



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 – Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr: 19

Antall ord: 8 959

Sammendrag

Diabetes er et økende problem, og et viktig tema å gripe fatt i. Jeg valgte tittelen ''*tenåringer med diabetes*'', ettersom tenåringsperioden kan oppleves som en utfordring. I følge en amerikansk intervjuundersøkelse så hadde 25 % ''gått glipp av'' insulindoser og 29 % hadde ikke målt blodsukkeret sitt regelmessig (Hanås, 2002). Slik atferd viser at en ikke mestrer sin diabetes, og jeg har derfor valgt å fokusere på problemstillingen: *Betydning av veiledning for tenåringers mestring diabetes type 1*. Denne problemstillingen valgte jeg ettersom den er av stor sykepleiefaglig betydning og noe jeg selv vil lære mer om. Videre er oppgaven basert på en litteraturstudie, hvor både pensum og annen aktuell litteratur om emnet er benyttet, i tillegg til 4 relevante forskningsartikler. Hovedfunnene tyder på at det er viktig å lære seg å leve med diabetes fra starten av slik at en ikke blir negativt påvirket av den. Ved at en mestrer sykdommen sin så vil en oppleve tilfredshet i livet med diabetes. Mestring kan oppnås gjennom veiledning hvor vedkommende får hjelp til selvhjelp, i tillegg til økt kunnskap om sykdommen sin.

Abstract

Diabetes is a growing problem and an important issue to address. I chose the title "*teenagers with diabetes*", as the teenage period can be seen as a challenge. According to a U.S. interviewer study 25% had "*missed*" insulin doses and 29% had not measured their blood sugar regularly (Hanås, 2002). Such behavior shows that they do not master their diabetes, and I have therefore chosen to focus on the problem: *The importance of guidance for teenagers coping with type 1 diabetes*. I chose this issue as it is of great nursing significance and something I want to learn more about. Furthermore, the task is based on a literature study, where both the syllabus and other relevant literature on the subject are used, in addition to four relevant research articles. The main findings indicate that it is important to learn to live with diabetes from the start so that one will not be adversely affected by it. By mastering the disease one can experience satisfaction in life with diabetes. Coping can be achieved through the guidance where the person gets help to help themselves, in addition to increased knowledge about their disease.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Oppgavens hensikt.....	5
1.3 Problemstilling.....	5
1.4 Begrensning og definisjoner av sentrale begreper i problemstillingen	5
1.4.1 Mestring	5
1.4.2 Veiledning	6
2.0 Teori.....	7
2.1 Diabetes	7
2.1.1 Hva skjer ved diabetes?	7
2.1.2 Betydningen av insulin.....	8
2.1.3 Kroppens reaksjon uten insulin	8
2.2 Diabetes i tenårene.....	9
2.2.1 Fra å være barn til å bli voksen.....	9
2.2.2 Risikoatferd hos tenåringer.....	9
2.3 Mestring.....	10
2.3.1 Lazarus og Folkmans mestringsteori.....	10
2.4 Veiledning	12
2.4.1 Relasjonen.....	12
2.4.2 Prosessen	13
2.4.3 Ferdigheter	13
2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori	14
2.5.1 Travelbees syn på mennesket	14
2.5.2 Sykepleierens mål og hensikt	14

2.5.3 Et menneske til menneske forhold.....	14
2.5.4 Viktigheten av kommunikasjon	15
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som metode	16
3.1.1 Sterke og svake sider ved litteraturstudie	16
3.2 Søkeprosessen og valg av litteratur	17
3.3 Kildekritikk.....	17
3.4 Etiske overveielser.....	18
3.5 Presentasjon av artikler.....	19
4.0 Drøfting	21
4.1 Å leve med diabetes.....	21
4.1.1 Utfordringer i tenårene.....	22
4.1.2 God metabolsk kontroll.....	23
4.2 Å mestre sin diabetes	23
4.2.1 Fra emosjonelt orientert til problemorientert mestring.....	24
4.2.2 Mestringsprosessen.....	24
4.3 Betydningen av veiledning for tenåringers mestring av diabetes.....	26
4.3.1 Veiledningens hensikt.....	26
4.3.2 Å veilede tenåringers.....	27
4.3.3 Relasjonens betydning for veiledning	28
5.0 Konklusjon.....	30
6.0 Litteraturliste.....	31
Vedlegg I: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning	34
Vedlegg II: Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie.....	37
Vedlegg III: Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie.	40

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes type 1 er en kronisk stoffskiftesykdom, som er en insulinkrevende og alvorlig diabetestype. Det er rundt 25 000 i Norge som har Diabetes type 1. Rundt 600 nordmenn får diagnosen hvert år og Norge ligger på verdenstoppen når det gjelder barnediabetes (Diabetesforbundet, 2008). Forekomsten av diabetes er veldig varierende i ulike deler i verden. I Japan er diabetes hos barn og unge veldig sjelden, mens Finland derimot har den høyeste insidensen av barne- og ungdomsdiabetes (Hånas, 2002). I følge Gjengedal og Hanestad (2007) så øker antall personer som får diagnosen globalt og nasjonalt. Det utgjør en stor utfordring for både pasientene og for helsevesenet.

Som sykepleierstudent har jeg møtt pasienter med diabetes på sykehus, sykehjem og i psykiatriavdeling. Interessen for diabetes økte spesielt etter at jeg var i min 4. praksisperiode på barneavdelingen på sykehuset. Der møtte jeg både barn og tenåringer som fikk diagnosen diabetes type 1. Jeg opplevde stadig en stor fortvilelse blant de unge, ettersom sykdommen førte til forandringer i livssituasjonen. I tillegg var det flere som ikke mestret sykdommen. Det som skremte meg mest var de som ikke tok sykdommen alvorlig og fortsatte å leve som før, uten insulin. Det var da jeg fant ut at dette var noe jeg ville lære mer om og bestemte meg for å skrive om tenåringer med diabetes.

Uten insulin vil blodsukkeret øke, og i følge diabetesforbundet (2008) så kan en utvikle senkomplikasjoner som følge av diabetes om en går med forhøyet blodsukker over lengre tid. Risikoen for å få hjerteinfarkt og angina pectoris øker, og en kan utvikle tannkjøtt sykdommer, og infeksjoner i munnen. En har større risiko for å få hjerneslag, spesielt hos de med diabetes type 2, men også hos type 1. Andre komplikasjoner kan være smertefull nevropati (nervesykdom) og erektil dysfunksjon (ereksjonssvikt). Etter flere år med diabetes øker også risikoen for skader på nyrene og deres funksjon i tillegg til nerveskader og nedsatt blodsirkulasjon i beina. I følge Jacobsen (2001) trenger personer med diabetes undervisning, veiledning og oppfølging for å mestre sin diabetes og forebygge senkomplikasjoner.

1.2 Oppgavens hensikt

Den overordnede hensikten med denne oppgaven er at jeg skal fordype meg i et avgrenset område innen sykepleie. Diabetes er et økende problem i dagens samfunn. Det er et viktig tema å ta tak i, som er av stor sykepleiefaglig betydning. Hensikten med den foreliggende litteraturstudien er å belyse diabetes type 1 hos tenåringer, og finne ut hvilken betydning veiledning vil ha for tenåringers mestring av sin sykdom slik at de videre kan leve på en tilfredsstillende måte.

1.3 Problemstilling

Betydning av veiledning for tenåringers mestring av diabetes type 1.

1.4 Begrensning og definisjoner av sentrale begreper i problemstillingen

Diabetes mellitus finnes både som type 1 og type 2. Jeg velger å skrive om diabetes type 1, som er den insulinkrevende diabetesen. Videre i oppgaven brukes benevnelsen diabetes type 1 eller bare diabetes. Temaet er stort og det er mye en kan skrive og fordype seg innen. Jeg har valgt å konsentrere meg om unge diabetikere som ikke mestrer sin sykdom i en aldersgruppe fra 13-18 år. Tenåringsfasen begynner når en er 13 år, og fra en blir 18 år så anses en ofte som voksen. I denne fasen kan det oppleves som en stor utfordring å få diabetes, noe som fører til at det er flere som ikke mestrer den. Derfor vil jeg prøve å finne ut hvilken betydning veiledning vil ha for tenåringer slik at de klarer å mestre sin diabetes.

1.4.1 Mestring

Det finnes svært mange definisjoner på mestring. Friborg karakteriserer mestring som det vi på nordnorsk kaller "*å stå han av*" eller "*å takle stress og påkjenninger slik at man får et godt utfall til tross for et dårlig utgangspunkt*" (Solhaug, 2004).

