdommens behandlingsoppfølging, samt fokusere på bevisst og målrettet kommunikasjon. Ungdom ønsker seg sykepleiere som er personlige, støttende og gir dem rom for å dele sine egne tanker og erfaringer (Früh et al., 2021, s. 334). Sykepleiernes grunnleggende rolle til ungdommer med DT1 som har høyere sosial

angst, vil være å gi støtte og omsorg (Ceylan & Altay, 2017, s. 7). Tidlig identifiserer og støtte av ungdom med sosial angst, kan det redusere mulige komplikasjoner av DT1, som kan være dårlig ivaretagelse av behandling, sosialisering, jevnaldrende relasjoner og skolesuksess (Ceylan & Altay, 2017, s. 8).

### **3.2.3 Aksept**

Corbett & Smith (2020, s. 77) finner i sin studie at å akseptere sykdommen DT1 i ungdomstiden, kan være spesielt utfordrende da ungdommen gjennomgår både fysiske, psykososiale og emosjonelle forandringer. Å ha en kronisk sykdom kan ha betydelige negative effekter på den enkeltes selvfølelse, og at det kan være utfordrende for ungdomsårene å forene den motstridene karakteren til ungdomstiden og DT1 (Corbett & Smith, 2020, s. 80). Funn etter Corbett & Smith (2020, s. 81) sin studie, viser at når DT1 ikke aksepteres som en del av deres identitet, oppfattes det negativt og kan resultere til ikke optimalt psykisk velvære. Dette viser at det er behov for å ta tak i de barrierene som hindrer ungdom i å inkludere DT1 som del av deres identitet og akseptere sykdommen (Corbett & Smith, s. 81). Aksept er den nest mest brukte mestringsstrategien for ungdom med DT1, etter studien til Mulyasari et al. (2019, s. 222). Ungdommen med DT1 som hadde høyere nivå for aksept, viste også igjen høyere livskvalitet gjennom undersøkelsene. Ungdommen som aksepterte sykdommen, viste de var kjent med egne forhold og i stand til å håndtere sykdommen på en hensiktsmessig måte uten følelse av belastning (Mulyasari et al., 2019, s. 222). Studien til Mitra et al (2018, s. 330) hevder at totalt sett lærer ungdommer i mestringstrening å bruke problemfokuserede mestringsstrategier mer, og det kan redusere deres psykiske problemer, som depresjon, angst og stress. Treningen økte også evnen til å takle sine daglige problemer og til være mer effektiv for å oppnå mål, og forbedret ungdommens tro på egen evne til å oppnå resultater i henhold til egen handling (Mitra et al., 2018, s. 331). Sykepleier bør identifisere hvordan hver enkel ungdom identifiserer seg med sin sykdom, siden dette kan brukes til å gjenkjenne hvorfor håndtering av DT1 kan være vanskelig for dem (Corbett & Smith, 2020, s. 81). Sykepleier forventes å forebygge ungdom fra å bruke emosjonell mestring som en langsiktig mestringsstrategi, i stedet skal de fremme bruken av aksept som mestringsstrategi (Mulyasari et al., 2019, s. 223).

## 4.0 Resultater og funn

### 4.1 Presentasjon av forskningsartiklene

#### 4.1.1 Früh et al., 2021

**Hensikt:** Få kunnskap om ungdommer sine erfaringer med å få diagnosen DT1, og hvordan den påvirker deres hverdag og livskvalitet. Bruke denne informasjonen til å bidra til et godt helsetjenestetilbud for denne pasientgruppen.

**Metode:** Kvalitativ studie. Intervju av 8 ungdommer mellom 13 og 18 år, med nyoppdaget DT1. Intervjuene bygger på teori om livskvalitet og mestring.

**Funn:** Sykepleier kan bidra til at prosessen med å tilpasse seg etter å få diagnosen DT1 skal gå bedre ved å støtte ungdommen sine positive erfaringer. Dette kan bidra til å opprettholde et positivt selvbilde og fremme livskvalitet hos ungdommen. Ved denne studien kom en frem til 4 hovedtema for ungdommenes erfaringer. Første er “starten på livet med diabetes”, hvor de beskriver erfaring fra diagnostisering og møte med helsepersonell, deriblant sykepleiere. Den andre er “et nødvendig og utfordrende forhold”, som handler om foreldrenes og egen rolle. Det tredje tema er “omverden og selvbilde”, som handler om hvordan ungdommen ser på seg selv, diverse gjennom hvordan de forteller andre om sykdommen. Og den fjerde er “den nye hverdagen”, der de beskriver hvordan sykdommen virker inn på hverdagslivet og livskvaliteten deres (s. 324). Ungdommen beskriver i disse fasene at de ønsker at sykepleieren er personlig, bekreftende og opptatt av hva ungdom er opptatt av, og tilpasser kommunikasjonen til dem (s. 329). Hvordan sykepleieren forholder seg til denne pasientgruppen er sentralt, og en vil ha en betydningsfull rolle i oppfølgingen av ungdommen, gjennom å fokusere på bevisst og målrettet kommunikasjon (s. 332).

#### 4.1.2 Mulyasari et al., 2019



**Hensikt:** Målet med studien var å identifisere sammenhengen mellom mestringsstrategiene og livskvaliteten til ungdom med DT1.

