



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	249
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7700
Engelsk tittel *:	Adolescents, diabetes and the transition to self-management

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

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	42
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Ungdom, diabetes og overgang til egenmestring

Adolescents, diabetes and the transition to self-management

Kandidatnummer: 249

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 21.04.21

Antall ord: 7700

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

Tittel

Ungdom, diabetes og overgang til egenmestring

Bakgrunn for valg av tema: Når barn får diagnosen diabetes type-1, er det oftest foreldre som får mest undervisning i sykdomshåndtering. I tenårene har ofte ungdom behov for mer selvstendighet, da de oftere er på aktiviteter uten sine foreldre. I ungdom sin overgang til mer selvstendig sykdomshåndtering, vil de ha behov for informasjon og veiledning for å øke deres egenmestring av sykdommen.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien, er å undersøke hva ungdom mener påvirker deres egenmestring, når de overtar mer ansvar for sin diabetesbehandling. Funn på ungdoms oppfatning av egenmestring, vil være førende for sykepleierens veiledning med empowerment perspektiv.

Problemstilling: Hva påvirker ungdom i egenmestring av sin diabetessykdom, og hvordan kan sykepleier ved bruk av empowerment veilede dem til god sykdomshåndtering?

Fremgangsmåte: Det ble gjort søk på tre ulike databaser for å finne relevante artikler for oppgaven. Artiklene ble analysert gjennom en form for tematisk analyse, som fant tre ulike temaer knyttet til problemstillingen.

Resultat: Ungdoms egenmestring av diabetes er i denne oppgaven funnet å være avhengig av temaene støttenettverk, å erkjenne sykdommen og læringsprosessene samt helsepersonells tilnærming. Ungdom trenger involvering av foreldre for å mestre sin diabetes. Ungdom trenger også veiledning av sykepleiere, hvor respekt, empati og personsentrert tilnærming setter føring for samarbeidet, i tråd med empowerment tenkning.

Nøkkelord: Diabetes mellitus type-1, ungdom, egenmestring.

Abstract

Title: Adolescents, diabetes and the transition to self-management

Background: When children are diagnosed with type 1 diabetes, it is most often parents that receive the most part of education in disease management. When they reach their teens, they often want more independence, as they are more often involved in activities without their parents. In adolescents' transition to more independent disease management, they will need information and guidance to increase their self-management.

Aim: The aim of this literature study, is to explore what adolescence think affects their self-management, when they take on more responsibility for their diabetes treatment. Findings on adolescents' perceptions of self-management will be leading for the nurse's guidance with an empowerment perspective.

Research question: What affects adolescence in self-management of their diabetes, and how can a nurse using empowerment, guide them to good disease management?

Method: Three different databases were used to find relevant articles for the thesis. The articles were analyzed through a form of thematic analysis, which found three different subjects related to the research question.

Results: In this literature study, adolescent's self-management with diabetes has been found to be dependent on support networks, to recognize the disease and the learning-processes as well as the health professionals' approach. Adolescent need parental involvement to cope with their diabetes. Adolescent's also need nurse's guidance, where respect, empathy and person-centered approach characterize the partnership, in line with empowerment thinking.

Key words: Diabetes mellitus type-1, adolescence, self-management

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Teoretiske perspektiver	1
1.1.1 Diabetes mellitus type-1.....	1
1.1.2 Empowerment i veiledning.....	2
1.1.3 Egenmestring.....	2
1.1.4 Sykepleiers pedagogiske funksjon	3
1.1.5 Samtale med ungdom	4
1.1.6 Tidligere forskning	4
1.2 Valg av tema – bakgrunn og hensikt	5
1.3 Problemstilling med avgrensninger og presisering	6
2.0 Metode	7
2.1 Litteraturstudie som metode	7
2.2 Søkestrategi og utvalgsmetode	7
2.3 Analyse.....	10
2.4 Metode- og kildekritikk.....	10
3.0 Resultater	12
3.1 Artikkelmatrikse	12
3.2 Analyse.....	13
3.3 Oppsummert funn	15
3.2.1 Betydningen av støttenettverk.....	15
3.2.2 Betydningen av å erkjenne sykdommen og læringsprosessene.....	16
3.2.3 Betydningen av helsepersonells tilnærming.....	17
4.0 Drøfting.....	19
4.1 Foreldreinvolvering.....	19
4.2 Frykt for å skille seg ut som hinder for mestring.....	20
4.3 Mestring av diabetes er en individuell prosess	21
4.3.1 Delt ansvar med foreldre.....	23
4.4 Veiledning på ungdommers premisser.....	25
4.5 Svakheter og styrker i oppgaven	27
5.0 Konklusjon	28
Litteraturliste.....	29

Vedlegg 1: Søketabell	1
Vedlegg 2: Helsebibliotekets sjekkliste av kvalitative artikler	1

Tabelloversikt

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
Tabell 2: Begrunnelse for inkludering av artikler.....	9
Tabell 3: Artikkelmatrise av inkluderte artikler i denne litteraturstudien.....	12
Tabell 4: Analyse av funn.....	14

1.0 Introduksjon

Hvert år er det 3.4 tilfeller per 10 000 barn, yngre enn 15 år, som får Diabetes mellitus type-1 (DM1) i Norge. Dette er nesten alltid insulinkrevende diabetes type 1 (Grønseth & Markestad, 2017, s. 321). Når denne diagnosen stilles hos barn, vil foreldrene automatisk få en sentral rolle i behandlingen (Hanås, 2011, s. 5; Jenssen, 2016, s. 391). Etter hvert som barna kommer i ungdomsårene, og kanskje har et større behov for uavhengighet, kan de ha behov for undervisning og veiledning, for å oppnå egenmestring. Det er naturlig at barn etter hvert som de vokser opp og modnes, ønsker å ta mer ansvar og delta i flere oppgaver som har med diabetesen å gjøre (Hanås, 2011, s. 329).

Tenårsperioden og puberteten kan ofte være en utfordrende tid for ungdom. Det kan også tenkes at en kronisk tilstand som DM1 kan gi ekstra utfordringer. For ungdom med kronisk sykdom er det viktig å være som alle andre. De kan ha en opplevelse av og ikke passe inn, da deres hverdag er annerledes enn jevnaldrende (Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). I tenårene, opplever mange ungdommer at de ikke får blodsukkeret under kontroll. Dette kan ha mange ulike årsaker, som for eksempel glemt eller unnlatt å ta insulin, eller fysiske årsaker som pubertet (Hanås, 2011, s. 333).

1.1 Teoretiske perspektiver

1.1.1 Diabetes mellitus type-1

Diabetes mellitus type-1 er en kronisk autoimmun sykdom. Kroppens eget immunforsvar forårsaker sykdommen gjennom gradvis ødeleggelse av de insulinproduserende cellene i pankreas. Dermed avtar insulinproduksjonen over tid, og pasienten utvikler diabetes (Jenssen, 2016, s. 389). Sykdommen rammer oftest barn og ungdom. Med gode kontroll- og behandlingsmetoder, kan personer med diabetes leve et langt og godt liv (Mosand & Stubberud, 2016, s. 53). Pasienter med diabetes type-1 må ha insulinbehandling fra første dag, da kroppens egen insulinproduksjon er ofte fraværende ved diagnostidspunkt (Jenssen, 2016, s. 392). Insulinbehandlingen er avgjørende både for overlevelse, og for å unngå langtidskomplikasjoner (Jenssen & Berg, 2018, s. 243). Hypoglykemi er lavt blodsukker, og kan oppstå dersom pasienten setter for mye insulin i forhold til behov. For

eksempel i tilfeller der pasienten ikke spiser etter insulininjeksjon. Ved hypoglykemi må glukose tilføres (Jenssen & Berg, 2018, s. 244). Hyperglykemi er betegnelsen på for høye blodglukosenivåer (Mosand & Stubberud, 2016, s. 59). Høye blodglukosenivåer kan over tid føre til forandringer og komplikasjoner i flere organer (Jenssen, 2016, s. 396). Et vesentlig mål med diabetesbehandling er å unngå bivirkninger og komplikasjoner som følge av diabetes (Hanås, 2011, s. 8).

1.1.2 Empowerment i veiledning

World Health Organization forklarer Individuell empowerment slik: det innebærer primært individets evne til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt personlige liv (World Health Organization, 1998, s. 6). Empowerment handler om å overføre makten fra helsepersonell til pasientene. Det er da sentralt at det startes en prosess, som gjør disse pasientene i stand til å ta ansvaret i egen helse og hverdag (Kristoffersen, 2016, s. 351-352).

Veiledning er et hjelpemiddel i empowermentprosessen (Tveiten, 2018, s. 249), og kan ses på som rettleiding, opplæring gjennom instruksjon, forklaring og råd. Det skal være et verktøy til at pasienten handler hensiktsmessig (Brataas, 2011, s. 45). I helsefremmende sykepleie er veiledning og dialog sentralt (Alvsvåg, 2018, s. 68), slik at pasienten blir i stand til å mestre livet med kronisk sykdom (Tveiten, 2018, s. 249).

1.1.3 Egenmestring

Barlow (2002, s. 178) forklarer self-management (egenmestring) som personens evne til å håndtere symptomer, behandling, psykiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som ligger i å leve med kronisk sykdom. For å opprettholde tilfredsstillende livskvalitet, vil effektiv egenmestring gjøre en i stand til å påvirke de kognitive, atferdsmessige og følelsesmessige reaksjonene.

Lazarus og Folkman (1984) skiller mellom to hovedtyper av prosesser for mestring.

Problemorientert mestring vil si direkte og aktive strategier for å løse et problem eller

håndtere en vanskelig situasjon. Denne strategien blir oftest brukt i sammenhenger der personen selv mener han kan takle situasjonen. Den innebærer også bearbeiding av følelser i utfordrende situasjoner som ikke kan forandres, som kroniske sykdommer (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152-153). Ved emosjonell orientert mestring, forsøker ofte personene å redusere ubehaget i situasjonene, og kan ses på som et forsøk på unngåelse fra problemene. Disse personene kan gjerne benekte, bagatellisere eller bortforklare problemene sine (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150-152).