Derimot definerer Lazarus og Folkman mestring slik:

"Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141).

Friborgs definisjon av mestring er en enkel begrepsavklaring som forklarer hva mestring er. Likevel velger jeg videre i oppgaven å gå ut i fra Lazarus og Folkmans definisjon av mestring. Deres mestringsteori går ut på ulike mestringsstrategier om hvordan en kan mestre et problem, noe som jeg mener er relevant å ha med i oppgaven.

1.4.2 Veiledning

Tveiten definerer veiledning slik:

''En formell, relasjonell og pedagogisk istandssettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier'' (Tveiten, 2008, s. 71).

Denne definisjonen valgte jeg ettersom den er lett og forståelig, i tillegg til relevant for oppgaven min. Tveiten fokuserer nemlig på at veiledningens hensikt skal føre til økt mestringskompetanse hos vedkommende.

2.0 Teori

I denne delen av oppgaven har jeg tatt med teori som jeg mener er relevant for oppgavens tema og problemstilling. Oppgaven begynner med teori om hva diabetes er, og diabetes i tenårene. Deretter presenterer jeg teori om mestring, veiledning og avslutter med Travelbees sykepleieteori.

2.1 Diabetes

Diabetes type 1 er en kronisk stoffskiftesykdom, det vil si at det er en sykdom som varer livet ut og som skyldes insulinmangel. 80 % av insulinproduksjonen er vanligvis borte når en får de kliniske symptomene på diabetes type 1. Den oppstår i alle aldre, men er hyppigst i ungdomsårene. Symptomene som tyder på at en har denne sykdommen er:

- Vekttap.
- Redusert allmenntilstand.
- Økt vannlating og tørste.
- Generelt ubehag, dårlig appetitt og slapphet.
- Slørete syn.

Andre symptomer som opptrer kan være urinveisinfeksjon og soppinfeksjon i underlivet. Den kan også debutere med syreforgiftning (Jacobsen, 2001). Det vites lite sikkert om selve mekanismen som utløser diabetes, og derfor er det ikke mulig å forsinke eller stoppe utbruddet av type 1, hos de som er genetisk disponert (Christophersen, 2004).

2.1.1 Hva skjer ved diabetes?

Mosand og Førstund (2001) skriver at det blir dannet antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhansker celleøyene i pankreas hos de som har diabetes. Dette skjer på grunn av at kroppens immunforsvar feiloppfatter insulincellene som fremmede, noe som fører til at det dreper dem. Slik ødelegges cellene gradvis, samtidig som insulinproduksjonen avtar. Det er usikkert hvorfor dette skjer, men forskere tror at det er på grunn av en kombinasjon av genetisk disposisjon og et virusutbrudd (Christophersen 2004).

2.1.2 Betydningen av insulin

Christophersen er en diabetiker og har skrevet boken ”*Diabetes for livet – aldri fred å få*”? For å forstå betydningen av insulin legger jeg til et sitat som er hentet fra boken hans:

”Når det er for lite insulin i kroppen, registrerer leveren at cellene får for lite næring. I beste mening produserer leveren nå enda mer sukker, men det gir ikke mer føde til cellene, bare et enda høyere blodsukker. Og slik starter en ond sirkel. Så å gå tom for insulin er litt som å gå tom for luft. Det går ikke bra” (Christophersen, 2004, s. 19).

2.1.3 Kroppens reaksjon uten insulin

Den som har diabetes må tilføre insulin for å overleve, for når produksjonen ikke dekker kroppens behov, øker blodets glukoseinnhold, og da utvikles symptomer for hyperglykemi, som betyr høyt blodsukker (Mosand og Førstund, 2001). Uten insulin vil sukkeret forbli i blodet, samtidig som blodsukkeret vil stige, og da spesielt etter måltider (Hanås 2002). Stoffskiftet vil heller ikke fungere uten insulin. Nyreterskelen ligger på rundt 10 mmol/l, og når blodsukkeret når denne, så trår nyrene til og prøver å vaske sukkeret ut av kroppen. Da blir urinen søt, og kroppen tørkes opp. Dette fører til at stoffskifte er i kraftig ubalanse. Det som da skjer er at det blir en ufullstendig fettforbrenning, og både blodet og urinen fylles opp av syre. Fortsetter dette vil diabetikeren føle et generelt ubehag, etterfulgt av nedsatt bevissthet og senere bevisstløshet. I verste fall kan en da havne i diabetisk koma med syreforgiftninger, noe som er dødelig (Christophersen 2004).

Hypoglykemi, som betyr lavt blodsukker, er blant annet det personer med diabetes frykter mest. Det kan oppstå alvorlige situasjoner der en ikke har kontroll over seg selv, og en kan for eksempel bli bevisstløs. Begrepet hypoglykemi, brukes når blodsukkeret er under 3,0 mmol/l. (Jacobsen mfl. 2001) Tegn på hypoglykemi kan være svette, skjelving, sult, svimmelhet, hjertebank, nedsatt konsentrasjonsevne, tretthet, apati, irritasjon, aggressivitet, angst, bevisstløshet og kramper. Årsaken til at hypoglykemi oppstår er blant annet redusert matinntak, utsettelse av måltid, økt fysisk aktivitet eller for stor medikamentdose av insulin (Jacobsen, 2001).

2.2 Diabetes i tenårene

Hos barn og unge er diabetes en av de hyppigste kroniske sykdommer. Den årlige insidensen i Norge er på ca. 22,5 per 100 000 barn i alderen 0-15 år. I tenårene skjer det store endringer i den hormonelle balansen, og i løpet av vekstfasen så vil behovet for insulin øke og kroppen vil trenge vesentlig større doser. I puberteten kan insulinbehovet stige til nesten det dobbelte, for så å falle igjen etter at tenåringsperioden og vekstfasen er over. Derfor varierer insulindosene betydelig i forbindelse med den enkeltes vekst og utvikling Graue (2002).

2.2.1 Fra å være barn til å bli voksen

Som tenåring er en i en overgang fra det å være barn til å bli voksen. De begynner utviklingen av en voksen identitet og en vil være uavhengige av andre (Hanås, 2002). Graue (2002) skriver at denne frigjøringen ofte skjer ujevnt ved at en først har en barnslig preget tilknytning (regresjon), og deretter er en mer tilbaketrukket og avviser det foreldrene står for. I denne fasen kan noen få store problemer med å leve med diabetessykdommen i det daglige, og slite med en dårlig blodsukkerregulering over lenger tid, muligens flere år. Derfor kan diabetes i puberteten ofte oppleves som en stor utfordring, både for den unge og dens familie. Typiske trekk hos tenåringer er:

- En uregelmessig livsførsel.
- Behov for å være impulsiv.
- Rive seg løs fra foreldrene.
- Ta avstand fra etablerte, fornuftige "voksne" prioriteringer (Graue, 2002).

2.2.2 Risikoatferd hos tenåringer

Hanås (2002) skriver at det er mange tenåringer som viser såkalt risikoatferd. En alvorlig type risikoatferd er å glemme eller hoppe over insulininjeksjoner. I en amerikansk intervjuundersøkelse uttalte 25 % av tenåringene i en alder fra 11-19 år at de hadde "gått glipp av" en eller flere injeksjoner i løpet av de siste ti dagene. I denne undersøkelsen viste det seg også at 29 % ikke hadde målt blodsukkeret slik som det tidligere var avtalt. I tillegg hadde 29 % også notert et lavere blodsukker i sin diabetesdagbok enn de faktisk hadde målt (Hanås, 2002). Videre skriver Hanås (2002) at når en glemmer insulindoser så begynner blodsukkeret og svinge og diabetesen blir vanskelig å regulere.

I behandling og veiledning av tenåringer med diabetes type 1 er det derfor avgjørende at en setter fokus på at det er en insulinmangelsykdom. I tillegg er det også viktig at behandlingen

har som mål at den enkelte til enhver tid tilfører kroppen riktig dose insulin. I følge Graue (2002) så må en i veiledningen kartlegge den enkeltes overskudd, vilje og evne, slik at en kan bruke nødvendig tid på vedkommende til han forstår sin diabetes og lærer å kjenne sin egen døgprofil.