**Metode:** Kvantitativ studie.

**Funn:** Studien viste at ungdom med DT1, i tidlig ungdomsalder viste lavere livskvalitet enn de i midten av ungdomsårene (s. 221). Resultatene viser at ønsketenkning var den mest brukte mestringsstrategier (s. 220). Ungdommene ønsket at deres sykdom skulle bli helbredet og en dag ville komme seg ut av sykdommen. Aksept kom frem som den nest mest brukte mestringsstrategien. Studien viser at ungdommer som hadde høyere akseptnivåer hadde større livskvalitet. Da de er kjent med sine egne forhold, i stand til å håndtere sin egen sykdom på en hensiktsmessig måte, i tillegg til å leve livene sine med fred og humor. Det gjorde at de håndterte sykdommen sin uten å få en følelse av belastning. Det var også flere ungdommer som brukte unngåelse som mestringsstrategi. Sammenhengen med livskvalitet ved bruk av unngåelse som mestringsstrategi viste lavere livskvalitet (s. 222). Emosjonelle reaksjoner som mestringsstrategi, ble også brukt av flere ungdommer med DT1. De løste problemene som fulgte med sykdommen, med sinne, gråt og frustrasjon. Denne mestringsstrategien kan være en lettelse i korte perioden, men vil ikke løse problemet over en lang periode. Det kan derimot være mer ødeleggende og føre til dårligere livskvalitet. Sykepleier må forebygge ungdommer i å bruke emosjonelle reaksjoner som en langsiktig mestringsstrategi. De bør heller fremme bruken av aksept for sykdommen (s. 223).

#### **4.1.3 Corbett & Smith, 2020**

**Hensikt:** Øke oppmerksomheten på den psykiske innvirkningen av diagnosen DT1 hos ungdommer. Se på utfordringene ungdom som blir diagnostisert med DT1 opplever, og håndtering av sykdommen. Hvordan sykepleier kan bidra med omsorg og støtte for ungdommene med DT1.

**Metode:** Kvalitativ studie.

**Funn:** Diagnosen DT1 hos ungdom er forbundet med betydelig utfordringer for ungdommen med diagnose og familien rundt. Det oppleves som en ekstra byrde, i tillegg til de andre forandringene som følger med ungdomstiden (s. 77). Sykepleier har en viktig rolle med å støtte ungdommen til å akseptere diagnosen og håndtere sykdommen. Viktig at ungdommen aksepterer sykdommen som en del av sin identitet, dette vil bidra til mer aksept for seg selv. Dersom sykdommen ikke ble sett på som en del av personen sin identitet kunne dette oppfattes mer negativt som resulterer i ikke optimal psykisk helse. Sykepleier må fokusere også på den psykiske innvirkningen sykdommen har på ungdommen, ikke bare den medisinske behandlingen. Sykepleier må forstå utfordringene knyttet til å ha diagnosen DT1 i ungdommen, for å bidra med best mulig tilpasset informasjon (s. 81).

#### **4.1.4 Caylan & Altay, 2017**

**Hensikt:** Sosial angst og relaterte faktorer blant ungdom i alderen 12-16 år med DT1, sammenlignet med friske jevnaldrende.

**Metode:** Kvantitativ studie. Ble brukt social anxiety scale for adolescent "SAS-A", og et ungdomsbeskrivende informasjonsskjema.

**Funn:** Samlende var SAS-A gjennomsnittsskåren statistisk høyere for ungdom med DT1, sammenlignet med deres friske jevnaldrende. Studien viser at kjennetegnene ved å gå gjennom ungdomsårene i tillegg til å ha en kronisk sykdom er knyttet til høy sosial angst (s. 5). Ungdommer med DT1 som har godt kosthold, mestrer behandling og fysisk aktivitet har lavere SAS-A skår i motsetning til ungdommer som blant annet ikke mestrer behandling (s. 7). Ved at sykepleiere tidlig identifiserer sosial angst hos ungdom, kan det redusere mulige komplikasjoner av DT1. Komplikasjoner kan være dårlig ivaretagelse av behandling, sosialisering, jevnaldrende relasjoner og skolesuksess (s. 8). Sykepleiernes grunnleggende rolle her vil være å gi støtte og omsorg til ungdommer med DT1 som har høyere sosial angst (s. 7).

#### **4.1.5 Mitra et al., 2018**

**Hensikt:** Ungdommer med DT1 er utsatt for psykososiale problemer. Noen tiltak kan redusere disse problemene. Studien hadde som mål å evaluere effekten av mestringstrening på depresjon, angst, stress og selvtillit hos ungdommene.

**Metode:** Kvantitativ.

**Funn:** Før intervensjonen viste intervensjons- og kontrollgruppene henholdsvis moderat og alvorlig depresjon. Dessuten viste begge gruppene alvorlig angst og moderat stress. To måneder etter begynnelsen av intervensjonen var gjennomsnittsskårer for depresjon, angst og stress i intervensjonen på normalområdet. På den andre siden viste kontrollgruppen alvorlig depresjon, angst og moderat stress. Resultatene indikerte en signifikant forskjell mellom intervensjonen og kontrollgruppene med hensyn til gjennomsnittlig skåre for depresjon, angst og stress. Gjennomsnittsskårer for depresjon, angst og stress gikk ned i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (s. 329). Totalt sett lærer ungdommer i mestringstrening å bruke problemfokusede mestringsstrategier mer, og det kan redusere deres psykiske problemer, som depresjon, angst og stress (s. 330). Treningen økte også evnen til å takle sine daglige problemer og til være mer effektiv for å oppnå mål, og forbedret ungdommens tro på egen evne til å oppnå resultater i henhold til egen handling (s. 331).

