



Mestring av livet med diabetes type 1 hos ungdom

Kandidatnummer: 1146

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i Sykepleie

Kull: BASYK17

Antall ord: [9693]

[18.03.2020 (19.03.2020)]

## Sammendrag

**PROBLEMSTILLING:** Hvordan kan sykepleiere hjelpe ungdom med diabetes type 1 (DT1) med å mestre egen sykdom?

**METODE:** En litterær oppgave. Det er blitt anvendt litteratur og forskning samt egne erfaringer for å belyse problemstillingen.

**FUNN:** Ungdom med DT1 opplever et større psykososialt stress en friske ungdommer. Å leve med DT1 som ungdom krever psykologisk, sosial og fysisk tilrettelegging i hverdagen. Ungdommen kjenner på følelser som sorg, frustrasjon og tap av frihet. Studier viser at god HbA1c henger sammen med god livskvalitet og større aksept av egen sykdom.

**DRØFTING/KONKLUSJON:** Ungdom med DT1 trenger støtte fra sykepleier, diabetesteam, venner og familie for å mestre egen sykdom. De trenger å få utrykke alle følelsene knyttet til sykdommen. Sykepleier må prøve å forstå følelsene og at det ikke alltid er like lett å ha en diagnose som DT1 i ungdomsårene.

## Abstract

**RESEARCH QUESTION:** How can nurses help adolescent with diabetes type 1 (DT1) to cope with their own diagnoses?

**METHOD:** This is a literary thesis. Literature and research have been used as well as my own experiences to illustrate the research question.

**FINDINGS:** Adolescents with DT1 experience greater psychosocial stress than healthy adolescents. Living with DT1 as adolescent requires psychological, social and physical adjustment in everyday life. Adolescents feel grief, frustration and loss of freedom related to their disease. Studies show that good HbA1c is associated with good quality of life and greater acceptance of own disease.

**DISCUSSION/CONCLUSION:** Adolescents with DT1 need the support of a nurse, diabetes team, friends and family to cope with their own illness. Adolescents need to express all the emotions associated with the disease. Nurses must try to understand that it is not always easy to have a diagnosis as DT1 in adolescence.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING .....	1
1.2	PROBLEMSTILLING .....	2
1.3	AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING .....	2
1.4	DEFINISJON AV BEGREPER .....	2
1.5	OPPGAVENS DISPOSISJON .....	3
<b>2.</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>4</b>
2.1	DIABETES MELLITUS TYPE 1 .....	4
2.1.1	<i>Diagnostisering av diabetes type 1</i> .....	4
2.1.2	<i>Behandling</i> .....	5
2.1.3	<i>Sykepleie ved diabetesbehandling</i> .....	6
2.2	PASIENTGRUPPEN UNGDOM .....	7
2.3	MESTRING .....	7
2.3.1	<i>Mestringsstrategi</i> .....	7
2.3.2	<i>Mestringsstøtte</i> .....	9
2.4	BENNER OG WRUBELS OMSORGSTEORI .....	9
<b>3</b>	<b>METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	11
3.2	SØKEPROSSEN OG INKLUDERTE ARTIKLER .....	11
3.2.1	<i>Google Scholar</i> .....	12
3.2.2	<i>Cinahl</i> .....	13
3.2.3	<i>Elsevier</i> .....	14
3.2.4	<i>SveMed+</i> .....	15
3.2.5	<i>Oria og annen litteratur</i> .....	15
3.3	KILDEKRITIKK .....	16
3.4	ETISKE OVERVEIELSER .....	17
<b>4</b>	<b>FUNN</b> .....	<b>18</b>
4.1	ARTIKKEL EN .....	18
4.2	ARTIKKEL TO .....	19
4.3	ARTIKKEL TRE .....	20
4.4	ARTIKKEL FIRE .....	20
4.5	ARTIKKEL FEM .....	21
4.6	ARTIKKEL SEKS.....	22
<b>5</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>23</b>
5.1	UNGDOMS OPPLEVELSE AV DIABETES TYPE 1 .....	23
5.2	MESTRING AV DIABETES TYPE 1 .....	25
5.3	SYKEPLEIERS ROLLE VED Å HJELPE UNGDOM MED Å MESTRE EGEN SYKDOM .....	28
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>33</b>
	<b>KILDER:</b> .....	<b>34</b>

## 1. Innledning

I 2018 var det 409 mennesker under 18år som fikk diabetes type 1 (DT1) i Norge, av disse var 360 under 15år (Torild Skrivarhaug, 2019). DT1 er en kronisk autoimmun sykdom man har livet ut (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 389). Det vil si at når ungdommen har blitt 40år, vil han/hun ha hatt DT1 i over halve livet sitt. Det vil også si at dersom ungdommen bruker insulinpinner og måler blodsukkeret sitt hver dag, vil han/hun ha stukket seg over 100.000 ganger i løpet av livet (Krogvold & Dahl-Jørgensen, 2018).

I ungdomsårene er det mye som skjer i kroppen. Følelser, forelskelse, pubertet, frykten for å ikke passe inn og alt annet en ungdom skal igjennom de neste årene før han/hun er voksen (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Det å få en diagnose i ungdomstiden som man skal ha livet ut og aldri blir frisk av, er for de fleste veldig vanskelig. Mestring av egen sykdom er derfor en viktig del for å kunne leve et godt liv med diabetes (Christophersen, 2018). Det er derfor viktig at sykepleiere vet hva DT1 er, og hvilke metoder de kan ta i bruk for å hjelpe ungdom som sliter med å mestre egen sykdom. Funksjonen til sykepleiere vil være å støtte pasientens egenomsorg i diabetesbehandlingen, i tillegg spiller sykepleie en sentral rolle i styrke pasientens ressurser til mestring (Mosand & Stubberud, 2017).

### 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I 2008 ble jeg selv diagnostisert med DT1, og jeg husker det som det skulle vært i går. Det var mange tanker slik som «hvordan kommer livet til å bli nå?», «hvordan kommer andre til å tenke om meg» og «hvilken betydning har dette for livet mitt?»

Noe av det jeg husker aller best er betydning av dyktige sykepleiere i denne perioden av livet, og hvor viktig de enda er for meg selv etter 12 år med DT1. Uten disse sykepleierne hadde jeg ikke hatt det synet jeg har i dag på sykdommen min. Det er på grunn av god hjelp og støtte fra sykepleierne at jeg i dag kan si det er meg og diabetesen, ikke diabetesen og jeg. Jeg har i løpet av de siste 12 årene, utviklet meg ett nettverk, der jeg har blitt kjent med mange som har slitt med å mestre sin diabetes, og sett hvilke konsekvenser dette kan få for personen selv, familien og venner. På bakgrunn av dette ønsket jeg finne ut hva man som

sykepleier kan gjøre for at ungdom skal kunne leve et godt liv med DT1, og hvordan sykepleier kan hjelpe ungdom med å mestre egen sykdom på en god og effektiv måte.

## 1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere hjelpe ungdom med diabetes type 1 med å mestre egen sykdom?»

## 1.3 Avgrensing av problemstilling

Denne oppgaven omhandler ungdom med DT1 i alderen 10 – 15 år som sliter med å mestre egen sykdom, og hvordan man som sykepleier kan hjelpe dem med å mestre egen sykdom. På grunn av oppgavens omfang vil det ikke bli gått i dybden på diagnose eller behandlingsmetoder, og det vil heller ikke fokuseres på senskader og eventuelle psykiske lidelser som følge av DT1. Jeg velger heller ikke å gå i dybden på hvordan man behandler diabetisk ketoacidose, fasen der pasienten enda har litt egenproduksjon av insulin også kalt «honeymoon-fasen» (Løvås & Husebye, 2017, s. 53), eller hvordan insulin og sukker transporteres i kroppen. Støtte fra familie og venner er også en viktig del av ungdommens mestring av egen sykdom, men jeg vil likevel ikke gå i dybden på hvordan sykepleiere kan inkludere familie og venner.

## 1.4 Definisjon av begreper

*Diabetes type 1* – karakteriseres av autoimmun destruksjon av de insulinproduserende betacellene i pankreas som igjen fører til insulinmangel (Helsedirektoratet, 2019, s. 6).

*Mestring* - Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse definerer mestring på denne måten: «mestring handler om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet, som bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, problemløsning og forbedret livssituasjon» (Olsson, 2018).

*Ungdom* – «Ungdom er livsfasen mellom barndom og voksenliv» (Tønnesson & Svartdal, 2019).

### 1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven startet med en introduksjon av temaet, bakgrunn for valg av problemstillingen og definisjon av sentrale begreper. Videre i oppgaven vil det bli presentert relevant teori, forskning og egne erfaringer som er med på å belyse problemstillingen. I kapittel to blir teori om hva DT1 er, hvordan man blir diagnostisert, behandlingen og sykepleiers rolle ved behandling av DT1 bli presentert. Deretter blir det redegjort for pasientgruppen ungdom, Lazarus og Folkman sin mestringsstrategi, mestringsstøtte for så å avslutte med Benner og Wrubel sin omsorgsteori.

I kapittel tre blir metode, søkeprosessen, kildekritikk og etiske overveielser presentert, før den valgte forskningen presenteres i kapittel fire. Kapittel fem tar for seg drøftingen, før kapittel seks konkluderer om jeg har funnet et svar på min problemstilling og tanker rundt drøftingen.