1.1.4 Sykepleiers pedagogiske funksjon

I de yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund, blir sykepleierens grunnlag definert slik: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Undervisning og opplæring vil være avhengig av at sykepleieren har evnen til å danne gode relasjoner, samt kunnskaper om hva som påvirker læreprosessen. Det er også av betydning at sykepleieren har kunnskaper om den pedagogiske tilnærmingen som brukes (Kristoffersen, 2016, s. 361). Et av punktene av sykepleierens funksjons- og ansvarsområder er undervisning og veiledning, som vil si bidra til læring, utvikling og mestring. En skal møte pasientenes behov for kunnskap og forståelse, slik at de kan ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s. 17-19). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det at pasienter har krav på informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, samt mulige risikoer og bivirkninger. En av sykepleierens viktigste oppgave med diabetespasienter, er å veilede og lære dem til og ta ansvar for sykdommen sin (Jenssen & Berg, 2018, s. 242). Helsepedagogikk er også viktig i empowermentprosessen. Sykepleierens pedagogiske funksjon skal gjennom blant annet veiledning bidra til at pasientene oppnår best mulig kompetanse til å ta kontroll over det som kan påvirke helse og mestring (Tveiten, 2018, s. 246).

1.1.5 Samtale med ungdom

Samtaler med ungdommer bør innebære forståelse, aksept, toleranse, bekreftelse og lytting. Helsepersonell skal møte ungdom på en slik måte at de opplever at deres integritet og respekt blir ivaretatt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 99). I ungdomsårene vil hjernens utvikling gjøre at de kan ha problemer med å tolke ansiktsuttrykk, de kan også lett misforstå og tolke andres reaksjoner feil. De kan derfor lettere reagere på andres reaksjoner, som gjør dem sensitive i kommunikasjon (Kelly, 2014, s. 208). I samtaler hvor målet kan være at ungdommen skal utvikle seg, må man involvere ungdommen i denne prosessen, slik at de kan lære å kjenne økt indre styring og mestring. Slike samtaler bygger på et helhetlig menneskesyn, som involverer tanker følelser og handlinger. Dette kan bidra til at ungdommer kan forstå følelsene sine, og bearbeide disse på en god måte (Langaard, 2018, s. 125). Når man ønsker at ungdom skal involvere seg i forebyggende helsearbeid, er åpen kommunikasjon viktig, for å sikre felles problemoppfatning og mål. Hensikten er å gi ungdom muligheten til å kunne løse de problemene de utsettes for hver dag, gjennom å gi dem større kontroll over faktorene som påvirker helsen negativt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 135). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-4) står det at pasienter mellom 12-16 år har krav på at informasjonen om seg selv ikke deles med foreldrene dersom de ikke ønsker dette. Dersom informasjonen er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret til pasienter under 18 år, kan den likevel gis, men da skal pasienten informeres om dette.

1.1.6 Tidligere forskning

Flere studier har tidligere undersøkt ungdom og egenmestring. En studie påpeker at når foreldrene involvere seg i diabetesbehandlingen i ungdomsperioden, gir dette ungdom positive resultater, som økt livskvalitet og evne til å mestre sin diabetessykdom (Mlynarczyk, 2013, s. 186). En annen studie har også funnet at foreldreinvolvering i ungdomsårene bidrar til at ungdom får økt mestringstro i sin diabeteshåndtering. Samtidig påpeker denne studien også at ungdommens modenhet påvirker ungdommens behov for foreldrehjelp i diabetesbehandlingen, både i tenårene og tidlig voksen alder (King et al., 2011). Gjentatt utspørring om sin diabetes både hjemme, på skole og på fritid, påvirker ønsket om og fremstå som normal. Flere unge unngår derfor å behandle sin sykdom offentlig, som kan føre til symptomer på hyper- eller hypoglykemi (Christie, 2019, s. 118). I studien til Fonte et al.

(2019, s. 1984-1985), uttrykker ungdommer at det ikke hjelper at helsepersonell og foreldre gir gjentatte påbud om diabetesbehandling, eller stadig gjentakelse av eventuelle helserisikoer. Dette ble sett på som en barriere for egenmestring i sin sykdom. En annen studie viser til ungdoms ønske om å være en normal tenåring, da diabetes får dem til å føle seg annerledes. De som fortalte om sykdommen til venner, opplevde støtte. Flere beskrev problemer med å utføre sykdomshåndtering i daglige rutiner (Commissariat et al., 2016). I studien til Scholes et al. (2012) hadde derimot ingen problemer med venner eller opplevd fordommer. Men de følte ofte foreldrene var stresset og bekymra for ungdommens helse i nye situasjoner. Flere ungdommer var positive til diabetesleir, der de kunne møte andre ungdommer i samme situasjon. De likte ikke når helsepersonell brukte en autoritær tilnærming. De fleste nevnte de ikke hadde fått noen form for følelsesmessig støtte fra helsepersonell.

Med bakgrunn i tidligere forskning, ser jeg at ungdoms egenmestring og helsepersonells tilnærming til ungdom med diabetes, kan være et problemområde man bør vie mer oppmerksomhet til. For å bidra til god egenmestring gjennom veiledning, bør sykepleiere ha kunnskaper om hva ungdom mener påvirker egenmestring.

1.2 Valg av tema – bakgrunn og hensikt

På forhånd hadde jeg noe erfaring med diabetes, men ingen knyttet til diabetes og ungdom. Dette temaet var noe som engasjerte meg i forelesning, som styrket mitt ønske om å lære mer. Hensikten med å belyse dette temaet, er å øke forståelsen til hvordan ungdom opplever egenmestring knyttet til diabetes, og hvordan de håndterer prosessen når de skal overta mer ansvar i sykdomshåndteringen. Denne oppgaven håper jeg kan gi god informasjon til sykepleiere som jobber med ungdom og diabetes. Det som er funnet å ha betydning for ungdoms egenmestring, kan gi sykepleiere føring for videre praksisutøvelse, der ungdoms behov er i sentrum. Empowerment kan da være et viktig perspektiv.

1.3 Problemstilling med avgrensninger og presisering

Hva påvirker ungdom i egenmestring av sin diabetessykdom, og hvordan kan sykepleier ved bruk av empowerment veilede dem til god sykdomshåndtering?

Oppgaven er begrenset til ungdommer med type-1 diabetes i aldersgruppen 13-21 år, som har hatt diagnosen i over 1 år. Grunnet begrenset omfang, går denne oppgaven ikke i detalj på enkeltdeler av sykdommen som komplikasjoner eller behandlingsformer. Samtidig anses alle disse som viktige i egenmestring av diabetes. Oppgaven inkluderer heller ikke fysisk aktivitet eller diettoverholdelse med diabetes. Egenmestring i skolesammenheng er også identifisert som en viktig faktor, men grunnet oppgavens omfang er dette ekskludert.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Metoden gir føringer på hvordan en bør gå frem for å finne kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). En litteraturstudie skaper ikke ny kunnskap, men systematiserer eksisterende kunnskap ved å søke den, samle den, vurdere den og oppsummere den (Støren, 2013, s. 17). Hensikten vil da være å gi leseren en oppdatert og god forståelse på det området eller temaet oppgaven etterspør, og hvordan kunnskapen er funnet (Thidemann, 2015, s. 80). Dette vil si at denne litteraturstudien tar utgangspunkt i litteratur som allerede eksisterer for å svare på problemstillingen, etter HVL sine retningslinjer for bacheloroppgaver.

Bøker fra pensumlisten i sykepleierstudiet er benyttet, i tillegg til annen litteratur som er nøye utvalgt. Sammen har all anvendt litteratur vært aktuelle i definisjoner, i diskusjonen og for å finne teori som oppgaven og problemstillingen er bygget på.

2.2 Søkestrategi og utvalgsmetode

Bakgrunn for valg av søkeord var fra tidligere søk som inkluderer ungdom, diabetes og overgangen til å ha mer ansvar i sin diabetesbehandling. Det ble i disse søkene avdekket flere relevante søkeord som Diabetes Mellitus type-1, adolescence, young adult, self-care og self-management. Helsebibliotekets MeSH ble benyttet for å oversette norske søkeord til engelsk (Aasen, 2020). Søkeordene Adolescence og young adult ble kombinert med 'OR' i de tilfellene hvor jeg ønsket å utvide søket (Thidemann, 2015, s. 88). Dette var for å få flest mulig relevante treff, og et forsøk på å finne det som finnes av relevant litteratur. Jeg kombinerte deretter søkeordene med 'AND' Diabetes mellitus type-1 for å avgrense søkene (Thidemann, 2015, s. 88), slik at treffene skulle være passende til oppgavens problemstilling. Søkehistorikk følger med i eget vedlegg (vedlegg 1). Noen artikler som er inkludert i denne litteraturstudien, er ikke dokumentert i søketabellen. Disse ble funnet i gjennomgang av litteraturlister til andre artikler. Søkene ble utført i databasene Cinahl, PubMed og MEDLINE, som alle er viktige databaser innenfor sykepleieforskning (Christoffersen et al., 2015, s. 64).

Det ble brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier både i søkene, og i gjennomgangen av litteraturen for å finne de mest relevante artiklene for å svare på problemstillingen (tabell 1). Disse kriteriene var delvis utarbeidet på forhånd, og noen ble satt etter hvert som litteraturen ble gjennomgått. Inklusjonskriterier avgrensner mengden litteratur, og kan gjøre søkene mer hensiktsmessige (Thidemann, 2015, s. 84).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Ungdom mellom 13-21 år	Under 13 år, eller over 21 år
Diabetes type-1	Diabetes type-2
Begge kjønn	Eldre enn 10 år gammel studie
Nyere enn 10 år	Ungdom med lidelser som kan påvirke deres evne til å mestre sykdommen på egenhånd (psykiske lidelser, psykisk utviklingshemning)
Studier med ungdoms perspektiver på egenmestring	Artikler som ikke oppfyller kriteriene i helsebibliotekets sjekklister.
Ungdommer med alle behandlingsformer (insulinpenn, insulinpumpe)	
Hensikt/mål med studien er hensiktsmessig til oppgavens problemstilling.	
Peer reviewed og etisk godkjent	

I første omgang ble abstraktene lest på de artiklene som hadde relevante titler. Totalt 89 abstrakter ble lest, inkludert de artiklene som ble inkludert fra referanselister. Dersom abstraktene inneholdt inkluderingskriteriene, ble artiklene lest i sin fullhet. Totalt 25 artikler ble vurdert for inkludering. Av disse ble 12 artikler ekskludert etter første gjennomlesning, da de var lite relevante for min problemstilling. Totalt 13 artikler gjennomgikk hele helsebibliotekets vurdering av kvalitative artikler. Vedlegg 2 er et eksempel på hvordan jeg har brukt sjekklister for kvalitative artikler. Dette verktøyet blir brukt til å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (helsebiblioteket, 2016b). 7 artikler ble forkastet på grunn av funn som ikke er relevant for problemstillingen til oppgaven likevel, eller kombinasjoner av flere mangler. 6 kvalitative artikler møtte kravene for inkludering i oppgaven etter min vurdering (tabell 2). I gjennomgang av artikler vurderte jeg at kvalitative artikler er mest gunstig for å svare på problemstillingen. Dette er fordi jeg vurderer at ungdoms egne erfaringer knyttet til egenmestring kan belyse oppgavens problemstilling

mest hensiktsmessig. Kvalitative metoder egner seg når en ønsker kunnskap om erfaringer, holdninger (Dalland, 2017, s. 52; Helsebiblioteket, 2016a) og dybdekunnskap, som er mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78). Noen foreldreperspektiver er også inkludert, for og ytterligere belyse hva som påvirker ungdoms egenmestring.