## 5.0 Diskusjon

Diskusjonen er delt inn i områdene informasjon, sosial støtte og omsorg samt aksept. Disse er valgt for å belyse problemstillingen «hvordan kan sykepleier bidra til at ungdom bedre mestrer psykiske problemer relatert til diabetes type 1?». Riktig gitt og tilpasset informasjon, sosial støtte og omsorg, og aksept som mestringsstrategi. Det er tre tema som sammen vil bidra til bedre mestring av de psykiske problemene som kan forekomme, og på den måten sammen vil de også flyte over hverandre i vår diskusjon. Funn fra forskning blir underbygget av teoretikeren Aaron Antonovsky, kontrollmodellen til Havik og annen relevant teori for å svare på problemstillingen.

### 5.1 Riktig gitt og tilpasset informasjon

Forutsigbarhet og trygghet er viktig for at ungdom kan bedre mestre de psykiske problemene relatert til DT1. Riktig og tilpasset informasjon fra sykepleier vil kunne bidra positivt. Informasjon kan også gi kontroll over sykdommen, slik at ungdommen opplever mestring over situasjonen. Sentrale funn fra Früh et al. (2021, s. 332) viser at sykepleier bidrar positivt dersom informasjon blir gitt gradvis og tilpasses til hver enkelt ungdom, og deres alder og modenhet. Det vil kunne være forskjell på modningsnivået til ungdommer, også innenfor samme aldersgruppe. Dette kan underbygges av det Antonovsky (sitert i Gammersvik & Larsen, 2018, s. 40-41) beskriver om begripelighet. Begripelighet kan ses i sammenheng av unges behov for informasjon og for å forstå den nye hverdagen med DT1. Dersom ungdommen ikke får nødvendig informasjon til å forstå den nye livssituasjonen med sykdommen, vil det kunne være vanskelig å mestre de eventuelle psykiske problemene. Sykepleier må ta hensyn til dette slik at ungdommen føler seg møtt med tanke på hvordan DT1 påvirker akkurat deres hverdag. I tillegg kan fritidsaktiviteter og ungdommens interesser være sentralt i forhold til informasjonen som gis. Som eksempel bør sykepleier vurdere om informasjon i forhold til alkohol er et nødvendig tema og ta opp. For noen vil det være viktig å informere om sammenhengen mellom alkohol og DT1 tidlig i sykdomsforløpet, for andre kan dette virke mot sin hensikt eller være unaturlig. Studien viser også at ungdommene ofte fikk alt for mye informasjon på en

gang, i en situasjon hvor de ikke var i tilstand til å ta imot (Früh et al., 2021, s.329). Informasjon kan tilpasses til situasjon som er relevant for øyeblikket, slik at den kommer hensiktsmessig når de er mer mottagelige. Som sykepleier må en være i stand til å vurdere rett informasjon til rett tid. Viser til pasient- og brukerretighetsloven §3-2 (1999), som sier at pasienten har rett til å få den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, for å kunne ivareta sine rettigheter (pasient- og brukerretighetsloven, 1999, §3-2). En ny livssituasjon som gjerne oppleves krevende kan føre til at viktig informasjon blir glemt. Sykepleiers oppgave kan da være å undersøke om informasjonen er forstått, samtidig repetere om nødvendig. Haviks kontrollmodell (1989) underbygger viktigheten av riktig tilpasset informasjon, da den sier at ungdommen sin opplevelse, forståelse og vurdering av egen sykdom er avgjørende for den psykologiske tilpasningen til DT1. Dette kan kobles til tilgang på informasjon som kan bidra til at situasjonen med kronisk sykdom oppleves forutsigbar.

I Corbett og Smith (2020, s. 81) sin studie kommer det frem at sykepleier må være bevisst på at ungdommen kan reagere og tilpasse seg ulikt til samme diagnose. Ved å kartlegge hvordan ungdommen tilpasser seg DT1, kan det brukes som verktøy for å finne ut hvordan informasjonen best mulig skal bli gitt. For noen er individuelle samtaler hensiktsmessig, mens andre ønsker andre samtaletilbud. Gruppesamtaler kan for noen bidra til et tryggere miljø for å åpne seg og motta informasjon. Da kan ungdommen snakke mer fritt rundt sykdommen, og dele erfaringer med flere i samme situasjon. En slik samtale kan være bedre enn en individuell samtale med en sykepleier, som for noen kan oppleves skremmende. Likevel anser studien til Früh (2021, s. 333) at individuelle samtaler vil være den beste metoden for å kartlegge erfaringer og opplevelser til ungdom med diabetes. Sykepleier kan sammen med ungdommen finne ut hvilke samtaletilbud som er best egnet for den enkelte. Sykepleier kan formidle et normalisert syn på livet med DT1, men det kan være avgjørende at samtalen åpner opp for at ungdom kan uttrykke psykiske reaksjoner som redsel og tap (Früh et al., 2021, s. 334). Dersom en ikke får uttrykke egne følelser og tanker rundt det å ha DT1, kan dette bli en ekstra psykisk påkjenning. Sykepleier kan finne muligheter der de unge kan lufte egne følelser og tanker, og forsøke å normalisere disse. Her kan empowerment kobles til hvordan ungdom bedre

kan mestre de tankene og følelsene som kan komme når en får DT1. Empowerment kan på den måten hjelpe ungdom med DT1 å få økt kontroll og mestring over følelser som kan påvirke egen psykiske helse. Det vil da være aktuelt å bruke undervisning og veiledning for å fremme empowerment (Stubberud et al., 2016, s. 70).

