

# Ungdom og mestring av nyoppdaget diabetes mellitus type 1

Kandidatnummer: 521, 718  
Lovisenberg diakonale høgskole

BSY-500 Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9000  
Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

<b>Sammendrag</b>	<b>Lovisenberg diakonale høgskole</b> <b>Dato:</b> 03.01.2023
<b>Tittel:</b> Ungdom og mestring av nyoppdaget diabetes mellitus type 1	
<p><u>Innledning:</u> Denne bacheloroppgaven studerer tematikken ungdom og mestring av nyoppdaget diabetes mellitus type 1 (T1DM). Å håndtere kronisk sykdom kan være en stor belastning, og kanskje særlig for ungdom som parallelt opplever andre forandringer i livet. I møte med pasientgruppen har sykepleiere en særegen funksjon i å veilede dem til å gradvis ta ansvar og mestre eget liv med T1DM. Tross felles diagnose, kan den påvirke ungdom ulikt. Derfor er personsentrert sykepleie sentralt. På bakgrunn av dette, ønsker vi å undersøke følgende problemstilling:</p> <p><i>På hvilken måte kan sykepleierens veiledende funksjon fremme mestring i egenomsorg hos ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?</i></p> <p><u>Metode:</u> Det er foretatt en litteraturstudie med utgangspunkt i faglitteratur og ett strukturert søk etter forskning i databasen Cinahl. Søkordene som ble brukt var: «Diabetes mellitus type 1», («Adolescence», «Parents»), («Life experiences», «Self-efficacy», «Coping») og «Qualitative studies». Med avgrensninger, ga søket 43 treff på kvalitative forskningsartikler. Av disse ble totalt fire inkludert.</p> <p><u>Resultat:</u> T1DM påfører ungdommer bekymringer og utfordringer som preger egenomsorgen. Grunnet kunnskapsmangel, følelse av annerledeshet og fremtidsbekymringer, velger flere å ignorere sykdommen tross konsekvensene. Ønsket om selvstendig sykdomshåndtering og normalisering er likevel tilstedeværende. Et støttende nettverk er betydningsfullt for mestringsopplevelse. Imidlertid er grad av foreldreinvolvering et krevende tema i ungdomstiden. Ungdom har behov for veiledning av sykepleier på disse områdene for å mestre livet med sykdommen.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Sykepleierens veiledende funksjon er betydningsfull i mestringsarbeidet. I gjensidig dialog med ungdom, blir anerkjennende holdninger og aktiv lytting ansett som viktige måter i kartlegging av egenomsorgssvikt og formidling av helsefremmende T1DM-relatert kunnskap. Å bistå med hjelp til akseptering, ansvarsfordeling mellom ungdom-foreldre, og utarbeide hverdagslige mål og rutiner etter ungdommens premisser, er essensielt for opplevelse av normalisering og mestring i selvstendig håndtering av T1DM.</p>	

Totalt antall ord: 300

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans .....	1
1.3	Hensikt og problemstilling .....	2
1.4	Avgrensning .....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>5</b>
2.1	Diabetes mellitus type 1 .....	5
2.2	Egenomsorg: Dorothea Orems egenomsorgsteori .....	6
2.3	Motivasjon og mestring .....	8
2.4	Ungdom som pasientgruppe .....	9
2.5	Sykepleierens veiledende funksjon .....	11
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>13</b>
3.1	Litteraturstudie .....	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	13
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	17
<b>4</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>19</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	19
4.2	Syntese av resultatene .....	20
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
<b>5.1</b>	<b>Resultatdiskusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1.1	Ungdommers bekymringer og utfordringer .....	21
5.1.2	Nettverk, ansvarsfordeling og selvstendighet .....	23
5.1.3	Normalisering og en framtid med T1DM .....	26
<b>5.2</b>	<b>Metodediskusjon</b> .....	<b>28</b>
5.2.1	Styrker og svakheter tilknyttet egen metode .....	28
5.2.2	Styrker og svakheter tilknyttet inkluderte forskningsartikler .....	29
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>31</b>
	<b>Referanseliste</b> .....	<b>32</b>
	<b>Vedlegg</b> .....	<b>36</b>

# 1 Innledning

Denne bacheloroppgaven tar for seg temaet: «Ungdom og mestring av nyoppdaget diabetes mellitus type 1».

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diabetes mellitus type 1 (T1DM) er den mest vanlige diabetesformen blant barn og ungdom, og blir regnet som en av de mest utbredte kroniske sykdommene blant dem (Folkehelseinstituttet, 2021). Forekomst av antall nyoppdagede tilfeller øker globalt. Ifølge Barsediabetesregisterets årsrapport, ble det i 2020 innrapportert 484 unge med nyoppdaget diabetes i Norge, hvorav 97% av dem ble diagnostisert med T1DM (Skrivarhaug et al., 2021, s. 7). Som følge av dette ligger Norge på verdenstoppen i forekomsten av denne typen diabetes. Å få en slik kronisk diagnose kan være en stor belastning, da den rammede er nødt til å igangsette livsstilsendringer for å redusere risiko for komplikasjoner som blant annet involverer kostholdsendringer, blodglukoseovervåking og insulinadministrering (Jenssen, 2016). Dette kan gjelde særlig for ungdom, som samtidig med diagnosen også opplever de største fysiske, psykologiske og sosiale forandringene i livet. Parallelt kjennetegnes ungdomstiden som en løsrivelsesprosess samt i en identitetskrise i søk etter støtte og bekreftelse fra omgivelsene. Disse naturlige elementene som foregår i ungdommens liv, kan prege mestring og selvstendig håndtering av T1DM.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

I møte med disse ungdommene på sykehuset, har sykepleier et særegent ansvar og en sentral funksjon i å veilede og hjelpe med å bearbeide sjokket diagnosen kan forårsake (Ribu & Singstad, 2019, s. 605). Eksempelvis kan det innebære å identifisere svikt eller mestring i egenomsorg, forså formidle manglende kunnskap om diagnosen og veilede til å gradvis selv ta ansvar og følge opp eget liv med T1DM. Selv om pasientgruppen har en felles diagnose, kan den påvirke livet til ungdom svært ulikt. Derfor er personsentrert sykepleie og veiledning en essensiell tilnærming i denne sammenhengen. Personsentrert sykepleie er en av seks standarder og kunnskapsområder innen sykepleie. Sykepleiestandarden innebærer at all sykepleieutøvelse skal rette fokus mot pasienten som person og en aktiv, likeverdig deltaker i sin egenomsorg og som mottaker av helsetjenester (Cronenwett et al., 2007). Det inkluderer også pasientens familie

og pårørende. På denne måten får ungdommen i større grad utbytte av veiledningen og erfarer at deres unike utfordringer rundt mestring i egenomsorg blir ivaretatt.

I litteraturen blir det tydeliggjort at studier basert på kommunikasjon med ungdom er mindre prioritert sammenlignet med tilsvarende kommunikasjonsstudier om barn og voksne (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 77). I praksis er dette merkbart, da sykepleiere opplever kommunikasjon med ungdomspasienter som særlig utfordrende. Lite kunnskap og erfaring kan derimot påvirke deres veiledende funksjon negativt. For å sikre lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet til pasienter i alle aldre, er det avgjørende at sykepleier blir bevisstgjort på kunnskapshullet og tilegner seg ytterligere kunnskaps og kommunikasjonsferdigheter relatert til ungdom som pasientgruppe (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med studien er å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver ungdommers erfaringer med egenomsorg relatert til T1DM, og på bakgrunn av det belyse sykepleierens bidrag med veiledning til å fremme mestring. Basert på hensikten er derfor følgende problemstilling formulert: *På hvilken måte kan sykepleierens veiledende funksjon fremme mestring i egenomsorg hos ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?*

### **1.4 Avgrensning**

Oppgaven er avgrenset til jenter og gutter mellom 13 og 18 år, da T1DM ofte inntreffer i ung alder. Tross et relativt stort aldersspenn, er avgrensningen også gjort med bevissthet rundt at det uansett avgrensede aldersspennet vil være store individuelle psykososiale forskjeller ungdommer imellom. 13 til 18 år er også aldersgruppen litteraturen definerer som «ungdom» (adolescent) (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 72)

Oppgaven er avgrenset til nyoppdaget T1DM, da dette er hovedtypen diabetes som flest barn og unge er diagnostisert med (Ribu & Singstad, 2019, s. 592). Grunnet debut i tidlig alder, kreves det ofte noe mer tilrettelagt veiledning for mestring i egenomsorg til denne pasientgruppen, også da insulinregimet er strengere hos de med diabetes type 1 sammenlignet med type 2 (Ribu & Singstad, 2019, s. 605). I tillegg er det under denne perioden av sykdomsforløpet sykepleier oftest møter T1DM-pasienter (Jenssen, 2016). Begrepet «nyoppdaget» avgrenses til et diagnostiseringstidspunkt innen de to siste årene. Videre er

oppgaven avgrenset til sykehuskontekst, og nærmere bestemt til sykehusenes poliklinikker, siden det ofte er her sykepleiere møter ungdommer med nyopplaget T1DM og veiledningen til mestring i egenomsorg foregår.

Sykdom i ungdomsårene medfører spesifikke utfordringer som forekommer parallelt med «vanlige» ungdomsutfordringer. Den plutselige livsstilforandringen kan fremme økt foreldreavhengighet (Ribu & Singstad, 2019, s. 594). Oppgaven inkluderer også hvilken rolle foreldrene har når barnet deres blir diagnostisert med T1DM, ettersom de har en viktig ansvarsrolle for denne aldersgruppen. Oppgaven retter fokus mot «foreldre» som ansvarspersoner for ungdommen.

## **1.5 Begrepsavklaring**

### **Ungdom:**

Begrepet «ungdom» innebærer livsfasen mellom barndommen og voksenlivet, hvor særegne fysiologiske og psykologiske forandringer finner sted. Det finnes derimot ingen bestemt definisjon på hvilket aldersspenn ungdomstiden er (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 72). Ungdomsårene kjennetegner en periode hvor man blir stadig mer autonom og skal løsrives fra foreldrene, parallelt begynne å identifisere seg med venner og søke tilhørighet til andre sosiale grupper (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 73). I oppgaven vil begrepene «pasient» og «ungdom» bli brukt om hverandre.

### **Mestring i egenomsorg:**

Sykepleieteoretikeren Dorothea Orem definerer egenomsorg som: «Individets evne og vilje til å utføre aktivitet som er nødvendig for å leve og overleve» (Cavanagh, 2001). Hvert enkelt menneske er ansvarlig for å opprettholde eget liv, helse og velvære. Mestring omhandler hvordan individet klarer å beherske utfordringene, kravene og forandringene som oppstår. Begrepet er nært tilknyttet stressituasjoner hvor noe uønsket forstyrrer det vanlige livet akutt eller kronisk (Hestvold, 2018, s. 137). Å mestre egenomsorg formes av hvordan individet klarer å endre tankene, følelsene og atferd i møte med indre og ytre krav, slik at individet kan oppleve mestring i livet igjen (Hestvold, 2018, s. 138).

### **Sykepleierens veiledende funksjon:**

Veiledning kan defineres som en etisk handling hvor veilederen har kompetanse innenfor et fagfelt som kan bidra til at mottaker får økt kompetanse innenfor gitt tema. Mottakeren vil gjennom veiledning oppdage egne behov, muligheter og eventuelt begrensninger innenfor fagfeltet (Tveiten, 2019, s. 19). Veiledning kan anses som et paraplybegrep, da det kan inngå andre pedagogiske metoder som underbegreper i veiledningsprosessen (Tveiten, 2019, s. 34). Det gjelder eksempelvis informering, instruksjon, rådgivning og undervisning.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Diabetes mellitus type 1**

#### **Patofysiologi, symptomer og diagnostikk**

T1DM er en kronisk, autoimmun sykdom der kroppens eget immunforsvar oppfatter de insulinproduserende betacellene i pancreas som fremmedlegemer og destruerer dem. Det fører til at betacellene gradvis slutter å automatisk regulere insulinproduksjonen etter blodets glukosenivå, og det oppstår insulinmangel (Jenssen, 2016). Hormonet insulin er avgjørende for energiomsetningen i kroppen. Uten dette hormonet, vil næring i form av glukose forbli i blodet istedenfor at cellene får tilgang på det til å produsere energi og utføre sine spesialiserte oppgaver (Singstad, 2022, s. 1).