## 2. Teori

Oppgavens teoridel er delt inn i tre deler. I den første delen tar jeg for meg diagnosen DT1 og behandlingen knyttet til sykdommen. I den andre delen tar jeg for meg ungdom som pasientgruppe, og hva sykepleier må tenke på i møte med ungdom. Til slutt tar jeg for meg mestring. Her blir mestringsteorien til Lazarus og Folkman beskrevet, begrepet mestringstøtte blir definert og forklart, før jeg til slutt gjør rede for omsorgsteorien til Benner og Wrubel.

### 2.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk autoimmun sykdom som skyldes ødeleggelse av betacellene i pankreas. Betacellene sin oppgave er å produsere hormonet insulin. Insulinets oppgave er å senke blodglukosen i kroppen (Vaaler, 2019). Sykdommen debuterer først når 90% av betacellene er ødelagt (Løvås & Husebye, 2017, s. 52).

#### 2.1.1 Diagnostisering av diabetes type 1

Det finnes visse kriterier for at man kan diagnostisere et menneske med DT1. Man må ha HbA1c over 6,5% og blodglukose over 11.5 (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 389). Løvås og Husebye forklarer HbA1c på denne måten: «HbA1c angir prosentvis glykering av hemoglobinmolekylet, og reflekterer det gjennomsnittlige glukosenivået gjennom erytrocyttens levetid, i første rekke de siste 6-8 ukene» (Løvås & Husebye, 2017, s. 49).

De første symptomene på DT1 er vekttap, tørste, slapp- og tretthet og polyuri som er økt urinlating. Dette er alle symptomer som vil utvikle seg raskt ved sykdomsdebut. Går man i en lenger periode uten å oppdage sykdommen, vil insulinmangelen føre til at personen med DT1 ikke lenger vil klare å ta opp karbohydratene i kroppen, noe som igjen vil føre til mindre energi i muskel- og fettceller (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 390).

Hos barn og unge vil man kunne oppdage sykdommen ved en diabetisk ketoacidose. Dette skjer ved at kroppen omdanner fettsyrer til ketoner og ketonsyrer, som gjør at blodet blir



surt. Diabetisk ketoacidose er en livstruende tilstand som er svært viktig å oppdage tidlig (Løvås & Husebye, 2017, s. 67).

### 2.1.2 Behandling

DT1 behandles med insulin, enten i form av insulinpenn eller insulinpumpe ved subkutan injeksjon og blodsuktermåling (Helsedirektoratet, 2018). Det er flere faktorer som påvirker blodsukkeret, hvor noen av disse er fysisk aktivitet, stress, hormoner, følelser og inntak av mat (*karbohydrater spesielt*) (Diabetesforbundet, 2018).

Helsedirektoratet gjør rede for behandlingsmålet til personer med DT1 i Norge på denne måten: «For de fleste pasienter bør behandlingsmålet for HbA1c være omkring 53 mmol/mol (7 %) når det kan oppnås med god livskvalitet og uten uakseptable hypoglykemiske episoder» (Helsedirektoratet, 2019, s. 117). Bakgrunnen for behandlingsmålet er at ved å ha en HbA1c på rundt 7% vil man redusere risikoen for mikrovaskulære senskader betydelig. For å nå behandlingsmålet vil det kreve at personer med DT1 måler blodsukkeret kontinuerlig i løpet av en dag, og at han/hun setter riktig dose insulin. Dette kan være en belastende oppgave for ungdommer som har mye annet å tenke på i løpet av en dag (Helsedirektoratet, 2019).

Diabetesforbundet mener at «opplæring og kunnskap om egen sykdom er en forutsetning for god egenomsorg» (Diabetesforbundet, 2015). Derfor er det viktig at man som sykepleier gir pasienten en individualisert behandling som kan tilpasses pasientens livssituasjon (Ørn & Bach-Gansmo, 2016).

Det finnes flere ulike medisinske hjelpemidler som kan gjøre hverdagen for ungdom med DT1 litt lettere. Insulinpumpe med og uten slange, CGM (*kontinuerlig glukose-måler*) hvor noen utløser alarmer hvis man har høye/lave blodsukkerverdier, og andre kan man bare scanne når man ønsker å se verdiene sine. Det finnes også ulike måleapparat, insulinpenn og insulintyper (Krogvold & Dahl-Jørgensen, 2018).

Personer med DT1 blir fulgt opp av et «diabetesteam». Et diabetesteam er en tverrfaglig gruppe som bør bestå av en overlege med spesialkompetanse innen diabetes, en diabetessykepleier og klinisk ernæringsfysiolog. I flere diabetesteam har man også en psykolog og et tett samarbeid med fotpleier. Oppgavene til diabetesteamet er å følge opp pasienten gjennom behandling og opplæring. De har også ansvar for å lære opp annet helsepersonell og samarbeide med primærhelsetjenesten når det gjelder den enkelte pasienten (Helsedirektoratet, 2016).

### 2.1.3 Sykepleie ved diabetesbehandling

Sykepleiere har som ansvar å holde seg oppdatert på ny kunnskap om diabetes, behandlingsregimer, legemidler og hjelpeutstyr. Dette kan være utfordrende når det hele tiden kommer mye nytt på markedet (Mosand & Stubberud, 2017, s. 51).

Når en ungdom får DT1 er det mye som skjer, og sykepleier må styrke pasientens egne ressurser ved mestring. Dette gjøres ved å gi informasjon om egen sykdom, kosthold, praktiske opplæring av administrering av insulin og blodsuktermåling. Når ungdommen har fått den opplæring han/hun trenger, er det viktig at sykepleier støtter egenomsorgen ved DT1. Sykepleiere må gi støtte og veiledning i hvordan dette kan gjøres i hverdagen. En av utfordringene ved sykepleie til personer med DT1 er at behandlingen må være tilpasset hver enkelt person, altså individualisert sykepleie. Sykepleien må tilrettelegges den enkelte, og det som kan være viktig for én person er nødvendigvis ikke viktig for en annen. En måte sykepleier kan tilrettelegge for individualisert sykepleie, er gjennom samtaler med pasienten. På denne måten kan sykepleier hente informasjon om den enkeltes kulturbakgrunn, livssituasjon, utdanning, tidligere diabeteserfaring og funksjonsnivå (Mosand & Stubberud, 2017, s. 52). Mosand og Stubberud definerer sykepleiers funksjon ved diabetes på denne måten:

Ved nyoppdaget diabetes har sykepleieren en viktig undervisende og veiledende funksjon for å fremme pasientens mestring av sykdommen. Ved akutt og kritisk sykdom har sykepleieren en behandlende og forebyggende funksjon ved å kompensere helt eller delvis for pasientens egenomsorg i reguleringen av blodglukosen. (Mosand & Stubberud, 2017, s. 62)

## 2.2 Pasientgruppen ungdom

Helhetlig sykepleie til barn og ungdom er komplekst. Når en ungdom har en kronisk sykdom, vil dette berøre hele familien og ungdommens sosiale verden. Som sykepleier er det en rekke ulike faktorer man må ta i betraktning når man skal utøve helhetlig sykepleie til ungdom i alderen 10-15år (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). De befinner seg i en identitetsutvikling og er sterkt bevisst på egen kropp, kroppsbilde og kroppsfunksjon. Dette kan føre til at de er redde for å være utenfor, eller henge etter i sosiale sammenhenger, eller på skolen. Ungdommer kan i flere tilfeller stille for store krav til seg selv som kan føre til at de føler seg mislykket. Det er derfor viktig at ungdommen blir møtt med aksept, støtte og hjelp med å mestre egen sykdom (Eide & Eide, 2017, s. 303). Sykepleier bør hevende seg direkte til ungdommen, være lyttende, oppmuntre på en vennlig måte og bruke ungdommens egne ressurser. Man må involvere ungdommen i beslutninger og valg av behandlingsstrategier (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69).

## 2.3 Mestring

### 2.3.1 Mestringsstrategi

Psykologene Lazarus og Folkman sin teori bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av stress og mestring. De mener at pasientens reaksjoner alltid er forståelig med pasientens kognitive vurdering av situasjonen (Kristoffersen, 2016a, s. 249).

Enhver situasjon vil bli kognitivt vurdert gjennom en primærvurdering. Under primærvurderingen vil man kunne oppleve situasjonen som positiv, nøytral eller belastende. Det er først når en situasjon er belastende at man kan vurdere det som psykologisk stress. En belastende situasjon vil man kunne oppfatte som et tap, en trussel eller en utfordring. Trussel kan deles inn i høy, moderat og lav (Kristoffersen, 2016a, s. 253).

Etter *primærvurderingen* kommer *sekundærvurderingen*, denne skjer nesten på samme tid som *primærvurderingen*. Her vurderer man muligheten til å håndtere situasjonen. Man vurderer tidligere situasjoner, finner ut om man har nok kunnskap, og de nødvendige

ferdighetene for å mestre situasjonen. «Dersom sekundærvurderingen fører til at personen erkjenner at han faktisk har mulighet til å mestre situasjonen vil det skje en *revurdering*» (Kristoffersen, 2016a, s. 253). Ved en revurdering vil man på nytt vurdere situasjonen på bakgrunn av ny informasjon fra personen selv eller omgivelsene. På denne måten kan en situasjon som tidligere var en trussel bli til en utfordrende situasjon (Kristoffersen, 2016a).