Psykoedukasjon er et verktøy som sykepleier kan bruke, det handler om å bidra til normalisering av psykiske vansker og kunnskap om DT1 (Haara, 2019).

Psykoedukasjon vil gi empowerment, altså en følelse av kontroll og forståelse over egen kropp. En annen viktig oppgave for sykepleieren er å kartlegge og dokumentere de psykiske problemene hos ungdommer med DT1. Ifølge Stubberud et al. (2016, s. 70) kan tidlig kartlegging av eventuelle problemer, skape grunnlag for jevnlig vurdering av den psykiske helsen. Kartlegging av sykdom hos ungdommen, danner også grunnlag for hvilken informasjon som er relevant å gi ut til hver enkelt ungdom. Sykepleier kan dermed bidra til å hjelpe ungdommen tidlig i forløpet, og vurdere behov for samtaler og oppfølging. Dersom en tilfredsstillende oppfølging ungdommen har behov for kan dette hjelpe de eventuelle psykiske problemene. Fokuset vil være at sykepleier bidrar med riktig informasjon til riktig tid. Dette kan føre til bedre mestring av de psykiske problemene som kan følge med DT1, slik at ungdommen kan leve godt i lag med sykdommen.

## **5.2 Sosial støtte og omsorg**

Tre av studiene viser at sosial støtte kan ha effekt og være et verktøy for å mestre de psykiske problemene som kan følge når en har fått DT1 (Früh et al., 2021; Corbett & Smith, 2020; Ceylan & Altay, 2017). Gode sosiale relasjoner, som familie og venner, kan minske tapsopplevelsen som kan forbindes med sykdom. Når en er ung og får en kronisk sykdom som DT1, vil sykdommen kunne bidra til at enkelte opplever at de mister kontroll over både kropp og følelser. I en slik situasjon kan ungdommens sosiale relasjoner fylle det rommet som kan oppleves som tapt. Det å bli minnet på at en er mer enn sykdommen og får gode positive opplevelser sammen med venner kan ha positiv effekt. I tillegg er opplevelsen av omsorg fra venner og familie viktig. En slik form for sosial støtte kan dermed være en positiv avledning fra psykiske problemer, samt et sikkerhetsnett i ulike situasjoner. Studien til Corbett & Smith (2020, s. 81) finner at sykepleier bør se på alternativer og motivere ungdommen til å

snakke med andre som går gjennom samme situasjon. Funnet viser viktigheten av at det også kan være sunt å oppsøke miljøer der en kan snakke om sykdommen med andre unge. DT1 er en sykdom en kan avledes fra, men ikke kan gå bort fra. Behovet om tilhørighet og sosial tilknytning kan bli godt ivaretatt når de menneskene en omgås med er forstått og kjent med de utfordringene som en kan oppleve med DT1. Sosial støtte kan være helt sentralt for å klare seg i hverdagen. Både venner og familie kan gi de unge råd, trøst og oppmuntring. Støtten en kan regne med fra sitt sosiale nettverk er viktig, likevel kan sykepleier være et viktig supplement og bidra til at ungdommen bedre kan mestre de negative psykiske problemene som kan følge av DT1.

Ifølge Fröh et al. (2021, s 334) kan sosial støtte fra sykepleier handle om å støtte de positive erfaringene ungdommen opplever, både i hverdagen og rundt sykdommen. Ved å ha fokus på de positive erfaringene og hva ungdommen mestrer og klarer, fremfor hva de ikke mestrer. Ungdommen kan dermed opprettholde et positivt selvbilde, i en situasjon der det kan være mye fokus på sykdom og de psykiske problemer og negative konsekvensene som kan følge med. Sykepleier som arbeider med denne aldersgruppen kan ha en utfordring fordi ungdommer er ikke ferdig utviklet mentalt og kan oppleve både fysiske og psykiske forandringer (Heyn, 2018, s. 73-74). Sykdommen kan likevel ikke hindre ungdommen i å utvikle sin egen identitet, på grunn av begrensningene. De unge vil ofte ha behov for trygge rammer for å kunne utvikle seg. Sykepleier kan dermed være bevisst på å tilrettelegge og anvende de unges ressurser framfor å sentrere om begrensningene. Det kan være utfordrende for ungdommen å ta hensyn til foreldre som er bekymret og venner som ikke har samme sykdom å ta hensyn til. Det er viktig å kunne være åpen med sine nærmeste, slik at en kan fortsette identitetsutviklingen som ungdomsårene handler om (Havik, 1989). For en ungdom med DT1 kan deres sosiale rolle i både skolesammenheng og aktiviteter med jevnaldrende ha en stor betydning for hvordan de oppfatter seg selv. De ønsker gjerne å være mest mulig lik som friske jevnaldrende, og det å kunne være en del av et sosialt fellesskap kan bidra til følelsen av emosjonell kontroll. Dersom en ikke opplever emosjonell kontroll kan dette medføre psykiske problemer som angst og depresjon (Havik, 1989). Forskingen til Ceylan & Altay (2017, s. 7 og 8) finner at tidlig identifisering og støtte til ungdommer med DT1 og sosial angst, vil kunne redusere mulige komplikasjoner

av sykdommen. Komplikasjoner kan være dårlig ivaretagelse av sosialisering, mangel på jevnaldrende relasjoner og skole suksess. Flere kan oppleve å vegre seg for å være med andre jevnaldrende som følge av usikkerhet og fortvilelse rundt DT1. Dette kan føre til at ungdommene kan unngå sosiale situasjoner. Det er derfor viktig å ha fokus på å utfordre til å være sosial til tross for sykdommen og lære å stole på kroppen. På denne måten kan vi se at idealet er at en ikke skal la seg begrense av sykdommen, likevel er dette et reelt problem som kan forekomme. Funn viser at sosial angst har høyere forekomst hos ungdommer med DT1 (Ceylan & Altay, 2017, s. 5). Dette underbygges også av Havik (1989) som sier at kronisk sykdom øker sannsynlighet for sekundære psykologiske problemer.