Sykdomsutviklingen kommer tydelig frem når 80-90% av betacellene er ødelagte (Jenssen, 2016, s. 389). Det vil da oppstå karakteristiske symptomer på høy blodglukose (hyperglykemi), som kommer til uttrykk gjennom økt behov for drikke og vannlating, vekttap og slapphet. Likevel er den anbefalte måten å diagnostisere T1DM gjennom observasjoner av blodprøvens glykosylert-hemoglobinverdi (HbA1c-verdi) (Norsk helseinformatikk [NHI], 2021). HbA1c betegner langtidsblodsukkeret og viser den gjennomsnittlige blodglukosekonsentrasjonen i kroppen de siste to til tre månedene. Dermed er dette en mer stabil parameter som gir en bedre helhetlig oversikt over kroppens blodglukosenivå sammenlignet med enkeltmålinger på blodsukkerapparat. Diabetesdiagnosen blir oftest stilt ved HbA1c over 48 mmol/mol (6,5%) i to blodprøver tatt med minst to ukers intervall (NHI, 2021).

#### **Behandling**

I motsetning til diabetes type 2 som hovedsakelig er en forebyggende livsstilssykdom, er det fremdeles usikkerhet rundt årsakene til forekomsten av T1DM, med unntak av at genetikkk øker risikoen og at miljø spiller inn (Jenssen, 2016, s. 389-390). Parallelt finnes det heller ingen foreløpige behandlingsmåter eller andre metoder som kan reversere ødeleggelsesprosessen av betacellene. For å unngå kortsiktige og langsiktige komplikasjoner går dermed store deler av diabetesbehandlingen ut på å balansere blodglukosen (Jenssen, 2016, s. 391). Hos personer med T1DM er deriblant den daglige og livslange insulinbehandlingen nødvendig for å opprettholde blodglukosebalansen. Dosen insulin kan bli gitt via injeksjoner eller fra insulinpumpe, og skal erstatte kroppens basale produksjon av insulin (Jenssen, 2016, s. 392-393). Når HbA1c er under 53 mmol/mol (7%), eller når den fastende blodglukoseverdien er mellom fire og seks mmol/l,



mellom fire og syv mmol/l før et måltid og under ti mmol/l to timer etter måltid, er balansen opprettholdt (Diabetesforbundet, 2022). Likevel er det store individuelle forskjeller i behovet for insulin, og flertallet med nyopptaget T1DM er i behov av bistand fra helsepersonell i startfasen (Singstad, 2022, s. 2).

### **Komplikasjoner**

Diabetisk ketoacidose ved hyperglykemi og føling ved hypoglykemi (lav blodglukose), er kortsiktige og fryktede komplikasjoner. Begge tilstander kan medføre nedsatt bevissthet, hyper- eller hypoglykemisk koma, og i verste fall død hvis man går ubehandlet over en lengre periode (Jenssen, 2016, s. 390-391). Samtidig vil dårlig blodglukoseregulering over tid øke risikoen for senkomplikasjoner. Disse er vanligst rettet mot hjerte- og kar, øye, nyrer, nerver og sår (Ribu & Singstad, 2019). God kontroll på blodglukosen er derfor essensielt i det forebyggende arbeidet mot komplikasjoner. Det kan i tillegg til riktig insulinbehandling oppnås ved hjelp av regelmessige blodglukosemålinger, riktig ernæring og fysisk aktivitet (Jenssen, 2016). Hva som er «riktig», må bli tilpasset hvert enkelt sitt liv og sin diabetes. Det er dette som utgjør hovedvekten av egenbehandlingen deres.

## **2.2 Egenomsorg: Dorothea Orems egenomsorgsteori**

Ivaretagelsen av egenomsorg kan i stor grad variere mellom individer, både ut ifra psykisk og fysiske helse (Cavanagh, 2001, s. 19). Hos noen mennesker kan det av ulike grunner forekomme omsorgssvikt. Da vil det ofte være nødvendig med bistand fra andre, eksempelvis sykepleiere, for å klare å ivareta egenomsorgen. Det er dette Dorothea Orem tar for seg i sin egenomsorgsteori (Cavanagh, 2001, s. 25).

Dorothea Orems egenomsorgsteori ble utarbeidet for å tydeliggjøre sykepleiernes oppgaver. Orem mener at sykepleiernes overordnede mål er å sørge for at mennesket har en normal funksjon, og at sykepleieren skal kunne kompensere for den enkeltes avvikende omsorgsevne og hvis mulig utvikle pasientens evne til å beherske egenomsorg. Da er det essensielt at sykepleier kartlegger og tilrettelegger for personsentrert omsorg. Ifølge Orem må mennesket opprettholde utvikling og modning, forebygge eller stabilisere sykdom og skader, forebygge eller kompensere for invaliditet og fremme velvære for at det har skjedd en ivaretagelse av egenomsorgsbehov. I denne sammenhengen er også målsetting en viktig faktor (Cavanagh, 2001, s. 28).

Teorien legger til rette for planlegging, utførelse og deretter evaluering etter omfattende kartlegging av pasientens evne til å ivareta egenomsorgen (Cavanagh, 2001, s. 29). Orem beskriver også at evnen til egenomsorg hos unge øker med alderen og livserfaring. Foreldre er viktige støttespillere for at barna skal få bistand til ivaretagelse av egenomsorgen. Teorien er inndelt i tre deler, og trekker frem tre ulike typer egenomsorgsbehov; *universelle egenomsorgsbehov*, *utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov* og *helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov* (Cavanagh, 2001, s. 18).

*Universelle egenomsorgsbehov* identifiserer ulike faktorer som er livsnødvendige fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov i livet for at et menneske skal fungere (Cavanagh, 2001, s. 19). En ubalanse i disse faktorene kan medføre livstruende tilstander. De universelle egenomsorgsbehovene er essensielle for at det enkelte mennesket skal kunne mestre å utøve egenomsorg (Cavanagh, 2001, s. 20).

Orem beskriver *utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov* som sammenhengen med bestemte forhold tilknyttet menneskelig modning og utvikling. Hun deler dette inn i bestemte utviklingsstadier og forhold som påvirker menneskelig utvikling. Gjennom hele livet jobber mennesket mot høyere modning, men det gjelder spesielt i periodene som barn, overgangen fra barn til ungdom og ungdom til voksen. Dette defineres som bestemte utviklingsstadier. Psykososiale faktorer blir også nevnt som andre forhold som påvirker menneskelig utvikling (Cavanagh, 2001, s. 22).

*Helsesviktrelaterte omsorgsbehov* foreligger når mennesket blir sykt, skadet, har funksjonssvikt eller er under legebehandling, som ved T1DM. Hovedpremisset er at ved endringer i helsetilstanden, må den rammede søke råd og assistanse fra andre når mennesket ikke er i stand til å ta vare på egenomsorgsbehovene. Orem beskriver også at endring i selvbilde kan være en vesentlig faktor av det å bli syk, og at det er viktig å tilpasse seg de endringer som følger med sykdom eller skade. Ved sykdom er det sykepleierens jobb å kartlegge hvilke egenomsorgsbehov som ikke blir ivaretatt av individet selv og deretter avklare hvordan behovene kan bli ivaretatt og hvilke tiltak som må bli gjort i henhold til personsentrert omsorg. Det er også sykepleierens ansvar å tilrettelegge for at den rammede og pårørende klarer å håndtere det sykdommen bringer med seg. Alle har ulike egenomsorgsbehov som må bli tilfredsstillt for å fremme helse, utvikling og opprettholdelse av normalfunksjon. De forventede

kravene til handlinger som skal sørge for at omsorgsbehovene imøtekommes, definerer Orem som terapeutisk egenomsorgskrav (Cavanagh, 2001, s. 24).

### 2.3 Motivasjon og mestring

Innenfor sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, står det beskrevet at: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Dette er særlig viktig hos de med kronisk sykdom, som T1DM, hvorav store deler av den livslange behandlingen foregår selvstendig i hverdagen. Et godt utgangspunkt for å mestre et liv med diabetes er å akseptere og samtidig ikke la sykdommen styre hele livet (Diabetesforbundet, 2021). Mestring er en dynamisk prosess, som både avhenger av personlige egenskaper og ytre faktorer som sosial støtte fra venner, familie og helsepersonell (Hestvold, 2018, s. 137). Sykepleier kan også bistå positivt i mestringen ved å fremheve pasientens ressurser via motivasjonssamtale, øke deres kunnskapsgrunnlag tilknyttet sykdommen og dens påvirkning på kropp og helse, samt veilede i gjennomføring av nødvendige, helsefremmende ferdigheter (Hestvold, 2018). Mestringsopplevelsen er individuell, og personsentrert sykepleie er derfor sentralt. For å ivareta mestringsopplevelsen, er aktiv brukermedvirkning (empowerment) et viktig prinsipp og en forutsetning for en god mestringsprosess (Lode, 2016, s. 49-50). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment som «the process by which people gain control over the factors and decisions that shape their lives» (WHO, 1998, s. 6). Gjennom empowerment får altså pasienten selv delta i utforming av eget helsetilbud.

Motivasjon er drivkraften i oss som fremmer atferd og utførelse av bestemte handlinger, og er en sentral faktor på veien mot mestring (Hestvold, 2018, s. 142). I behandlingen av nyoppdaget T1DM, er det ofte nødvendig med livsstilsendringer til forebygging av diabeteskomplikasjoner. Det innebærer å tilsidesette frie livsvalg, og heller tilpasse seg anbefalte levevaner. Dette forutsetter motivasjon. Motivasjon blir delt inn i to hovedtyper: *ytre motivasjon* og *indre motivasjon* (Barth et al., 2001, sitert i Hestvold, 2018, s. 142). Ytre motivasjon definerer faktorer som belønning og ros eller fravær av negative reaksjoner fra omgivelsene. Indre motivasjon inkluderer den følelsesstyrte drivkraften som oppstår på bakgrunn av personlige følelser av det som oppleves interessant, og er uten behov for ytre styrker. Denne motivasjonstypen vil dermed være langvarig. I arbeid med motivasjon og mestring, kan sykepleier gjennom aktiv lytting identifisere og tydeliggjøre elementer av mestring basert på det pasienten forteller (Hestvold, 2018, s. 138). Sykepleier har dermed mulighet til å påvirke

deres ytre motivasjon og omgjøre det til indre motivasjon. Parallelt blir sykepleieutøvelsen personsentrert og oppleves som nyttig for den aktuelle pasienten, noe som virker positivt i arbeidet om å fremme motivasjon (Hestvold, 2018, s. 144).

## **2.4 Ungdom som pasientgruppe**

Ungdomstiden kjennetegner livsfasen hvor den største fysiske, psykologiske og sosiale utviklingen finner sted (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 73). Det omfatter blant annet hormoner som frembringer ustabile emosjoner, opplevelse av identitetskrise i kombinasjon med konstant jakt etter bekræftelser fra jevnaldrende, samt å være i en gradvis løsrivelsesprosess fra foreldre i søk etter autonomi og selvstendighet. Sykdom kan ødelegge muligheten til å leve et normalt liv (Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). Å føle at ting er ute av kontroll, at ens egen utvikling blir satt på vent og å ha utfordringer som kommer på toppen av de stereotypiske ungdomsutfordringene, kan være en stor belastning for dem. Det gjør at ungdom med kronisk sykdom er en særlig sårbar pasientgruppe (Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). Ungdommer med T1DM kan være en ekstra sårbar gruppe, ettersom det, i tillegg til sykdommens utfordringer, fremdeles er usikkerhet rundt årsaken bak forekomsten av sykdommen. Det kan gi ungdommen følelser av meningsløshet og urettferdighet, og av den grunn påvirke deres motivasjon til å følge opp den anbefalte behandlingen (Helsedirektoratet, 2020).

Ungdommer har en tendens til å være «her-og-nå»-tenkere, og i mindre grad opptatt av konsekvenser på lang sikt (Casey et al., 2008). Studier bekrefter dette gjennom funn, da ungdommer med T1DM er blant de med gjennomsnittlig høyest blodglukoseverdi enn noen andre aldersgrupper med lik diagnose (Kvam, 2016). Det kan bli tolket som at ungdommen ofte strever med sitt forhold rundt håndteringen av sykdommen. For eksempel kan det å havne i en situasjon hvor man plutselig er avhengig av foreldrene igjen, være en trussel mot ungdommers behov for uavhengighet (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 72). Det samme gjelder å måtte ta ulike hensyn som er krevende å forholde seg til i hverdagen, særlig når minoriteten av jevnaldrende gjør det. Enkelte kan periodevis bevisst ignorere diabetesen sin ved å eksempelvis unngå å kontrollere blodglukosen eller sette insulindoser i sosiale sammenhenger grunnet faren for utenforskap og tanken på hvordan jevnaldrende vil reagere på sykdommen (Diabetesforbundet, u.å; Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). Dette til tross for risikoen for komplikasjoner senere i livet.