Tabell 2: Begrunnelse for inkludering av artikler

Artikkel 1:	Funnene belyser flere faktorer som påvirker ungdoms egenmestring av sykdommen. Den viser også til viktigheten av at ungdoms oppfatning bør være grunnlaget for helsehjelp, for at tjenesten en tilbyr skal være rettet mot ungdommens behov (empowerment).
Artikkel 2:	Denne belyser positive og negative faktorer for egenmestring av diabetes, og hvordan disse kan påvirke hverandre. Den viser til ulike utfordringer ungdommer kan stå ovenfor, og hvordan dette påvirker deres hverdag. Utfra funnene, viser artikkelen til hvordan helsepersonell kan benytte informasjonen til å gi ungdommer veiledning på det de har behov for.
Artikkel 3:	Denne artikkelen belyser prosessen ungdommer går gjennom fra diagnosetidspunkt til vellykket egenmestring av sykdommen. Den viser til ulike faktorer som påvirker ungdommene i dårlig og god egenmestring, og overgangsfasene de går gjennom. Funnene gir helsepersonell en forståelse for hva ungdommene går gjennom i prosessen. Funnene kan brukes til å gi tilpasset veiledning på kunnskaper og ferdigheter til ungdom, på individuelt nivå.
Artikkel 4:	Denne studien belyser ungdoms og foreldres perspektiver på ungdommenes egenmestring av diabetes, og hvordan de ulike familiene deler ansvaret for behandlingen. Den viser også til hvordan ungdoms egenmestring påvirkes av samarbeid mellom ungdom, foreldre og helsepersonell.
Artikkel 5:	Studien belyser ungdoms og foreldres erfaringer knyttet til å leve med diabetes. For at ungdom skulle oppnå egenmestring, ble dette beskrevet som en balansegang mellom foreldreinvolvering og la ungdommen prøve selv.
Artikkel 6:	Den belyser effekten av et pasientledet diabeteskurs. Funnene tyder på at denne tilnærmingen kan legge til rette for økt egenmestring av sykdommen. Deltakelse i gruppe kan gi opplevelse av fellesskap, og gjennom fleksibel læringsplan får deltakerne stort utbytte av kurset.

To artikler oppfyller ikke alle krav for inkludering. Artikkel nummer 2 hadde som hensikt å identifisere barrierer for egenmestring av diabetes type-1. I resultat presenteres tilretteleggere for egenmestring i like stor grad som barrierer for egenmestring. Etter min vurdering, svarer den derfor ikke helt på studiens hensikt. Men da både barrierer og tilretteleggere kan belyse min problemstilling, er den likevel inkludert. I artikkel 6, går alderen opp til 24 år. Det ble gjort forsøk på å finne artikler som fyller alle krav. Da denne artikkelen viser til betydningen av kurs som pedagogisk verktøy i egenmestring, ble den likevel inkludert. Etter min

vurdering var det viktig å belyse et læringsprogram i betydningen av egenmestring, og det ble derfor gjort unntak.

2.3 Analyse

For dataanalyse er det brukt en form for tematisk analyse, der resultatene i de inkluderte studiene blir sammenlignet og analysert, og nye tolkninger blir til (Christoffersen, et al., 2015, s. 64).

2.4 Metode- og kildekritikk

Grunnet begrenset erfaring i søking, analysering og litteraturgjennomgang som en bachelor krever, kan det være at ikke all relevant litteratur er gjennomgått til denne oppgaven. Samtidig er det lagt mye arbeid ned i leting etter relevante forskningsartikler og annen litteratur, som belyser min problemstilling. Det kan også være en mulig svakhet at jeg har tolket litteraturen på en annen måte enn den er ment som. I et forsøk på å unngå dette har anvendt litteratur blitt lest og vurdert gjentatte ganger.

I startfasen av oppgaven var det tenkt at foreldreperspektiver på ungdoms egenmestring av diabetes skulle ekskluderes. Etter gjennomgang av litteratur, er det funnet av foreldreinvolvering i stor grad påvirker ungdommers egenmestring, og ble derfor inkludert i oppgaven. Alle artiklene er fagfellevurdert (peer reviewed), som vil si de er kvalitetssjekket av både redaktør i tidsskrift og forskere på samme fagfelt. Dette styrker påliteligheten på artiklene (Busch, 2013, s. 78-79; Christoffersen et al., 2015, s. 233). Alle artiklene er etisk godkjent. Det stilles krav til at forskning er etisk forsvarlig. Gjennom Helsinkideklarasjonen, får helsepersonell som jobber med studier med mennesker veiledende regler (Christoffersen et al., 2015, s. 43). Det er tre retningslinjene i sammenfattet form, som forskerne må forholde seg til: «Informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, forskernes plikt til å respektere informantenes privatliv og forskernes ansvar for å unngå skade» (Christoffersen et al., 2015, s. 45). Oppgaven er utført med hensyn til forskningsetikk. Jeg har innhentet tillatelse fra WHO til å oversette deres forklaring på empowerment. Det er også henvist til

kildene som er benyttet i denne oppgaven, som også er en del av etiske vurderinger i oppgaver (Thidemann, 2015, s. 12).

Artiklene jeg har valgt til oppgaven min, belyser ungdom og noen foreldre sine erfaringer og opplevelser med diabetes. Da problemstillingen min også etterspør hvordan sykepleier kan veilede ungdom ved bruk av empowerment, vil en også trenge sykepleierfaglige tiltak for å svare på problemstillingen. Jeg begrunner valg av artikler med at en må kjenne til erfaringene til ungdom, for å kunne gi god veiledning. Det er benyttet lærebøker og annen litteratur for å belyse hvordan sykepleier kan gi veiledning ved bruk av empowerment i oppgaven.

Det er gjort forsøk på å finne primærkilder der sekundærkilder er brukt, ved å bestille primærkilder fra biblioteket. Samme innsats er gjort dersom det finnes nyere utgaver av bøker. Noen bøker kom ikke tidsnok.

3.0 Resultater

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 3: Artikkelmatrise av inkluderte artikler i denne litteraturstudien

Forfatter og utgivelsesår	Hensikt	Design/ metode	Deltakere	Resultat	Koder til analyse
Artikkel 1: Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2018).	Beskriver ungdoms oppfatning i overgangen fra foreldrekontroll til egenmestring.	Kvalitativ studie, med induktiv fenomenografisk tilnærming. Semistrukturerte intervjuer.	18	Ungdom oppfatter overgangen som naturlig, et ønske om uavhengighet, utfordrende og tidkrevende. Samtidig gav ansvaret stolthet og et behov for kunnskaper og ferdigheter.	Støtte fra foreldre, tidkrevende, utvikling, skille seg ut, prosess, krav og forventninger, ansvar, trenger undervisning.
Artikkel 2: Datye, K., Bonnet, K., Schlundt, D. & Jaser, S. (2019).	Identifisere ungdoms beskrivelse av barrierer for egenmestring av diabetes, og hvordan helsepersonell kan bruke informasjonen til positiv innflytelse på ungdoms egenmestring.	Kvalitativ studie. To fokusgruppeintervjuer.	11	Barrierer for egenmestring er offentlig hypoglykemi-episoder, konkurrerende prioriteringer, helsepersonells fokus på negative aspekter ved behandlingen og frykt for mobbing. Tilretteleggere for egenmestring er å gjøre utfordringer om til en fordel og god diabetesopplæring.	Støtte på skole, god diabetesopplæring, påminnelser og planlegging, utvikling, motivasjon.
Artikkel 3: Chilton, R. & P.-Yfantouda, R. (2015).	Utvikle en konseptuell forståelse av tilpasningsprosessen ungdom går gjennom ved egenmestring i ungdomsårene.	Kvalitativ studie. Semi-strukturerte intervjuer.	13	Et konseptuelt rammeverk beskriver ungdoms tilpasningsprosess i egenmestring. Den består av faktorer for suksess i ene enden, og utfordringer i den andre. I midten presenteres overgangsfasene i egenmestring.	Foreldrestøtte, vennestøtte, uselvstendig, prioriteringer, skille seg ut, egne sykdommer, prosess, motiverende resultater, akseptering, få rutiner, erfaring og feiling.

Artikkel 4: Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Johnson, K., Cullen, K., Jaffarian, C., Quinn, D., Aroke, E. N., Crawford, S., Lee, M. M. & Gupta, O. (2014).	Beskrive ungdom og foreldres perspektiver på egenmestring, atferd og ressurser ved diabetes type-1. Overordnet mål å benytte informasjonen til utvikling av en ungdoms - familie overgangsklinikk.	Kvalitativ studie. Fokusgruppe-intervju.	10 ungdom. 13 foreldre.	Ungdommer lærte mest om sin diabetes-behandling av foreldre. Samtidig likte de å lære av sykepleiere og leger, hvor partnerskapstilnærming ble ansett som gunstig. Flere beskrev et ønske om mer tillit fra foreldrene til økt egenmestring. Foreldre beskrev bekymring for komplikasjoner samt at ungdoms egenmestring var en gradvis prosess.	Alder ved diabeteshåndtering, prosess, delt ansvar, tillit, helsepersonells tilnærming, respekt for ungdommens tid, foreldrestøtte.
Artikkel 5: Spencer, J. E., Cooper, H. C. & Milton, B. (2012).	Utforsker ungdom og foreldres erfaringer å leve med diabetes fra et fortolkende fenomenologisk perspektiv.	Kvalitativ studie. Dybde-intervjuer.	20 ungdom. 27 foreldre	Egenmestringsprosessen varierte i familiene, det handlet om å finne en balanse for hvor mye foreldre skulle involvere seg. Både foreldre og ungdom rapporterte god læring av prøving og feiling.	Aksept, ansvarfordeling, balanse, forhold til helsepersonell, prøve og feile, prioriteringer, vennestøtte, foreldrestøtte.
Artikkel 6: Sanders, T., Elliott, J., Norman, P. & Heller, S. (2018).	Å utforske erfaringene til unge voksne i egenmestring av diabetes type-1 i sammenheng med diabeteskurs.	Kvalitativ studie. Individuelle og fokusgruppe-intervju.	15	Det var nyttig å dele erfaringer med andre i samme situasjon. Den fleksible læringsmetoden var gunstig. Kurset bidro til økt forståelse for sykdommens kompleksitet.	Støtte, tilpasset læringsmetode, fyller kunnskapshull, øket selvomsorg, pålitelig informasjon.