Sykepleier sin rolle i sosial støtte til ungdommen ser vi det også relevant hvordan en kommuniserer den støtten. Ungdom ønsker seg sykepleier som er personlig, støttende og som gir dem rom for å dele sine tanker og erfaringer (Früh et al., 2021, s. 329). Dette kan bety ulike ting for ulike ungdommer, sentralt er at sykepleier tilpasser den sosiale støtten til hver ungdom en møter. Det er viktig at sykepleier er en samtalepartner og ikke bare gir informasjon. Dersom en klarer å skape en god relasjon mellom sykepleier og ungdom, kan dette bidra til mer åpenhet og trygghet. Det kan gi mer rom for å snakke om de psykiske problemene som ungdommen kan oppleve. For å klare å løse problemene, er det et viktig steg at ungdommen åpner seg opp om tanker og følelser de bærer på, og at sykepleier gir anledning for dette. En ungdom kan ha behov for hyppig oppfølging, mens en annen kan ønske mer rom for å være alene. Viktig at sykepleier bidrar med følelsesmessig støtte tilpasset hver enkelt, for å kunne styrke den emosjonelle kontroll formen hos ungdommen. Ifølge Grønseth & Markestad (2017, s. 181) kan dette kan bidra til bedre mestring av de psykiske problemene av DT1. Gjennom sosial støtte har sykepleier en viktig rolle til å motivere pasienten til å leve godt med sykdommen. Dette underbygges også av Antonovskys komponent, meningsfullhet. Meningsfullhet er motivasjon elementet og handler om hvor mye en anstrenger seg for å takle en situasjon (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 40-41). Sosial støtte fra familie og venner er noe som flere kan oppleve som meningsfullt, og et verktøy for å motiveres til å håndtere psykiske problemene som kan følge sykdommen. Som sykepleier som møter ungdommer med DT1 på en barneavdeling, kan vi bidra ved å gi de verktøyene og formidle



viktigheten av å ta imot støtten fra sitt nettverk, som de kan bruke når de skal fortsette hverdagen utenfor sykehuset.

### **5.3 Aksept som mestringsstrategi**

Mestringstrening og fremming av gode mestringsstrategier kan være aktuelt for å hjelpe ungdom å mestre DT1. Gjennom studien til Mulyasari et al. (2019, s. 222) kommer det frem at aksept var den nest mest brukte mestringsstrategien, som ville kunne bedre psykiske problemer av sykdommen. Aksept er en problemorientert mestringsstrategi som handler om aktiv tilpasning til den nye livssituasjonen med kronisk sykdom (Lazarus & Folkman, sitert i Kristoffersen, 2016b, s. 249). Derfor kan det være sentralt at sykepleier fremmer aksept som en mestringsstrategi, da det viser tydelig sammenheng mellom bruk av aksept og kontroll over sykdommen. Når en får en kronisk sykdom som DT1 kan det bety at en må foreta livsstils forandringer. Det kan handle om matvaner, energinivå, sosiale sammenhenger og andre hensyn med tanke på sykdommen. Dersom en aktivt tilpasser de nye forandringene til hverdagen, kan dette bidra positivt i en retning av å akseptere sykdommen. Aksept kan knyttes til en av de tre sentrale komponenten i Antonovsky`s teori om OAS, håndterbarhet (Antonovsky, 2012). Håndterbarhet handler om hvordan en kan løse en situasjon, med hjelp av ressursene vi selv vurderer å ha tilgjengelig, for eksempel aksept. Ved å akseptere DT1, vil det kunne gi en følelse av håndterbarhet og en kan lettere håndtere de psykiske problemene som kan følge sykdommen. I studien til Corbett & Smith (2020, s. 77) kommer det frem at ungdomstiden kan være utfordrende, da det skjer flere forandringer både fysisk, psykisk og emosjonelt. Det kan derfor være vanskelig å akseptere sykdommen i denne tiden. Sykepleier vil ha en viktig rolle for å hjelpe ungdom å akseptere sykdommen, men også formidle at dette er en prosess som ikke trenger å skje over natten. Det å klare å akseptere sykdommen kan ta lang tid, som kan inneholde både opp- og nedturer. Det kan være viktig å normalisere flere sider av denne prosessen som ungdommen kan ha foran seg. Mestringstrening som fokuserer på problemfokuserede mestringsstrategier kan derfor være sentralt, da det kan redusere ungdommenes psykiske problemer (Mitra et al., 2018, 330).