I følge Hanås (2002) er tenåringene ofte ikke modne nok til å ta ansvar for sykdommen sin, men finner det likevel vanskelig at foreldrene skal ta dette ansvaret. Likt som alle andre har de planer om fremtiden og en kan derfor også bli lett deprimert når en får en kronisk sykdom. Derfor er viktig å lære seg og ikke se negativt på sykdommen, men heller bli venn med den. Diabetes er en sykdom som er der 24 timer i døgnet, resten av livet. Derfor må en, på en eller annen måte akseptere den, ellers vil det bli vanskelig å fortsette livet uten å bli negativt påvirket av den (Hanås, 2002).

2.3 Mestring

Gjengedal og Hanestad (2007) skriver at det å mestre betyr å beherske, å klare noe eller å være herre over en situasjon. Det forutsetter og innebærer en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll (Eide og Eide, 2007). I følge Solhaug (2004) så er mestring opplevelsen av å ha krefter til å kunne møte utfordringer og samtidig ha følelse av å ha kontroll over eget liv. Ved mestring takler en stress og påkjenninger, og får et godt utfall til tross for et dårlig utgangspunkt.

2.3.1 Lazarus og Folkmans mestringsteori

Lazarus har gjennom mange tiår utviklet sin teori om mestring og stress. Deler av arbeidet har han utført med Folkman. Deres teori bygger i hovedsak på hovedverket *Stress, Appraisal and Coping* (Lazarus og Folkman, 1984) og handler om en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i. Det betyr at det er personens egne tanker om situasjonen han er i som utgjør grunnlaget for opplevelsen av belastning. Det er et samspill mellom faktorer i personen selv og situasjonen han er i som utgjør hvordan han reagerer, handler og mestrer situasjonen sin (Kristoffersen, 2005). I følge Gjengedal & Hanestad (2001) så er Lazarus og Folkmans teori om mestring en av de som er mest anvendt innen sykepleieforskning.

Begrepet mestring refereres til et bredt spekter av handlinger og strategier som er rettet mot å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter (Kristoffersen, 2005). Renolen (2008) skriver at i en mestringsprosess veksler en mellom ulike strategier og tilnærminger. En tilnærming kan være å se på mestring som en prosess, der en veksler mellom ulike mestringsstrategier. Lazarus og Folkmann har en slik tilnærming. I følge dem finnes det to typer mestringsstrategier, problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring.

Problemorientert mestring

Problemorientert mestring går ut på å definere og avgrense et problem, søke informasjon og veiledning, vurdere hvilke muligheter som er til hjelp for vedkommende, bestemme seg for et bestemt handlingsalternativ for så å utføre handlinger som fører til mestring. Med andre ord kan denne prosessen kalles en problemløsning. Denne type strategi velges fortrinnsvis når personen selv mener å ha en nokså god sjanse til å mestre situasjonen. Ved bruk av denne mestringsstrategien forholder personen seg aktivt og direkte til situasjonen en skal mestre, samtidig som en vil finne måter å handle på slik at en kan leve et mest mulig normalt liv (Vifladt og Hopen, 2004). Renolen (2008) skriver at denne mestringsstrategien både kan oppleves som hensiktsmessig og uhensiktsmessig. For eksempel så kan en innhente informasjon om sykdom og behandling, noe som kan gi personen en følelse over å ha kontroll over situasjonen. Likevel så kan all denne informasjonen også skape forvirring og usikkerhet, og muligens øke stressnivået til personen.

Emosjonelt orientert mestring

Emosjonelt orientert mestring kan betraktes som forsøk på å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag og problemer. En prøver på denne måten å flykte fra virkeligheten istedenfor å prøve å gjøre noe med situasjonen. Eksempler på dette kan være å fornekte eller bagatellisere alvorret i sykdommen sin, unnvike vanskelige situasjoner, ikke ta ansvar for konsekvenser, unngå å få informasjon og innhente kunnskap, og bruke humor/ironi når en prater med noen om vanskelige situasjoner (Vifladt og Hopen, 2004). Slike forsøk på mestring vil i de fleste tilfeller være uhensiktsmessige ettersom de ikke forandrer eller tar utgangspunkt i det som ligger til grunn for opplevelse av tap, trussel eller utfordring (Kristoffersen, 2005). Likevel kan denne mestringsstrategien fungere som en midlertidig løsning eller et pusterom for noen personer før en gjør noe med selve problemet. Den ene mestringsstrategien er derfor ikke bedre enn den andre, men de utfyller hverandre og er derfor begge like viktige (Renolen, 2008).

2.4 Veiledning

Veiledning tar utgangspunkt i hva en er god til og hva en har problemer med å mestre, for så å definere et behov for å utvikle seg. Veiledning kan handle om å utvikle seg på gode og sterke sider, men også om å forbedre seg på svake områder (Hansen og Lingås, 2005). Derfor er veiledning en viktig metode i sykepleiepraksis. Når veiledning betegnes som ”*pedagogisk*” betyr det at hensikten vil være å fremme pedagogiske mål som fører til personlig utvikling og vekst hos mottakeren. Det vil si at gjennom veiledning så kan pasienten oppdage nye muligheter, og se nye perspektiver og nyanser. (Kristoffersen, 2005).

Pasientundervisning er en form for veiledning som gir nødvendig kunnskap og ferdigheter til vedkommende (Ruderfelt og Axelsson, 2004). I følge Teslo (2006) er veiledning i denne formen en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor både kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse. Med systematisk læringsprosess betyr det at veiledningen foregår over tid, til avtalte timer og med de samme personene tilstedet. Videre skriver Kristoffersen (2005) at det er tre viktige sider ved faglig veiledning som metode:

- Relasjonen.
- Prosessen.
- Ferdigheter.

2.4.1 Relasjonen

Relasjonen har en stor betydning for veiledningen (Tveiten, 2008). Relasjonen mellom partene er avgjørende for pasientens utbytte av veiledningen. Det som kjennetegner en god veiledningsrelasjon er ekthet, mellommenneskelig varme og empati. Dette gjør veiledningen virksom ved at pasienten tillates å tenke, føle og uttrykke seg fritt, samtidig som veilederen viser interesse, oppmerksomhet og lytter (Kristoffersen, 2005). For å skape en god relasjon er det derfor også viktig å legge til rette for tillit og trygghet, slik at pasienten våger å åpne seg og reflektere rundt sine opplevelser og erfaringer (Tveiten, 2008). Slik vil også veilederen kunne gi ærlig respons på det pasienten uttrykker, samtidig som å hjelpe han til og utforske sine tanker og følelser ytterligere i løpet av veiledningssamtalen (Kristoffersen, 2005). Dette vil kunne skape en god dialog mellom veileder og pasient, og i følge Tveiten (2008) så er dialog hovedformen i veiledning.

2.4.2 Prosessen

I veiledningsprosessen vil det være relevant å informere, undervise og gi råd (Tveiten, 2008). Det er veilederen som har ansvaret for prosessen og fremgangen i veiledningen. Veiledning består av ulike trinn eller faser som retter seg mot et mål. Først må en finne ut hvordan pasienten opplever sin situasjon, og det er viktig å bruke tid på denne klargjøringen (Kristoffersen, 2005). Det er viktig å møte personen der han er og høre hva hans behov er (Tveiten, 2008). Videre er det pasienten som må finne ut hva hans mål er og deretter sammen med veileder utforske hvordan han kan nå disse målene. Derfor er veiledning med andre ord en personorientert prosess, som ikke kan reduseres til ren problemløsning (Kristoffersen, 2005). Som veileder må en derfor ta utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse, samtidig som en legger til rette for at pasienten selv bearbeider, oppdager, lærer, reflekterer over egen situasjon, egne behov og problemer. Gjennom denne prosessen så vil pasientens mestringskompetanse styrkes (Tveiten, 2008).

2.4.3 Ferdigheter

I følge Tveiten (2008) så har sykepleieren en pedagogisk funksjon som innebærer blant annet å gi veiledning, informasjon, råd og undervisning til personer som er rammet av sykdom. For at sykepleieren skal kunne bruke sin pedagogiske funksjon så må hun bruke sine kommunikasjonsferdigheter (Tveiten, 2008). Kommunikasjonsferdigheter kan grovt sett deles inn i to ulike typer: relasjonsskapende ferdigheter og avklarende/fokuserende ferdigheter, disse henger sammen og er grunnleggende for veiledningen (Kristoffersen, 2005).