## **Familie og nettverk**

Barn og ungdom med nyoppdaget kronisk sykdom berører familien og nettverket både positivt og negativt (Grønseth & Markestad, 2017, s. 180). Et nettverk kan eksempelvis bestå av foreldre, søsken, venner, helsepersonell eller organisasjoner. Personer i nettverket har en nokså nær relasjon til den utsatte ungdommen, og har derfor en sterk påvirkningskraft i form av enten hjelp og støtte eller motstand og konflikt, sammenlignet med andre personer utenfor nettverket (Grov, 2015, s. 57). På den ene siden, kan nettverkets mestring og holdninger til situasjonen påvirke ungdommens mestring og holdning til egen situasjon (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 74; Grønseth & Markestad, 2017, s. 135). Parallelt, kan god kommunikasjon mellom ungdom og foreldre bidra til å danne et godt grunnlag til å ta gode helsevalg (Grønseth & Markestad, 2017, s. 136). På den andre siden, kan relasjoner være utfordrende eller oppleves som en byrde. Enhver relasjon inneholder en rekke elementer som tillit, makt, historie og følelser, som lett kan bli misforstått av en eller begge parter (Eriksen, 2015, s. 893). Ungdom i sin løsrivelsesprosess kan for eksempel komme i konflikt med foreldrenes ønske om å være involvert og ha oversikt over alt som angår ungdommen. Hjelp og påminnelser fra foreldre kan istedenfor oppfattes som kjeft og mas (Kvam, 2016).

## **Juridisk rammeverk**

På lik linje med andre pasienter, jobber sykepleiere innenfor gitte sykepleiefaglige rammer også i møte med ungdomspasienten. I Norge har pasienter mellom 13 og 18 år ulike juridiske rettigheter avhengig av alderen (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 76). Fra pasienten er 12 år, har de rett til å få vurdert og tilpasset informasjon av helsepersonell etter alder og modenhet. Dette er viktig med tanke på retten deres til å skulle dele meninger og medvirke i det som angår egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §4-4). Helsepersonell skal altså inkludere ungdom i beslutningsprosessen, og pårørende med foreldreansvaret er forpliktet til å involvere barnet deres i viktige helsevalg (Molven, 2015, s. 97). Videre fastslår pasient- og brukerrettighetsloven (2001, §3-4) at pasienter mellom 12 og 16 år, selv kan bestemme hvilke opplysninger om sin diabetes som skal gis til foreldrene. Det er først når pasienten er 16 år, at hen er helserettslig myndig (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 76). Det betyr at ungdommen bestemmer nesten alt om egen helse. De har rett på all informasjon om egen helsetilstand, innehar selv rett til å samtykke til helsehjelp og kan selv bestemme ønsket behandling og hvem som får tilgang på deres helseinformasjon. Likevel skal foreldre få vite dersom ungdommens liv eller helse står i fare (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 76).

## **2.5 Sykepleierens veiledende funksjon**

Ifølge regjeringens rammeplan for sykepleierutdanning, er en av sykepleiernes oppgave å ha ansvar for og kompetanse til å drive helseopplysning, informere, veilede og undervise pasienter gjennom sin undervisende og veiledende funksjon (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 6). I spesialisthelsetjenesten er også opplæring av pasienter og pårørende en av sykehusenes lovpålagte hovedoppgaver (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001, §3-8).

For at veiledningen skal gi best utbytte hos pasienten, er det avgjørende at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om fagfeltet det skal veiledes i. Ifølge yrkesetiske retningslinjer, har sykepleiere et faglig, etisk og selvstendig ansvar for egne handlinger og vurderinger i praksis, og all sykepleie skal utføres med respekt og omsorg for mennesket (NSF, 2019). Under veiledningen er det derfor sykepleierens ansvar å oppdage hva pasienten kan, og hva den trenger ny kunnskap om. For en ungdom med nyoppdaget T1DM, vil det i stor grad være nødvendig med veiledning i sykdomsforløpet. Ved diagnositidspunktet føler ofte T1DM-pasienter at de blir overveldet av informasjon og inntrykk. Derfor blir ofte veiledningen i egenbehandling lagt til et senere tidspunkt (Ribu & Singstad, 2019, s. 604). Det er sykepleierens ansvar å veilede, støtte og motivere ungdommen og deres foreldre til å mestre den nye livssituasjonen (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 74). Veiledningen vil bygge på forståelsen ungdommen har for sykdommen, og hvilke utfordringer og tilpasningsproblemer de møter (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 76). Det er like viktig å veilede om egenbehandling samtidig som sykepleier har en åpen holdning til pasienten hvor det er rom for å dele tanker og følelser rundt diagnostiseringen (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 79).

Veiledningens mål er at ungdommen tar ansvar for å ha blodglukosenivå innenfor anbefalingene, at vedkommende er motivert, behersker de nødvendige livsstilsendringene og at hen innehar ferdighetene for å kunne ivareta sin egenomsorg.

### **Kommunikasjon**

Kommunikasjon med ungdom kan variere avhengig av kjønn, alder og psykologisk modenhet (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 75). Det er derfor avgjørende å tilpasse kommunikasjonen etter den enkelte, slik at pasienten i størst mulig grad forstår og føler seg forstått (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 99). God kommunikasjon forutsetter god relasjon mellom sykepleier, pasient og eventuelt pårørende. Gjennom aktiv lytting og bevisst verbal- og nonverbal kommunikasjon

kan sykepleier tilegne seg tillit hos ungdom (Eide & Eide, 2017, s. 290). På bakgrunn av dette, er gode og tilpassede kommunikasjonsferdigheter relevante og avgjørende for at sykepleieren kan ta i bruk sin veiledende funksjon, både slik at ungdommen får et godt utbytte og til hensikt å fremme mestring. Det er utarbeidet syv kommunikasjonsferdigheter for dette arbeidet; vær alene med ungdommen, sett agenda for samtalen, sjekk forståelse, utforsk eventuelle bekymringer, informer, frem mestring og positiv livsstil og forbered ungdommen på overgangen til voksenlivet hvis aktuelt (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 80). Å være alene med ungdomspasienten kan gjøre det enklere å få frem ungdommenes tanker som ikke hadde blitt uttrykket med foreldrene til stede. Det blir også belyst at foreldrene ofte styrer samtalen når de er med i veiledningstimer (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 79).

## 3 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en metode som blir brukt for å studere allerede eksisterende litteratur og forskning rundt et konkret formulert forskningsspørsmål. Denne type studie innebærer en omfattende syntese og kritisk analyse av systematiske sammenligninger relatert til valgt problemstilling. Strukturert litteraturstudie omhandler at man strukturert samler og gjennomgår forskning og litteratur innenfor problemområdet (Popenoe et al., 2021). Litteraturgjennomgang derimot, innebærer å analysere resultatene av flere vitenskapelige studier for å beskrive kunnskapstilstanden til et gitt område, forså å kunne trekke konklusjoner med kliniske anvendelser. Det kan komme frem ny kunnskap, i form av sammenhenger, og innsikt ved å analysere tidligere forskning og sammenligne dette med allerede eksisterende teori. Resultatet av funnene vil kunne bli brukt for å underbygge og besvare valgt problemstilling. En litteraturstudie kan enten være kvantitativ eller kvalitativ ut ifra innsamlet datainnhold og om den inneholder kvalitative eller kvantitative data (Aveyard, 2018).

### 3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

**Tabell 1: Søket og utvelgelsesprosessen**

<b>Database og dato for søk</b>	Cinahl, 2. desember 2022
<b>Søkeord og kombinasjoner</b>	Diabetes Mellitus Type 1 AND (Adolescence OR Parents) AND (Life experiences OR Self-efficacy OR Coping) AND Qualitative studies
<b>Avgrensninger i søket</b>	Publisert i løpet av siste 10 år Ungdommer (13-18 år) Engelsk eller skandinavisk språk
<b>Antall treff totalt</b>	43
<b>Antall gjennomlest titler</b>	43
<b>Antall gjennomlest sammendrag</b>	32
<b>Antall gjennomlest fulltekstartikler</b>	28
<b>Antall artikler som kan inkluderes basert på</b>	23



<b>inklusion- og eksklusjonskriterier</b>	
<b>Ytterligere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier</b>	<p><u>Inklusjonskriterier:</u></p> <p>Europeiske studier</p> <p>Studier som er overførbare til norske forhold og norsk sykehuskontekst.</p> <p><u>Eksklusjonskriterier:</u></p> <p>Studier som ikke er fagfellevurdert og publisert i anerkjent tidsskrift</p> <p>Studier som inkluderer andre diagnoser og tilstander i tillegg til T1DM, og som retter hovedfokus på det.</p> <p>Studier som bare er rettet mot foreldre- eller familieperspektivet.</p> <p>Studier som kun fremhever psykologiske faktorer som påvirker håndtering av T1DM.</p> <p>Studier som er rettet mot helsesykepleie eller annet fagfelt enn sykepleie på bachelornivå.</p>
<b>Antall artikler inkludert i litteraturstudien</b>	<p>4</p>
<b>Inkludert artikkel nummer 1</b>	<p>Castensøe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, B. S. &amp; Husted, G. R. (2017). Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 26(19-20), 3018-3030. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13649">https://doi.org/10.1111/jocn.13649</a></p>
<b>Inkludert artikkel nummer 2</b>	<p>Früh, E. A., Misvær, N. &amp; Helseth, S. (2021). Ungdommers erfaring med nyoppdaget diabetes 1: en kvalitativ studie. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i>, 11(4), 324-335. <a href="https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-04-07">https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-04-07</a></p>

<b>Inkludert artikkel nummer 3</b>	King, K. M., King, P. J., Nayar, R. & Wilkes, S. (2017). Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes. <i>Diabetes Spectrum</i> , 30(1), 23-35. <a href="https://doi.org/10.2337/ds15-0041">https://doi.org/10.2337/ds15-0041</a>
<b>Inkludert artikkel nummer 4</b>	Spencer, J. E., Cooper, H. C. & Milton, B. (2013). The lived experiences of young people (13-16 years) with Type 1 diabetes mellitus and their parents: A qualitative phenomenological study. <i>Diabetic Medicine</i> , 30(1), e17-e24. <a href="https://doi.org/10.1111/dme.12021">https://doi.org/10.1111/dme.12021</a>

I forbindelse med denne litteraturstudien, er den vitenskapelige, anerkjente databasen Cinahl anvendt for søk etter forskningslitteratur i henhold til oppgavens problemstilling. Cinahl er en bibliografisk database som hovedsakelig inkluderer tidsskriftsartikler som har relevans innen sykepleiefaget (Helsebiblioteket, 2021).

I databasen ble det i første omgang foretatt flere prøvesøk for inspirasjon til aktuelle søkeordsammensetninger og avgrensninger i relevans til problemstillingen vår. I det strukturerte søket utført 2. desember 2022, endte vi opp med å benytte søkeordene og kombinasjonene som blir presentert under «søkeord og kombinasjoner» (tabell 1) og som *vedlegg 1*. Den bolske operatøren «OR» kombinerer søkeordene «adolescence» og «parents», fordi vi ønsket forskning som inkluderer ungdommer, foreldre eller begge. Det samme gjelder årsaken bak bruken av «OR» mellom søkeordene «life experiences», «self-efficacy» og «coping». Hver av disse blir viderekombinert med den bolske operatøren «AND» sammen med søkeordene «diabetes mellitus type 1» og «qualitative studies», da vi ønsker forskning som inneholder alle delkombinasjonene. Alle begrepene er relevante nøkkelord eller synonymer til nøkkelord som bygger opp problemstillingen vår.

**Tabell 2: Oversikt over forskningsartiklenes inklusjons-og eksklusjonskriterier**

<b>Inklusjonskriterer:</b>	<b>Eksklusjonskriterer:</b>
Publisert i 2012 eller nyere	Publisert før 2012
Pasientgruppen ungdom jenter/gutter med T1DM	Øvrige pasientgrupper
Funn må være overførbart til norske forhold og norsk sykehuskontekst	Funn som ikke er overførbare til norske forhold og norsk sykehuskontekst
Skrevet på engelsk eller skandinavisk språk	Skrevet på annet språk
Kvalitativt forskningsdesign	Kvantitativt forskningsdesign
Forskningsartikkel (empiriske artikler)	Andre typer artikler og studier
Fagfellevurdert og publisert i anerkjent tidsskrift	Ikke fagfellevurdert, ikke publisert i anerkjent tidsskrift
Følger IMRaD-struktur	Følger ikke IMRaD-struktur
Feltet som forskes på er relevant for sykepleie på bachelornivå.	Annet felt eller forskning som er relevant for spesialiserte sykepleieutdanninger

I søket ble avgrensninger, i form av inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, foretatt med hensikt å spisse litteratursøket nærmere egen problemstilling. Først og fremst ble forskning publisert maks 10 år tilbake i tid inkludert for å sikre den nyeste og oppdaterte kunnskapen på feltet. Å være faglig oppdatert inngår i sykepleieres utøvelsesplikt om overholdelse av «faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp» (Helsepersonelloven, §4, 1999). Kortere årsramme derimot, ble ikke ansett å være nødvendig ettersom sykepleiefeltet i problemstillingen vår ikke blir vurdert til å foreta særlig store endringer på tiårs tidsrom. Oppgavens målgruppe er ungdommer, hvor både jenter og gutter blir inkludert. Søket ble avgrenset mot personer i alderen 13 til 18 år, i likhet med problemstillingens avgrensning samt Cinahls definisjon på ungdom. Likevel har vi valgt å inkludere forskning med aldersspennet 13 til 21 år. Forskningsartiklene skulle helst komme fra Europa og være skrevet på enten engelsk eller skandinavisk språk. Dette er både for å unngå feiltolkning av forskningsartiklenes innhold, men også sikre overførbare funn til norske forhold og norsk sykehuskontekst.