Som nevnt over, kan være ungdom identifisere seg ulikt i forhold til DT1 (Corbett og Smith, 2020, s. 81). Noen klarer å akseptere det å ha DT1, og takle det på en hensiktsmessig måte slik at de fungerer godt i hverdagen. For andre kan det derimot være vanskelig å akseptere det å være syk å ha en kronisk sykdom som en skal leve med hele livet. Sykepleier spiller en viktig rolle for å hjelpe ungdom å akseptere DT1, og gjøre det til en del av deres identitet. Sykepleier kan motivere ungdommen til å bruke aksept som mestringsstrategi, og unngå uhensiktsmessige emosjonelle reaksjoner. Emosjonelle reaksjoner som mestringsstrategi kan bidra til at ungdommen ikke tar optimalt vare på den psykiske helsen. Mestringsstrategien vil ikke løse problemene over lang tid og kan bidra til dårligere livskvalitet (Mulyasari et al., 2019, s. 223). Sykepleier kan gjennom samtaler med ungdommen finne ut hvilke barrierer som hindrer dem i å inkludere sykdommen som en del av identiteten deres. Dersom en finner ut hvilke barrierer som står til hinder, kan en finne mestringsstrategier som kan bidra til bedre psykisk velvære. Eksempel på barrierer kan være sosiale situasjoner, der en opplever ubehag med tanke på at sykdommen blir synliggjort. Ved å se på Haviks kontroll modell (1989) vil instrumentell kontroll kunne ses i sammenheng med aksept av DT1. Instrumentell kontroll knyttes til individets evne og mulighet til å påvirke egen situasjon gjennom egne handlinger og valg (Havik, 1989). Et aktivt valg ungdommen kan ta er å akseptere sykdommen som en del av sin identitet. Om en forstår hva sykdommen er og hvordan den påvirker kroppen, kan det være lettere å kjenne seg igjen å se den som en del av seg selv. Når ungdommen aktivt deltar i valg og handlinger som å akseptere sykdommen, kan det bidra til kontroll over en situasjon som kan oppleves overveldende i starten. Fokus vil være at ungdommen klarer å mestre bedre psykiske problemer knyttet til DT1 og leve et best mulig liv på lag med sykdommen.

## 6.0 Konklusjon

Gjennom teori og drøfting har oppgaven funnet ulike måter sykepleier kan bidra til at ungdom kan bedre mestre de psykiske problemene av DT1. Riktig gitt og tilpasset informasjon til ungdommen, sosial støtte og omsorg, og aksept som mestringsstrategi, er sentrale funn for hva sykepleier kan gjøre for å bidra. Informasjon kan gi forutsigbarhet, trygghet og kontroll som er ord som gjenspeiler hvordan riktig tilpasset informasjon kan føre til bedre mestring. Sentralt funn er at sykepleier må tilpasse informasjon til hver enkelt ungdom, slik at den passer deres modningsnivå. Annet funn viser at det er viktig for sykepleier å fremme ungdommen sine positive erfaringer, og ha fokus på hva de mestrer. Sosial støtte og omsorg kan på denne måten bidra til at ungdom opprettholder et positivt selvbilde. Sykepleier har også en sentral rolle å fremme aksept som mestringsstrategi, som kan bidra til at ungdommen bedre tilpasser seg til den nye livssituasjonen med DT1. Funn sier det er viktig ungdommen ser på sykdommen som en del av sin identitet, for å klare å akseptere den. Spesielt for ungdommer som aldersgruppe er at denne tiden kan være utfordrende for alle, med tanke på fysisk, psykisk og emosjonell utvikling. Dette kan gjøre denne gruppen spesielt sårbar for diagnoser av DT1. Ved bruk av teoretikeren Antonovsky og kontrollmodellen til Havik, kan de bidra til å underbygge vårt svar på problemstillingen. Kontrollformene til Havik som er kognitiv-, instrumentell- og emosjonell kontroll, kobles opp mot hovedfunn fra artiklene våre. På den måten bidrar den å svare på problemstillingen, fordi den også har fokus på å fremme mestring og tilpasning, samtidig redusere negative psykiske problemer av DT1. Antonovsky sine tre kjernekomponenter begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet bidrar til å gi svar på problemstillingen. De sier noe om hvordan ungdommen bedre kan forstå, og motiveres til å håndtere sykdommen. Basert på de overnevnte punktene anbefales dagens og fremtidens sykepleiere å fremheve fokuset på den psykiske helsen hos ungdommer med DT1.