Relasjonsskapende ferdigheter er evnen om å lytte aktivt og være mentalt til stede hos pasienten (Kristoffersen, 2005). For å kunne gi den nødvendige hjelpen vedkommende trenger må sykepleieren ha oppmerksomheten rettet mot pasienten og lytte aktivt etter hva han uttrykker (Tveiten, 2008). På denne måten får sykepleieren informasjon om hva pasienten er opptatt av. Avklarende og fokuserende ferdigheter bidrar til klargjøring hos pasienten. Sykepleieren fungerer som en reflektor og gjentar ord og uttrykk som pasienten bruker, slik at han får reagere på og sette flere ord på det han er opptatt av. Dette kan føre til at hans egne oppfatninger og synspunkt oppstår klarere enn før. På denne måten kan også pasienten oppdage hva som er viktig for han og hva han eventuelt er redd for (Kristoffersen, 2005). I følge Tveiten (2008) så er bevisstgjøring en sentral del av veiledning, og dette oppnås gjennom sykepleierens avklarende og fokuserende ferdigheter.

2.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

Travelbees sykepleieteori har fokus på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Hun mener at for å forstå hva sykepleie er og bør være, så må en ha forståelse av hva som skjer mellom sykepleier og pasient, hvordan den interaksjonen oppleves og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten og dens tilstand.

Travelbees sykepleiedefinisjon er både velkjent og allment akseptert. Hun beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn å forebygge eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. (Kirkevold, 2001).

2.5.1 Travelbees syn på mennesket

Travelbee mener at det enkelte menneske er enestående og uerstattelig, og forholder seg derfor til et hvert menneske som unikt. Hun understreker at mennesker har en tilbøyelighet og en evne til å søke etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte. Og videre skriver hun at sykdom og lidelse derfor gir en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling (Kristoffersen, 2005). Ved å oppfylle sykepleiebehov kan en hjelpe den syke til å mestre sin lidelse og sykdom (Travelbee, 2001).

2.5.2 Sykepleierens mål og hensikt

I følge Travelbees tenkning er sykepleierens mål og hensikt å hjelpe personer i å mestre, bære og finne mening i de forskjellige erfaringene som følger med sykdom og lidelse. I tillegg til disse begrepene, er begrepet håp sentralt knyttet til sykepleierens mål og hensikt. Ved å understøtte håp hos mennesker med lidelser og sykdommer, kan sykepleieren hjelpe personer til å mestre situasjonen i en større grad enn en ellers ville ha gjort (Kristoffersen, 2005). Travelbee (2001) skriver at for å oppnå sykepleierens mål og hensikt så må en etablere et virkelig menneske til menneske forhold.

2.5.3 Et menneske til menneske forhold

Et menneske til menneske forhold oppnås ved at både sykepleieren og den som trenger hjelp forholder seg til hverandre som unike og enestående individer, og ikke bare ser på hverandre som sykepleier og pasient (Kirkevold, 2001). Et slikt forhold vil gjøre det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe noen med å forebygge eller mestre sykdommen sin (Travelbee, 2001).

I følge Travelbee (2001) så etableres et menneske til menneske forhold etter at sykepleieren og vedkommende som trenger hjelp har gått gjennom fire forutgående, sammenhengende faser:

- Det innledende møtet.
- Framvekst av identiteter.
- Empati.
- Sympati og medfølelse.

Gjennom denne prosessen formidles det tanker og følelser til hverandre, samtidig som sykepleier blir kjent med pasienten som person. Dessuten så resulterer disse fasene i gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 2001).

2.5.4 Viktigheten av kommunikasjon

Eide og Eide (2007) beskriver kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål.

Travelbee (2001) skriver at kommunikasjon og samhandling er noen av de viktigste redskapene en sykepleier har, og noe som er absolutt viktig når en skal etablere et menneske til menneske forhold. God kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten er viktig for å kunne hjelpe vedkommende som lider, og for å sikre at tiltakene som iverksettes samsvarer med pasientens behov. I tillegg til å oppnå god kommunikasjon så må sykepleieren observere pasienten, slik at en videre kan kartlegge om pasienten har et sykepleiebehov og hvordan en kan hjelpe han.

3.0 Metode

Sosionom Vilhelm Aubert formulerer metode på følgende måte:

''En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder'' (Dalland, 2007, s. 81).

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den vil hjelpe oss å finne gode data, samtidig som den vil belyse problemstillingen på en faglig og interessant måte (Dalland, 2007).

3.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det litteraturstudie som blir brukt som metode. Det er retningslinjene som stiller krav til denne metoden, og på grunn av tidsbegrensing jeg har på meg så passer den godt til oppgaven. Forsberg og Wengstöm (2008) skriver at en litteraturstudie innebærer at en systematisk søker, kritisk gransker og sammenfatter litteraturen innenfor et emne eller et problemområde. Ved å bruke litteraturstudie som metode så baseres oppgaven på aktuell kunnskap fra bøker, fag- og forskningsartikler. Det innhentes vanligvis data fra et antall vitenskapelige artikler og rapporter. For at en skal kunne gjøre en god og systematisk studie er det en forutsetning at det finnes nok studier av god kvalitet. Det kan utgjøre grunnlaget for vurderinger og funn.

3.1.1 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

Det positive med en litteraturstudie er at jeg på kort tid kan finne frem til den informasjonen som er aktuell for temaet jeg har valgt. Da bruker jeg litteratur som allerede eksisterer innen emnet i form av bøker og studier som er blitt gjort.

Det negative med en litteraturstudie er at det er en begrenset mengde relevant forskning og ulike eksperter kan komme fram til helt ulike resultater innen det samme temaet (Forsberg og Wengström, 2008). I artiklene har ekspertene deres egne problemstillinger, noe som kan gjøre det vanskelig for meg å finne relevante artikler knyttet opp mot min.

3.2 Søkeprosessen og valg av litteratur

I søkeprosessen etter forskningsartikler har jeg brukt databasene SveMed+, ProQuest, Bibsys og Vård i Norden. Søkeordene jeg brukte på norsk er: diabetes, diabetes type 1, diabetes mellitus, kronisk sykdom, kronisk, ungdom, ungdommer, tenåringer, mestring, veiledning, undervisning, pasientundervisning og sykepleie veiledning. På engelsk brukte jeg disse søkeordene: diabetes mellitus, diabetes type 1, diabetes, chronic illness, teenagers, coping, guidance, patient guidance. Søkeordene brukte jeg hver for seg og sammen. I tillegg søkte jeg på Graue, som skriver forskningsartikler om diabetes.

Siden diabetes er et tema som det er blitt forsket mye på så fikk jeg mange treff, men ikke mange som var relevante for meg. Etter mye søking fant jeg flere forskjellige artikler som til sammen kunne svare meg på min problemstilling. De artiklene jeg har brukt har jeg hentet fra SveMed+, ProQuest og Vård i Norden.

Jeg har også brukt pensumlitteratur, som i følge Dalland (2007) er et godt utgangspunkt og gir oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innen faget. I tillegg så har jeg brukt annen utfyllende og relevant litteratur om emneordene mine, og da brukte jeg Bibsys som søkemotor ved høyskolen sitt bibliotek. Litteraturen og artiklene har jeg valgt for å svare på oppgavens problemstilling.

3.3 Kildekritikk

Dalland (2007) beskriver kildekritikk som de metodene som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si å vurdere og karakterisere de kildene som blir benyttet. Jeg vet at basene jeg har brukt er godkjente og sikre kilder, ettersom de er blitt kvalitetssikret for godkjenning før utgivelse i databasen. Når jeg har søkt etter artikler har jeg sett på om resultatene har kunnet hjelpe meg, og videre vurdert de ut i fra sjekklister for vurdering av forskningsartikler (se vedlegg I, II og III).

Når det gjelder teori så har jeg fokusert på å finne primærkilder, men har også brukt sekundærkilder enkelte steder. Det er viktig at litteraturen jeg bruker er valid og har reliabilitet. At litteraturen er valid betyr at den er relevant og gyldig for problemet som skal undersøkes. Reliabilitet betyr pålitelighet, og med det menes det at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2007). Dette har jeg prøvd å oppnå ved å bruke anerkjent

litteratur av nyere utgivelse. Å bruke litteratur av nyere dato er med på å støtte opp validiteten av oppgaven min. Likevel så har jeg valgt å bruke ei eldre bok av Lazarus og Folkman fra 1984. Denne boken valgte jeg ettersom den går ut på mestringsteorien deres og er en primærkilde.

3.4 Etiske overveielser

Dalland (2007) påpeker at etikk handler om normene for riktig og god livsførsel. Når jeg bruker annen litteratur må jeg ivareta forfatterens arbeid på en god måte. Det er viktig at jeg ikke endrer teksten til noe annet enn hva forfatteren egentlig skriver. I tillegg skal jeg oppgi referanser og årstall fra der jeg henter litteraturen, slik at jeg ikke tar æren for noe som ikke er mitt. Jeg skal også være forsiktig når jeg bruker artikler, og undersøke om de er godkjente for utgivelse før jeg bruker dem.