Det finnes ulike faktorer som påvirker primær- og sekundærvurderingen til en person. Disse er personens tro og livssyn, kultur, fantasi, behov og verdier, tidligere erfaring, kunnskap og ferdigheter (Kristoffersen, 2016a, s. 250). I oppgavens drøfting vil det bli fokusert på de tre sistnevnte. Tidligere erfaringer vil legge mye av grunnlaget for hvordan man avgjør om situasjonen er en trussel eller ikke. Til slutt vil manglende kunnskap og ferdigheter oppleves som truende, fordi det vil kunne føre til økt stress og sannsynligvis en unnvikende mestringsstrategi (Kristoffersen, 2016a).

Ved å ta utgangspunkt i Lazarus og Folkman sin teori om mestring vil et menneske kunne velge mellom én av to mestringsstrategier når en situasjon er vurdert som en utfordring. Disse mestringsstrategiene er *problemorientert mestring* og *emosjonell orientert mestring* (Lazarus & Folkman, 1984, s. 153). Ved *problemorientert mestring* forholder personen seg aktivt og direkte til den gjeldene situasjonen. Dette kan gjøres ved f.eks. å finne ut mer informasjon om situasjonen man befinner seg i. Strategien velges som regel av personer som mener de har gode forutsetninger for å mestre situasjonen. Den skal hjelpe med å løse eller håndtere stress-skapende reaksjoner eller ved å øke personens handlingsmuligheter. Innenfor denne mestringsstrategien innebærer også følelsesmessig bearbeiding av situasjoner som ikke kan forandres. Ved *emosjonell orientert mestring* ønsker man å endre opplevelsen av situasjonen, i stedet for å endre på selve situasjonen. Dette kan skje på flere måter ved å benekte, late som at stressoren ikke finnes, bortforklaring, bagatellisere eller holde følelsene knyttet til situasjonen på avstand. Emosjonell orientert mestring er derfor en helt nødvendig mestringsstrategi dersom situasjonen ikke kan endres (Kristoffersen, 2016a, s. 249).

### 2.3.2 Mestringsstøtte

Mestringsstøtte er støtte og bistand som ytes av helsepersonell til personer med kroniske lidelser. Dette er for å styrke forståelsen av egen sykdom, til å ta informerte valg og fremme helsen deres i dagliglivet. Begrepet er med på vise det vide spekteret av utfordringer man kan møte på når man lever med en kronisk sykdom (Kristoffersen, 2016b, s. 355).

I begrepet mestringsstøtte inngår sykepleiers viktighet ved mestrings hos pasienter. Som sykepleier skal man bistå pasienten med å komme frem til og ta gode beslutninger for sitt eget liv og sykdom. En kronisk syk pasient har behov for instrumentell støtte som er oppgaver og gjøremål knyttet til behandling, medisiner og håndtering av symptomer. Psykososial støtte som omhandler hjelp til å bruke tilgjengelige ressurser fra helsetjenesten, det sosiale nettverket pasienten innehar og til slutt den relasjonelle støtten, er svært viktig fra helsepersonell sin side og er utgangspunktet for all annen støtte (Kristoffersen, 2016b, s. 356).

### 2.4 Benner og Wrubels omsorgsteori

Patricia Benner og Judith Wrubel sin sykepleierteori bygger i stor grad på teorien til Lazarus og Folkman. De benytter seg av begrepene *omsorg, person, situasjon, kontekst, stress, mestrings, sykdom, symptomer, livsløp, helse og helsefremming* (Kirkevold, 1998, s. 199). Omsorg er det primære i alt menneskelig liv og defineres som en måte å forholde seg til verden på. De mener at omsorg er mer enn bare å bry seg om noe, det er alt som er meningsfullt og betydningsfullt for personen. Det er først når mennesket opplever at det som er betydningsfullt, står i risiko eller fare, at man opplever stress (Kirkevold, 1998, s. 200).

Hvis det skjer forandringer hos en person ved f.eks. kronisk sykdom vil dette true verden personen befinner seg i. Dette vil utløse *stress*, som Benner og Wrubel beskriver på denne måten: «Stress er opplevelsen av brudd i meningen, forståelse og situasjon. Mestrings er det man gjør med dette bruddet» (Benner & Wrubel, 1989, s. 62).

Stress er noe alle personer vil kunne oppleve når man er i situasjoner, og man opplever at sin egen kunnskap og forståelse ikke strekker til. Benner og Wrubel setter også fokus på det

at man ikke kan mestre på en «god» eller «dårlig» måte, men man må vurdere mestring ut i fra personens egen forståelse, vurderinger og muligheter (Kirkevold, 1998, s. 203).

## 3 Metode

Oppgavens metodekapittel tar for seg søkeprosessen og inkluderte artikler før det til slutt blir gjort rede for kildekritikken og etiske overveielser som er gjort i forhold til denne oppgaven. Dalland beskriver metode på følgende måte; «Metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår» (Dalland, 2017, s. 207).

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Det vil si at jeg henter data fra eksisterende forskning, litteratur og teori. (Dalland, 2017, s. 207)

### 3.2 Søkeprosessen og inkluderte artikler

Jeg har valgt å benytte meg av databasene: Google Scholar, Cinahl, Elsevier, SveMed+ og Oria. Forskningsartiklene jeg har valgt å inkludere vil bli presentert i kapittel 4. Innledningsvis søkte jeg i PubMed med samme søkeord som i Cinhal uten å få noen gode resultater.

Jeg startet å søke på nurses perspective og nurse kombinert med diabetes type 1, children og acceptance i alle databasene uten hell. Derfor har jeg valgt å ikke søke videre med nurses perspective og nurse.

For å kunne avgjøre om resultatet av søkene var relevante valgte jeg først å lese overskrifter. Hvis overskriftene var interessante valgte jeg å lese abstraktet, hvis abstraktet var relevant valgte jeg å lese artikkelen.

For å kunne vurdere om artikkelen var relevant valgte jeg å benytte meg av følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

### Inklusjonskriterier:

- Artikler etter 2010
- Artikler som omhandlet barn over 5 år og ungdom opp til 20 år
- Nordisk eller engelskspråklig
- IMRaD-struktur

### Eksklusjonskriterier:

- Diabetes type 2
- Barn under 5 år og personer over 20 år
- Artikler eldre enn ti år
- Forhold som ikke er sammenlignbare med norsk medisinsk diabetesbehandling

#### 3.2.1 Google Scholar:

Jeg startet med å gjøre søk i Google Scholar som et utgangspunkt for videre søk i andre databaser.

Dato for søk:	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
09.01.20	1	Nyoppdaget type 1 diabetes hos barn og unge	205	10	1	1

Artikkelen jeg har valgt å ta med etter søket er: *Insulinpumpe ved behandling av diabetes hos barn og unge (Frøisland, Solevåg & Markestad, 2009)*. Artikkelen handler om bruk av insulinpumpe og hvordan pasientene føler dette er med på å styrke egen livskvalitet og senke HbA1c. Dette er relevant for problemstillingen, fordi insulinpumpe kan være et godt hjelpemiddel for å akseptere egen sykdom og gjøre hverdagen lettere for ungdommen.



Under dette søket fikk jeg også opp Barnediabetesregisteret. Jeg har valgt å lese årsrapporten fra 2018. Det var i denne årsrapporten jeg fant ut hvilken aldersgruppe problemstillingen min skulle avgrenses til. De fleste som får DT1 (83.5%) får det før de er fylt 15år. (Torild Skrivarhaug, 2019)

### 3.2.2 Cinahl

Innledningsvis i søkeprosessen prøvde jeg å søke på ord som: Teenagers (6163 treff) og nurses role (24 885 treff) for så å kombinere dem med andre søkeord som: Diabetes type 1 og chronic illness. Jeg fant fort ut at dette ikke ga gode resultater. Flere av resultatene jeg fant var heller ikke tilgjengelig i fulltekst, noe som gjorde at jeg endte opp med søkeordene og kombinasjonene man ser i tabellen nedenfor:

Dato for søk:	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
10.01.20	1	Type 1 diabetes	56 416			
	2	Children	639 954			
	3	S1 AND S2	5882	4	0	
	4	Newly diagnosed	12 497			
	5	S3 AND S4	281	2	0	
	6	Sense of achivement	117			
	7	Acceptance	21 549			
	8	S3 AND S6 AND S7	49	14	3	1
	9	Diabetes type 1	18 245	12	2	
	10	S9 AND S2	652 317	4		
14.10.20	11	DT1 AND children AND acceptance	40	7	1	0
29.01.20	12	Coping	51 512			
	13	S2 AND S9 AND S12	169	6	2	1

Etter søk 8 valgte jeg artikkelen *Teenagers with type 1 diabetes—a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management* (Karlsson, Arman & Wikblad, 2008). Artikkelen handler om ungdommer, diabetesmestring og samspillet med foreldre i denne fasen av livet. Den er relevant for min problemstilling fordi den forteller noe om hva ungdom forbinder med et godt liv med sin diabetes.

Den andre artikkelen som ble valgt er *Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence. How do young people develop a healthy understanding of diabetes?* (Robinson, 2015). Denne artikkelen handler om hvilke følelser tenåringer føler på når det får diagnosen, og viktigheten av dyktig helsepersonell i denne fasen av livet, og som er svært relevant for min problemstilling.