3.2 Analyse

De valgte artiklene ble lest flere ganger, for å bli godt kjent med forskningsfunn relatert til oppgavens problemstilling. Som første ledd i analysen ble hver artikkel lest nøye med innholds koder, som deretter ble brukt til sammenligning med de andre artiklene. Etter sammenligning av disse kodene, fant jeg temaene støttenettverk, erkjenne sykdommen og læringsprosesser og helsepersonells tilnærming. I analyse ble hva som kan bidra til god veiledning av sykepleiere også identifisert. For eksempel i temaet støttenettverk, er innholds kodene «foreldrestøtte», «støtte av venner» og «Støtte av skole». Funnt fra artiklene ble deretter plassert i de ulike temaene (tabell 4).

Tabell 4: Analyse av funn

Tema	Betydningen av støttenettverk.	Betydningen av å erkjenne sykdommen og læringsprosessene.	Betydningen av helsepersonells tilnærming.
Til drøfting	-Foreldreinvolvering -Frykt for å skille seg ut som hinder for mestring.	-Mestring av diabetes er en individuell prosess	-Veiledning på ungdommers premisser
Artikkel 1	-Gode venner kan snu en dårlig dag. -Skjuler sykdommen. -Vil ikke skille seg ut. -Mer forventninger fra foreldre. -Opplever manglende tillit fra foreldre.	-Gradvis involvering. -Mer fleksibel hverdag. -Skyldfølelse ved glemte oppgaver. -Tidkrevende -Ønsker mer selvstendighet. -Ansvar gav mestring. -Ansvar gav stolthet. -Svingende blodsukker. -Gode rutiner hjelper. -Finne sin egen måte å håndtere diabetes.	-Mer forventninger fra helsepersonell. -Mer selvstendig involvering med helsepersonell. -Ungdommer trenger kunnskap, ferdigheter og støtte fra helsepersonell i overgangen. -Ungdoms oppfatning bør være grunnlaget i klinisk praksis. -Veiledning fra helsepersonell gjorde overgangen bedre.
Artikkel 2	-Frykt for mobbing av jevnaldrende	-Føler seg syk ved hypoglykemi. -Personlige påminnelser om insulin -Mangel på blodsukker-kontroll. -Mestringsstrategier – humor og kognitiv omgjøring. -Livsmål er vanskelig -Bedre planlegging av dagen hjelper. -Dårlige resultater til tross for behandling gir frustrasjon. -God egenmestring når blodsukkeret er stabilt.	-God veiledning gjennomgår strategier for egenmestring. -Helsepersonell går ofte gjennom eventuelle komplikasjoner og hva som må endres. -Helsepersonell bør være oppmerksomme på eventuelle bekymringsområder på forhånd av konsultasjonene. -Felles målsetning kan bidra til større engasjement. -Tilbakemelding er viktig. -Diabeteslæring av kvalitet
Artikkel 3	-Avhengig av foreldrene. -Droppe å spise for å se venner. -Sykehusinnleggelse påvirker skole. -Forskjellig involvering av venner. -Ønsker å være en normal tenåring. -Motivasjon blir gjenspeilet gjennom åpenhet om diagnose.	-Gjør ikke blodsuktermålinger som anbefalt. -Mener egenmestring ville bli lettere ved økende alder. -Eierskap over diabetes hjelper. -Å føle seg kompetent tar tid. -Gode blodsukker nivå gav motivasjon. -Krevende mentalt, aldri pause. -Høyere alder gav større aksept. -Gode rutiner hjelper -Prøving og feiling er nyttig. -God helse var motiverende. -Vendepunkt. -Aksept.	-Mer involvert med helsepersonell uten foreldre. -Ungdommens oppfatning på egenmestring, kan gi helsepersonell grunnlaget for å tilpasse veiledning på individuelle behov.

Artikkel 4	<ul style="list-style-type: none"> -Ønsker mer tillitt fra foreldre. -Ønsket foreldre med på undersøkelser. -Skjuler diagnosen fra venner. -Noen lærte opp venner til hypoglykemi episoder. 	<ul style="list-style-type: none"> -Lærte av å se på mødre. -Undervist av mødrene. -Delt ledelse med foreldre i varierende grad. -Ungdom påtok mer ansvar over tid. -3 forskjellige lederstiler for foreldre. -Gjentatt masing fra foreldre fungerer ikke. 	<ul style="list-style-type: none"> -Støttegrupper ikke effektivt. -Likte å lære av helsepersonell. -Partnerskap med helsepersonell er positivt. -Vil ha en stemme i klinikkavtaler -Helsepersonells jobb er å gjøre overgangen varig og støttende. -Positiv forsterkning vs. negativ tilbakemelding
Artikkel 5	<ul style="list-style-type: none"> -Belastning på familien med diabetes. -Varierende involvering av venner i diabetes. -En tok ikke insulin borte fra hjemmet 	<ul style="list-style-type: none"> -Delt ledelse/foreldrestyrt. -Påminnelser fra foreldre. -En balanse i selvstendighet. -Varighet av sykdom, betydning for aksept. -Lærer av sine feil. -Sosiale aktiviteter går foran diabetes-behandling. 	<ul style="list-style-type: none"> -Positivt forhold med helsepersonell er viktig. -Teamarbeid. -Helsepersonell kan bidra til læring gjennom prøving og feiling. -Det er viktig at helsepersonell forstår den viktige rollen de har, samt kunnskap og forståelse for å støtte ungdoms læring.
Artikkel 6	<ul style="list-style-type: none"> -Sammenligne erfaringer. -Ønske om å være normal. -Skjule sykdommen. -Manglende forståelse fra de uten diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Bidrog til aksept. -Lærer av hverandre. -Fyller kunnskapshull. -Tilgjengelig kunnskap. -Satte pris på tilpasset læringsform. -Kursets form bidrog til økt sannsynlighet for bruk. -Praktisk kunnskap gav økt egenmestring. 	<ul style="list-style-type: none"> -Tilpasset læringsform. -Pasientledet. -Troverdige kursholdere. -Oppmuntrer til individuelt ansvar. -Positivt med både klinisk og emosjonell læring.

3.3 Oppsummert funn

3.2.1 Betydningen av støttenettverk

For å mestre sykdommen sin og gjøre diabetesoppgaver selv, har ungdommer behov for tillitt fra foreldrene til prøving og feiling, som noen ungdommer oppfattet som manglende (Strand et al., 2018, s. 131; Sullivan-Bolyai et al., 2014, s. 184). Samtidig beskriver foreldre i studien til Sullivan-Bolyai et al. (2014, s. 186) at involvering av ungdommer i diabetesbehandling er en gradvis prosess, hvor de ikke vil legge all ansvaret på dem. Til sammenligning finner studien til Strand et al. (2018, s. 130) at ungdommer blir mer selvsikre i en gradvis involvering av behandlingsoppgaver, med veiledning av foreldre og helsepersonell. I diabeteskonsultasjoner legger flere ungdomsdeltakere i studien til Sullivan-

Bolyai et al. (2014, s. 186) vekt på tryggheten med at foreldrene er med. Informasjon som ungdommene ikke forstår, kan foreldrene da avklare i ettertid.

Studien til Strand et al., (2018) finner at flere ungdommer unnlater å fortelle om diagnosen sin til jevnaldrende, da de frykter reaksjoner. Det er beskrevet som pinlig å være annerledes. To studier har lignende funn, og viser til ungdoms ønske om å være normal (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1498; Sanders et al., 2018, s. 1534). På dårlige dager kunne derimot venner være en god støtte gjennom tilstedeværelse og få fokus på andre ting (Strand et al., 2018, s. 132). At venner ikke har kunnskap om, eller ikke viser støttende atferd er også av betydning for egenmestring (Sanders et al., 2018, s. 1534). En ungdom unnlot å delta på kino, da han måtte hatt med seg insulin, noe som var flaut (Spencer et al., 2012, s. 22). I kontrast til unngåelse av venner, hoppet ungdom over måltider for og heller være med venner, eller spiste mat de visste ville ha konsekvenser for blodsukkeret sammen med venner (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1491-1492).

3.2.2 Betydningen av å erkjenne sykdommen og læringsprosessene

Funn tyder på at lang varighet for diabetesdiagnosen, kan ha betydning for aksept (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015; Spencer et al., 2012). Ungdom i studien til Strand et al. (2018, s. 130-131) beskriver et ønske om uavhengighet, og at ansvar gav en følelse av mestring. Funn i to studier tyder på at ungdom syntes det er tidkrevende å lære om diabetesbehandlingen (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1494; Strand et al., 2018, s. 132). I Sanders et al. (2018) sin studie, bidrog kurs til aksept og økt egenmestring. Tilpasset læringsform bidrog til å fylle kunnskapshull, og økt sannsynlighet for å kunne benytte kunnskapen i hverdagen. For å venne seg til diabetesoppgaver, og mestre disse, ble gradvis involvering sammen med foreldre ansett som gunstig av ungdom (Strand et al., 2018, s. 130; Sullivan-Bolyai et al., 2014, s. 186). I overgangen til mer selvstendighet ble manglende blodsukkerkontroll ansett som en stressende faktor (Datye et al., 2019, s. 199; Strand et al., 2018, s. 131), mens noen ungdommer fikk god motivasjon til sin diabetesbehandling, når blodsukkermålingene var gode (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1494). Rutiner ble funnet å ha en positiv effekt, da det bidrog til automatisering av diabetesoppgavene, som gjorde at de ikke opplevdes så

krevende (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1497; Strand et al., 2018, s. 132). I studien til Datye et al. (2019, s. 198), uttrykte ungdom evnen til kognitiv omstilling, å gjøre en utfordring om til fordel, som hjelpsomt i egenmestring. I studien til Strand et al. (2018, s. 132), delte ungdom sin frykt for å gjøre feil. Dette førte til skyldfølelse, følelsen av og ikke være god nok, og at andre hadde de samme oppfatningene. Det er heller ikke alltid at overholdelse av behandlingen fører til god diabeteskontroll, som fører til frustrasjon (Datye et al., 2019, s. 200). Det er funnet at ungdom lærte av prøving og feiling (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1499; Spencer et al., 2012, s. 21), hvor en ungdom viser til konsekvensene av utelatt insulin, og hvor syk dette gjorde henne (Spencer et al., 2012 s. 21). Det var samtidig viktig for ungdom å finne sin egen måte å håndtere diabetes på (Strand et al., 2018, s. 130-131). Planlegging av dagen ble ansett som en god strategi, for eksempel planlegging av måltider når de er ute, eller sette på alarmer for påminnelse av blodsuktermålinger (Datye et al., 2019, s. 199). Ved ansvar for sin egen diabetes, gav dette følelsen av stolthet og frihet, gjennom å tilegne seg mer kunnskap og erfaring (Strand et al., 2018, s. 131-132). Andre ungdommer uttrykket også eierskap over diabetes som en god strategi, der de kontrollerer diabetes, og ikke omvendt (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1492-1493).