Når etikk blir diskutert i tilknytning til forskning med mennesker, så må det skje i overensstemmelse med bestemte retningslinjer for hva som er akseptabelt. Helsinkideklarasjonens retningslinjer legger vekt på at hensynet til forsøkspersonenes helse og integritet må komme foran hensynet til forskning og samfunn (Dalland, 2007). Tenåringer med diabetes kan oppleves som en sårbar gruppe, og en må derfor være varsomme med dem. Likevel er det en gruppe som det er hensiktsmessig å forske på ettersom funnene vil kunne gi nyttig informasjon til både helsepersonell, tenåringer med diabetes og deres pårørende. I følge NOU (2001:19) så inngår forskning som et naturlig og nødvendig element for kunnskapsutvikling og muligheter til å kunne forbedre de menneskelige livsvilkår.

For mange vil det være en forutsetning å få være anonym for å delta i undersøkelser. Uten løfte om diskresjon så vil mange si nei til å delta. I tillegg vil det være grunnleggende at de som de som deltar gir informert, frivillig samtykke, som betyr at de deltar med vitende og vilje på et fritt og selvstendig grunnlag (Dalland, 2007). Helsinkideklarasjonen stiller dessuten bestemte krav til informasjonen vedkommende skal få. Individet skal informeres og avgi samtykke på bakgrunn av angitte formål, metoder, fordeler, risiko og ubehag ved undersøkelsen (NOU, 2001: 19). Vedkommende som velger å delta, vil også ha rett til å trekke seg når som helst fra videre deltakelse uten å få negative konsekvenser (Dalland, 2007). På bakgrunn av slik informasjon er det mulig at flere velger å delta, og at det fremover kan bli mye mer forsket på tenåringer med diabetes.

3.5 Presentasjon av artikler

Her presenterer jeg fire forskjellige forskningsartikler som belyser ulike relevante forhold ved problemstillingen min, og som jeg videre skal bruke i drøftedelen.

Hvor mange og hvem behandles medikamentelt for diabetes mellitus?

Strøm, Engeland, Eriksen, Sakshaug og Rønning (2006) skriver at utbredelsen av diabetes type 1 hos barn og unge i Norge og i andre nordiske land er urovekkende. Studien er av kvantitativ metode og målet med den er å se prevalens og insidens av de som blir medikamentelt behandlet for diabetes type 1 i aldersgruppen under 15 år i Norge. Reseptregisteret er brukt som datakilde og den gir oversikt over hvor mange som har diabetes mellitus og hvor mange som får medikamentell behandling.

I 2004 var det 2,6 % menn og 2,2 % kvinner som medikamentelt ble behandlet for diabetes. 46 000 pasienter hentet ut minst én resept på insulin, og 79 000 pasienter hentet ut minst én resept på tablett. I aldersgruppen under 15 år ble det funnet et ettårsprevalens for insulinbrukere på 2,0 per 1 000 innbyggere. Det vil si at det var 1 832 insulinbrukere under 15 år i 2004. Total insidensrate for denne aldergruppen ble beregnet til 35 per 100 000 per år.

Total prevalensen i 2004 var i overensstemmelse med tidligere publikasjoner, mens insidensraten for type 1-diabetes hos barn under 15 år var høyere enn det som tidligere var angitt.

The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control.

Graue, Wentzel-Larsen, Bru og Hanestad (2004) har skrevet en kvantitativ studie, som ble gjennomført for å undersøke ulike mestringsstiler. Studien utforsker også sammenslutningen av ulike mestringsstiler med metabolsk kontroll hos unge med diabetes type 1 og deres relaterte livskvalitet. Den er basert på 103 ungdommer i alderen 13 – 18 år. Artikkelen viser at dårlig metabolsk kontroll og redusert livskvalitet var signifikant relatert til emosjonellfokuserede mestringsstiler som blant annet atferds – og mental avsporing og aggressiv mestring. Økt bruk av aktiv mestring ble relatert til bedre metabolsk kontroll og tilfredshet i livet med diabetes.

Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes.

Viklund og Wikblad (2009) skriver at det forventes at tenåringer med diabetes type 1 gradvis blir selvstendige nok til å styre sin sykdom. Empowerment programmene i diabetes utdanningen hjelper tenåringer til å bli mer ansvarlige når det gjelder å ta valg angående deres kroniske sykdom. Studien er av kvalitativ metode og målet med den var å undersøke ungdommenes oppfatning av faktorer som påvirker beslutninger i diabetesbehandlingen.

Det er pasientens eget ansvar å ta beslutninger. Likevel har tidligere studier vist at mange tenåringer kanskje ikke er modne nok til å ta beslutninger i tenårene. Studien ble gjennomført med 31 tenåringer i alderen 12 - 17 år. De tok en empowerment utdanning og ble intervjuet to uker etter at den var fullført. Resultatene viser at det er fem viktige kategorier for å ta gode beslutninger: kognitiv modenhet, personlige egenskaper, erfaring, sosiale nettverk og engasjement fra foreldre. Basert på de fem kategoriene og intervjuene er konklusjonen at tenåringer fortjener respekt, selv om de kan ta umodne beslutninger. De trenger konstruktiv støtte fra sosiale nettverk og grunnleggende støtte fra foreldre samt helsepersonell.

Pasientundervisning vid diabetes – faktorer og och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor.

Ruderfelt og Axelsson (2004) forklarer at det finnes to overgripende mål som er viktige i diabetesbehandlingen. Den første er å oppleve å ha et mest mulig normalt liv og det andre er å forebygge senkomplikasjoner. Disse to målene kan nås gjennom pasientundervisning, som i tidligere studier har vist seg å være effektiv når det gjelder å øke pasientens kunnskap. Studien er kvalitativ og det legges vekt på undervisning om kosthold i den. Resultatene i studien viser at pasientundervisning er viktig for diabetespasienter ettersom en får tilstrekkelig kunnskap, i tillegg til sosial støtte, gode problemløsnings ferdigheter, motivasjon og tillit til sin egen evne. Det som hemmer pasienten til å endre kostvaner er stress, tidspress, mangel på kunnskap, spesielle situasjoner, manglende sosial støtte og mangel på tillitt til egen evne.

4.0 Drøfting

Etter å ha lest og studert forskjellig litteratur og forskningsartikler, så vil jeg i denne delen av oppgaven drøfte tre hovedpunkter:

- Å leve med diabetes.
- Å mestre sin diabetes.
- Betydningen av veiledning for tenåringers mestring av diabetes.

Jeg starter med å drøfte hvordan en kan leve med diabetes for å få en innsikt i hvorfor det er viktig å mestre den. Videre velger jeg derfor å drøfte om hvordan en kan mestre sin diabetes, for så å avslutte med å drøfte hvilken betydning veiledning vil ha for tenåringers mestring av diabetes. Ved å drøfte disse punktene så vil jeg kunne svare på oppgavens problemstilling, samtidig komme fram til en konklusjon som passer den.

4.1 Å leve med diabetes

I følge studien til Strøm et al. (2006) er insidensen av diabetes type 1 hos barn under 15 år høyere enn tidligere angitt. Det betyr at diabetes er et økende problem, og som beskrevet i teorien så er det en tøff diagnose å få. Mange opplever at begrensninger og krav endrer livskvaliteten til det verre, men det er en sykdom som det er fullt mulig å leve godt og lenge med, så sant en tilpasser seg de kravene til livsførsel og påfølgning som den stiller. Mestring og styring av sitt eget liv er stikkordene. Derfor er det viktig å lære seg å mestre den helt fra starten av (Strand, 2005).

Jeg henviser til teorien der Hanås (2002) skriver at en skal være venn med sin diabetes, og ikke prøve å stikke av fra den. Det som er viktig er at en bestemmer seg helt fra starten hvordan en vil fortsette å leve livet sitt og hvordan en føler seg mest komfortabel. Diabetesen skal ikke diktere hvilke type liv en skal leve. Ved å akseptere at en har fått diabetes, vil en på mange måter kunne leve godt, selv om en må ta mer ansvar enn en ellers ville gjort (Hanås, 2002).

Professor Johnny Ludvigsson understreker:

''Det er ikke moro å ha diabetes, men du skal være i stand til å ha det moro til tross for at du har diabetes'' (Sitert i Hanås, 2002, s. 24).