Videre, ble forskning med kvalitativt forskningsdesign inkludert mens kvantitative forskningsartikler ble ekskludert. Kvalitativt forskningsdesign er det mest egnede designet å bruke for svar på problemstillingen vår, da den analyserer erfaring- og opplevelsesbasert data fremfor analyse av tall og effekt (Liseth & Tellmann, 2018). Ettersom oppgaven omhandler sykepleie på bachelornivå, ekskluderte vi også forskningsartikler tilknyttet andre helsefaglig

felt, samt artikler relatert til høyere sykepleieutdanninger, som helsesykepleie og diabetessykepleie.

Søket ble gjennomført med nevnte søkeord og kombinasjoner samt avgrensninger, ga totalt 43 treff. Først ble trefflisten gjennomgått med fokus på titler. Fortløpende ble forskningsartikler med irrelevante titler eliminert, mens sammendraget ble videreanalysert for de resterende. Samme elimineringsprosess ble utført etter lest sammendrag. Til slutt ble 28 fulltekstartikler lest, hvorav fem forskningsartikler ble eliminert ettersom de var utenfor inklusjonskriteriene. Med ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjensto åtte relevante forskningsartikler.

De fire inkluderte forskningsartiklene er utvalgt på bakgrunn av kombinasjonen mellom relevans, inklusjonskriterier og kvalitet. Til kvalitetsvurderingen ble Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier anvendt (Helsebiblioteket, 2016). Poengsummen ble dokumentert i artikkelmatrisen (tabell 3), der høy poengsum indikerer bedre kvalitet. Parallelt, ble artiklene sjekket for IMRaD-struktur (Introduction, Method, Results and Discussion), en standardisert mal for oppbygging av vitenskapelige artikler (Søk og skriv, 2022). IMRaD-strukturen kan ofte bidra til å skille forskningsartikler fra fagartikler. Imidlertid, ble et register over vitenskapelige publiseringskanaler brukt for å bekrefte at de utvalgte forskningsartiklene var fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrift (Kanalregisteret, u.å). Alle fire artiklene var godkjent på nivå 1 eller 2, som er de høyeste nivåene for vitenskapelighet.

### **3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur**

I arbeidet med bacheloroppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag, har vi benyttet oss av faglitteratur fra pensum tilhørende bachelorutdanningen på Lovisenberg Diakonale Høyskole, hvorav enkelte kapitelforfattere er lektorer og professorer på egen skole. Noen av fagbøkene har i senere tid også kommet med nyere utgaver, men oppgaven vår er basert på kulletts pensumbøker og deres utgaver. Bøkene er inkludert som supplerende litteratur til forskningsfunnene våre. Av samme grunn, har vi valgt å benytte bøkene «Orems sykepleiemodell i praksis» og «Doing a Literature Review in Health and Social Care». De ble anbefalt etter søk på Oria sammen med bibliotekaren på høyskolens bibliotek.

Det er anvendt lover, forskrifter og rammeplaner fra lovdata og regjeringens nettside som tydeliggjør rammene for oppgaven. Supplerende forskningsartikler er samtidig brukt for å

styrke oppgaven med mer forskningsbasert kunnskap enn kun de fire inkluderte forskningsartiklene. Som supplerende forskningsartiklene er Casey et al. (2008), Cronenwett et al. (2007), Früh et al. (2020) og Popenoe et al. (2021) benyttet. Andre nettsider til troverdige organisasjoner som Sykepleien, WHO, NHI, HelseNorge og Diabetesforbundet, har også blitt brukt som supplement.

## 4 Resultater

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Tabell 3: Artikkelmatrikse

Database	Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering
Cinahl	Castensø-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen B. S., & Husted, G. R. (2017), Danmark	Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes – a qualitative study using visual storytelling	Utforske og beskrive erfaringer til ungdommer som lever med diabetes type 1 samt deres foreldre, og basert på dette identifisere deres behov for støtte i arbeidet om å forbedre ungdommens egenomsorgsevner.	Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i visuell historiefortelling av ni ungdommer (15-19 år) med diabetes type 1 samt deres foreldre (7 mødre, 6 fedre).	Studien kom frem til særlig fire hovedtemaer ungdom og foreldrene opplevde som strevende i håndtering av T1DM, og som sykepleier trenger å være bevisst på for å bidra med et godt helsetjenestetilbud for dem:  1) Behov for trygghet 2) Behov for normalitet 3) Behov for uavhengighet 4) Bekymring tilknyttet fremtiden  Til tross for likheter i bekymringer og utfordringer, ble de opplevd ulikt mellom ungdommene og foreldrene. Tankene og følelsene deres forble ofte tilbakeholdt og deres bekymringer forble uløst.	<b>Sjekkliste:</b> Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie. (Vedlegg 2)  <b>Poeng:</b> 9/10
Cinahl	Früh, E.A., Misvær, N. & Helseth, S. (2021), Norge	Ungdommers erfaring med nyoppdaget diabetes 1	Få kunnskap om ungdommers erfaringer med å få diabetes type 1. Dette skal bidra i utarbeiding av et godt helsetjenestetilbud for denne pasientgruppen.	Kvalitativ metode. Individuelle semistrukturerte intervjuer av åtte ungdommer (13-18 år) med nyoppdaget diabetes. Data ble analysert med innholdsanalyse.	Studien konkluderer med fire hovedtemaer ungdom med T1DM trekker frem som utfordrende i prosessen mot mestring i selvstendig håndtering av T1DM:  1) Starten på livet med diabetes 2) Selvstendighet og ansvarsforhold mellom ungdom og deres foreldre 3) Omverden og selvbylde 4) Den nye hverdagen  Ungdom ønsker at sykepleiere skal utvikle en god relasjon med dem basert på respekt, tillit og samarbeid. Parallelt, har ungdom behov for at sykepleiere er personlige, støttende og åpne for at de kan dele alle typer tanker, følelser og reaksjoner. Særlig støtte til ungdommenes positive erfaringer kan frembringe motivasjon til å mestre livet med T1DM fremover.  Foreldres rolle er betydningsfull, men kan oppleves krevende i dagliglivet grunnet stadige råd og overvåking. Sykepleier bør derfor åpne opp for samtale hvor begge parter kan utveksle bekymringer for å unngå misforståelser.	<b>Sjekkliste:</b> Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie. (Vedlegg 3)  <b>Poeng:</b> 9/10
Cinahl	King, K. M., King, P. J., Nayar, R. & Wilkes, S. (2017), Storbritannia	Perceptions of Adolescent Patients of the «Lived Experience» of type 1 Diabetes	Utforske den «levde opplevelsen» til personer med diabetes mellitus type 1	Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervjuer med 20 personer (16-21 år) diagnostisert med diabetes mellitus type 1 i ungdomsårene.	Studien trekker frem særlig fem fokusområder hos ungdommen som utfordret livet med T1DM, og som sykepleier trenger å vite for å utvikle et godt helsetilbud til pasientgruppen:  1) Håndtere startfase og tilpasning av T1DM 2) Utvikle T1DM-relaterte ferdigheter 3) Regulere følelser relatert til T1DM 4) Sosialisering. Relatert til å forholde seg til sosiale problemer ungdom møter i livet 5) Helsepersonell. Relatert til opplevelser i møte med sykepleiere	<b>Sjekkliste:</b> Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie. (Vedlegg 4)  <b>Poeng:</b> 9/10
Cinahl	Spencer, J.E., Cooper, H. C. & Milton, B. (2013), Storbritannia	The lived experiences of young people (13-16 years) with Type 1 diabetes mellitus and their parents: A qualitative phenomenological study	Utforske ungdoms og deres foreldres erfaring med å leve med diabetes mellitus type 1, fra et fortolkende fenomenologisk perspektiv.	Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervjuer med 20 ungdommer (13-16 år) med diabetes mellitus type 1 og 27 av deres foreldre.	Funn i studien tyder på at det å leve med T1DM i ungdomsårene blir preget av tre ulike læringsstadier i prosessen mot mestring i egenomsorg:  1) Tilpasning til diagnosen 2) Å lære å leve med T1DM 3) Å bli uavhengig  Kunnskap om ungdommers erfaringer rundt stadiene, kan bevisstgjøre sykepleier på deres funksjon i veiledning for å bedre ruste ungdommene i møte med disse.  Å lære av egne erfaringer (erfaringsbasert læring) ble studert til å være nøkkelen til at ungdom utvikler mestring i egenomsorg og selvstendighet. Støtte og tilrettelegging fra foreldre og sykepleier sin side, er essensielle tiltak for at ungdommen får friheten til å lære å leve med T1DM gjennom prøving og feiling.	<b>Sjekkliste:</b> Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie. (Vedlegg 5)  <b>Poeng:</b> 10/10

## 4.2 Syntese av resultatene

I de fire strukturerte utvalgte forskningsartiklene, er det gjort felles funn på at T1DM påfører ungdommen mer eller mindre hverdagslige bekymringer og utfordringer som preger opplevelsen av normalitet og selvstendig ivaretagelse av egenomsorg. Kombinasjonen mellom å ikke ville være annerledes i sosiale settinger, kunnskapsmangel og fremtidsbekymringer, gjør at ungdommer mister motivasjon til hensiktsmessig håndtering av T1DM. Å ikke mestre T1DM-relatert livsstil forårsaker følelsen av mislykkethet, og ungdom kan derfor bevisst velge å ignorere sykdommen. For eksempel unngår de deling av egne bekymringer med foreldre og helsepersonell, neglisjerer symptomer, samt foretrekker bruk av ulike uhensiktsmessige strategier for å unngå oppmerksomhet rundt offentlig T1DM-håndtering. Dette til tross for bevissthet om de negative konsekvensene og komplikasjonene disse holdningene kan medføre.

Parallelt, fremhever forskningsartiklene at ungdom ønsker å være selvstendige i sin T1DM-håndtering, men at et støttende nettverk også er svært betydningsfullt for deres mestring av egenomsorg. Imidlertid blir manglende støtte fra jevnaldrende, foreldre og helsepersonell ansett som ugunstig i mestringsarbeidet. Særlig påpekes grad av foreldreinvolvering til å være et vanskelig tema i ungdommens sykdomshåndtering. I forskningen deler også ungdommene sine erfaringer i møte med helsepersonell. God relasjonsbygging basert på tillit, åpenhet og anerkjennelse, personsentrert sykepleie og empowerment blir foretrukket i kommunikasjon med ungdommen. Skremmende og dømmende holdning samt å synes synd på dem, har derimot ingen effekt.

## 5 Diskusjon

Problemstillingen som skal bli besvart i denne bacheloroppgaven er: *På hvilken måte kan sykepleierens veiledende funksjon fremme mestring i egenomsorg hos ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?* Dette kapittelet er inndelt i to underkapitler; resultatdiskusjon og metodediskusjon. Under resultatdiskusjon, blir forskningsfunn diskutert opp mot teori, sykepleiefaglig relevans og problemstillingen, innenfor gitte rammefaktorer. I metodediskusjonen blir styrker og svakheter tilknyttet egen metode samt innhold i de fire inkluderte forskningsartiklene vurdert og diskutert.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Ungdommers bekymringer og utfordringer

##### Å møte ungdommenes bekymringer og utfordringer

Ungdomstiden er perioden kjennetegnet av mye eksperimentering, selvstendigjøring og å kontinuerlig se ens egen utvikling opp mot jevnaldrenes utvikling. For ungdom med nyoppdaget T1DM er det ofte nødvendig å tilsesette disse naturlige elementene, noe som setter ens egen utvikling på vent (Grønseth & Markestad, 2017, s. 188). Det gjør at ungdommer reagerer med bekymringer og opplever utfordringer tilknyttet å leve et normalt liv med kronisk sykdom. For eksempel beskriver noen ungdommer at T1DM-håndteringen er en ekstra byrde i hverdagen, en psykisk kamp og at sykdommen begrenser livet deres (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Früh et al., 2021; King et al., 2017; Spencer et al., 2013). Med andre ord utfordrer T1DM tilfredsstillende av egenomsorgsbehov og vanskeliggjør å imøtekomme det Orem definerte som terapeutisk egenomsorgskrav, som deriblant ville fremmet helse og opprettholdelse av normalfunksjon (Cavanagh, 2001, s. 24).