### 3.2.3 Elsevier:

Etter jeg leste artikkelen til Karlsson, Arman og Wikblad fra søket i Cinahl valgte jeg å søke videre i Elsevier med søkeordene:

Dato for søk:	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
16.01.20	1	DT1 AND children AND acceptance.	10 551	7	1	1
	2	Newly diagnosed type 1 diabetes AND children AND acceptance	1893	8	1	0

Artikkelen jeg har valgt å ta med etter søk 1 er *Living with type 1 diabetes mellitus: How does the condition affect children's and adolescents' quality of life?* (Khemakhem et al., 2020).

Denne artikkelen ble valgt fordi den ser på livskvaliteten til tenåringer, og hva som påvirker livskvaliteten deres. Den tar også for seg foresattes oppfatning av tenåringens livskvalitet, og sammenligner denne med tenåringenes egen oppfatning.

### 3.2.4 SveMed+

Dato for søk:	Søkenr.	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
23.01.20	1	DT1	749			
	2	Barn	13 232			
	3	Mestring	1989	1	1	0
	4	S1 AND S2 AND S3	7	2	1	0
	5	S1 AND S2	193	7	1	1

Artikkelen jeg har valgt å ta med etter søk 5 er *How chronic disease affects children's views on being ill and healthy (Lima, Silva & Lemos, 2017)*. Denne artikkelen ble valgt, fordi den ser på hvordan kronisk syke barn ser på helse og sykdom i forhold til friske barn sitt syn. Dette er relevant for problemstillingen, fordi den kan hjelpe med å se på hvordan syke barn tenker om det å være syk.

### 3.2.5 Oria og annen litteratur

Jeg søkte på *diabetes type 1* og fant frem til bøkene om diabetes. Der fant jeg boken *Mestring av livet med diabetes: Type 1* (Christophersen & Hanssen, 2018) og *Diabetespsykologi – samspillet mellom kropp og sinn* (Haug, 2017). Disse to bøkene har latt meg få ett brede innsyn i livet med DT1. Jeg har også benyttet meg av boken *Endokrinologi* (Løvås & Husebye, 2017), for å se på fakta rundt DT1.

Jeg har benyttet meg av bøker som omhandler helsepsykologi, *Håndbok i klinisk helsepsykologi – for deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade* (Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2019).

Bøkene fra nåværende og tidligere pensum som jeg har valgt å benytte meg av er *Sykdom og behandling 37°C* kapittel 18 som omhandler Diabetes Mellitus (Ørn & Bach-Gansmo, 2016).

*Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* kapittel 25 Stress og mestring samt kapittel 27 Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon (Kristoffersen, 2016a, 2016b). *Klinisk sykepleie* kapittel 17 Sykepleie ved diabetes mellitus (Mosand & Stubberud, 2017) er også benyttet.

For å få en bedre forståelse av det å skrive en bacheloroppgave har jeg brukt boka til Dalland *Metode og oppgaveskriving*, og boken til Thidemann *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (Dalland, 2017; Thidemann, 2015).

### 3.3 Kildekritikk

Dalland beskriver kildekritikk som det å vurdere og karakterisere kildene man har funnet (Dalland, 2017, s. 158).

Når jeg valgte litteratur hadde jeg flere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Ett av kriteriene var at forskningsartiklen ikke skulle være eldre enn 10 år. Under søkene kom jeg frem til to studier som var eldre enn 10 år. Studien til Karlsson et al., (2008) og Frøisland et al., (2009). Begge artiklene belyser min problemstilling ved å se på hvilke hjelpemidler man kan benytte seg av for å hjelpe ungdom med å mestre egen sykdom, og hva som skal legges til rette for å mestre egen sykdom. Skillet mellom 2008 og 2010 er ikke så stor når det kommer til medisinsk diabetes behandling at artiklene mister relevans for min problemstilling.

I søkeperioden har jeg gjort søk for å finne forskning som omhandler mestring av DT1 sett fra sykepleiers perspektiv. Dette har vært vanskelig, og jeg har ikke funnet forskningsartikler som alene omhandler sykepleiers perspektiv på mestring av DT1 hos ungdom. Forskingen jeg har funnet, anbefaler derimot i flere tilfeller hva sykepleier bør gjøre for å hjelpe ungdom med å mestre egen sykdom (Karlsson et al., 2008; Robinson, 2015).

fem av seks artikler er skrevet på engelsk. Engelsk er ikke mitt morsmål. Dette kan gi rom for mistolkning av ord og deler av artiklene når jeg har oversatt dem. For å begrense dette har

jeg vært i kontakt med to bekjente som har engelsk som sitt morsmål. Disse har hjulpet meg med tolkning hvis noe har vært uklart.

Jeg har ønsket å benytte meg mest mulig av primærlitteratur i denne oppgaven. Dette er fordi jeg da eliminerer mulige feiltolkninger og kritisk blikk fra andre på en originalartikkel. Thidemann forklarer forskjellen på primær og sekundærkilder på følgende måte; «Primærlitteratur er artikler skrevet om enkeltstudier (primærstudier), mens sekundærlitteratur er skrevet på grunnlag av primærlitteraturen» (Thidemann, 2015, s. 71).

For å kunne forsikre meg om at artiklene jeg har valgt er forskningsartikler har jeg benyttet meg av IMRaD-strukturen i utvelgelsen. Alle de valgte artiklene har denne strukturen. Jeg har også valgt å benytte meg av NSD.no (*Norsk senter for forskningsdata*), for å forsikre meg om at alle forskningsartiklene er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter (Dalland, 2017, s. 154).

Artiklene kommer fra Nederland, England, Portugal, Norge, Tunisia og Sverige. Alle disse landene har en medisinsk diabetesbehandling som er sammenlignbar med Norge.

Annen litteratur er hentet fra tidligere og nåværende pensumliste, samt litteratursøk i Oria hvor bøkene er lånt av biblioteket. Søkene har inneholdt ord som mestring, coping, pediatri, ungdom, sykepleie til ungdom og diabetes type 1.

### 3.4 Ethiske overveielser

I denne oppgaven følger jeg retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning- og masternivå – APA til VID. Jeg benytter meg av rett måte å sitere og referere til kildene på, og gjør nødvendig søk i Kildekompasset.no for å forsikre meg om dette.

Jeg velger også å anonymisere personer og hendelser som vil bli brukt som eksempler i drøftingen.

## 4 Funn

Videre vil jeg presentere forskningsartiklene jeg har valgt å benytte meg av i denne oppgaven. Dette gjør jeg ved å presentere hensikt, metode og funn i forskningen. Hver enkelt forskningsartikkel vil bli presentert på denne måten.

### 4.1 Artikkelen

Agneta Karlsson, Maria Arman, Karin Wikblad, 2008 - *Teenagers with type 1 diabetes— a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management*

Hensikt: (å) belyse pasienters erfaringer blant tenåringer med type 1 diabetes, med fokus på overgangen av egen diabetesmestring og håndtering av egen sykdom.

Metode: Kvalitativ fenomenologisk studie, hvor dataen er samlet inn gjennom intervjuer. Informantene ble spurt om de kunne fortelle om hvilke erfaringer de hadde med å leve med diabetes, hvilken rolle venner og foreldre hadde i diabeteshåndteringen mm. (Karlsson et al., 2008, s. 564)

Funn: Studien viser til at tenåringer har ulike ideer om hvordan man skal oppnå autonomi og diabetesmestring. Noen av tenåringene var klare til å ta fullt ansvar for egen sykdom, mens andre var for usikre og umodne til å ta fullt ansvar på egenhånd.

Flere av tenåringene sa at de ikke kunne like mye om egen sykdom som foreldrene sine, og at dette var grunnen til at de ikke tok eierskap til egen sykdom og behandling. Det ble sagt at legen, på diagnosetidspunktet, var mer opptatt av å snakke med foreldrene enn tenåringen selv. Videre viser studien at motivasjonen til å håndtere egen sykdom økte ved vellykket diabetesbehandling. Tenåringene ga også uttrykk for at de følte deg friske og trygge når blodsukkeret var stabilt og innenfor referanseverdier. På den andre siden uttrykket de følelser som håpløshet når blodsukkeret var vanskelig å kontrollere.

Når tenåringene fikk støtte, veiledning og muligheten til å feile av foreldrene og diabetesteamet, var det lettere for dem å ta kontroll over egen sykdom.

## 4.2 Artikkel to

Khemakhem, R., Dridi, Y., Hamza, M., Ben Hamouda, A., Khlayfia, Z., Ouerda, H., Maherzi, A., 2020 - *Living with type 1 diabetes mellitus: How does the condition affect children's and adolescents' quality of life?*

Hensikt: (å) vurdere livskvalitet (QoL) blant barn og tenåringer med DT1 og sammenligne det med livskvaliteten som pårørende oppfattet. Det blir sett på forholdet mellom disse faktorene; metabolsk kontroll og hvor lenge barna og tenåringene har hatt diagnosen.

Metode: Det er en kvalitativ studie, hvor dataen er samlet inn gjennom intervju. Det ble stilt spørsmål om metabolsk kontroll og sykdomsrelaterte spørsmål. Spørsmålene handlet om behandlingsbarrierer, etterlevelse av behandlingen, bekymringer og kommunikasjonsproblemer. De pårørende fikk andre spørsmål om omhandlet emosjonell-, sosial- og skolefunksjonen til barnet/tenåringen.

Funn: Studien viser at de fleste deltagerne i studien hadde en dårlig kontrollert diabetes med HbA1c mean på 9.25% hvor flertallet administrerte insulinet selv.