Videre skriver Hanås (2002) at det åpenbare målet er at en ikke skal ha symptomer eller handicap som følge av diabetes. Dette oppnås ved at en tar ansvar for sin egen sykdom. Gjennom generell helse og velvære vil en også kunne redusere risikoen for senkomplikasjoner. Hvis behandlingen av diabetes er god og en ikke har høyt blodsukker over lang tid, er en på god vei og det er et tegn på at en mestrer sykdommen sin. Videre skriver Hanås (2002) at for å leve godt med diabetes så er det en forutsetning at disse målene oppnås:

- Ingen daglige symptomer eller ubehag.
- God generell velvære.
- Ha et normalt forhold til kost.
- Normal vekst og utvikling.
- Normal pubertet og skolegang.
- Normalt likeverdig liv og yrkesliv.
- Normalt familieliv, inkludert muligheten for graviditet.
- Forebygge senkomplikasjoner.

4.1.1 utfordringer i tenårene

Graue (2002) skriver at i en intervjuundersøkelse om livskvalitet, stigmatisering og mestring ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, så kom det fram at tenåringsperioden sto som den aller vanskeligste perioden for mange av dem som ble intervjuet. I tenårene så vil en ikke skille seg ut, og for mange tenåringer så er det viktig å holde sykdommen hemmelig slik at en unngår å skape oppmerksomhet om egen person. Videre i undersøkelsen kom det også fram at enkelte var livredde for at andre tenåringer skulle få vite om sykdommen, andre sier at de fornektet sykdommen, også overfor seg selv. Flere unnlot å følge opp behandlingen og jukset med insulin. Som beskrevet i teorien er dette i følge Hanås (2002) såkalt risikoatferd og tegn på at en ikke aksepterer og mestrer sin sykdom.

Hanås (2002) skriver at selv om mange ikke vil avsløre at de har diabetes, så er det viktig at andre vet hvorfor en av og til føler seg dårlig, slik at de vet hvordan de eventuelt kan hjelpe

om det er behov for det. Han understreker også at det er mye verre å gå rundt å lure på om den og den personen vet at en har diabetes, enn å si det og få det overstått.

I studien til Viklund og Wikblad (2009) kommer det fram at tenåringer selv har ansvar for å styre sin sykdom og ta egne beslutninger. Dette kan selvfølgelig medføre umodne valg, men Viklund og Wikblad (2009) mener at de fortjener respekt selv om de kan ta valg de ikke burde tatt. Jeg henviser til teorien hvor Hanås (2002) skriver at tenåringer ofte ikke er modne nok til å ta ansvar for sykdommen sin. Når en ikke tar ansvar for sykdommen sin så kan det medføre både høyt og lavt blodsukker, og senkomplikasjoner kan forekomme.

4.1.2 God metabolsk kontroll

Graue (2002) skriver at god metabolsk kontroll i tenårene forutsetter at den enkelte har kunnskaper, evner, tilstrekkelig motivasjon og vilje til å kunne vurdere situasjonen og gjøre nødvendige justeringer i behandlingen. I en studie foretatt av Graue et. al (2004) kom det også fram at god metabolsk kontroll var knyttet til at en aktivt mestret sykdommen sin og som da også ga en tilfredshet i livet med diabetes.

4.2 Å mestre sin diabetes

Eide og Eide (2007) forklarer at mestring innebærer å forholde seg til stress, problemer og kriser, enten de er av fysisk, sosial, psykisk eller eksistensiell karakter. Det handler om det og forholde seg til den belastende situasjonen som en er rammet av, slik at en kan finne mening og sammenheng, bearbeide følelsesmessige reaksjoner og løse vanskelighetene man står overfor. I tillegg forutsetter og innebærer det en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll.

Norges Diabetesforbund m.fl. (2000) skriver at ordet mestring gir assosiasjoner om seier og overvinnelse, om å gjøre seg til mester over noe eller noen. Derimot antyder begrepet mestringsstrategi at det dreier seg om en kamp der det gjelder å handle klokt for å vinne. Å bruke ordet mestring er ikke et fenomen som er begrenset til mennesker med kroniske sykdommer. Tvert imot er det et allmennmenneskelig anliggende som berører utfordringer på alle livsområder. Det som er spesielt ved å mestre en kronisk sykdom som diabetes, er at man uten selv å ha valgt det, blir stilt overfor helsemessige problemer som kan medføre svært alvorlige konsekvenser hvis den ikke mestres tilfredsstillende. Både konkrete, tekniske og medisinske sider ved sykdommen må derfor mestres (Norges Diabetesforbund m.fl., 2000).

4.2.1 Fra emosjonelt orientert til problemorientert mestring

I studien til Graue et al. (2004) blir det beskrevet at mestringsstiler brukes når det er store belastninger som skal håndteres. Hvilken mestringsstil en velger, kommer helt an på hvordan en ser på sykdommen sin. Emosjonelt orientert mestring brukes når en vil redusere de emosjonelle problemene som oppstår, og en prøver å fornekte sykdommen eller bagatellisere den. Derimot blir problemorientert mestring brukt når en aktivt vil mestre et problem og skaffer seg nødvendig informasjon og kunnskap.

Videre skriver Graue et al. (2004) at når tenåringer med diabetes unnlater å mestre sykdommen sin så viser de svak egenomsorg. Som beskrevet i teorien skriver Renolen (2008) at emosjonelt fokusert mestring kan fungere som en midlertidig løsning og et pusterom. Likevel kan ikke denne mestringsstilen fungere på lang sikt, for i følge Strand (2005) så er diabetes en sykdom som griper kraftig inn i livet og påvirker vedkommende hver dag. Den krever oppfølging 24 timer i døgnet, resten av livet.

I følge Gjengedal og Hanestad (2007) så er mestring en prosess, og for tenåringen så vil det innebære og variere mellom kaos og kontroll, ulike sinns tilstander og ulik grad av åpenhet rundt sykdommen. Mange starter derfor gjerne med emosjonelt orientert mestring hvor alt er kaos og en prøver å skjule og/eller le bort sykdommen sin, for så å gå over til å få mer kontroll, fortelle det til omgivelser og selv ønske å mestre den.

4.2.2 Mestringsprosessen

Strand (2005) skriver at de fleste diabetikere vil i større eller mindre grad oppleve at de er i en krise, og at livssituasjonen blir forandret, selv om en egentlig ikke ønsker det. Mange tanker skjer og en blir bekymret, en må tilegne seg masse kunnskap, og samtidig å legge om de vanlige rutinene en har. En starter da gjerne en psykologisk prosess, som deles inn i 4 faser:

- Sjokk.
- Reaksjon.
- Bearbeiding.
- Nyorientering.

I disse fasene er det viktig å ha omsorg og empati, trygghet og håp. Senere vil en sakte, men sikkert akseptere situasjonen, og selv prøve å få kontroll over sykdommen. Da vil en kunne

mestre endringene som er skjedd, og en lærer seg å leve med dem. Den beste medisinen på kort og lang sikt, er å stole på seg selv, og for mange henger dette sammen med medisinen insulin som står sentralt i all behandling av diabetes (Strand 2005).

Solhaug (2004) skriver at det er flere livsløpsstudier som viser at god mestring knyttes til tre store blokker av beskyttende faktorer:

- Selvbilde og selvtillit, ha tro på egne ressurser og evner og er optimistisk, ikke bekymringsfull.
- Familieklimaet en har vokst opp i, og som en velger å føre videre. En familie som fremmer mestring karakteriseres ved godt samhold, nærhet, god konfliktløsning og rom for positive og negative følelser.
- Øvrige nettverk, nære venner og sosialt nettverk som en føler gir god støtte. Det trenger ikke være mange venner, men et par nære fortrolige.

Videre skriver Christophersen (2004) at det er lettere for en tenåring å mestre sin hverdagsliv dersom en har nok kunnskap. Da vil en ta ansvar for hvordan det er best å håndtere sykdommen, og en vil kunne leve godt med den. Å kunne fortelle omgivelsene at en har diabetes, vil også hjelpe vedkommende til å kunne mestre sykdommen. Når en ikke tør å fortelle at en har diabetes til folk rundt seg, så har en egentlig ikke akseptert den selv (Christophersen, 2004).