3.2.3 Betydningen av helsepersonells tilnærming

I ungdomsårene rapporterer flere ungdom at helsepersonell i større grad henvendte seg til dem under konsultasjoner, som fungerte bra dersom de fikk den støtten de trengte (Strand et al., 2018, s. 131). En ungdom gikk også alene på undersøkelser (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1493). I studien til Sullivan-Bolyai et al. (2014, s. 185), beskriver ungdom at de likte å lære om diabetes fra helsepersonell. En partnerskapsmodell, som fokuserte på samarbeid i diabetesbehandling ble ansett som gunstig. Belærende holdning var ikke nyttig. Pasientledet kurs ble i studien til Sanders et al. (2018) funnet som gunstig, gjennom kombinasjonen av klinisk og emosjonell læring. Tilnærmingen helsepersonell brukte førte til tillit, og dermed økt sannsynlighet for å bruke kunnskapen. I studien til Datye et al. (2019), blir helsepersonell funnet som en viktig faktor i ungdommers atferd til diabetes. Dersom denne veiledningen er av god kvalitet, kan det ha positiv innvirkning på ungdommens egenmestring. Helsepersonell skal bidra til diabetesopplæring, og hjelpe ungdommer til å anskaffe seg de kunnskapene og

ferdighetene de trenger (Datye et al., 2019; Strand et al., 2018). Det er viktig at veiledningen helsepersonell gir, kan overføres til ungdommens liv (Spencer et al., 2012, s. 21). Studien til Strand et al. (2018, s. 134) konkluderer med at det vil være nyttig å ta ungdommers oppfatninger for å sikre at klinisk praksis oppfyller ungdommers behov.

4.0 Drøfting

Temaene som kom fram i analysen bli drøftet med relevant pensum, funn og litteratur for å svare på problemstillingen.

4.1 Foreldreinvolvering

I Strand et al. (2018, s. 132) sin studie, ble foreldre identifisert som viktige støttespillere, spesielt i overgangsfasen. Det blir i studien til Sullivan-Bolyai et al. (2014) funnet varierende foreldreinvolvering, som spenner seg fra at foreldre har alt ansvar, til at ungdommer kan støtte seg på foreldrene i sin egenmestring. Det er også funnet at overinvolvering kan ha negativ effekt, som i studien til Chilton og Pires-Yfantouda (2015, s. 1491), hvor ungdommen fikk redusert uavhengighetsnivå. Det er dermed liten tvil at kronisk sykdom i en familie er belastende, for alle parter (Grønseth & Markestad, 2017, s. 189; Hanås, 2011, s. 322). Hvordan foreldre viser støtte, kan påvirke ungdoms egenmestring, og bør derfor være på ungdommers premisser. I den forbindelse er støttende ord fra betydningsfulle mennesker, viktig for å styrke troen på seg selv (Renolen, 2015, s. 177). Foreldre bør innrette seg etter ungdommens behov, men samtidig være tydelig på sine begrensninger (Kelly, 2014, s. 74). Dette kan være utfordrende, da ungdommer kan ha varierende kontroll og motivasjon for sin sykdomsmestring (Diseth, 2014, s. 683-684). Foreldre kan kanskje dermed involvere seg mer i sykdomshåndteringen, som kan være et hinder for den nødvendige støtten. Ungdom som føler seg overvåket, og får mange begrensninger på for eksempel mat og søtsaker, kan dessuten føre til at ungdom overspiser i skjul, og unnlater å sette insulin (Haug, 2017, s. 50-51). For og ikke bli overbeskyttende, bør foreldre til kronisk syke ungdommer, behandle de på lik linje med søsken eller andre jevnaldrende (Kelly, 2014, s. 145). Overbeskyttende atferd fra foreldre, kan også resultere i at ungdommer ikke lærer å mestre hverdagen (Aarø & Klepp, 2017, s. 44). Eksempel på overbeskyttelse finner man i Spencer et al. (2012, s. 21) sin studie, hvor en 16 år gammel gutt er helt avhengig av sin mor i sin diabetesbehandling, og kunne derfor ikke gjøre noe på egenhånd.

Funn tyder på at ungdom ønsker tillit fra foreldrene til egenmestring av diabetessykdommen, slik at de får prøve seg frem (Strand et al., 2018, s. 131; Sullivan-Bolyai

et al., 2014, s. 184). Det kan i den forbindelse være viktig at foreldre husker at ungdommen er i en læringsprosess. Dersom ungdommen gjør feil i behandlingsopplegget, tilegner de seg ny kunnskap, og får dermed mer kompetanse (Kelly, 2008, s. 155). Samtidig har ungdom like mye behov for støtte når de gjør gode vurderinger, da dette styrker troen på at de mestrer situasjonen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 183). Man kan gjerne si at foreldre bør lære seg hva en støttende rolle innebærer, i motsetning til det overordnede ansvaret de har hatt til nå. Enkelte ganger kan de derfor ha behov for veiledning av helsepersonell til den nye rollen (Hanås, 2011, s. 324; Kelly, 2014, s. 60). Dette bekrefter studien til Strand et al. (2018, s. 133), som viser til at både foreldre og ungdom kan trenge veiledning i denne overgangsprosessen, når rollene skiftes i diabetesbehandlingen.

4.2 Frykt for å skille seg ut som hinder for mestring

Funn tyder på at ungdom involverer venner i varierende grad i sin sykdomshåndtering (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015; Sanders et al., 2018; Spencer et al., 2012; Strand et al., 2018; Sullivan-Bolyai et al., 2014). Ungdom sammenligner seg selv med andre jevnaldrende (Hägglöf, 2008, s. 67), det og skille seg ut kan derfor være en utfordring med sykdommen sin. Flere kan derfor velge emosjonell orientert mestringsstrategi. Lazarus og Folkman (1984, s. 151) beskriver at denne typen strategi benyttes når personer ikke vil innse sannheten, og kan ses på som en forvrenging av virkeligheten. Ved å unngå diabetesbehandling eller holde sykdommen skjult, kan det tyde på at ungdommen ikke har akseptert sykdommen enda (Christophersen, 2018, s. 31; Hanås, 2011, s. 323). Det er funnet i flere studier at ungdom skjuler sykdommen sin fra venner (Sanders et al., 2018; Spencer et al., 2012; Strand et al., 2018; Sullivan-Bolyai et al., 2014). På den ene siden kan man derfor kanskje si at ungdommer må venne seg til situasjonen og akseptere den, for å oppleve egenmestring (Hanås, 2011, s. 321). På den andre siden kan det være viktig å påpeke at reaksjonsmønstre som unngåelse og skjuling av det som er annerledes, kan være normalt for ungdommer med kronisk sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). Mens venner uten diabetes kan gjøre ting på sparket, må en med diabetes planlegge hverdagen og aktivitetene (Hanås, 2011, s. 7; Haug, 2017, s. 38), som kanskje kan føles urettferdig. Samtidig kan venner være en viktig ressurs. At venner vet om diabetes og dens behandling, kan gi vennene muligheten og tilliten til å være der for ungdommen, da støtte fra venner er viktig i ungdomstiden (Grønseth & Markestad, 2017, s.

135). Ungdom som aksepterer sykdommen og dens behandling, kan derfor sammenlignes med Lazarus og Folkman (1984, s. 153) sin problemorienterte mestringsstrategi, hvor ungdom føler de mestrer situasjonen. Det kan tenkes at ungdom med denne mestringsstrategien involverer venner i større grad i sykdommen sin. Som eksempel, lærte en ungdom opp venner til hypoglykemi episoder i en studie (Sullivan-Bolyai et al., 2014 s. 185). Det kan tenkes at ungdommer som har godtatt sykdommen som en del av seg, ser på diabetesoppgaver som en del av hverdagen, men ikke som et hinder. Samtidig påpeker Lazarus og Folkman (1984, s. 149) at en mestringsstrategi ikke er god eller dårlig, men må ses i sammenheng med hvor personen er i prosessen.

4.3 Mestring av diabetes er en individuell prosess

Mestring av diabetes er funnet å være tidkrevende ifølge ungdom i to studier (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1494; Strand et al., 2018, s. 132). For noen kunne planlegging og rutiner funnet å være til hjelp for egenmestring (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015; Datye et al., 2019; Strand et al., 2018). Tiden som brukes på å lære om sykdommen kan være utfordrende, da ungdom sannsynligvis kunne tenkt seg og brukt tiden på helt andre ting. Samtidig er det viktig at ungdommer finner motivasjon og plass i livet sitt til å gjennomføre dette, da suksess avhenger av at de lærer å ta ansvar for egen sykdom (Grønseth & Markestad, 2017, s. 323). For å ta ansvar, brukte en ungdom alarm på telefonen som påminnelser for blodsuktermålinger eller insulininjeksjon i en studie (Datye et al., 2019, s. 199). For å mestre diabetes, må ungdommer lære å kjenne kroppen og dens signaler. Ved blodsukkerendringer får en symptomer, for å lære disse å kjenne krever det innsats, der gevinsten er større sykdomskontroll (Christophersen, 2018, s. 34). Samtidig gir læring av nye ting, en opplevelse av mestring (Nes, 2017, s. 77).

Flere ungdommer i studiene lærte diabetesbehandling gjennom prøving og feiling (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015; Spencer et al., 2012), samtidig avdekket studien til Strand et al. (2018, s. 131) at ungdom følte seg mislykket hvis de gjorde feil. All eksperimentering med behandling er sunn, så lenge den fører til positiv utvikling (Kelly, 2014, s. 106). Manglende eksperimentering kan også ses på som at ungdommer ikke har satt seg inn i hvordan

sykdommen fungerer (Kelly, 2008, s. 157). Derfor kan egeneksperimentering anses som en gunstig læringsmetode mot egenmestring. Ungdommer vil i den forbindelse møte både motgang og medgang, som både kan gi motivasjon og følelse av mislykkethet til egenmestring. Mestringsforventninger avhenger av tidligere erfaringer, og tro på egen mestring avhenger om mestringserfaringene våre er positive eller negative (Renolen, 2015, s. 177).