Det kommer frem at jenter har flere utfordringer enn gutter når det kommer til diabetesbehandlingen. Jenter scorer dårligere enn gutter på alle aspekter når man ser på QoL, og forskeren mener dette er fordi jenter er mer sårbare enn gutter. Deltagerne forteller også om utfordringene knyttet til å bli diagnostisert med DT1, og hvordan de må tilpasse seg sitt nye liv med redusert helse. På den andre siden viser resultatene fra foreldrene sin undersøkelse at de beskriver at barnet/tenåringen har en mye lavere QoL enn hva barnet/tenåringen selv opplever. Det blir sett på hvordan den konstante kontrollen man må ha med DT1 påvirker livskvaliteten, og at det er hardt for barnet/tenåringen å aldri få en pause fra sykdommen. Barna/tenåringene forteller at de er redd for å bli holdt utenfor, å ikke bli akseptert og skam rundt egen sykdom. Sykepleierens rolle blir diskutert i form av viktigheten av å være oppmerksom på faktorene som kan påvirke barnets/tenåringenes livskvalitet.

#### 4.3 Artikkel tre

Dag Helge Frøisland, Anne Lee Solevåg, Trond Markestad, 2009 – *Insulinpumpe ved behandling av diabetes hos barn og unge*

Hensikt: (å) undersøke om endringer i behandlingsstrategiene de siste ti årene, særlig med økende bruk av insulinpumpe, har ført til endringer i metabolsk kontroll og forekomst av komplikasjoner.

Metode: Dette er en kvantitativ retrospektiv studie hvor man har gått igjennom pasientjournaler fra sykehuset i innlandet (*Lillehammer*) og resultater fra en benchmarkingsstudie som er standardisert fra nasjonalt oppfølgingsprogram for barn og unge med DT1.

Funn: Studien viser at i perioden fra 2000-2004 økte andelen av dem som brukte insulinpumpe fra 17% til 76%, og at det kun var en pasient som valgte å gå tilbake til insulinpenn. Ved å benytte seg av insulinpumpe så man en tydelig nedgang av HbA1c og at insulinmengden per kg og døgn hadde blitt lavere i denne perioden.  $\frac{3}{4}$  av alle deltagerne i studien valgte insulinpumpe og kun én person valgte å gå over til insulinpenn.

#### 4.4 Artikkel fire

Lígia Lima, Vanessa Silva, Marina S. Lemos, 2017 – *How chronic disease affects children's view on being ill and healthy*

Hensikt: (å) forstå hvordan erfaring med kronisk sykdom påvirker oppfatningen av helse og sykdom, ved å sammenligne svarene til barn med sykdommene kreft, astma og DT1 mot svarene til friske barn.

Metode: Studien er kvalitativ. Lima, Silva og Lemos bruker en metode de kaller «*draw-and-write*». Barna fikk spørsmål om å tegne og skrive hva det betydde å være syk og frisk. Svarene ble delt inn i fem kategorier av fravær og tilstedeværelse, ut i fra definisjonen barna



hadde til det å være syk og frisk: 1 - forebyggende aktiviteter, 2 –helseproblemer og symptomer 3 – kurative aktiviteter, 4 – utførelse av nødvendige og ønsket aktivitet og 5 – positive og negative følelser knyttet til sykdom og helse.

Funn: Funnene i studien viser store forskjeller mellom svarene til de kronisk syke barna og barna som var friske. Barna som var kronisk syke brukte definisjoner knyttet til det emosjonelle aspektet og deres tilstedeværelse av egne symptomer når de skulle definere helse og sykdom. De friske barna fokuserte mer på atferdsdimensjonen når de skulle definere helse og sykdom. Når barna skulle tegne forskjellene på helse og sykdom, tegnet derimot flesteparten at de var innendørs og liggende i en seng.

#### 4.5 Artikkel fem

Emily Robinson, 2015 – *Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence. How do young people develop a healthy understanding of diabetes?*

Hensikt: (å) danne seg en følelse av hvordan det er å bli diagnostisert med DT1 som tenåring og få et dypere innblikk i forholdet mellom tanker om egen sykdommen og de psykologiske tilpasningene man må gjøre

Metode: Dette er en kvalitativ studie hvor Robinson har stilt deltagerne av studien åpne spørsmål om deres erfaringer med diagnosen. Spørsmålene omhandlet deres tanker og følelser rundt tiden de fikk diagnosen, påvirkningen diagnosen hadde for deres daglige liv og om det var noen spesielle hendelser som fikk dem til å føle seg annerledes.

Funn: Studien viser at det er et vidt følelsesspekter hos de unge som får diagnosen og at de fleste følte en form for sorg, frykt og tap av frihet. Når de fikk diagnosen ble de nødt til å tenke på fremtiden og hva den ville bringe, noe som skremte de fleste av deltagerne. Studien tar også for seg viktigheten av helsepersonell og deres rolle når det kommer til hvordan tenåringene taklet egen sykdom. Til slutt tar studien for seg viktigheten av autonomi og hvordan selvbestemmelse er en god ting når det kommer til diabetesbehandlingen hos tenåringer.

#### 4.6 Artikkel seks

Annika van Bussel, AnkeNieuwesteeg, Eef Janssen, Hedwig van Bakel, Bea van den Bergh, NienkeMaas-van Schaaik, Roelof Odink, Kathinka Rijk, Esther Hartman, 2013 – *Goal Disturbance and Coping in Children with Type I Diabetes Mellitus: Relationships with Health-Related Quality of Life and A1C*

Hensikt: (å) få en bedre forståelse av sammenhenger mellom målforstyrrelse og mestringsatferd, HRQoL (*health-related quality of life*) og HbA1c hos barn mellom 8 og 12 år.

Metode: Dette er en kvantitativ studie hvor van Bussel et al har delt ut ett sett med spørreskjemaer som har vurdert generisk og diabetes-spesifikk HRQoL, målforstyrrelse og mestringsatferd til barn både med og uten DT1.

Funn: Funnene i studien viser at barn med DT1 har lavere psykososial HRQoL enn referansegruppen. Studien ser også på sammenhengen mellom HbA1c og livskvaliteten. I studien er gjennomsnittlig HbA1c på 8.1%. Det kommer også frem at målforstyrrelse og lav fysisk HRQoL henger sammen. Til slutt ser man at barn som velger mestringsstrategier som aksept hadde større sannsynlighet for bedre HbA1c, enn barn som hadde unngåelse og ønsketenkning som mestringsstrategier.

## 5 Drøfting

Drøftingen har jeg valgt å dele inn i tre deler for å belyse min *problemstilling* «*hvordan kan sykepleiere hjelpe ungdom med diabetes type 1 med å mestre egen sykdom?*». Først velger jeg å ta for meg ungdommens opplevelse av diagnosen DT1. Deretter tar jeg for meg mestring ved DT1, før jeg til slutt ser på sykepleiers rolle på veien mot å mestre egen sykdom som ungdom.

### 5.1 Ungdoms opplevelse av diabetes type 1

Forskning viser at ungdommen med DT1 ofte kjenner på følelsen av å være annerledes, og redselen for å gå glipp av det friske ungdommer får delta på av aktiviteter (van Bussel et al., 2013; Khemakhem et al., 2020; Robinson, 2015). Som ungdom befinner man seg i en identitetsutvikling og er sterkt bevisst på egen kropp, kroppsbilde og kroppsfunksjon (Eide & Eide, 2017, s. 303). Mine tanker rundt dette er at det å ha DT1 som ungdom gjør at man har flere utfordringer enn ungdommer uten DT1. Ungdommen må huske på å måle blodsukkeret, sette insulin og ungdommen må ta alt dette i betraktning før han/hun f.eks. skal ha gym på skolen. Ungdom med DT1 vil alltid måtte vurdere sine begrensninger på grunn av sykdommen samt at de blir utsatt for mer stress i hverdagen, grunnet behovet for å opprettholde stabile blodsukkerverdier. Dette kan være både slitsomt og gjøre at man føler seg annerledes (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69).

I Robinsons studie forteller flere av ungdommene at de følte de mistet fleksibiliteten og friheten sin når de fikk DT1. En av ungdommene fortalte at han ikke turte å gå på stevnemøter, fordi han var redd for hva jentene ville tenke om han. En annen ungdom i studien fortalte at hun synes det var vanskelig å gjøre det samme vennene gjorde fordi det var vanskelig å være spontan (Robinson, 2015). På den andre siden viser studien til Lima et al. (2017) at flere av ungdommene selv mener de kan leve et «normalt liv», så lenge de bare passer på blodsukkeret sitt og har en sunn livsstil. Jeg tenker at dette kan komme av at mestring ved DT1 er svært individuelt og komplekst. Hver enkelt ungdom har ulike forutsetninger for å mestre sitt liv med DT1. Hvordan ungdommen ønsker å fremstå utad og støtten de får fra venner og familie, spiller en stor rolle i hvor åpne ungdommen ønsker å

være om egen sykdom og hvilken mestringsstrategi ungdommen velger. Blir ungdommen fortalt at diabetesen ikke er med på å definere dem som personer kan det være lettere å akseptere egen sykdom. En annen faktor som kan påvirke ungdommens mestring er selvbilde og selvtillit. Troen ungdommen har på seg selv vil hjelpe dem å mestre utfordringer og følelser knyttet til diagnosen. Dette blir påpekt i studier som forteller at støtten ungdommen får fra foreldre, venner og diabetesteamet er viktig for hvordan ungdommen mestrer egen sykdom (Karlsson et al., 2008; Robinson, 2015). Medisinske hjelpemidler som insulinpumpe og nytt utstyr kan også være med på å styrke motivasjonen hos ungdommen (Frøisland et al., 2009).