Christophersen (2004) skriver at diabetes er for alle sanser og ikke bare for hjernen. Hvis en klarer å føle svingingen i huden, lukte ånden sin og svetten i håndflaten, og hvis en kjenner hjertets bank og ser tåken inne i øynene sine, så er en på god vei til å mestre sin diabetes. Magefølelsen kan trenes opp, tegnene er gjenkjennelige og sansene er noen fantastiske instrumenter. Kroppen gjenkjenner både sult, kvalme, tretthet og åndenød. Klarer den i tillegg å gjenkjenne lavt og høyt blodsukker, da er utrolig mye vunnet. Det vil kreve både litt pugging, litt innsats og litt praktisk erfaring, men bryet er verdt (Christophersen 2004).

Mestring er en ferdighet som må læres ettersom det er en måte å tenke og handle på som medfører endringer i handlingsmønsteret. Når en føler at man mestrer det en ser på som et problem, vil problemet ses på som mer positivt og lettere å angripe (Vifladt og Hopen, 2004). I følge Mosand og Førstund (2001) så mestrer en sin diabetes når en klarer å omsette kunnskap i praktiske handlinger til riktig tid og riktig situasjon i det daglige livet. Når en klarer det kan

også faren for akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner reduseres.

Det er viktig å huske på at det kun er tenåringen selv som kan lære å mestre sitt eget liv. Sykepleier skal være et middel, en hjelper på veien mot et mål om å mestre på en best mulig måte (Gjengedal & Hanestad, 2007). Likevel kan sykepleier på flere måter bidra til mestring, både ved å være den praktiske hjelperen som får nødvendige ting gjort, ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte, og ved å være samtalepartner som kan bidra med et realistisk perspektiv på hva som bør gjøres og hva som kan oppnås på kortere eller lengre sikt (Eide og Eide, 2007).

4.3 Betydningen av veiledning for tenåringers mestring av diabetes

Når en får diabetes trenger vedkommende å få både undervisning, opplæring og veiledning, for så å kunne ta ansvar for og klare å mestre sykdommen sin. Den undervisningen og veiledningen tenåringen får, vil ha en stor innvirkning på den framtidige situasjonen og progresjonen. Veiledning er sentralt for å øke vedkommendes kunnskap om sykdommen, samtidig som at han skal oppleve å ha gode ferdigheter slik at han mestrer sin sykdom (Mosand og Førsum, 2001). I følge studien til Ruderfelt og Axelsson (2004) så vil pasientundervisning også være med på å styrke tenåringens kontroll over sykdommen i tillegg til å hjelpe ham i å kunne håndtere livets daglige krav. Videre i studien deres kommer det også fram at veiledning i form av pasientundervisning gir et godt resultat, og da spesielt når det gjelder å forandre kostvaner hos de med diabetes.

4.3.1 Veiledningens hensikt

For tenåring med diabetes type 1 så vil veiledning kunne føre til mestring av sykdommen. Veiledningens mål og hensikt er å sette i gang en utviklingsprosess hos den som får veiledningen. Skafjeld (2002) skriver at gjennom veiledning så vil personer med diabetes få hjelp til selvhjelp. En utvikler bevisstgjøring av egne verdier og bearbeider nye kunnskaper og ferdigheter. Veiledningens innhold bestemmes ut av tenåringens behov. En må ta utgangspunkt i tenåringens ståsted og begynne der. Videre skriver Kristoffersen (2005) at ofte så har vedkommende behov for noe annet enn det sykepleieren tror. Derfor skal en på ingen måte fortelle mottakeren hva han skal være opptatt av, men stille seg til disposisjon og rådighet for en annen – som samtalepartner.

4.3.2 Å veilede tenåringer

Norges Diabetesforbund m.fl. (2000) skriver at en forutsetning for veiledningen er at det eksisterer et tillitsforhold mellom den som veileder og den som blir veiledet. Slik vil en kunne oppnå en trygghet i situasjonen. For å være en god veileder er det viktig å kunne lytte aktivt, være mentalt til stede hos tenåringen, samtidig som å leve seg inn i den andres situasjon. Det er helt vesentlig at vedkommende som bli veiledet opplever å bli forstått.

Når en veileder mennesker med diabetes eller en annen kronisk sykdom så er det viktig at en tar utgangspunkt i den enkeltes egen forståelse, erfaringer og verdigrunnlag (Norges Diabetesforbund m.fl., 2000). Sykepleieren bør derfor i starten av veiledningen danne seg et bilde av tenåringens motivasjon, for så å observere om hvor mye han vet om sykdommen, og hvor livsviktig det er å behandle den rett (Mosand og Førstund, 2001). Eide og Eide (2007) skriver at god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling er viktig for vedkommende, ettersom det vil bidra til å gjøre situasjonen mer forståelig og skape forutsigbarhet og mening.

Som veileder vil oppgaven være like mye å stille *''de rette spørsmålene''* som å gi *''de rette svarene''*. Ved at veilederen er en god lytter så har en mulighet til å fange opp de problemene som ønskes å tas opp. I tillegg kan en ved å lytte legge merke til valg av ord tenåringen bruker, og slik vil sykepleier få informasjon om hva han er opptatt av. Målet med veiledningen vil være at vedkommende blir mer selvstendig, tørre å ta ansvar og være i stand til å foreta valg på grunnlag av sine egne erfaringer og kunnskap (Norges Diabetesforbund m.fl., 2000).

Videre skriver Skafjeld (2002) at både sykepleieren og tenåringen må i veiledningen bruke sine kunnskaper og erfaringer. Sykepleierens oppgave er å være til hjelp for tenåringen slik at han selv kan oppdage sine ressurser og evner. Det er sykepleieren som har ansvar for å lede læringsprosessen mot en løsning av et eventuelt problem. Videre påpeker Skafjeld (2002) at sykepleieren må sette fokuset på personen som har diabetes, og ikke sykdommen diabetes. Dette kan veilederen gjøre ved å kartlegge den enkeltes behov for informasjon og kunnskap og deretter gi den informasjonen som trengs i forhold til behovet, sette i gang tiltak og evaluere disse sammen med vedkommende.

Mosand og Førsum (2001) påpeker at som veileder så skal helsepersonell være konsulenter, og at vedkommende selv skal styre og ta ansvar for sin diabetes. Det er viktig at tenåringen føler seg selvhjulpen, men også at han føler seg trygg. Ved å ha en god relasjon mellom sykepleier og pasient, kan dette oppnås.

4.3.3 Relasjonens betydning for veiledning

Som beskrevet i teorien så har relasjonen en stor betydning for veiledningen (Tveiten, 2008). Gjennom veiledning skal en samarbeide med tenåringen om å få best mulige resultater, og for at dette skal være mulig så skriver Eide og Eide (2007) at det er en forutsetning å etablere både en trygg og en god relasjon med vedkommende. Jeg henviser til teorien der Kristoffersen (2005) skriver at relasjonen mellom partene er avgjørende for pasientens utbytte av veiledningen. Som beskrevet i teorien så skriver Tveiten (2008) at for at pasienten skal våge å åpne seg rundt sykepleier, samtidig som å reflektere rundt sine egne opplevelser og erfaringer så er det viktig å legge til rette for tillit og trygghet.

I følge Eide og Eide (2007) så kan en skape en slik relasjon ved å bruke kommunikasjon som et middel for å bli kjent med tenåringen, forstå han og samtidig møte hans behov. For å kunne bygge en god relasjon til tenåringer, så er Travelbees sykepleierteori om menneske til menneske forholdet et godt grunnlag. Menneske til menneske forholdet vil gjøre det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som er å hjelpe noen med å forebygge og/eller mestre sykdommen sin (Travelbee, 2001).

Får sykepleier og tenåringen en god relasjon, så vil det være enklere å samarbeide videre gjennom veiledningsprosessen. En må først og fremst møte vedkommende der han er, gi ham tid og finne ut hva hans mål og behov er, for så å arbeide mot og nå dem (Tveiten, 2008). Gjennom veiledningsprosessen vil det også være viktig å informere, undervise og gi råd. I følge Hanås (2002) så trenger nemlig personer med diabetes å ha god kunnskap, og faktisk mer enn en gjennomsnittlig lege. Ved at sykepleieren bruker veiledningsferighetene sine og lytter aktivt etter hva tenåringen forteller, så kan en på denne måten observere hans behov for informasjon og hva han er opptatt av. Som veileder skal en også gjenta tenåringens ofte brukte ord, slik at han selv kan oppdage hva han vil vite mer om og gjennom dette kunne vurdere sin egen atferd og forståelse (Teslo, 2006). Kommunikasjon i veiledningen blir benyttet som et middel for å få tenåringen til å ta selvstendig ansvar for egen læring og utvikling (Vifladt og Hopen, 2004).