Ungdom i to studier opplevde frustrasjon av og ikke få blodsukkeret under kontroll, til tross for de fulgte behandlingsopplegget (Datye et al., 2019, s. 200; Strand et al., 2018, s. 131). Diabetes krever behandling døgnet rundt, året rundt (Hanås, 2011, s. 10; Haug, 2017, s. 114). Det er derfor av avgjørende faktor at ungdommen er innstilt og motivert for egenmestring (Hanås, 2011, s. 9; Haug, 2017, s. 59). Motivasjon vises gjennom engasjement, målrettethet, utholdenhet og positive tanker (Kristoffersen, 2016, s. 366). I studien til Chilton og Pires-Yfantouda (2015, s. 1496) beskriver ungdom et vendepunkt, der motivasjonen ble styrket til egenmestring av diabetes. Vendepunktene kom for noen gradvis, eller som følge av en dårlig periode i sykdommen. I den forbindelse, er motivasjon avhengig av at atferden er selvbestemt. For å styrke motivasjon er individet avhengig av kompetanse, autonomi og tilhørighet (Deci & Ryan, 2002, referert i Renolen, 2015, s. 74). Ifølge Lazarus og Folkman (1984, s. 143) innebærer mestringsprosessen stadige omvurderinger på hva som skjer, og hva som kan gjøres. I denne prosessen vil vurderingene av situasjoner påvirke mestringsinnsatsen. På den ene siden kan det derfor tenkes at mestring av sykdommen er avhengig av at ungdom finner denne motivasjonen, og benytter den i sin egenmestring. På den andre siden kan det ta tid før ungdom finner motivasjon til egenmestring, da de først må akseptere sykdommen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). Gjennom å erkjenne sykdommen, eier du den (Haug, 2017, s. 50). Funn tyder i den forbindelse på at aksept for sykdom var avhengig av alder og varighet på sykdom, der høyere alder, og lengre varighet på sykdom bidro til aksept (Chilton & Pires-Yfantouda, 2015, s. 1495; Spencer et al., 2012, s. 20).

Studien til Sanders et al. (2018) viser til ungdoms positive erfaringer ved å delta på diabeteskurs. Kurset gav ungdom mulighet til å øke sin egenmestring gjennom gruppediskusjon, der de kunne dele erfaringer og råd med ungdom i samme situasjon. Til

motsetning finner Sullivan-Bolyai et al. (2014, s. 185) i sin studie at de ungdommene som hadde deltatt på kurs, ikke opplevde økt egenmestring eller kunnskap. For noen kan kurser være et godt alternativ. Her kan de lære om sykdommen sin, og hvordan de mestrer denne i hverdagen, samt mulighet til å møte andre i samme situasjon (Diabetesforbundet, 2021; Grønseth & Markestad, 2017, s. 323). I en annen studie, hvor hensikten var å undersøke effekten av et kurs, tyder funn på at ungdom opplever økt kunnskap, egenmestring og aksept av sykdommen etter kurs (Johnson et al., 2019, s. 1464). Dessuten kan ungdommen dra nytte av å snakke med andre som lykkes med behandlingen sin. Det å se andre lykkes, kan styrke egen tro på mestring (Renolen, 2015, s. 177). Ungdomsårene kan ses på som et gunstig tidspunkt å bygge ressurser som har betydning for helse (Nes, 2017, s. 64). Selv om enkelte ungdommer har god effekt av kurs, er det flere som ikke ønsker å delta. En annen studie viser til at ungdommer ikke prioriterer kurs. Dette skyldtes blant annet ugunstige tidspunkt, og at de ble holdt langt vekk fra hjemmet. Kursene burde tilbys i en passende periode i livet til ungdommen, samt at de må være psykologisk klar (Coates et al., 2018). Lignende funn finner man i Chaney et al. (2011, s. 220) sin studie, som undersøker hva ungdom ønsker i diabetesundervisning. De konkluderer med at kurs må være tilpasset ungdommer. Om kurs er ønskelig for noen ungdom, kan det derfor tenkes at de vil kunne dra nytte av det. Samtidig er det sjelden slik at det som passer for en, passer for alle.

Alle ungdommer lærer på forskjellige måter, på forskjellige tidspunkter og i forskjellig tempo. Det som fungerer for den ene, er ikke sikkert fungerer for den andre. Samtidig avhenger modningsnivå på hvor mye ungdommer mestrer. Det finnes ingen fasit på prosessen ungdommer går gjennom til egenmestring av sykdommen, da hver situasjon og ungdom er unik.

4.3.1 Delt ansvar med foreldre

Det er funnet at flere ungdom og foreldre i studiene benyttet delt ansvar i overgang til egenmestring (Spencer et al., 2012; Strand et al., 2018; Sullivan-Bolyai et al., 2014). Slik kan ungdom ta mer ansvar for egen sykdom, under kontrollerte forhold, da foreldreinvolvering er viktig gjennom hele ungdomsperioden (Hanås, 2011, s. 329; Haug, 2017, s. 28). Dette kan

gi ungdom mulighet for gradvis involvering, uten at de blir overveldet (Kelly, 2014, s. 60). I den forbindelse kan foreldre sammenlignes med en trener, der ungdommen må gjøre jobben, mens resultater kommer i samarbeid med treneren (Hanås, 2011, s. 330). Foreldre kan hjelpe ungdommer der det er nødvendig, til å se ting fra flere synsvinkler, til å vurdere og se andre løsninger på problemene (Renolen, 2015, s. 175).

Ungdom i studien til Strand et al. (2018) opplevde overgangen fra foreldrestyrt til egenmestring av sykdommen som naturlig, samtidig som de hadde følelsen av å miste sikkerhetsnettet når de skulle ha ansvaret selv. Hvor mye, og hvilke ansvarsområder ungdommene skal ha, avhenger også av alder og modningsnivå (Hanås, 2011, s. 331; Kelly, 2014, s. 74). Samtidig er det anbefalt at opplæring i diabetesbehandling skjer så tidlig som mulig, gjerne før puberteten og ungdomsårene (Hanås, 2011, s. 10). Mange ungdommer uttrykker et ønske om å overta mer ansvar ved økende alder, noe foreldre bør lytte til, for å styrke ungdommens tro på egenmestring (Hanås, 2011, s. 331). Dette er også funnet viktig i studien til Sullivan-Bolyai et al. (2014, s. 184). Samtidig kan delt ansvar gi utfordringer. Mange ungdommer vil ha varierende kontroll på sykdomsadministrering, kanskje spesielt i starten. I puberteten opplever mange ungdommer svingende blodsukker, til tross for god innsats (Hanås, 2011, s. 333). Dette kan også skyldes veksthormoner, som virker inn på insulinbehov, og dermed blodsukkeret (Bang, 2008, s. 107; Christophersen, 2018, s. 74; Hanås, 2011, s. 36). Avvikende blodsukkermålinger kan føre til bekymret foreldre, da forhøya blodsukker over tid, kan føre til komplikasjoner. De kommer da i beste hensikt med gjentatte råd om ønska atferd, som ofte kan bli oppfattet som mas fra ungdoms side (Christophersen, 2018, s. 262). Dette bekreftes av to studier (Spencer et al., 2012 s. 20; Sullivan-Bolyai et al., 2014 s. 187). Ungdom på sin side, er sjelden bekymret for komplikasjoner som kan komme senere, de tar ofte en dag om gangen (Hanås, 2011, s. 330; Kelly, 2008, s. 157), som da kan føre til konflikt. Til motsetning beskriver ungdom i studien til Strand et al. (2018, s. 132) frykt for fremtidige komplikasjoner. Mens studien til Datye et al. (2019, s. 200-201) viser til ungdoms mening om at det er viktigere å håndtere blodsukkersvingninger i situasjoner her og nå, enn å fokusere på fremtidige komplikasjoner. Samtidig er de med diabetes ofte mer redd for føling enn høyt blodsukker, for det er da de mister kontrollen (Christophersen, 2018, s. 139). Dersom slike situasjoner fører til at foreldre stadig kommer med bemerkende kommentarer,

kan dette tenkes å være hemmende mot ungdommens opplevelse av egenmestring. Å føle seg autonom, kompetent og sosialt akseptert, vil de føle på indre motivasjon og positivitet (Nes, 2017, s. 68). En kan derfor anta at ungdommer som får støtte på vanskelige dager, kan få styrket troen på seg selv og egenmestring.

4.4 Veiledning på ungdommers premisser

Funn tyder på at ungdom med gode erfaringer med helsevesenet, blir møtt med gjensidig respekt, god veiledning og samarbeidstilnærming (Sullivan-Bolyai et al., 2014). I motsatt ende, tyder funn på at belærende holdning gir negative konsekvenser for ungdoms egenmestringsfølelse (Datye et al., 2019; Spencer et al., 2012; Sullivan-Bolyai et al., 2014). Ungdommer trenger å høre hva de gjør bra i sykdomshåndtering, og mindre om hva som er dårlig, da det er mer effektivt å se på styrkene til ungdommen, og forsterke disse (Kelly, 2014, s. 109). Ved stadig påminnelser om eventuelle komplikasjoner ved dårlig sykdomshåndtering, kan disse anses som motsatt av empowerment, der sykepleiers råd uten at ungdommen spør, styrker ekspertrollen (Tveiten, 2020, s. 45). Samtidig skal en opplyse om disse, dersom ungdommen spør selv. Empowerment betyr ikke at fagkunnskap ungdommen har behov for, holdes tilbake (Tveiten, 2020, s. 41).

Ungdom i studien til Sullivan-Bolyai et al. (2014, s. 185), mente helsepersonell burde bruke positiv forsterkning, fremfor negative tilbakemeldinger ved gjennomgang av behandlingsoppgavene. Negative tilbakemeldinger fra sykepleier kan tenkes og påvirke hvordan ungdom opplever egenmestring, da negative erfaringer kan gi følelse av at uansett hva en gjør, er det galt (Renolen, 2015, s. 78). Målet i empowerment-samarbeidet er derfor at ungdommene skal styre sine liv, mot egne behov og mål (Kristoffersen, 2016, s. 351). I empowerment skal ikke sykepleier bruke overtalelse, overbevisning eller skremsel som taktikk til egenmestring (Kristoffersen, 2016, s. 367). Møter med helsepersonell skal oppleves som positive, for å være gunstige (Hanås, 2011, s. 320). En kan da si med en viss sikkerhet at de fleste ungdommer har behov for veiledning, men tilnærmingen til sykepleier er avgjørende for hvilket utbytte ungdom har.