Det er trukket store sammenligninger mellom det å ha en godt regulert diabetes og synet på egen sykdom. Godt regulert diabetes blir av diabetesforbundet definert som det å ha en HbA1c på omkring 53 mmol/mol (7 %) (Diabetesforbundet, 2017). Ungdom som er godt regulert uttrykker aksept i forbindelsen med sykdommen. På samme måte viser dårlig regulert ungdom negative følelser forbundet med sykdommen (Khemakhem et al., 2020). Når ungdommen er dårlig regulert, er det flere som skylder på seg selv og at det er deres feil at de ikke får til sykdommen, noe som fører til en skyldfølelse og skam (van Bussel et al., 2013).

Min erfaring når det kommer til opplevelsen av DT1 er at åpenhet rundt sykdommen er svært viktig. Familie og sykepleiere i diabetesteamet som støtter åpenhet rundt sykdommen, spiller en stor rolle i hvor åpen ungdom velger å være. Ved å være åpen kan ungdom oppleve mindre stigma og minimere sjansen for å bli holdt utenfor. Gjennom å fortelle om sin egen sykdom og utfordringer ungdommen kan møte på i hverdagen, vil menneskene rundt lettere kunne forstå og tilrettelegge for et godt liv og en enklere hverdag. Christophersen nevner i sin bok «Mestring av livet med diabetes type 1» at diabetesen ikke må bli en livsløgn. Han mener at om man ikke tør å fortelle dem rundt seg at man har diabetes, har man heller ikke akseptert sykdommen. Han sier også at om menneskene i livet ditt vet om diagnosen, vil hverdagen bli lettere (Christophersen, 2018, s. 31).

## 5.2 Mestring av diabetes type 1

Når man får en kronisk sykdom som DT1 vil flere kunne oppleve dette som en trussel av behov og verdier, fordi diagnosen vil påvirke livet i den grad at det vil gjøre det vanskeligere å leve slik som før. Dette stemmer overens med teorien til Lazarus og Folkman som mener at alle belastende situasjoner kan oppfattes som et tap, en trussel eller en utfordring (Kristoffersen, 2016a, s. 253).

Som nevnt tidligere har ungdommens syn på egen sykdom stor betydning for hvor godt regulert de er. Mye av det som utgjør synet på egen sykdom er valg av mestringsstrategi. Dette beskriver både Lazarus og Folkman samt forskningen til Van Bussel og hennes kollegaer (Kristoffersen, 2016a; van Bussel et al., 2013). Jeg tenker at årsaken til dette kan være at ved å akseptere egen sykdom og velge problemorientert mestring, forholder ungdommen seg aktiv til egen diagnose og livet med DT1. Når ungdommen forholder seg aktivt til egen sykdom, tenker jeg at ungdom lettere vil huske på å måle blodsukkeret og sette insulin. Dette er to faktorer som er helt vesentlig for god diabeteskontroll. Derfor er det spesielt viktig at sykepleier hjelper ungdom på veien mot aksept og mestring av egen sykdom.

Ungdom velger sin mestringsstrategi på bakgrunn av hans/hennes primære og sekundære vurdering av situasjonen. Vurderingen vil bli påvirket av behov og verdier ungdommen innehar. Hvis ungdommen lever et aktivt liv uten noen bekymringer og så får diagnosen DT1, vil livet kunne bli snudd på hodet. Ungdommen kan kjenne at han/hun mister friheten og får en del utfordringer som man må ta i betraktning i dagliglivet (Robinson, 2015). Tidligere erfaringer spiller også en stor rolle i valg av mestringsstrategi. Har ungdommen møtt andre mennesker med DT1 tidligere og ser at disse klarer seg bra til tross for sykdommen, vil ungdommen lettere kunne akseptere egen sykdom. Kjenner ungdommen derimot ingen som har DT1, vil man kunne kjenne på følelser som sorg, frykt og tap slik som ungdommene i Robinsons forskning uttrykte (Robinson, 2015). På samme måte som manglende kunnskap og manglende ferdigheter kan gjøre at en situasjon føles truende slik at man velger en unnvikende mestringsstrategi (Kristoffersen, 2016a). Derfor er det viktig at sykepleiere gir

tilstrekkelig informasjon om sykdommen og styrker ungdommen i å utvikle de ferdighetene ungdommen måtte trenge for å mestre egen sykdom.

Ved å velge en unnvikende mestringsstrategi ønsker ungdommen å endre opplevelsen av situasjonen og ikke endre selve situasjonen (Kristoffersen, 2016a, s. 249). Dette kan være problematisk hvis de benekter sykdommen eller later som at sykdommen ikke finnes. Sykdommen vil alltid være der, og ved å late som den ikke finnes vil ungdommen kunne bli alvorlig syk. Dersom ungdommen velger denne formen for mestring, vil det å akseptere egen sykdom bli vanskelig. Aksept er en stor del av å mestre egen sykdom og blir definert som det å godta og godkjenne ("Aksept", u.å.). Ved å akseptere egen sykdom er det lettere å gjøre den til en del av livet sitt. Når sykdommen er en del av livet, vil den naturlig bli en del av livsstilen til ungdommen (Karlsson et al., 2008). Sykepleiere kan ikke velge hvilken mestringsstrategi ungdommen skal benytte seg av, det er opp til ungdommen selv. På den andre siden kan sykepleier veilede ungdommen til å velge en problemorientert mestringsmetode slik at de kan forholde seg aktivt til egen sykdom. Veiledningen kan skje ved at sykepleier forteller ungdommen konsekvensene av å ikke ta ansvar for egen sykdom, og hvilke konsekvenser det kan få ved å ikke akseptere sykdommen.

Som Lazarus og Folkman har gjort rede for i sin teori om mestringsstrategi finnes det to ulike strategier. Den første er emosjonell orientert mestring, her kan man benytte seg av benektelse, late som om sykdommen ikke finnes, bortforklaring, bagatellisering eller å holde følelsene knyttet til sykdommen på avstand. Det er her unnvikende mestringen hører til. Den andre strategien er problemorientert mestring hvor personen velger å forholde seg aktivt og direkte til situasjonen som i denne oppgaven er diabetesen (Kristoffersen, 2016a). Ved problemorientert mestring, velger personen det gjelder å finne ut mer informasjon om sykdommen og finne hjelpemidler som kan løse den stressende situasjonen. Det er innenfor denne strategien at aksept går under. Flere studier viser til at denne formen for mestringsstrategi, er den riktige å velge (Khemakhem et al., 2020; van Bussel et al., 2013). På den andre siden har vi Benner og Wrubel sin omsorgsteori som setter fokus på at man ikke kan mestre på en «god» eller «dårlig» måte, og at alle mennesker er ulike og derfor velger alle mennesker ulike mestringsstrategier (Kirkevold, 1998, s. 201). Dette støttes også av Lazarus og Folkman som forklarer at om en mestringsstrategi er hensiktsmessig eller ikke,

blir bestemt av resultatet i den aktuelle situasjonen. Emosjonell orientert mestring kan i visse tilfeller være hensiktsmessig fordi den kan hjelpe ungdommen å holde ut i ekstreme situasjoner. En slik type mestring kan være effektiv når man først får diagnosen DT1. I lengden vil denne formen for mestring være ødeleggende og kan resultere i at ungdommen aldri aksepterer sin sykdom (Kristoffersen, 2016a, s. 252).

Som sykepleier er det derfor viktig å hjelpe ungdommen på veien mot å velge en problemorientert mestringsstrategi. Dette kan gjøres ved gi ungdommen mer informasjon om egen sykdom og gi ros når det er utfordringer de mestrer i forbindelse med egen sykdom.

Sykdom og kronisk sykdom slik som DT1 vil medføre store mestringsutfordringer for den som er rammet og det er sykepleiers ansvar å hjelpe pasienten med å meste situasjonen på en effektiv måte. Ved DT1 kan flere ungdommer føle på at de ikke strekker til eller at de ikke passer inn, noe som igjen kan skape stress. Benner og Wrubel forklarer hvordan dette foregår ved at DT1 vil true den verden man befinner seg i. Denne reaksjonen kaller de stress, som defineres på følgende måte: «stress er opplevelsen av brudd i meningen, forståelse og situasjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet» (Benner & Wrubel, 1989, s. 62).

Som ungdom vil man også kunne føle på at kunnskapen og ferdighetene man innehar rundt sin egen diagnose, ikke strekker til eller er gode nok. Dette er faktorer som kan utløse stress. Diabetesforbundet mener som nevnt tidligere i kapittel 2.1.2 behandling, at «opplæring og kunnskap om egen sykdom er en forutsetning for god egenomsorg» (Diabetesforbundet, 2015). Ved at sykepleier gir ungdommen den kunnskapen og ferdighetene han/hun trenger for å mestre egen sykdom, kan dette bidra til en opplevelse av kontroll og følelse av tillit til å kontrollere situasjonen på egenhånd (Kristoffersen, 2016a, s. 257). Dette er også nedfelt i norsk lov om pasient- og brukerrettigheter. Der står det at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen», og «brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter» (Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999: §3-2).