## 7.0 Litteraturliste

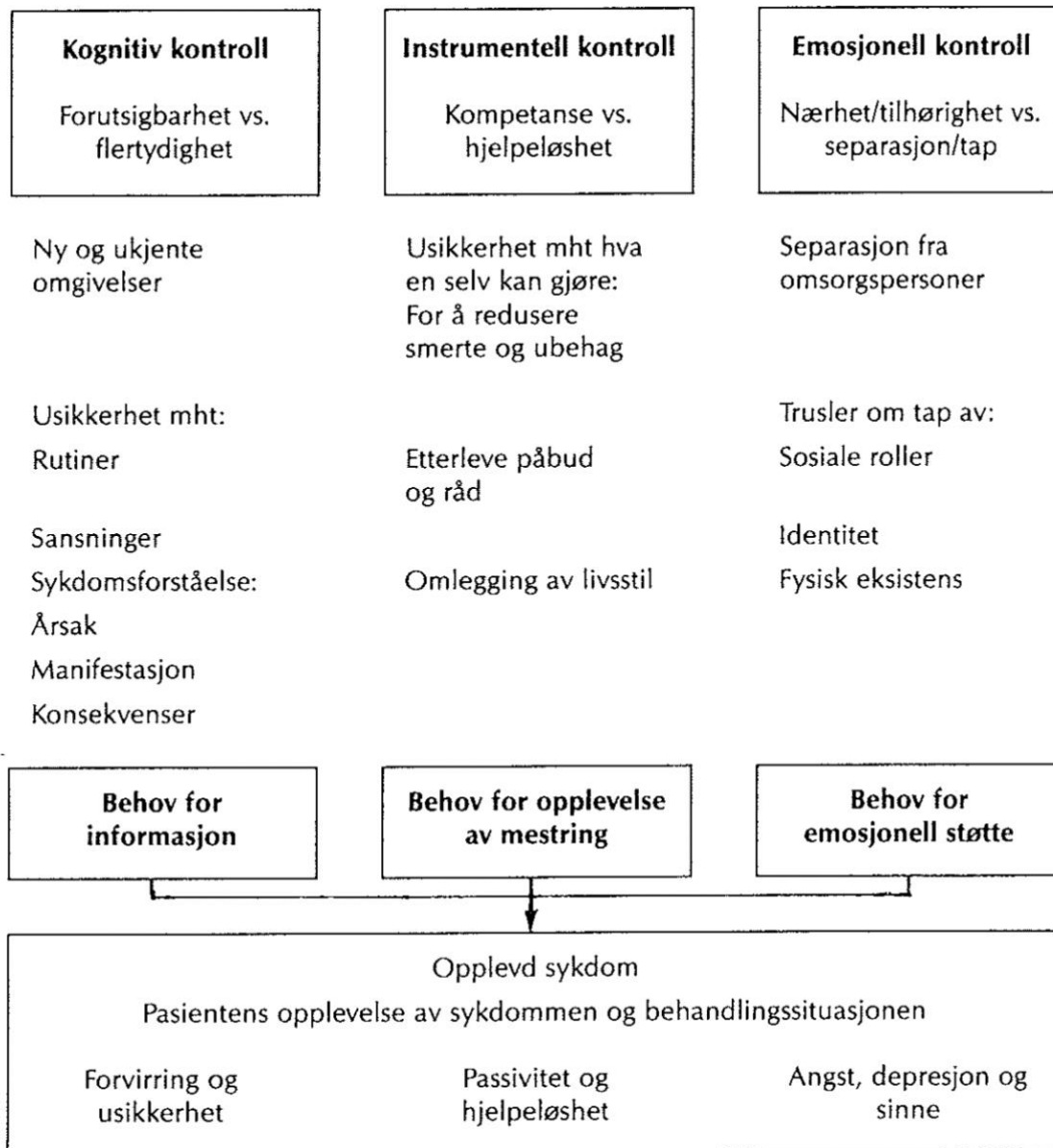
- Abrahamsen, R. (2005). Diabetes og psykisk helse. *Norsk psykologforening*.
- Aslaksen, P. (11. oktober 2019). *Psykoedukativ behandling*. Store medisinske leksikon. [https://sml.snl.no/psykoedukativ\\_behandling](https://sml.snl.no/psykoedukativ_behandling)
- Caylan, C. & Altay, N. (2017). Social anxiety levels and associated factors among adolescents with type 1 diabetes compared with healthy peers. *Pediatric nursing*. <https://doi.org/10.1111/jspn.12172>
- Corbett, T. & Smith, J. (2020). Exploring the effects of being diagnosed with type 1 diabetes in adolescence. *Nurs Stand*. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11556>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.) Oslo: Gyldendal
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (10. februar 2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Früh, E. A., Misvær, N. & Helseth, S. (2021). Ungdommers erfaring med nyoppdaget diabetes 1. *Nordisk sygeplejeforskning*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.1892-2686-2021-04-07>
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatriisk sykepleie*. (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haara, B. (2019, 26. august). *Psykoedukasjon: Normalisering av psykiske vansker*. Mental Helse. <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/psykoedukasjon-normalisering-av-psykiske-vansker>
- Havik, O. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasientens psykologiske behov? *Nordisk psykologi*.
- Helsebiblioteket (11. desember 2018). *Kritisk vurdering*. Kunnskapsbasertpraksis.no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsebiblioteket (17. desember 2021). *Sjekklistor*. Kunnskapsbasertpraksis.no. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>

- Hem, E. (2020, 10. August). *Kronisk*. Store medisinske leksikon.  
<https://sml.snl.no/kronisk>
- Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016a)  
*Grunnleggende sykepleie bind 1* (3 utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016b)  
*Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Mitra, E., Masoume, R. & Zahra, M. (2018). The Effect of Coping Skills Training on Depression, Anxiety, Stress, and Self-Efficacy in Adolescents with Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*.  
<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.galanga.hvl.no/30465005/>
- Mulyasari, R., Agustini, N. & Rustina, Y. (2019). Coping strategies and quality of life of children with type 1 diabetes mellitus: a preliminary study. *Comprehensive child and adolescent nursing* [10.1080/24694193.2019.1594453](https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1594453)
- Pasient- og brukerretighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).  
Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikkesmittsomme/diabetes/>
- Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 2* (5. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

# 8.0 Vedlegg

## Vedlegg 1. Haviks kontrollmodell

Figur 1: En kontrollmodell for psykologiske reaksjoner i forbindelse med somatisk sykdom