Funn tyder på at ungdom ønsker hjelp til å håndtere vanskelige og nye situasjoner i sin egenmestring av sykdommen (Strand et al., 2018, s. 132). Lignende funn blir også funnet i en annen studie, hvor ungdom ønsket råd til hva de kan gjøre, og mindre fokus på hva de ikke kan gjøre (Chaney et al., 2011, s. 219). Ungdom vet best selv hvilke deler av sykdommen de trenger veiledning i, og må derfor bli møtt med holdningen at de er den fremste ekspertten på seg selv (Haavet, 2014, s. 697; Tveiten, 2020, s. 38). I den forbindelse, skal ungdommene være en deltaker, ikke mottaker, i samarbeid med helsepersonell etter empowermenttenkningen (Tveiten, 2020, s. 33). Ungdom kan utarbeide en form for plan eller mål, i samarbeid med sykepleier, der de konkretiserer hvilke læringsbehov de har, og hva de kan. Sykepleier skal legge til rette for at pasienten identifiserer hvor de har behov for kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 363). En slik tilnærming kan bidra til at ungdommen ser selv hva de er usikre i, i tillegg til alt de allerede mestrer. Dersom ungdommen selv tenker de har en ugunstig livsstil i forhold til sykdommen, kan også en gjennomgang av vaner være gunstig. For eksempel hva er positivt og negativt med den livsstilen du har nå, og hva er positivt og negativt ved den livsstilen du tenker du bør ha? (Renolen, 2015, s. 76-77). Felles målsetning og arbeid for å nå målet, kan oppleves som motiverende for ungdom ifølge Datye et al. (2019, s. 201). Ved en slik tilnærming vil ungdommen selv være førende for videre veiledning.

God veiledning av helsepersonell er funnet og være viktig for egenmestring for ungdom (Datye et al., 2019, s. 199; Strand et al., 2018, s. 133). Erfaringene fra diabeteskurset i studien til Sanders et al. (2018, s. 1534) tyder på at veiledning gjennom å tilpasse innholdet i kurset til deltakernes behov, ble ansett som gunstig av ungdom. Gjennom å vise empati i veiledningen, ble rådene oppfattet som pålitelige. Det er fort gjort å tenke at en ungdom som skjuler sykdommen sin, eller unngår behandlingsoppgaver har en ugunstig mestringsstrategi. Samtidig påpeker Lazarus og Folkman (1984, s. 155) at dersom noen bruker en slik emosjonsfokusert mestring, kan dette resultere i at situasjonen revurderes, og at en heller bruker problemfokusert mestringsstrategi. Sykepleiere kan oppleve at deres kompetanse er nødvendig, og prøver derfor å hjelpe ungdommen til bedre egenmestring. Kompetansen til fagfolk, har også brukeren krav på (Tveiten, 2020, s. 41). Dette kan være både gunstig og riktig, dersom det er i samsvar med empowerment. Sykepleier skal derimot

hjelpe å sette i gang prosesser for endring, men ansvaret for gjennomføring ligger hos personen (Kristoffersen, 2016, s. 351). Ved å benytte empowerment i veiledningen, kan man også sikre at det som pasienten er opptatt av i øyeblikket blir ivaretatt (Harris & Ursin, 2018, s. 232). Empowerment i veiledning krever at sykepleiere forstår sin rolle, og ikke styrer ungdommen i en retning, fordi sykepleier tenker dette er riktig (Tveiten, 2020, s. 38). Selv om man bruker empowerment, er det ikke automatisk gitt at man får bedre helse. Det avhenger også hvordan makten benyttes (Aarø & Klepp, 2017, s. 59).

Som nevnt tidligere, er motivasjon sentralt for egenmestring, og sykepleier bør opptre støttende slik at motivasjonen opprettholdes. I veiledning bør det være to likeverdige mennesker, med respekt, empati og forståelse. Når sykepleier og ungdommen ser på problemene ungdom eventuelt har med sykdommen sin sammen, kan dette tenkes å være motiverende for ungdom.

4.5 Svakheter og styrker i oppgaven

Det er mye gjennomgått litteratur som kunne styrket oppgaven min ytterligere, men mye er blitt utelatt grunnet oppgavens omfang. Dette kan ha ført til at relevant litteratur er utelatt fra denne oppgaven. Det har vært en utfordrende prosess å sortere litteraturen som belyser problemstillingen mest, da det finnes svært mye jeg mener er relevant.

Min førforståelse av emnet var at ungdom ønsket uavhengighet fra foreldre, og mer selvstendighet. Det har gjennom oppgaven vært fokus på at min førforståelse ikke skal påvirke oppgavens funn, da det er lett og bare se det som kan bekrefte førforståelsen (Christoffersen, et al., 2015, s. 54; Dalland, 2017, s. 58). Samtidig har min manglende erfaring med diabetes og ungdom ført til at litteratur blir lest med åpent sinn.

5.0 Konklusjon

Ungdom viser ulike mestringsstrategier i sin diabeteshåndtering. Funn kan tyde på at de som opplever størst egenmestring av sykdommen, er de som har akseptert den og dens behandling. I læringsprosessen, trenger ungdommer støtte og veiledning. Støtte fra foreldre er svært viktig, og det er vanskelig for en ungdom å oppleve egenmestring om foreldre jobber imot dem. Foreldre bør være tilgjengelige i denne tiden, men samtidig vise ungdommene tillit til egenmestring, samt empati og forståelse når sykdommen byr på utfordringer. En slik tilnærming til ungdom, kan styrke deres selvbilde og tro på egenmestring, som dermed kan føre til bedre kontroll over sykdommen. Ungdommer bør også tørre å inkludere venner i sykdommen sin, da dette kan være tegn på aksept, som kan gi økt mestringsfølelse.

Ungdoms innsats er også viktig i egenmestring. Diabetes er ingen enkel sykdom, og det krever blant annet tid, kunnskap, ferdigheter, motivasjon og aksept for å ha kontroll på alle oppgaver og utfordringer denne sykdommen byr på. Det vil da være viktig at ungdom setter av tid til opplæring. Funn tyder på at ungdommer som aksepterer sykdommen som en del av seg, gjør diabetesbehandling som en hverdagslig oppgave, opplever i større grad egenmestring og kontroll.

Funn i denne litteraturstudien viser at ungdom har behov for en individuell tilnærming, bygget på samarbeid, fremfor helsepersonell i en maktposisjon. Sykepleiere bør derfor danne et samarbeid med ungdom i veiledning, der ungdom styrer hva de trenger veiledning i. Målet bør være at ungdom føler seg sett, respektert, samt at veiledningen er på ungdoms premisser. Veiledningen bør ikke fokusere på hva ungdom gjør feil i behandlingen. Sykepleier bør heller være raus med positive tilbakemeldinger på ungdoms egenmestring, og være tilgjengelig for å løse eventuelle problemer sammen. Empowerment i veiledning til ungdom med diabetes, anses derfor som svært gunstig for ungdoms egenmestring.

Litteraturliste

Aarø, L. E. & Klepp, K.-I. (2017). Hva former vår helserelevante atferd? I K.-I. Klepp & L. E.

Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 38-62). Gyldendal Akademisk.

Aasen, S. E. (2020, 03. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Alvsvåg, H. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging: Et historisk og sykepleiefaglig

perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 50-70). Fagbokforlaget.

Bang, P. (2008). Pubertetsperioden – GH-IGF-axelen. I S. Sjöblad (Red.), *Barn- och*

ungdomsdiabetes (s. 107-111). Studentlitteratur.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002). Self-management

approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)

Brataas, H. (2011). Prosess og verktøy. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis:*

pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer (s. 31-52). Gyldendal Akademisk.

Busch, T. (2013). *Akademisk skriving: for bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlaget.

Chaney, D., Coates, V., Shevlin, M., Carson, D., McDougall, A. & Long, A. (2011). Diabetes

education: what do adolescents want? *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 216-223.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03692.x>

- Chilton, R. & Pires-Yfantouda, R. (2015). Understanding adolescent type 1 diabetes self-management as an adaptive process: A grounded theory approach. *Psychology & Health, 30*(12), 1486-1504. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1062482>
- Christie, D. (2019). How do children and adolescents understand their diabetes? *Practical Diabetes, 36*(4), 117-120. <https://doi.org/10.1002/pdi.2228>
- Christoffersen, L., Johannessen, A. Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Christophersen, Y. (2018). *Mestring av livet med diabetes type 1*. Vigmostad & Bjørke.
- Coates, V., Horigan, G., Carey, M. & Davies, M. (2018). Using qualitative data to enhance our understanding of the reasons young people decline Structured Diabetes Education programmes. *Journal of Clinical Nursing, 27*(15-16), 3139-3147.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14508>
- Commissariat, P. V., Kenowitz, J. R., Trast, J., Heptulla, R. A. & Gonzalez, J. S. (2016). Developing a Personal and Social Identity With Type 1 Diabetes During Adolescence: A Hypothesis Generative Study. *Qualitative Health Research, 26*(5), 672-684.
<https://doi.org/10.1177/1049732316628835>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Datye, K., Bonnet, K., Schlundt, D. & Jaser, S. (2019). Experiences of Adolescents and Emerging Adults Living With Type 1 Diabetes. *The Diabetes educator, 45*(2), 194-202.
<https://doi.org/10.1177/0145721718825342>

Diabetesforbundet. (2021, 17. februar). *Sommerleir for barn og unge*. Hentet 30. mars 2021

fra <https://www.diabetes.no/tilbud-til-deg/sommerleir/>

Diseth, T. H. (2014). Kronisk somatisk sykdom og symptom bilder hos barn og unge. I A. A.

Dahl, T. F. Aarre, J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom:*

symptomer, diagnostikk og behandling (s. 674- 694). Cappelen Damm Akademisk.

Fonte, D., Colson, S., Côté, J., Reynaud, R., Lagouanelle-Simeoni, M.-C. & Apostolidis, T.

(2019). Representations and experiences of well-being among diabetic adolescents:

Relational, normative, and identity tensions in diabetes self-management. *Journal of*

Health Psychology, 24(14), 1976-1992.

<https://doi.org/10.1177%2F1359105317712575>

Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.).

Fagbokforlaget.

Haavet, O. R. (2014). Somatisk sykdom hos ungdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, J. H. Loge (Red.),

Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: symptomer, diagnostikk og behandling (s.

695- 704). Cappelen Damm Akademisk.

Hägglöff, B. (2008). Psykologiska aspekter – familjedynamik – coping. Kunskapsöverföring

och attitydpåverkan. I S. Sjöblad (Red.), *Barn- och ungdomsdiabetes* (s. 65-72).

Studentlitteratur.

Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes: Type 1 diabetes hos barn, ungdom og*

unge voksne (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å.

Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 221-236). Fagbokforlaget.