### 5.3 Sykepleiers rolle ved å hjelpe ungdom med å mestre egen sykdom

Sykepleier har en viktig rolle i å hjelpe ungdom med DT1 med å mestre egen sykdom. Forskning viser at støtte fra diabetesteamet styrker selvtilliten til å mestre egen sykdom (Karlsson et al., 2008; Khemakhem et al., 2020; Robinson, 2015). Sykepleier former troen til ungdom om å mestre egen sykdom (Robinson, 2015). Dette tenker jeg kan gjøres ved at sykepleier oppmuntrer til og gi ros når ungdommen tar ansvar for egen sykdom og behandling.

Behandlingsmålet til personer med DT1 i Norge er en HbA1c «omkring 53 mmol/mol (7 %) når det kan oppnås med god livskvalitet og uten uakseptable hypoglykemiske episoder» (Helsedirektoratet, 2019, s. 117). Man kan stille seg spørrende til hva god livskvalitet er og hvordan man kan måle det, men som sykepleier er det viktig å ha behandlingsmålet i bakhodet når man skal hjelpe ungdom med å mestre egen sykdom. Det å ha en HbA1c innenfor behandlingsmålet, kan ikke være viktigere enn hvordan ungdommen har det i hverdagen. Om ungdommen bruker all sin tid på å holde blodsukkeret innenfor referanseverdi på 4-7 mmol/mol, og ikke lever ett fullverdig liv med venner, familie og skole, er det ikke riktig at man som sykepleier skal fokusere på at ungdommen skal ha en HbA1c på 7% (Diabetesforbundet, 2019). På den andre siden viser flere studier at god HbA1c og god livskvalitet henger sammen (Khemakhem et al., 2020; van Bussel et al., 2013).

Så hvordan kan man som sykepleier tilrettelegge for en god HbA1c og god livskvalitet på samme tid? Gjennom å mestre egen sykdom ser man at flere ungdommen uttrykker bedre livskvalitet og aksept av egen sykdom (Khemakhem et al., 2020). Mine tanker er at ved å snakke med den enkelte ungdom og kartlegge hva han/hun ser på som viktig i livet, kan man sammen finne ut hvordan man skal legge til rette for god en diabeteskontroll i hverdagen, som igjen kan føre en god HbA1c. I noen tilfeller vil jeg tro at ungdom kan føle at diabetesen tar mye plass i livet, og derfor er det viktig at sykepleieren ser personen bak diagnosen og ikke bare diagnosen når man skal hjelpe den enkelte.

Mestringstøtte er en stor del av jobben til sykepleiere som skal hjelpe ungdommen å til mestre egen sykdom. Sykepleier må hjelpe ungdom med å styrke forståelsen av egen sykdom og fremme helsen i dagliglivet. Dette kan gjøres gjennom samtaler med



ungdommen og pårørende (Kristoffersen, 2016b, s. 257). I disse samtalene er det viktig å la ungdommen få «eierskap» til egen sykdom og la ungdommen få være med på å velge behandlingsplan og behandlingsform (Grønseth & Markestad, 2017, s. 69). Det er til sist ungdommen som har sykdommen, og valgene han/hun tar vil påvirke livet deres i stor grad. I disse samtalene kan det være nødvendig å kartlegge hva det er ungdommen synes er vanskelig med egen sykdom. Er det aktivitet som er vanskelig kan det være en fordel å snakke om hvordan aktivitet påvirker blodsukkeret, hva man kan gjøre for å holde blodsukkeret stabilt under aktivitet og forhåndsregler man må ta.

Hvis ungdommen synes hverdagen er vanskelig kan man diskutere ulike hjelpemidler som kan gjøre hverdagen for ungdommen lettere. I flere studier har det blitt vist at insulinpumpe hjelper ungdommer i hverdagen (Frøisland et al., 2009; van Bussel et al., 2013). Den har gitt opplevelse av bedre livskvalitet og bedre kontroll. I studien til Frøisland, Solevåg og Markestad uttrykte ungdommene at de hadde færre begrensinger i dagliglivet og større fleksibilitet når de benyttet seg av insulinpumpe (Frøisland et al., 2009). Sykepleier kan fortelle om ulike hjelpemidler slik som CGM som gjør at ungdommen slipper å måtte stikke seg i fingrene hver gang han/hun ønsker å se blodsukkerverdiene sine. Dette kan være et godt hjelpemiddel dersom ungdommen ikke ønsker å måle blodsukkeret i offentligheten på grunn av skam eller frykt for hva andre skal tenke.

Jeg kjenner ungdom som har opplevd å bli stirret på når de har målt blodsukkeret, eller tatt insulin med insulinpenn i offentligheten. Flere forteller at blikkene de har fått er vanskelig å takle dersom man ikke har akseptert egen sykdom. I mange tilfeller er det blick til mennesker som ikke forstår eller er nysgjerrige, og i noen tilfeller er blick fra mennesker som synes det er ekkelt. Å oppleve dette som ung kan gjøre at ungdommer blir usikre, og jeg tenker derfor at det er viktig at sykepleiere hjelper ungdommen med å stå i slike utfordringen og styrker selvtilliten knyttet til egen sykdom.

En annen side ved å hjelpe ungdom med å mestre egen sykdommen er at sykepleiere lytter til hva ungdommen har å fortelle. Det er viktig at sykepleier skaper trygge rammer der ungdommen kan åpne seg opp om følelsene han/hun har knyttet til sykdommen sin. Sykepleier må støtte ungdommen og fortelle at det er lov å føle på alle ulike følelser. I flere tilfeller vil ungdommen ha nytte av å bli fortalt at man som sykepleier kan forstå at det ikke

alltid er like lett, at det er hardt arbeid og at det krever mye jobb å ha DT1 (Robinson, 2015). Ved å anerkjenne disse følelsene skaper man rom for at ungdommen kan åpne seg opp.

I studien til Robinson forteller en av ungdommene at en lege sa «jeg tipper du bare ønsker deg noen uker fri fra sykdommen?». Ungdommen fortalte at dette var det mest forståelsesfulle noen hadde noen gang sagt til han (Robinson, 2015). Robinson viser også til at en av de viktigste måtene å få ungdommen til å åpne seg om følelsene sine, er gjennom regelmessige timer med en fast sykepleier. Dette var også en stor trigger til å lære mer om sin egen sykdom og akseptere egen sykdom.

Det er viktig at sykepleier snakker med ungdommen om deres tanker og forventinger rundt sykdommen. Eide og Eide (2017, s 303) forteller at ungdommer i flere tilfeller kan stille for store krav til seg selv og at dette kan føre til at de lettere føler seg mislykket. Synspunktene ungdommen har om sin egen sykdom er viktig å ta i betraktning når man skal lage en individualisert behandlingsplan, og finne mål til hver enkelt ungdom (Ørn & Bach-Gansmo, 2016). Van Bussel og kollegaene hennes forteller i studien deres at personlige mål for ungdommen er viktig, men at de kan være vanskelige å oppnå. Studien deres viser også at den viktigste faktoren for å få en god HbA1c var personlige mål (van Bussel et al., 2013). Personlige mål kan være en trigger til å ta ansvar for egen sykdom, som igjen kan føre til en mestringsfølelse hos ungdommen. Ett eksempel kan være hvis sykepleier har en ungdom som sliter med å huske og måle blodsukkeret i løpet av en dag. Målet for denne ungdommen må utarbeides sammen med ungdommen. Sykepleier kan tenke det er oppnåelige og lurt at ungdommen skal måle blodsukkeret tre ganger om dagen. Ungdommen kan derimot synes at to ganger om dagen holder frem til neste time med sykepleieren, og sykepleier bør da lytte til hvorfor ungdommen tenker at to ganger er nok. Kan det være andre faktorer enn selve blodsuktermålingen som gjør at ungdommen unngår det (Ørn & Bach-Gansmo, 2016)? Jeg tenker at noen av disse faktorene kan være at ungdommen kjenner på følelsen av å være annerledes, eller til bry for andre når de må måle blodsukkeret gjentatte ganger i løpet av en dag.

Støtte fra sykepleier og diabetesteamet har i flere studier vist seg å være en stor faktor for mestring hos ungdommene (Karlsson et al., 2008; Khemakhem et al., 2020; Robinson, 2015;

van Bussel et al., 2013). En måte sykepleier kan støtte ungdommen, er gjennom mestringstøtte. Mestringstøtte tar opp tre ulike former for støtte. Instrumentell støtte som omhandler alle type gjøremål og oppgaver knyttet til sykdommen (Kristoffersen, 2016b, s. 356). Ved å kartlegge hvilke utfordringer ungdommen møter i forhold til gjøremål og oppgaver knyttet til diabetesen i hverdagen, vil sykepleier lettere kunne tilby instrumentell støtte. Videre har man psykososial støtte som omhandler psykisk og sosial støtte ungdommen får knyttet til sykdommen (Kristoffersen, 2016b, s. 356). Det kan være alt fra tilrettelegging på skolen til henvisning til psykolog om ungdommen skulle trenge dette. Jeg tenker at en måte sykepleier kan gi psykososial støtte, er ved at sykepleier legger til rette for en dialog mellom sykepleier, skolen og familien dersom dette er nødvendig for den enkelt ungdom skal kunne fungere bra på skolen med DT1. I en slik dialog kan det f.eks. være nødvendig at sykepleier forklarer hvorfor ungdommen trenger å spise mat i gymtimen hvis blodsukkeret blir lavt.