I møte med ungdommenes uttrykte bekymringer og utfordringer kan sykepleier bistå og tilrettelegge for at ungdommenes terapeutiske egenomsorgskrav blir ivaretatt. Gjennom å bli godt kjent med ungdommen og være tilgjengelig for deres verbale og nonverbale uttrykk samt aktivt lytte, får ungdommer uttrykt sine følelser og opplevelser, behov og frustrasjoner (Eriksen, 2015, s. 901-902). I forskningen kommer det samme frem, hvor ungdom foretrekker veiledning fra sykepleiere som forstår dem som individer, er emosjonelt støttende og gir rom for å dele tanker og erfaringer fremfor å bli dømt eller å bli synes synd på (Castensøe-Seidenfaden et al.,



2017; Früh et al., 2021). Det viste seg at gjennom å anerkjenne egne følelser, også ville lette aksept til sykdom og behandling senere. Likevel erfarer noen ungdommer at sykepleiere ikke er åpne nok under veiledningen, og føler at de ikke blir sett som et individ bak sykdommen (King et al., 2017, s. 30). Det kan tenkes at tidspress er et faktum på sykehusavdelingene som forårsaker stress og oftere bruk av standardiserte veiledningsmetoder. Samtidig kan egne jobb- og sykehuspraksiserfaringer underbygge at helsepersonell stort sett synes det er krevende å kommunisere med ungdom, så helsepersonell vegrer seg derfor. Det strider imot ungdommenes rettigheter på å få lik tilgang på helsehjelp av kvalitet som øvrige aldersgrupper (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-1). God veiledning til ungdommen forutsetter at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om både fagfeltet og pasientgruppen, samt å være opptatt av det ungdom er opptatt av (Früh et al., 2021; NSF, 2019; Spencer et al., 2013). Dette for å lette på atmosfæren og imøtekomme ungdommens ønske om å snakke om andre ting som ikke er sykdomsrelatert.

### **Kunnskapsmangel blant ungdom**

T1DM krever nødvendige livsstilsendringer i forhindring av diabetesrelaterte komplikasjoner (Jenssen, 2016). Det innebærer å måtte ta ansvar og tilpasse seg anbefalte levevaner, samt tilsidesette frie livsvalg. Kontinuerlig kostholdsplanlegging, glukoseovervåking og insulinadministrering, er eksempler på ferdigheter ungdommene må tilegne seg i ivaretagelse av egenomsorg, som kan virke forstyrrende særlig i puberteten hvor blodglukosen ofte er svingende og uforutsigbar (Jenssen, 2016). En omfattende omstilling mot en ny livsstil er nødvendig, men kan være utfordrende å forstå hensikten av hos ungdom som helst vil være som jevnaldrende. Det preger motivasjon og mestring i egenomsorgen, og kan resultere i forskjellige uhensiktsmessige, «lettvinte» strategier (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017). I forskningen innrømmer eksempelvis enkelte ungdommer at de bevisst opprettholder forhøyet blodglukosenivå grunnet frykt for hypoglykemi, mens andre unngår insulinsetting på skole og trening for å unnlate å vise sykdommen offentlig (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; King et al., 2017; Spencer et al., 2013).

Sykepleieren skal bistå ungdommene i å utvikle evnen til å beherske egenomsorgen sin, og på denne måten sørge for at de i størst mulig grad opprettholder normalfunksjon (Cavanagh, 2001). Ettersom ungdommene håndterer T1DM ulikt, er det essensielt at sykepleier kartlegger og oppdager hva den enkelte kan og hvilket behov den har for ny kunnskap (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 76; Cavanagh, 2001). Veiledningen i etterkant kan dermed tilpasses ungdommen basert på hver enkeltes sykdomsforståelse og hvilke tilpasningsutfordringer de erfarer. I møte med

pasientsituasjonene over, kan sykepleier for eksempel supplere med kunnskap om at verken hypoglykemi eller hyperglykemi er gunstig å opprettholde, mens balanse og kontroll på blodglukosen er essensielt i forhindring av fremtidige komplikasjoner (Jenssen, 2016). I tillegg kan sykepleier veilede i hvordan ungdommen best mulig kan håndtere blodglukosen og unngå fremtidige episoder som for eksempel ketoacidose eller føling. Å sikre forståelse fremmer trygghet og mestring i ungdommenes hverdag, fordi de blir oppmerksomme på symptomer på hypoglykemi og hyperglykemi, og kjenner til tiltak på når de henholdsvis skal innta raske karbohydrater eller sette insulin (Früh et al., 2021, s. 332). Parallelt vil sikring av forståelse forhindre at ungdom «melder seg ut» av samtalen og blir passive (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 78).

### **5.1.2 Nettverk, ansvarsfordeling og selvstendighet**

#### **Et støttende nettverk**

I overgangen fra å håndtere hverdagen fylt med minimale bekymringer til en livsstil hvor helse blir et stort fokus, er et støttende nettverk essensielt (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 74; Grønseth & Markestad, 2017, s. 135-136). Dette sammenfaller med Früh et al. (2021), som har gjort funn på at nettverkets mestring og holdninger til situasjonen påvirker ungdommenes syn på egen situasjon. De understreker viktigheten av å styrke ungdommens nettverk sammensatt av venner, familie og sykepleier for å skape et trygt miljø der det er rom for å dele kunnskap, erfaringer og behov. Denne tilnærmingen kan bidra til å fremheve empowerment hos ungdommen. Bekreftelse på at nettverket har en felles kunnskapsforståelse fremskynder ungdommenes kontroll over faktorer som påvirker egen helse og dermed også kontroll over egenbehandling av T1DM (King et al., 2017; Spencer et al., 2013). På den andre siden, beskriver ungdommer situasjoner hvor de opplevde at nettverket, og særlig jevnaldrende, verken var støttende eller hadde nok kunnskap om T1DM (Spencer et al., 2013, s. e22). Det resulterte i at ungdommenes empowerment og evne til mestring i egenomsorg forble hemmet.

I flere av forskningsartiklene, blir viktigheten av å stimulere ungdommen til aktivitet og interaksjon med andre T1DM-diagnostiserte ungdommer eller grupper med lignende livserfaringer tydeliggjort (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Früh et al., 2021). Ungdommer kan, som nevnt, oppleve seg selv som annerledes enn sine jevnaldrende, fordi de andre for eksempel ikke behøver å ta ulike hverdagslige hensyn som daglig injisering av insulin eller planlegging av måltider (Mellblom & Korsvold, 2018). I denne sammenhengen, kan sykepleier

invitere og styre en felles veiledningsøkt hvor ungdommer sammen kan dele sine positive og negative erfaringer av å leve med T1DM. Å tilbringe tid med andre ungdommer i samme situasjon, kan bidra til å sikre forståelse om at man ikke står alene med sine følelser og utfordringer, og dermed fremme en normaliseringsprosess (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Früh et al., 2021). Sykepleier kan ytterligere bidra med evnen til å aktivt lytte gjennom å stille spørsmål for utdypning til utsagnene som kommer frem blant ungdom (Heyn, 2018, s. 20-21). Aktiv lytting bidrar til å avdekke eventuelle hint til bekymringer i utsagnene, som sykepleier kan fremheve og gjensidig diskutere videre med ungdommene under veiledningen. Gruppeveiledning kan likevel være vanskelig å gjennomføre i praksis grunnet tid og sykepleiemangel.

### **Ungdom-foreldre-forholdet: Ansvarsfordelingen**

Foreldre har en sentral rolle i tilrettelegging for trygt læringsmiljø for ungdommen sin, og på bakgrunn av det støtte og motivere dem til å kunne mestre egenomsorg og den nye livsstilen med T1DM. Det er viktig at foreldrene til en viss grad også tar del i denne prosessen, samtidig som ungdommene selvstendig får prøve seg (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 74). Enighet i ansvarsfordelingen er assosiert med å fremme egenomsorg, bedre psykisk helse og god metabolsk kontroll hos ungdommen (Helgeson et al., 2008, sitert i Spencer et al., 2013, s. e23). Tross nødvendigheten, kan det likevel være avansert å finne balansegangen mellom å ta for mye kontroll, slik at ungdom ikke har frihet nok til å lære av egne feil, eller for lite kontroll, som kan forårsake kaotisk egenomsorg (Spencer et al., 2013). I studiene hadde foreldrene ulike motstridende måter å vise støtte til ungdommene sine på. Eksempelvis ønsket noen foreldre å fungere som rollemodeller ved å selv endre livsstil og inkorporere atferd som å spise sunt, trene og telle karbohydrater, mens andre foreldre derimot valgte å ikke fokusere på diabetesen i hjemmet i like stor grad (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Spencer et al., 2013). Foreldrenes ulike løsninger kan bli oppfattet ulikt av ungdom. Selv om noen erfarer foreldre som betydningsfulle og medvirkende i deres T1DM-håndtering, kan stadige råd, påminnelser og overvåking fremme irritasjon og bli oppfattet som mas og overkontrollering (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Früh et al., 2021; Spencer et al., 2013). Dette kan istedenfor forårsake en motstående effekt, da ungdommene potensielt blir lei av konstant oppfølging og unnlater å følge opp blodglukosemålingene.

Tross viktigheten av å dele ansvar mellom ungdom og foreldre i prosessen mot mestring i egenomsorg, viser funn blant forskningsartiklene at ungdom og deres foreldre noen ganger

ungngår å dele deres T1DM-relaterte tanker og bekymringer med hverandre (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Mellblom & Korsvold, 2018). Baktanken var ofte ønsket om at partenes bekymringer ikke skulle eskalere og være til belastning for den andre. Fra ungdommene sin side, kunne det å ikke dele tankene med foreldre, være et forsøk på å virke mer selvstendige i egenomsorgen enn det de opprinnelig var (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017; Früh et al, 2021). Likevel bidrar de isolerte tankene til å skape store misforståelser og frustrasjoner for begge parter, og bremser prosessen mot ungdommenes selvstendighet. I tillegg satt ungdommene derimot mye alene med sine følelser og bekymringer over diagnosen (Castensøe-Seidenfaden et al., 2017).

Det kan oppstå ulike utfordringer tilknyttet kommunikasjon og ansvarsfordeling rundt T1DM-håndtering mellom ungdom og deres foreldre. Funn i studien til Castensøe-Seidenfaden et al. (2017), fremhever viktigheten av støtte fra sykepleier til både ungdom og foreldre ved å snakke sammen og dele tanker, følelser og bekymringer om livet med T1DM. En annen forskning underbygger dette, ved å vise til at det er hensiktsmessig for en bedre ansvarsfordeling, behandlingsoppfølging og læringsprosess (Früh et al., 2020). Helsepersonell har ifølge spesialisthelsetjenesteloven (2001, §3-8) et lovpålagt ansvar å lære opp og veilede pasienter og pårørende i deres nyankomne situasjon. Basert på Orems egenomsorgsteori, legger det til rette for at sykepleier fortløpende skal vurdere hva pasienten og deres foreldre kan og hva enhver trenger av ny kunnskap. Deretter skal sykepleier kunne veilede, støtte og motivere dem til å mestre den nye livssituasjonen (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 74; Cavanagh, 2001, s. 29). To av studiene belyser at sykepleier kan gi kunnskapsrik kompetanse gjennom tydelige tilbakemeldinger til ungdom og foreldre. Deltakerne av studien poengterer at deres rolle skal innebære å oppmuntre til læring gjennom utvikling av ferdigheter, kunnskap, holdninger og samarbeid (Früh et al., 2021; King et al., 2017).

Videre er det ikke uvanlig at sykepleier møter ungdomspasientene sammen med enten en eller begge av deres foreldre på sykehuset (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 79). Med hensyn til ungdommens rettigheter som pasient, kan det være en krevende oppgave for sykepleier å både ivareta deres selvstendighet, sårbarhet og kompetanse, og samtidig dekke foreldrenes behov. Til tross for at foreldre er viktige samarbeidspartnere i samtaler med ungdom og sykepleier, skal ungdommens juridiske rettigheter være en prioritet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 102). Disse rettighetene er avhengig av alder, men alle ungdommer besitter retten til å få tilpasset informasjon og veiledning slik at man sammen kan dele meninger og medvirke til alt som angår

egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §4-4). Likevel understreker litteraturen at når foreldre først deltar, er det ofte de som styrer veiledningssamtalene på vegne av ungdommen sin (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 79). Det samme opplyser en av ungdommene i Spencer et al. (2013), som ble irritert da han opplevde at sykepleier kun henvendte seg til foreldrene og virket helt uinteressert i han. Lignende erfaringer oppsto hos ungdommer i en annen forskning, hvor de istedenfor å føle ivaretagelse, ikke følte seg behandlet som individer (King et al., 2017, s. 30). Å være alene med ungdommen i veiledningen, er en av de syv utarbeidede kommunikasjonsferdigheter som sykepleier kan forsøke å gjennomføre. Det kan gjøre det lettere å få frem ungdommenes tanker om utfordringer i egenomsorgen som ikke hadde kommet frem med foreldrene til stede (Mellblom & Korsvold, 2018, s. 79).