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

Helsebiblioteket. (2016a, 07. juni). *Kvalitativ metode*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. (2016b, 03. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387-399). Gyldendal Akademisk.

Jenssen, T. & Berg, J. P. (2018). Legemidler ved diabetes mellitus og sykdommer i endokrine organer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg., s. 241-257). Gyldendal Akademisk.

Johnson, B., Norman, P., Sanders, T., Elliott, J., Whitehead, V., Campbell, F., Hammond, P.,

Ajjan, R. & Heller, S. (2019). Working with Insulin, Carbohydrates, Ketones and Exercise to Manage Diabetes (WICKED): evaluation of a self-management course for young people with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 36(11), 1460-1467.

<https://doi.org/10.1111/dme.14077>

- Kelly, K. B. (2008). Om hälsans betydelse. Identitetsutveckling och utforskande av livsstilar under ungdomsåren. I S. Sjöblad (Red.), *Barn- och ungdomsdiabetes* (s. 155-161). Studentlitteratur.
- Kelly, K. B. (2014). *Ungdomars hälsa*. Studentlitteratur.
- King, P. S., Berg, C. A., Butner, J., Drew, L. M., Foster, C., Donaldson, D., Murray, M., Swinyard, M. & Wiebe, D. J. (2011). Longitudinal Trajectories of Metabolic Control Across Adolescence: Associations With Parental Involvement, Adolescents' Psychosocial Maturity, and Health Care Utilization. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 491-496. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.09.007>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349-406). Gyldendal Akademisk.
- Langaard, K. (2018). *Profesjonelle samtaler med ungdom: Et utviklingsfremmende perspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Mlynarczyk, S. M. (2013). Adolescents' Perspectives of Parental Practices Influence Diabetic Adherence And Quality of Life. *Pediatric Nursing*, 39(4), 181-189.

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 51 - 82). Gyldendal Akademisk.

Nes, R. B. (2017). Subjektiv livskvalitet: lykke og trivsel. I K.-I. Klepp & L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 63-81). Gyldendal Akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Sanders, T., Elliott, J., Norman, P., Johnson, B. & Heller, S. (2018). Experiences of self-management among young adults with Type 1 diabetes in the context of a structured education programme: a qualitative study. *Diabetic Medicine*, 35(11), 1531-1537. <https://doi.org/10.1111/dme.13784>

Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K. Dyches, T. & Freeborn, D. (2012). A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control? *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1235-1247. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06111.x>

Spencer, J. E., Cooper, H. C. & Milton, B. (2012). The lived experiences of young people (13–16 years) with Type 1 diabetes mellitus and their parents – a qualitative phenomenological study. *Diabetes Medicine*, 30(1), 17-24.

<https://doi.org/10.1111/dme.12021>

Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2018). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33(1), 128-135.

<https://doi.org/10.1111/scs.12611>

Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2. utg.). Cappelen Damm.

Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Johnson, K., Cullen, K., Jaffarian, C., Quinn, D., Aroke, E. N., Crawford, S., Lee, M. M. & Gupta, O. (2014). Engaging teens and parents in collaborative practice: Perspectives on diabetes self-management. *The Diabetes Educator*, 40(2), 178-190. <https://doi.org/10.1177/0145721713520568>

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

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & Larsen, T. B. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*.

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

Vedlegg 1: Søketabell

Database og søkedato	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkludert artikkel nummer
Cinahl 28.02.21	Adolescence AND Diabetes Mellitus type 1 AND young adult. AND Self care	År 2010 - 2021	84	12	6	0
Cinahl 01.03.21	Diabetes Mellitus type 1 AND Adolescence AND self management	År 2011 - 2021	44	4	0	0
Cinahl 02.03.21	Diabetes mellitus type 1 AND transitional care	År 2011 - 2021	40	8	0	0
Cinahl 02.03.21	Young adult OR Adolescence OR teenagers, AND Diabetes mellitus type 1 AND Independence OR self care OR self management	År 2011-2021 English, europe	163	15	5	Artikkel 1 Artikkel 6
Medline 04.03.21	Young adult OR adolescence, AND Diabetes mellitus type 1, AND Self care OR Self management OR independence, AND motivation	År 2011-2021	33	4	2	Artikkel 2
Medline 05.03.21	Young adult OR adolescence, AND Diabetes mellitus type 1, AND Self care OR self management OR independence	År 2011-2021, english language, qualitative (maximizes sensitivity), adolescent (13-18 years), young adult (19-24 years)	158	6	0	0
Cinahl 07.03.21	Young adult OR Adolescence OR teenager, AND diabetes mellitus, AND Self Efficacy OR Self care OR Self- manegement	År 2011 – 2021 English language	125	8	0	0
Pubmed 09.03.21	Diabetes mellitus type 1 AND adolescence AND self management AND self care	2011-2021	80	19	3	0

Vedlegg 2: Helsebibliotekets sjekkliste av kvalitative artikler

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten? Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

Artikkel 1:

Strand, M., Broström, A. & Haugstvedt, A. (2018). Adolescents' perceptions of the transition process from parental management to self-management of type 1 diabetes.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23(11), 128-135.

<https://doi.org/10.1111/scs.12611>

Dette er et eksempel på hvordan jeg har brukt helsebibliotekets sjekklister for kvalitative artikler.



Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

- Forskerne ville beskrive hvordan ungdom oppfatter overgangen fra å være avhengig av foreldrene til å håndtere sin egen type-1 diabetes.
- Ville finne svar på det da det kan hjelpe diabetessykepleiere til å bedre forstå ungdommer i denne overgangsfasen, for deretter finne passende tiltak.
- Relevant problemstilling

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

- belyser at sykepleiere kan bedre forstå ungdommers oppfatning av overgangen til å håndtere sin egen diabetes med informasjonen som kommer frem i studien.
- fenomenografisk tilnærming: ser etter variasjoner av folks oppfatning av et fenomen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

- Deltakere ble rekruttert gjennom diabetes-sykepleiere på fem avdelinger i Norge. Deltakerne ble kontaktet at forskerne etter samtykkeskjemaer var signert.
- Inkluderingskriterier var norsktalende deltakere i alderen 16 - 18 år, med diabetes type 1 i minst 2 år.
- Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer i henhold til fenomenografisk metode.
- Alle intervju ble tatt på lyd, og transkribert ordrett.
- Analysen fulgte de syv trinnene beskrevet av Sjöström og Dahlgren: 1. Familiarization, 2. compilation, 3. Condensation, 4., Grouping of similar answers, 5. Comparison, 6. Naming, 7. Contrastive comparison.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel 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.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

- Det er beskrevet hvem som ble inkludert, og hvorfor: Norsktalende ungdom i alderen 16-18 år, med diabetes type 1 minst 2 år.
- Diabetes-sykepleier på poliklinikk leverte invitasjon til ungdommer som passet kriteriene.
- Deltakere fra fem forskjellige barneavdelinger i Sør-Norge.
- En ungdom som i utgangspunktet takket ja, valgte å trekke seg grunnet manglende tid.
- 7 Gutter og 11 jenter inkludert. 11 Bodde med begge foreldre, 3 bodde med en av foreldrene og 4 bodde på hybel.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

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

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikkedeltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

- Ungdom bestemte setting for intervjuene.
- Intervjuene ble gjennomført i henhold til den fenomenografiske metoden.
- Det ble brukt en intervjuguide basert på Melis beskrivelse av overgangen, som ble designet av forskerteamet. Alle hadde lang erfaring med pediatrik diabetesbehandling og bruk av den fenomenografiske metoden.
- Lydopptak, deretter transkribert ordrett.
- De to første intervjuene ble ansett som pilotintervju. Disse endte ikke i endring av intervjuguide, og ble derfor inkludert i analysen.
- Det er beskrevet hvordan intervjuene ble gjennomført.
- Forskerne diskuterer begrensninger og styrker i studien

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

- forskerne hadde ikke noe forhold til ungdommene i denne studien.
- Det var ingen interessekonflikter identifisert.
- Det poengteres at ungdommer kan velge å beskrive hovedsaklig positive eller negative oppfatninger i overgangen, at oppfatninger i mellom kan gå tapt. Intervjueren var klar over dette, og stilte derfor oppfølgingsspørsmål, for å få den fulle betydningen av oppfatningene.
- Det som styrker overførbarheten til andre settinger er varierende alder ved debut av sykdom, type blodsuktermåling, HbA1c-verdier og levekår.

- At forskerne har god kunnskap om behandling av ungdom med diabetes og den fenomenografiske metoden, styrker troverdigheten.
- Forskereteame anerkjenner at denne forhåndsforståelsen av det studerte fenomenet kan både ses på som en styrke og begrensning i studien. Det hjelper med å samle relevant data, samtidig som analysen kan bli påvirket av forhåndsoppfatninger. Samtidig har deres kunnskap om hva som kan påvirke analysen blitt håndtert, for å styrke troverdigheten.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

- Deltakerne ble informert at deltakelse var frivillig.
- Alle kvalifiserte ungdommer fikk utdelt informasjonsbrev før deltakelse.
- Behandling og oppfølging på poliklinikken ville ikke bli påvirket av om de ønsket å delta i studien eller ikke.
- Studien ble utført i samsvar med Helsinki-erklæringen
- Studien er godkjent at Regional Ethichs Committee for Human Research in Bergen, Norge.

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

Ja – Nei – Uklart

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

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

- Analysen fulgte de syn trinnene beskrevet av Sjöström og Dahlgren
- De ulike trinnene er beskrevet: Forskerne leste gjennom de transkriberte dataene flere ganger. Neste trinn ble 325 forskjellige utsagn identifisert og gruppert basert på likheter og ulikheter. Oppfatningene ble gitt passende navn, og ble plassert i beskrivende kategorier som ble opprettet.
- Det er sammenheng mellom kategorier og innsamlede data. Det er tre beskrivende kategorier, der hver kategori har tre oppfatninger.
- Ungdommenes oppfatning av både positive og negative sider av overgangen belyses.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

- Funnenes troverdighet er diskutert i 'begrensninger og styrker' i studien.
- Det blir benyttet andre kilder for å underbygge funnene i diskusjonen. (Er det dette som menes?)
- Forskerne hadde en reflektert, fordomsfri diskusjon av dataene, for å unngå at forskernes forhåndsforståelse av fenomenet påvirket analysen.
- Funnene blir diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i 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. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomenen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

- Studien ble gjennomført da det var få studier som fokuserte på hvordan ungdommer oppfattet utfordringene i overgangen.
- Det er diskutert hvordan studiens funn kan brukes i klinisk praksis.
- Det er diskutert hvilke faktorer som kan forbedre overførbarheten til andre omgivelser.