Til slutt har man relasjonell støtte. Denne formen for støtte bygger på støtten man har i de ulike relasjonene slik som familie, venner og diabetesteamet. Relasjonell støtte er utgangspunktet for all annen form for støtte (Kristoffersen, 2016b, s. 356). Ved å la ungdommen møte den samme sykepleieren hver gang han/hun er inne til f.eks. en oppfølgingstime av sin diabetes, vil ungdommen og sykepleieren skape en relasjon seg imellom. En slik relasjon kan bety at ungdommen tør å åpne seg til sykepleieren fordi ungdommen kjenner og er trygg på sykepleieren.

Det å støtte en ungdom betyr at man må engasjere seg og delta i personens anstrengelser for å nå ett mål. Sykepleier må gi rom for at ungdommen både kan mestre og feile i å nå målet. Det er viktig at sykepleieren støtter ungdommen på veien i å nå målet. Sykepleier må understreke at selv om ungdommen ikke når målet innen tidsrommet som er tidligere bestemt, betyr ikke dette at han/hun ikke mestrer sykdommen sin (Kristoffersen, 2016b, s. 386). Kristoffersen legger vekt på at støtten en sykepleier kan gi er nødvendig for at ungdommen skal få den tryggheten og motivasjonen han/hun trenger til å gjennomføre handlinger som oppleves krevende. Dette blir også støttet i forskningen til Robinson, Van Bussel og hennes kollegaer (Robinson, 2015; van Bussel et al., 2013).

Når man skal hjelpe ungdom å mestre egen sykdom, kan det være nyttig å se på hvordan de ser på det å være frisk kontra det å være syk. Studien til Lima, Silva og Lemos ser på barn og ungdoms oppfatning av egen helse og sykdom. De legger vekt på at man kan være frisk selv om man har en kronisk sykdom. Barna i studien som hadde kronisk sykdom forklarte det å være frisk med å kunne spille fotball eller være med vennene sine. De friske barna i undersøkelsen som ble spurt om det samme og definerte det å være frisk med «å ikke gå til doktoren». Man ser at det å være frisk blir hos barna med kronisk sykdom definert som fravær av symptomer (Lima et al., 2017).

Ved å vite hvordan ungdommen man skal hjelpe ser på det å være frisk kontra det å være syk, vil det være lettere å legge til rette for mestring. Dette er fordi det er lettere å mestre egen sykdom dersom man ikke alltid føler man er syk. Hvis ungdommen vet at han/hun er «frisk» til tross for sykdommen, kan det være lettere å akseptere og deretter mestre sykdommen.

## 6 Konklusjon

Problemstillingen var «*hvordan kan sykepleiere hjelpe ungdom med diabetes type 1 med å mestre egen sykdom*». Gjennom teori, drøfting og egne erfaringer har jeg vist at det finnes ulike måter sykepleiere kan hjelpe ungdom med å mestre egen sykdom. Støtte, veiledning, kunnskap, ferdigheter og behandlingsmål er ord som gjenspeiler hva sykepleiere kan bidra med på veien mot mestring av DT1 hos ungdom.

Sykepleiere spiller en viktig og stor rolle når det kommer til støtte, og støtten man gir til ungdommer med diabetes er helt vesentlig for at de skal føle seg trygge i egne avgjørelser knyttet til sykdommen. Sykepleier må kunne legge til rette for at foreldre og venner kan bidra med å støtte ungdommen. Dette er fordi jeg har sett at støtten fra familie og venner er viktig for at ungdommen ikke skal føle seg utenfor, eller skal kjenne på begrensinger knyttet til sykdommen. Jeg har også sett at valg av mestringsstrategi har mye å si når det kommer til mestring. Mestringsstrategien ungdommen velger setter kursen for hvordan ungdommen mestrer og aksepterer egen sykdom. Derfor er det viktig at sykepleier veileder ungdommen og gir dem kunnskapen de trenger, for å velge en mestringsstrategi som gjør at den enkelte ungdom mestrer hverdagen på en god måte. Studier og litteratur har vært klare på, at ved å velge problemorientert mestring vil ungdommen lettere kunne akseptere og leve et godt liv med sykdommen. På samme tid er det viktig at sykepleier gir ungdom med DT1 de ferdighetene han/hun trenger for å mestre livet med DT1 på en god måte. Videre har jeg sett viktigheten av at sykepleier lar ungdommen få utrykke alle følelsene han/hun har knyttet til egen diagnose, og at personlige mål som trigger ungdommen til god diabeteskontroll er et godt hjelpemiddel på veien mot å mestre egen sykdom. Jeg har gjennom denne oppgaven også sett at sykepleiere må huske på at hver ungdom er forskjellig og at alle har sin måte å mestre egen sykdom. Hvordan ungdommen ser på sykdommen sin og hvordan han/hun velger å mestre den, er til slutt opp til ungdommen selv, men sykepleiere kan være en god støttespiller og hjelp på veien mot å mestre egen sykdom.

## Kilder:

- Aksept (u.å ). I Ø. Eek, H. Gundersen, T. Guttu, H. Lauvstad & C. Nilstun (Red.), *Det Norske Akademis Ordbok*. Hentet 10.03.20 fra <https://www.naob.no/ordbok/aksept>
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi : for deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade* (1. utgave. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- brukerrettigheter, L. o. p.-o. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) LOV-2019-12-20-104* (3). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Christophersen, Y. (2018). *Mestring av livet med diabetes : type 1*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Christophersen, Y. & Hanssen, K. F. (2018). *Mestring av livet med diabetes : type 1*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utgave utg.). Oslo Gyldendal
- Diabetesforbundet. (2017, 10.11). Diabetes 2 og fysisk aktivitet. Hentet 15.03.20 fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/fysisk-aktivitet/diabetes-2-og-fysisk-aktivitet/>
- Diabetesforbundet. (2015, 09.07). Behandling type 1. Hentet 18.02 2020 fra <https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-1/behandling-type-1/>
- Diabetesforbundet. (2018, 20.02). Spørsmål og svar: Hva påvirker insulinbehovet (blodsukkeret)? Hentet 18.02 2020 fra <https://www.diabetes.no/kosthold/ofte-stilte-sporsmal/dl---hva-pavirker-blodukkeret/>
- Diabetesforbundet. (2019). Blodsukker og blodsukkerkontroll hos deg med diabetes. Hentet 10.03 2020 fra <https://www.diabetes.no/leksikon/b/blodsukker/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Frøisland, D. H., Solevåg, A. L. & Markestad, T. (2009). Insulinpumpe ved behandling av diabetes hos barn og unge. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.32036>
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi : samspillet mellom kropp og sinn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2016). KAPITTEL 2 - Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen. Hentet 11.03 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/oppfolging-utredning-og-organisering-av-diabetesomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2018, 26.11). DT1 Hentet 18.02 2020 fra <https://helsenorge.no/sykdom/hormoner/diabetes/diabetes-type-1>
- Helsedirektoratet. (2019, 20.12). Diabetes - Nasjonal faglig retningslinje. Hentet 18.02 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>
- Karlsson, A., Arman, M. & Wikblad, K. (2008). Teenagers with type 1 diabetes - a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. *Int J Nurs Stud*, 45(4), 562-570. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.022>
- Khemakhem, R., Dridi, Y., Hamza, M., Ben Hamouda, A., Khlayfia, Z., Ouerda, H., ... Maherzi, A. (2020). Living with type 1 diabetes mellitus: How does the condition affect children's and adolescents' quality of life? *Arch Pediatr*, 27(1), 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.11.002>
- Kirkeveld, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. I(2. utg. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring IN. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. . utg., s. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Å styrke pasientens ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon IN. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 350-400). Oslo Gyldendal Akademiske
- Krogvold, L. & Dahl-Jørgensen, K. (2018, 14.11). Nytt håp for barn og ungdom med diabetes type 1. Hentet 18.02 2020 fra <https://www.diabetes.no/Forsiden/kronikk-nytt-hap-for-barn-og-ungdom-med-type-1-diabetes/>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lima, L., Silva, V. & Lemos, M. S. (2017). How chronic disease affects children's views on being ill and healthy: a comparative study. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 922-929. <https://doi.org/10.1111/scs.12415>
- Løvås, K. & Husebye, E. S. (2017). *Endokrinologi* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie ved diabetes mellitus ID.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 51-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsson, A. B. S. (2018, 16.11). Mestring. Hentet 03.03 2020 fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/>
- Robinson, E. (2015). Being diagnosed with type 1 diabetes during adolescence. How do young people develop a healthy understanding of diabetes? *Practical Diabetes*, 32(9), 339-344a. <https://doi.org/10.1002/pdi.1986>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Torild Skriverhaug, S. J. K., Yusman Kamaleri (2019). Barnediabetesregisteret - Årsrapport 2018 75. Hentet fra [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/2019.10.01 Endelig %c3%85rsrapport 2018.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon-avdeling/Documents/2019.10.01%20Endelig%20%85rsrapport%202018.pdf)
- Tønnesson, Ø. & Svartdal, F. (2019, 13.07). Ungdom Hentet 04.03 2020 fra <https://snl.no/ungdom>
- van Bussel, A., Nieuwesteeg, A., Janssen, E., van Bakel, H., van den Bergh, B., Maas-van Schaaijk, N., ... Hartman, E. (2013). Goal disturbance and coping in children with type I diabetes mellitus: relationships with health-related quality of life and A1C. *Can J Diabetes*, 37(3), 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.jcid.2013.02.058>
- Vaaler, S. (2019). Insulin Hentet 21. oktober fra <https://sml.snl.no/insulin>
- Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.