### **5.1.3 Normalisering og en framtid med T1DM**

Selv om tidligere studier har identifisert at ungdommer er mer «her-og-nå»-tenkere fremfor å være opptatt av konsekvenser, viser funn blant de fire inkluderte forskningsartiklene at ungdommer med T1DM bekymrer seg for fremtiden, men har likevel høye blodglukose- og HbA1c-verdier. I arbeidet mot å fremme egenomsorg og en normalisering av ungdommenes livssituasjon, kan sykepleier i veiledningen gi råd og assistanse til hvordan ungdommen kan opprettholde en balansert HbA1c og parallelt begrunne viktigheten gjennom opplysning om fremtidige T1DM-relaterte komplikasjoner (Cavanagh, 2001, s. 24). Under veiledningen må sykepleier tilpasse sin kunnskapsformidling til hvert enkelt sitt liv og sin diabetes. I denne sammenhengen kan personsentrert sykepleie bidra til å veilede ungdommen mot insulinbehandling, regelmessige blodglukosemålinger, ernæring og fysisk aktivitet, som er «riktige» og tilpasset akkurat den (Jenssen, 2016). Å oppnå normalisering avhenger av mestring i disse enkeltfaktorene som utgjør egenbehandlingen av T1DM. Det samme understreker en T1DM-diagnostisert ungdom som gir råd til andre ungdommer med nydiagnostisert T1DM, som sier at: «(...) hvis du sjekker blodsukkeret og tar insulin, så er det akkurat som alle andre. (...) du er ikke så forskjellig bare fordi du har fått diabetes» (Früh et al., 2021, s. 331). På den andre siden, er motivasjon til å faktisk gjennomføre det, et faktum i mestringsprosessen. Sykepleier har kun mulighet til å påvirke ungdommens ytre motivasjon i veiledningen, men kan gjennom sine tilpassede kommunikasjonsferdigheter omgjøre det til indre motivasjon. Da vil det være den følelsesstyrte drivkraften som forårsaker egenomsorgen av T1DM, og man kan forvente at motivasjonen til selvstendig T1DM-håndtering er varende (Hestvold, 2018).

I forbindelse med kronisk sykdom, er det å gjøre T1DM-håndteringen tilnærmet lik en normal situasjon, nødvendig for at ungdom kan se for seg en fremtid med sykdommen. Da understøtter sykepleieren «håp, mestring og livsmot hos pasienten» (NSF, 2019). Personsentrert veiledning som tilrettelegger for at pasienten kan ivareta seg selv og sitt liv, samt ta selvstendige valg tross sykdom, fremmer deres autonomi. Selv om sykepleieutøvelsen var personsentrert, erfarte noen ungdommer likevel at klinisk kunnskap fra veiledningen ikke alltid var gjennomførbar i det virkelige liv (Spencer et al., 2013). Når det ikke samsvarer og ungdommen opplever å ikke mestre det de blir veiledet til i sitt dagligliv, blir prosessen mot normalisering hemmet. Ettersom T1DM er en individuell sykdom, foreslår ungdommer å danne egne mestringsstrategier i håndteringen (Früh et al., 2021). Tilsvarende bekreftes i studien av Spencer et al. (2013) sin studie, som fastslår at ungdommen gjennom prøving og feiling fikk utforske hva som fungerte best for dem. Å støtte en slik erfaringsbasert læring som sykepleier, er en forutsetning for utvikling av selvstendighet hos ungdommen.

Et godt utgangspunkt for å mestre livet med T1DM, er akseptering av situasjonen og samtidig ikke la den styre livet (Diabetesforbundet, 2021). Da er det ifølge ungdom viktig at sykepleier viser tålmodighet, anerkjennelse og forståelse for at aksepterings- og tilpasningsprosessen pågår (Früh et al., 2021; Castensøe-Seidenfaden et al., 2017). Likevel kan helsetjenestens rammefaktorer igjen påvirke, særlig på sykehuset og i poliklinikker som i stor grad er preget av tidspress og tidsbestemte veiledningstimer. Forskning fremhever derimot andre tiltak benyttet under veiledning som har vist god effekt på ungdoms akseptering av T1DM. Å støtte ungdommenes positive erfaringer i T1DM-håndtering og hjelpe dem å utarbeide spesifikke rutiner og mål, er to eksempler (Früh et al., 2021; Spencer et al., s. e22). Ifølge Orem, er målsetting et viktig element i egenomsorgen (Cavanagh, 2001). Imidlertid er forsøk på å skremme ungdommen med eksempelvis død som verste utfall ved dårlig regulert blodglukose, en kommunikasjonsmetode som derimot ikke har effekt på mestring i egenomsorg (Früh et al., 2021; King et al., 2017). I møte med ungdommen, er ivaretagelse av deres autonomi essensielt, da de færreste ungdommer liker å bli påtvunget å utføre T1DM-relaterte tiltak (Früh et al., 2021; Castensøe-Seidenfaden et al., 2017). Når ungdommen er bruker av helsetjenesten, må sykepleier følge deres yrkesetiske retningslinjer og respektere ungdommenes valg overfor egen kropp og helse (NSF, 2019). I motsatt fall kan det hindre dem i å mestre sykdommen på egenhånd.

## 5.2 Metodediskusjon

### 5.2.1 Styrker og svakheter tilknyttet egen metode

Litteraturstudie er metoden som er anvendt til datainnsamlingen for å besvare problemstillingen. Å analysere og sammenligne allerede eksisterende litteratur og forskning til hensikt for oppnåelse av ny innsikt i tematikken, sparer både tid, kostnader og ressurser sammenlignet med å gjennomføre en ny studie. Litteraturstudiets strukturerte forskningssøk og godt dokumenterte søkestrategi tillater samtidig etterprøvbarhet av resultatene (Dalland, 2017, s. 57-58). Det danner grunnlag for tillit hos leseren som selv har mulighet til å vurdere oppgavens fremlagte forskningsresultater og konklusjon. På den andre siden, kan en svakhet ved metoden være at man blir nødt til å bruke data funnet i andres gjennomførte studier, som man selv verken har hatt mulighet til å påvirke eller kvalitetssikre (Busch, 2013, s. 48). I tillegg kan det brede litteraturutvalget vi har hatt, tilknyttet oppgavens tematikk, ha gitt oss en større frihet i valg av inkludert forskning og annen litteratur. Det øker sannsynligheten for en subjektiv utvelgelse som kan ha understøttet egne hypoteser rundt problemstillingen (Dalland, 2017).

På en annen side er litteraturstudie en hensiktsmessig metode for å holde seg oppdatert på forskningsbasert kunnskap. Innenfor en gitt kontekst, er forskningsbasert kunnskap, sammen med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning, tre sentrale elementer for å etterleve forventning om kunnskapsbasert praksis og en sykepleieutøvelse av kvalitet (Graverholt et al., 2015, s. 185). I denne oppgaven blir behovet for ytterligere forskning om veiledning og kommunikasjon til ungdom mot mestring av kronisk sykdom tydeliggjort. Ved å utføre en litteraturstudie, blir den forskningsbaserte kunnskapen strukturert innhentet til formål om å oppnå en kunnskapsbasert praksis innenfor dette fagfeltet.

Opgavens problemstilling kan bli ansett som noe bred, men med et godt forarbeid i funn av relevante søkeord og kombinasjoner som samsvarte med nøkkelord i problemstillingen, ga det oss et presist litteratursøk. Et smalt treff på 43 forskningsartikler, kan også indikere at vi underveis i søkeprosessen kan ha mistet viktig, relevant forskning. Til tross for betydningen av kvalitative studier, kunne eksempelvis unngåelse av å kombinere søkeordet «qualitative studies», gi et bredere treff på andre typer studier som muligens også kan ha vært betydningsfullt for å svare på problemstillingen. Samtidig var oppgaverammen kun satt til ett søk i forskningsdatabasen Cinahl. Det begrenset friheten til å velge blant mer relevant forskning på feltet, som istedenfor ble supplerende litteratur. Å inkludere fire forskningsartikler tross en

relativ bred problemstilling, kan også være en svakhet. Det var en vurdering vi tok grunnet en begrenset ordramme samt ønsket om å i større grad prioritere dybdeanalyse av de inkluderte forskningsartiklene.

Å være to i utvalgelse av forskningsartiklene var en styrke, grunnet muligheten til å diskutere med hverandre og oppnå en slags konsensus gjennom en enighet om de inkluderte forskningsartiklene. Imidlertid var denne enighetsprosessen tidkrevende og forutsatte at kriteriene måtte være tydeliggjort for begge parter. Årsaken bak inkluderingen av nøyaktig disse fire forskningsartiklene, var den samlede vurderingen tatt etter kritisk analysing av sammenhengen mellom inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier og forskningsartiklene, samt sjekk av forskningsartiklens kvalitet, gyldighet og overførbarhet gjennom poengscoren og kommentarene artiklene fikk basert på Helsebibliotekets sjekklister (Helsebiblioteket, 2016). De ytterligere inklusjons- og eksklusjonskriteriene beskriver årsaker til ekskluderingen av de 39 resterende forskningsartiklene (tabell 1).

### **5.2.2 Styrker og svakheter tilknyttet inkluderte forskningsartikler**

For å besvare problemstillingen har vi som nevnt anvendt fire ulike forskningsartikler. Forskningsartiklene var alle av kvalitativt design, noe vi bevisst anså som fordelaktig. Søkeordet «qualitative studies» ble derfor inkludert i litteratursøket vårt i Cinahl. Å anvende fire kvalitative forskningsartikler anses som en styrke for å svare på problemstillingen vår, ettersom vi er ute etter ungdommens erfaringer relatert til T1DM og egenomsorg, og på bakgrunn av de belyse hvordan sykepleiere i klinisk praksis kan bistå med veiledning til å fremme mestring. Forskningsartiklens funn tar sikte på blant annet fleksibilitet rundt svaralternativene istedenfor faste svaralternativer, samt formidling av forståelse fremfor forklaring innen fagfeltet, noe som kjennetegner den kvalitative tilnærmingen (Dalland, 2017, s. 53).

Det er også en styrke at konteksten i forskningsartiklene i stor grad samsvarer med oppgavens avgrensninger. For eksempel er informantene i forskningsartiklene ungdommer, i tillegg til at Castensøe-Seidenfaden et al. (2017) og King et al. (2017) også retter fokus mot foreldrenes erfaringer med at barnet deres blir diagnostisert med T1DM. Ungdommens nettverk har både positiv og negativ påvirkningskraft på ungdommen, og det kan derfor være en styrke å inkludere deres perspektiver også (Grov, 2015, s. 57). Sett i motsetning, var det sammenlagte



aldersspennet på deltakerne i studiene 13-21 år, til tross for oppgavens avgrensning til ungdom 13-18 år. Forskningsartiklene ble likevel inkludert, da det uansett i det avgrensede aldersspennet vil være store individuelle psykososiale forskjeller ungdommer imellom og ettersom det er kombinasjonen ungdom og T1DM-diagnostiseringen oppgaven setter fokus på. Likevel kan det også være en svakhet at noen av informantene var nydiagnostisert for opptil 15 år siden, ettersom tiden kan ha påvirket deres reaksjoner og følelser i forbindelse med diagnostiseringen (King et al., 2017; Spencer et al., 2013).

I likhet med studien til Castensøe-Seidenfaden et al. (2017), blir deltakerne i studien til både Früh et al. (2021) og King et al. (2017) kun rekruttert fra en bestemt poliklinikk i landet. I tillegg er det maks 20 ungdommer som deltar i hver forskning. Dette kan bli ansett som to svakheter som kan påvirke forskningsfunnene negativt. Mindre variasjon i deltakere parallelt med at de blir fulgt opp av samme helsepersonell i poliklinikkene, kan gjøre det vanskelig å generalisere resultatene. En annen svakhet er at noen av deltakerne måtte få godkjenning av en forelder for å kunne delta, noe som også kan tenkes å påvirke studien i form av at eksempelvis kun de familiene som klarte å håndtere T1DM godt, valgte å delta. Videre var tre av fire forskningsartikler skrevet på engelsk. Det kan dermed være en fare for at innhold i forskningsartiklene kan ha blitt noe feiltolket eller misforstått av oss underveis. Tvert imot, er det en styrke at alle fire artiklene ble utarbeidet i Skandinavia og Storbritannia. Det kan antas at det er noe mindre kulturelle forskjeller i helsetjenestene, noe som gjør at forskningsfunnene er overførbare til å kunne sammenlignes med den norske helsetjenesten.