Som veileder så må sykepleieren også våge å være ærlig og tydelig. En må være med på den andres veivalg og akseptere det. I veiledningen vil en kunne møte ulike reaksjoner og en må tåle å være i etiske dilemmaer og synliggjøre det. Samtidig så må en våge å utfordre etablerte systemer og mønstre og bevege seg inn i pasientens ”rom”. En også må våge å være sårbar, men kjenne egne grenser. En må slippe opp kontrollen når det er nødvendig og stille krav og sette grenser (Vifladt og Hopen, 2004).

5.0 Konklusjon

Etter å ha lest og undersøkt forskjellige bøker og artikler har jeg kommet frem til følgende konklusjon:

Å få diabetes i tenårene kan oppleves som en utfordring, og noen kan få problemer med å leve med sykdommen og ha en dårlig blodsukkerregulering over en lengre periode (Graue, 2002). Det er en sykdom som en må leve med 24 timer i døgnet, resten av livet. Derfor må en lære seg å akseptere den, ellers vil det bli vanskelig å fortsette livet uten å bli negativt påvirket av den (Hanås, 2002). Ved å mestre sin diabetes vil en oppleve å ha kontroll over sykdommen og sitt eget liv. Det vil føre til at en får et godt utfall til tross for et dårlig utgangspunkt (Solhaug, 2004).

Veiledning, riktig informasjon og muligheten til å få være med å bestemme i avgjørelser rundt sin egen helse vil gi vedkommende mulighet til å ta grep om eget liv (Vifladt og Hopen, 2004). Helsepersonell bør se hvert enkelt individ for seg og forsøke å gi vedkommende den hjelpen han trenger for å mestre de ulike utfordringene han står overfor (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Gjennom veiledning får vedkommende hjelp til og utforske sine egne tanker, følelser og handlinger. Dette vil kunne hjelpe tenåringer med diabetes i å foreta gjennomtenkte valg og handlinger og dermed mestre sitt liv på en mer tilfredsstillende måte. Derfor er veiledning en meningsfull relasjon hvor veilederen hjelper den andre til å kunne hjelpe seg selv (Kristoffersen og Nortvedt, 2006).

6.0 Litteraturliste

Christophersen, Y. (2004) *Diabetes for livet – Aldri fred å få?* AIT Otta AS

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Diabetesforbundet (2008). *Fakta om ulike typer komplikasjoner*. Hentet 31. Januar 2011 fra: http://www.diabetes.no/no/Om_diabetes/Komplikasjoner/

Diabetesforbundet (2008). *Type 1-diabetes*. Hentet 5. Januar 2011 fra: <http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=357>

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Natur och Kultur Forlaget.

Gjengedal, E, og Hanestad, B. (2007) *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Forlag.

Graue, M. (2002) Sykepleie til ungdom. I: A. Skafjeld (Red.), *Diabetes: Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. (Side 152-169). Oslo: Akribe Forlag.

Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E. og Hanestad, R. (2004) The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. [Elektronisk versjon]. *Diabetes Care*, 27 (6), 1313 – 1317.

Hansen, Å. & Lingås, L. G (2005). *Etikk og kommunikasjon*. AIT Otta AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. og Solheim, K. (2001) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3*. (Side 206-270). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*. (Side 13-99). Oslo: Gyldendal.

Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Mosand, R. D. og Førstund, A. J. (2001). Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2*. (Side 899-928). Oslo: Gyldendal.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 10. Januar 2011 fra:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Norges Diabetesforbund m.fl. (2000): *Fra lydighet til selvstendighet – Rammeplan for opplæring av personer med diabetes*. Oslo: Norges Diabetesforbund.

NOU 2001:19. (2001). *5.2.1 Helsinkideklarasjonen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 04. Februar 2011 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2001/nou-2001-19/7/2/1.html?id=364564>

Renolen, Å. (2008) ”*Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*”. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruderfelt, D. og Axelsson, L. (2004) Pasientundervisning vid diabetes – faktorer og och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 24 (74), 9-14.

Skafjeld, A. (red.). (2002). *Diabetes – Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe Forlag.

Solhaug, R.M. (2004) *Måling av mestring*. Hentet 4. Januar 2011 fra:
<http://www.forskning.no/artikler/2004/september/1094562156.6>

Strand, R. (2005) *Diabetes – Lev godt*. Gjøvik Trykkeri AS

Strøm, H., Engeland, A., Eriksen, E., Sakshaug, S. og Rønning, M. (2006) Hvor mange og hvem behandles medikamentelt for diabetes mellitus? [Elektronisk versjon]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 126 (6), 768-770.

Teslo, A-L. (red.). (2006) *Mangfold i faglig veiledning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Vifladd, E. H og Hopen, L. (2004) *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring*. Oslo: Valdres trykkeri.

Viklund, G. og Wikblad, K. (2009). Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes. [Elektronisk versjon]. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (23), 3262-3270.

Vedlegg I: Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Hentet fra: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien tydelig?

TIPS:

- Går det klart fram hva som blir studert?
- Er dette en interessant eller relevant problemstilling?

Ja Uklart Nei

o o o

2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?

TIPS:

- Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter?

Ja Uklart Nei

o o o

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?

TIPS: I **strategiske utvalg** er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort?
- Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?

4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?

TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel **feltstudier** (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), **intervjuer** (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), **dokumentanalyse**.

- Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen?

5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.

- Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?
- Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til?

7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?

TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data?

8. Er etiske forhold vurdert?

TIPS:

- Ble studien forklart for deltagerne?
- Ble studien forelagt Etisk komité?

HVA ER RESULTATENE?

9. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

- Kan du oppsummere hovedfunnene?
- Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?
- Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?

Vedlegg II: Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie

Hentet fra: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users` Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme. <http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja Uklart Nei

o o o

2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?

Ja Uklart Nei

o o o

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?

TIPS:

• *Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet. Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc.) Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f. eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon*

Ja Uklart Nei

o o o

4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?

TIPS:

• *Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes.*
• *For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll?*

Ja Uklart Nei

o o o

5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?

TIPS:

• *Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket), men man bør vurdere om blinding var mulig.*
• *Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding.*
• *Den som måler utfallet kan som regel blindes.*

Ja Uklart Nei

o o o

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE forts.

6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?

TIPS:

• *Var det stort frafall, - og er frafallet likt fordelt i gruppene?*
• *Er grunner for frafall beskrevet?*
• *Er frafallet tatt hensyn til i analysen?*
• *Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?*

Ja Uklart Nei

o o o

HVA FORTELLER RESULTATENE?

7. Hva er resultatene?

TIPS:

- Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning?
- Hva er effektestimatet for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelverdi (median), prosent, RR, NNT etc. Er det en viktig forskjell?

8. Hvor presise er resultatene?

TIPS:

- Er det oppgitt p-verdi? Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS?

9. Kan resultatene overføres til praksis?

TIPS:

- Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis?
- Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart?
- Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet? (Vurder for eksempel dose, varighet)
- Er tiltaket akseptabelt for brukerne?

Ja Uklart Nei

o o o

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?

TIPS: Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker. Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder?

Ja Uklart Nei

o o o

11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?

TIPS:

- Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? Støttes resultatene i en systematisk oversikt?

Ja Uklart Nei

o o o

Vedlegg III Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie.

Hentet fra: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)
Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?

Ja Uklart Nei

o o o

2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?

Ja Uklart Nei

o o o

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?

TIPS: Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosioøkonomiske forhold?

Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?

Ja Uklart Nei

o o o

4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?

TIPS:

En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolknings-gruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika. Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?

Ja Uklart Nei

o o o

5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?

TIPS:

Ikke-respondenter er frafall i utvalget.

Ja Uklart Nei

o o o

6. Er svarprosenten høy nok?

TIPS:

I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.

Ja Uklart Nei

o o o

7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?

TIPS:

Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier?

Ble spørreskjemaet pilottestet, evt. validert?

Ja Uklart Nei

o o o

8. Er datainnsamlingen standardisert?

TIPS:

Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer?

Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F. eks intervjumetoder og personer).

Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker skala etc.).

Standardiserte og valide målemetoder ved tester.

Ja Uklart Nei

o o o

9. Er dataanalysen standardisert?

TIPS:

Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?

Ja Uklart Nei

o o o

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

TIPS:

Hva er hovedkonklusjonen?

Kan du oppsummere resultatene i én setning?

Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?

Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater?

Er det oppgitt p-verdier?

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja Uklart Nei

o o o

12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?

TIPS:

Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.