## Vedlegg 2. Kvalitativ sjekkliste

Studien vi undersøker: Früh et al., 2021

<b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart  Kommentar:  Formålet med studien var å finne kunnskap om ungdommers tidligere erfaringer med å få Diabetes type 1, og deres hverdag og livskvalitet etter diagnosen for å kunne bidra til et godt helsetjenestetilbud for denne pasientgruppen.  Relevant problemstilling.
<b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart  Kommentar:  Studien har som mål å beskrive erfaringer, gjennom intervju av ungdommer.
<b>3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart
<b>4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart  Kommentar:  Utvalget består av ungdom med nyoppdaget diabetes, med inklusjonskriteriet på at de er mellom 13 og 18 år, norsktalende og fått diagnosen innen de siste to årene.
<b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart  Kommentar:

<p><b>problemstillingen ble besvart?</b></p>	<p>Semistrukturerte individuelle intervjuer. Spørsmål er skrevet på forhånd, og brukes for å se forskjellige svar fra forskjellige personer. Alle får samme overordnet spørsmål, men kan få ulike oppfølging spørsmål. Intervju ble gjort der intervjuobjektene selv ønsket, vanligvis ble de gjort i hjemmet, men også noen på skole og i poliklinikk. Intervju varighet var 45-60 minutter, og ble intervjuet tre ganger over ett år. Hensikten med flere intervjuer var å kunne forstå prosessen ungdommene går gjennom når de lærer seg å leve med kronisk sykdom. Kun ungdommen og forsker var til stede under intervju. De ble registrert ved lydopptak og transkribert ordrett.</p>
<p><b>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart</p> <p>Kommentar:</p> <p>I løpet av analyseprosessen har alle tre forfatterene i fellesskap gjennomgått hovedfunn og fortolkning av data. Denne prosessen av medforfatterkontroll og felles gjennomgang styrker troverdigheten av fortolkningene og funnene de kom frem til.</p>
<p><b>7. Er etiske forhold vurdert?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart</p> <p>Kommentar:</p> <p>Alle informantene fikk informasjonsskriv, med hensikt av studien ble presentert, samt at deltakelse var frivillig og anonymitet var garantert gjennom hele prosessen. Alle deltakerne samtykket skriftlig om at data kunne brukes i forskning. Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk godkjente studien.</p>



<p><b>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart</p> <p>Kommentar:</p> <p>Innholdsanalyse er basert på både en induktiv og deduktiv tilnærming, hvor analyse prosessen går fra oppsummering av semantisk forståelse og beskrivelser av subtemaer, til tolkning av disse opp mot teori. Analyseprosessen fremstilt i tabell som viser klart hovedfunn og fortolkning av data. Ser klar sammenheng mellom innsamlede data og hovedfunn.</p>
<p><b>Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart</p>
<p><b>9. Er funnene klart presentert?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart</p> <p>Kommentar:</p> <p>Früh har trukket inn andre forskningsartikler for å underbygge funnene sine. Funns er diskutert opp mot den opprinnelige problemstilling.</p>
<p><b>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Ja – <input type="checkbox"/> Nei – <input type="checkbox"/> Uklart</p> <p>Kommentar:</p> <p>For sykepleier som er i kontakt med unge som har diabetes kan det være sentralt å fremme god livskvalitet ved å støtte positive erfaringer som kan bidra til å styrke motivasjonen på en tilfredsstillende diabetesbehandling fremover. Uten gode kommunikasjonslinjer mellom spesialist- og primærhelsetjenesten vil ikke ungdom få behov for den hjelpen de har behov for.</p>

### Vedlegg 3. Kvantitativ sjekkliste

Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie, som inkluderer tverrsnittstudie

Studien vi undersøker: Mulyasari et al., 2019

<b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b>	JA. De ønsker å identifisere sammenhengen mellom mestringsstrategiene og livskvaliteten til ungdommer med DT1. Den blir tidlig presentert i studien.
<b>2. Er prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet?</b>	JA. Prevalensstudie gir et godt utgangspunkt for å kunne besvare problemstillingen. Det er et definert utvalg ungdom mellom 13 og 18 år med DT1. Studien er over en tidsperiode som ikke er definert.
<b>3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</b>	JA.
<b>4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b>	JA. Med tanke på hvordan studien svarer på problemstillingen, er utvalget passende. Studien inkluderte 36 ungdom med DT1.
<b>5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b>	JA. Ungdommene som hadde ketoacidose og andre medisinske tilstander frafalt studien.
<b>6. Er svarprosenten høy nok?</b>	JA.
<b>7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det man ønsker å måle?</b>	JA. Ble brukt: Pediatric quality of life inventory (PedsQL) og Coping with a disease (CODI)

<p><b>8. Er datainnsamling standardisert?</b></p>	<p>JA. PedsQI og CODI ble begge vurdert som pålitelige og validert.</p>
<p><b>9. Er dataanalysen standardisert?</b></p>	<p>JA. s. 219. Spearman- korrelasjon testen ble brukt.</p>
<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien? Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b></p>	<p>JA. De som bruker aksept som mestringsstrategi, og unngår emosjonelle reaksjoner kommer ut med best livskvalitet. Det er oppgitt p- verdier.</p>
<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p>JA. Det forventes at sykepleiere forebygger ungdom fra å ta i bruk emosjonelle reaksjoner som en langsiktig mestringsstrategi. De bør heller fremme bruken av aksept mestringsstrategien. Forfatterne av denne studien anbefaler videre forskning på mestring og livskvalitet hos ungdom med T1DM.</p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p>	<p>Både JA og NEI. Få studier har tidligere evaluert sammenheng mellom mestringsstrategier og livskvalitet hos ungdommer med DT1. Ellers viser studien det samme som tilsvarende studier som handler om at mestrings trening er viktig for å håndtere den psykiske belastningen av DT1.</p>