## 6 Konklusjon

Ungdommer kan oppleve kronisk sykdom som en stor belastning. T1DM byr på bekymringer og utfordringer i en hverdag hvor ungdom helst vil være som andre jevnaldrende. Selv om ungdom ønsker en selvstendig sykdomshåndtering, er ansvarsfordeling med foreldre i flere tilfeller hensiktsmessig for å ivareta egenomsorgen. T1DM stiller store egenomsorgskrav og krav til nødvendige livsstilsendringer. Det forutsetter mestring i blodglukoseovervåking, insulinadministrering og god planlegging med tanke på eksempelvis kosthold samt sosiale- og fysiske aktiviteter. Mestring i egenomsorg er essensielt i forebygging av komplikasjoner og for å leve et godt liv med sykdommen.

I denne oppgaven var hensikten å svare på problemstillingen: *På hvilken måte kan sykepleierens veiledende funksjon fremme mestring i egenomsorg hos ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?* Til tross for at flere sykepleiere synes det er krevende å kommunisere med ungdom, er sykepleierens veiledende funksjon betydningsfull i denne sammenhengen. Først og fremst bør sykepleier være bevisst på egne holdninger i dialog med ungdom. Gjennom respekt, åpenhet, støtte og anerkjennelse, kan sykepleier påvirke og understøtte motivasjon til egenomsorg og samtidig bekrefte ungdom som eksperten på seg selv. Dømmende og skremmende holdninger samt å synes synd på ungdommen, gir derimot ingen effekt. Personsentrert sykepleie og bruk av kommunikasjonsferdigheter som aktiv lytting og identifisering av verbale- og nonverbale uttrykk, er essensielt for en god kartlegging av den enkeltes sykdomsforståelse og behov for ny kunnskap. Da blir veiledningen i større grad opplevd som nyttig for den enkelte. Videre, kan tilgjengelighet overfor foreldrene også fremme ungdommenes mestring. Det gjelder særlig forebygging av misforståelser mellom ungdom og foreldre samt bistå i å finne balansegangen mellom for mye og for lite kontroll på ungdommens liv. Å sørge for at veiledningsmaterieell er gjennomførbart i hverdagen og sammen med ungdommen utarbeide målrettede hverdagsrutiner, er sentralt i arbeidet mot akseptering av den nye livssituasjonen. Målet med veiledningen, er at ungdommene skal kunne leve et liv som om de ikke var diagnostisert med T1DM.

Til tross for disse funnene, er det likevel ikke gjort en fullstendig gjennomgang av tematikkens litteratur. Dermed kan det være usikkerhet tilknyttet konklusjonene som blir trukket. Likevel er funnene relatert til sykepleierens veiledende funksjon og deres personsentrerte kommunikasjonsferdigheter nyttige og overførbare i møte med ungdommer på alle nivåer i den norske helsetjenesten.

## Referanseliste

- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A practical Guide*. (4. utg.). Open University Press.
- Busch, T. (2013). *Akademisk skriving for bachelor- og masterstudenter*. Fagbokforlaget.
- Casey, B. J., Jones, R. M. & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *New York Academy of Science*, 1124(1), 111-126.  
<https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Castensøe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, B. S. & Husted, G. R. (2017). Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes: a qualitative study using visual storytelling. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3018-3030.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13649>
- Cavanagh, S. J. (2001). *Orems sykepleiemodell i praksis* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1999).
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. T. & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), 122-131.  
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Diabetesforbundet. (2021, 11. mars). *Hverdagsmestring*. Diabetes.  
<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/livet-med-diabetes-type-1/hverdagsmestring/>
- Diabetesforbundet. (2022, 02. august). *Blodsukker og måling*. Diabetes.  
<https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/blodsukker/>
- Diabetesforbundet. (u.å.). *Pubertet og diabetes*. Diabetes.  
<https://www.diabetes.no/felles/ung-med-diabetes/tenarene-med-diabetes/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 31. mai). *Diabetes i Norge*. FHI.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>
- Früh, E. A., Misvær, N. & Helseth, S. (2020). Mødres erfaringer med omsorg for en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1. *Sykepleien Forskning*, 15(82224), 1-16.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82224>

- Früh, E. A., Misvær, N. & Helseth, S. (2021). Ungdommers erfaring med nyoppdaget diabetes 1: en kvalitativ studie. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(4), 324-335.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-04-07>
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 179-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Grov, E. K. (2015). Å være pårørende til en hjelptrengende pasient. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 56-69). Cappelen Damm Akademisk.
- Grønseth, R. & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2021, 20. januar). *Cinahl*. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsedirektoratet. (2020, 22. oktober). *Diabetes type 1*. Helsenorge.  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/diabetes-type-1/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- Hestvold, I. V. (2018). I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 119-160). Gyldendal.
- Heyn, L. G. (2018). I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Gyldendal.
- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 386-399). Gyldendal.
- Kanalregisteret. (u.å.). *Om Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Kanalregister.  
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>
- King, K. M., King, P. J., Nayar, R. & Wilkes, S. (2017). Perceptions of Adolescent Patients of the “Lived Experience” of Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(1), 23-35.  
<https://doi.org/10.2337/ds15-0041>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

- Kvam, M. (2016, 24. november). *Pubertet og type 1 diabetes*. NHI.  
<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-type-1/pubertet-og-type-1-diabetes/>
- Liseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.
- Lode, K. (2016). I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (s. 40-55). Cappelen Damm Akademisk.
- Mellblom, A. & Korsvold, L. (2018). I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 71-87). Gyldendal.
- Molven, O. (2015). Pasienters og brukers rettigheter og plikter. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 70-103). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk helseinformatikk. (2021, 06. april). *HbA1c, langtidsblodsukker*. NHI.  
<https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/diabetes-generelt/hba1c/>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Sykepleieres yrkesetiske retningslinjer*. NSF.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(1), 175-186.  
<https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Ribu, L. & Singstad, T. (2019). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (s. 592-644). Cappelen Damm Akademisk.
- Singstad, T. (2022). Å leve med diabetes type 1 er en balansekunst. *Sykepleien*, 1-12.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87856>
- Skrivarhaug, T. Kummernes, S. J. & Gani, O. (2021). *Barnediabetesregisteret: Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes* (Årsrapport 2020). Oslo Universitetssykehus.  
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-09/Barne-og%20undomsdiabetes%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>
- Spencer, J. E., Cooper, H. C. & Milton, B. (2013). The lived experiences of young people (13-16 years) with Type 1 diabetes mellitus and their parents: A qualitative phenomenological study. *Diabetic Medicine*, 30(1), e17-e24.  
<https://doi.org/10.1111/dme.12021>

Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). *Loven om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§3-8>

Søk og skriv. (2022, 29. august). *IMRaD-modellen*. Søk & Skriv.

<https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html>

Tveiten, S. (2019). *Veiledning – Mer enn ord* (5. utg.). Fagbokforlaget.

WHO. (1998). *Health Promotion Glossary* (2. utg.). World Health Organization Geneva.

# Vedlegg

## Vedlegg 1



Friday, December 02, 2022 8:12:27 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S13	S1 AND S7 AND S8 AND S9	Limiters - Published Date: 20120101-20221231 Narrow by Language: - danish Narrow by Language: - english Narrow by SubjectAge: - adolescent: 13-18 years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	43
S12	S1 AND S7 AND S8 AND S9	Limiters - Published Date: 20120101-20221231 Narrow by SubjectAge: - adolescent: 13-18 years Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	47
S11	S1 AND S7 AND S8 AND S9	Limiters - Published Date: 20120101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	55
S10	S1 AND S7 AND S8 AND S9	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	85
S9	S4 OR S5 OR S6	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	116,919
S8	S2 OR S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	676,707
S7	(MH "Qualitative Studies+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	175,937
S6	(MH "Coping+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	41,856
S5	(MH "Self-Efficacy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	25,402
S4	(MH "Life Experiences+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	54,376
S3	(MH "Parents+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	113,376
S2	(MH "Adolescence+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	589,960
S1	(MH "Diabetes Mellitus, Type 1+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	28,420

## Vedlegg 2

# 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](http://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](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Castensøe-Seidenfaden, P., Teilmann, G., Kensing, F., Hommel, E., Olsen, B. S. & Husted, G. R. (2017). Isolated thoughts and feelings and unsolved concerns: Adolescents' and parents' perspectives on living with type 1 diabetes: a qualitative study using visual storytelling. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3018-3030.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.13649>



## 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:

Formålet med studien var å utforske og beskrive erfaringene til ungdom og deres foreldre som lever med diabetes mellitus type 1 (T1DM), for å identifisere deres behov for støtte til økt selvstendighet i egenomsorg i overgangen fra barn til voksen.

Forskerne ønsket å undersøke denne problemstillingen, fordi det er behov for mer detaljert kunnskap om utfordringene som både ungdom og foreldre står overfor, til hjelp i fremtidig klinisk praksis i møte med deres utfordringer med T1DM i hverdagen. Derfor er problemstillingen relevant.

### 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:

Kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode å bruke for å få svar på problemstillingen, fordi forskningsmetoden blir brukt til å analysere kvalitative data. Dette er data som oftest forekommer i tekstformat istedenfor tall. Ettersom studien undersøker deltakernes erfaringer og opplevelser, er kvalitativ metode nyttig.

### 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:

IMRaD (innledning, metode, resultat og diskusjon) er benyttet, en mal for oppbygning av en vitenskapelig artikkel. Det er en hensiktsmessig mal å bruke, ettersom forskningsartikkelen blir fremstilt etter en strukturert rekkefølge. Det gjør det lettere å raskt finne frem til en bestemt del av artikkelen.

Det er blitt brukt kvalitativ forskningsdesign i denne studien som inkluderer en unik vri, med visuell fremstilling i form av fotografi, som legger til rette for et utgangspunkt til intervjuet. Bruk av dette designet er begrunnet til at bildene tatt fra hverdagen, støtter deltakerne når de skal fortelle om deres individuelle perspektiver, utfordringer og livsstil med T1DM.

#### 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:

Forskningsartikkelen gjør rede for hvem som ble valgt og årsaken bak. Ungdommene og deres foreldre fra en diabetesavdeling på et sykehus i Danmark ble kun invitert med i studien hvis de var mellom 15-19 år og har vært diagnostisert med T1DM i minst ett år. Eksklusjonskriterier derimot, var deltakere med psykiske funksjonshemninger som gjorde det vanskelig å delta på studien.

De inkluderte deltakerne sikret variasjon i både alder, kjønn, antall år siden diagnostisering og etnisitet, og all karakteristika kommer strukturert frem i tabell.

Samtidig blir det diskutert at de som ikke ønsket å delta blant de inviterte ungdommene og foreldrene, var av årsaker som at de var altfor opptatte, ønsket ikke dele sine private erfaringer med T1DM, sykdom, uinteresse eller at den ene foreldereren allerede var deltaker.

#### 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 ikke-deltagende 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:**

Det kommer tydelig frem i forskningsartikkelen hvilke metoder som ble valgt for datasamling. Ettersom deltakerne både ble intervjuet og tok bilder i forkant for datasamling, ble begge av metodenes fremgangsmåter beskrevet. Intervjuene ble hovedsakelig basert ut ifra bildene som deltakerne tok. Uken etter fulgte semistrukturerte intervjuer med åpne spørsmål.

Måten dataene er samlet på er begrunnet til at bildene tatt fra hverdagen vil støtte deltakerne når de skal fortelle om deres individuelle perspektiver, utfordringer og livsstil med T1DM.

**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:**

Det blir kun kort nevnt at forskerne er bevisste på at bakgrunnsforhold kan påvirke fortolkning av data. Dette har de løst ved at to av forskerne har konstant vært kritisk i refleksjonen sin av mulige fallgruver i sine antakelser og forforståelser. Likevel synes vi at det blir beskrevet noe diffust og at det ikke kommer tydelig nok frem i forskningsartikkelen.

**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:**

Etiske forhold er vurdert og detaljert beskrevet i løpende tekst. Studien er godkjent av det danske datatilsynet og utført i samsvar med de etiske anbefalingene i Helsingforserklæringen. Forskerne innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakerne, og også fra foreldrene dersom barnet deres var under 18 år. Det blir fremhevet i artikkelen at konfidensialitet og anonymitet ble sikret og pseudonymer ble brukt.

Samtidig kan de etiske forholdene i forskningsartikkelen bli vurdert til å være litt uklart, da vi savner at dette ikke står under egen underoverskrift, men som en avsluttende del av forskningens datasamlingskapittel.

Forskningsartikkelen nevner at forskningsetisk komité ikke er nødvendig i Danmark, og er derfor ikke aktuelt for denne forskningsartikkelen.

## 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:

Det er redegjort for typen analyse som er blitt brukt. Forskningen baserer seg på en såkalt seksfaset tematisk analyse. De seks ulike trinnene i analysen ble godt forklart punktvis. Samtidig er det en klar sammenheng mellom innsamlet data og det forskerne har kommet frem til. Dette har forskerne tatt hensyn til i form av at de i løpet av hele forskningsprosessen har benyttet seg av de samme to forskerne i arbeidet med analysen.

Tilstrekkelig data blir presentert for å underbygge funnene. For eksempel har de både tatt med bildene og sitater fra transkripsjonen med i forskningsartikkelen.

## 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:**

Funnene er klart presentert i underoverskrifter, hvorav både direkte sitater fra deltakerne og forskernes tolkninger av sitatene kommer frem. Under diskusjonsdelen, blir det også trukket inn andre kilder som underbygger funnene. Dette fremmer troverdigheten.

Forskerne har diskutert både styrker og begrensninger i deres forskning. De trekker blant annet frem at en styrke var at intervjueren ikke var ikke bekjent av familiene, noe som oppmuntret dem til å være åpne og snakke fritt om hverdagen sin. På den andre siden, trekker de frem at en begrensning var at intervjuene som skjedde på skolen eller hjemme kunne øke risikoen for forstyrrelse fra andre klassekamerater eller familiemedlemmer som igjen kunne påvirke åpenhet rundt deres tanker og følelser.

Forskningsartikkelen konkluderer med å trekke frem egne forskningsfunn som svar på 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 fenomen.

- 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:**

Funnene i studien er relevant for vår problemstilling, fordi de fremhever viktigheten av sykepleieres rolle for å støtte både ungdom og foreldre til å snakke og dele tanker og bekymringer om deres liv med T1DM.

Forskerne i studien antar at det er første gang visuell historiefortelling er blitt brukt i en forskning for å belyse ungdoms- og foreldrenes perspektiver rundt livet med T1DM. Forskningen bygger på allerede eksisterende kunnskap om at ungdom med denne diagnosen kan oppleve utfordringer rundt ivaretagelse av egenomsorg.

Forskningens funn blir mot slutten av artikkelen vurdert opp mot relevans i dagens praksis, og oppfordrer til ytterligere forskning rundt dette temaet basert på funnene. For eksempel oppfordrer de til ny forskning på implementering av nye tiltak eller metoder som støtter ungdommer og deres foreldre i å finne nye måter å tilpasse seg et liv med T1DM. Likevel er det ikke blitt nevnt noe om funnene kan overføres til andre pasientgrupper.

## Vedlegg 3

# 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](http://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](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Früh, E. A., Misvær, N. & Helseth, S. (2021). Ungdommers erfaring med nyoppdaget diabetes 1: En kvalitativ studie. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 11(4), 324-335.  
<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-04-07>

## 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:

Målet med studien var å få kunnskap om ungdommers erfaringer med å bli diagnostisert med diabetes mellitus type 1 (T1DM), samt hvordan deres hverdag og livskvalitet ble forandret etter diagnostiseringen. Forskerne av studien ønsket å finne svar på dette i håp om å kunne bidra til å utvikle et godt helsetilbud for denne pasientgruppen.

Forskningsartikkelens problemstilling er relevant, fordi funnene, relatert til ungdommenes erfaringer om hva som fungerer og ikke-fungerer i hverdagen deres, kan bidra til å belyse ulike måter sykepleier må tilpasse seg etter i veiledningen for å fremme mestring i egenomsorg hos denne pasientgruppen. Dette fremmer et bedre helsetjenestetilbud for dem.

### 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:

Kvalitativ metode er en hensiktsmessig metode å bruke for å få svar på problemstillingen, fordi forskningsmetoden blir brukt til å analysere kvalitative data. Dette er data som oftest forekommer i tekstformat og ikke tall. Etersom studien undersøker deltakernes erfaringer og opplevelser, er kvalitativ metode nyttig.

### 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:

IMRaD (innledning, metode, resultat og diskusjon) er benyttet, en mal for oppbygning av en vitenskapelig artikkel.

#### 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:

Utvalget består av ungdom med nyopplaget T1DM. Inklusjonskriteriene var at de skulle være mellom 13-18 år, snakke norsk og ha fått diagnosen i løpet av de siste to årene. De ble rekruttert når de var på kontroll på poliklinikk.

Karakteristika ved utvalget ble beskrevet, men beskrivelsen var noe uoversiktlig. Det var åtte av 28 ungdommer (m/foreldre) som takket ja for å delta. Det inkluderte fire ungdommer fra hvert kjønn, hvorav syv var etnisk norske, mens en hadde innvandrerbakgrunn. De var alle diagnostiserte med T1DM fra 8-22 måneder før intervjustart.

#### 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 ikke-deltagende 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:

Valg av setting for datasamling ble godt begrunnet. Deltakerne ble intervjuet tre ganger i løpet av året på grunn av forskernes ønske om å forstå prosessen ungdommene gikk gjennom mens de lærer å leve med kronisk sykdom. I tillegg fikk ungdommene selv velge hvor intervjuet skulle foregå (hjemme, skolen, poliklinikken).



Forskerne har benyttet seg av kvalitativ tilnærming og bruk av individuelle semistrukturerte intervjuer med fokus på livskvalitet og mestring. Valget av forskningsdesignet er begrunnet til at de gjennom dette designet får innsikt i ungdommenes opplevelser og erfaringer i tiden etter satt diagnosen.

Måten dataene ble innsamlet på er beskrevet i et eget avsnitt som de har kalt «analyse». Her beskriver de detaljert hva innholdsanalyse går ut på parallelt med fremgangsmåten i deres dataanalyse, som var å registrere intervjuene via lydopptak for så å transkribere det ordrett.

Metning av data er kort oppsummert i en setning under «metodediskusjon», hvor forskerne mener at analyseprosessen indikerer metning til tross for kun åtte informanter, fordi de fant gjentagende mønstre dem imellom.

## 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:

Det ble svært kort redegjort for forhold som kunne ha påvirket fortolkningen av data, noe som gjorde det litt uklart og vanskelig å få med seg i løpende tekst. For eksempel knyttet til fordeler og ulemper ved bruk av en helsesykepleier som intervjuer ungdommene. Fordelen ble diskutert til å være erfaringer rundt kommunikasjon med ungdom, mens en ulempe kan være den utfordringen med å bli ansett som forsker og ikke helsepersonell. Likevel

## 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:

Studien tar for seg forskningsetikk, hvor de beskriver at studien ikke skulle være en belastning for ungdommene og at det ble tilrettelagt for at intervjuene skulle være minst mulig belastning for deltakerne. Det gjorde de ved å blant annet la ungdommen selv velge hvor intervjuet skulle bli gjennomført.

Studien ble forelagt av REK (regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) som godkjente studien.

## 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:

Forskningens data ble analysert med innholdsanalyse, hvor mønstre i dataen ble identifisert og kategorisert i klare hovedgrupper. Trinnene i fremgangsmåten for gjennomføringen av analysen ble tydeliggjort etter rekkefølge.

Analyseprosessen og fremgangsmåten, fra ungdommenes delte opplevelser og erfaringer til definert hovedtema, er både presentert i tabell og i løpende tekst. Det gjør det lettere å se sammenhengen mellom sitater fra ungdommene og hovedtemaet som forskerne har kommet frem til.

## 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:**

Forskningsartikkelens funn er stort sett basert på egne funn, men inneholder også egne funn og påstander som blir underbygd med bruk av andre kilder og tidligere gjennomførte studier. Det fremmer troverdighet og bekrefter både tidligere og de nye forskningsresultatene.

Forskerne har diskutert funnenes troverdighet i form av medforfatterkontroll og fellesgjennomgang hvor alle tre bidro i prosessanalysen der hver enkeltes ulike forståelser av resultatene ble grundig diskutert i fellesskap.

I konklusjonen blir funnene diskutert kort og konkret opp mot den opprinnelige problemstillingen, samt diskutert hvordan helsepersonell kan ta i bruk den nye kunnskapen i praksis.

## **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 fenomen.

- 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:**

Vi anser forskningsartikkelens resultater funn som nyttig å implementere i praksis, fordi den undersøker ungdommers levde erfaringer på hva som fungerer og ikke-fungerer i hverdagen, samt hvordan dere tilpasser en ny hverdag med T1DM. I tillegg undersøker den også hvordan helsepersonell i størst mulig grad kan bidra positivt inn i tilpasningsprosessen i møte med disse ungdommene.

Forskningsartikkelen beskriver at det er en styrke at ungdommene selv er informanter, har samme diagnose og er i startfasen med sin kroniske sykdom, da disse elementene bidrar til muligheten for overførbarhet til senere forskning hvor ungdom er i lignende situasjon.

I tillegg har forskerne har i forskningsartikkelen også diskutert fordelene med å overføre funne til skolehelsetjenesten, og argumentert for at den kan bidra til en bedre oppfølging av ungdommene. Likevel avdekker studien at det er behov for ny forskning på dette området.

## Vedlegg 4

# 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](http://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](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

King, K. M., King, P. J. Nayar, R. & Wilkes, S. (2017). Perceptions of Adolescent Patients of the «Lived Experience» of Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 30(1), 23-35.  
<https://doi.org/10.2337/ds15-0041>

## 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 gjennom sin studie kvalitativt utforske den «levde opplevelsen» til ungdommer med T1DM, og identifisere fokusområder for å forbedre deres selvstendige glykemiske kontroll.

Dette er noe de ønsker å finne svar på, da tidligere lignende forskning stort sett har vært med kvantitativ tilnærming og spørreskjemabasert med kun fokus rundt pasientgruppens bekymringer rundt sykkelighet og dødelighet, prevalens til diabetestypene og andre tilnærminger til overvåking. Samtidig er det få andre kvalitative studier som identifiserer ungdommers oppfatning av egen sykdom med T1DM og behov for bistand på veien mot mestring i egenomsorg.

### 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:

Kvalitativ metode er en metode som er hensiktsmessig å bruke for å få svar på problemstillingen, fordi forskningsmetoden blir brukt til å analysere kvalitative data. Dette er data som oftest forekommer i tekstformat ovenfor tall. Da studien er ute etter deltakernes erfaringer og opplevelser med å leve med T1DM, er kvalitativ metode hensiktsmessig.

### 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:

Forskningsartikkelen følger en tilnærmet IMRaD-struktur (innledning, metode, resultat og diskusjon), en mal for oppbygging av en vitenskapelig artikkel. Det er en hensiktsmessig mal å bruke, ettersom forskningsartikkelen blir fremstilt etter en strukturert rekkefølge. Det gjør det lettere å raskt finne frem til en bestemt del av artikkelen, i tillegg til at det blir lettere å følge med på sammenhengen i forskningsprosessen.

Det blir kort beskrevet årsaken bak bruk av en kvalitativ tilnærming i denne forskningen. Kvalitativ tilnærming er benyttet, da forskerne ønsker å identifisere ungdommers egne oppfatninger av deres t1dm samt behovene til barn og unge. De mener det er nødvendig å adressere frem slik at kunnskap rundt omsorg til denne pasientgruppen ikke forblir udekket.

#### 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:

Studien inkluderer en heterogen gruppe av 20 ungdommer i alderen 16-21 år med T1DM i ungdomsårene. Det ble i forkant utført en målrettet prøvetaking for å rekruttere disse pasientene. De hadde alle vært på en poliklinikk i Nord-Øst Storbritannia. Øvrige pasienter som ikke oppfylte disse kravene, ble ekskludert. I utgangspunktet ble deltakerne kontaktet via telefon og ble da invitert til å delta. Likevel forekommer ingen diskusjon rundt hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt utover det. Formelt skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakerne før hvert intervju.

Karakteristika ved utvalget ble oversiktlig presentert i en egen tabell. De tok for seg kjønn, alder og antall år siden diagnosen.

#### 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 ikke-deltagende 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:

Intervjuene ble utført i eget hjem, men ytterligere begrunnelser for årsaken bak denne settingen blir ikke forklart. På den andre siden, ble metoden forskerne har brukt detaljert

forklart. Det ble gjennomført dybdeintervjuer av kun et medlem fra selve forskerteamet, en erfaren sykepleier, som også hadde med seg en kvalitativ forsker. Dette mente de var en styrke, da det ga muligheten til å sikre «teoretisk sensitivitet». Det er et begrep relatert til grounded theory som referer til individets troverdighet, forståelse og erfaring med forskningen.

Deltakerne ble bedt om å fortelle sin historie og beskrive sin reaksjon på diagnosen, hvordan de lever med sin T1DM samt deres oppfatninger og opplevelser rundt helsetilbudet de har fått.

Dataene ble transkribert ordrett etter hvert som intervjuet pågikk. Videre forklarer forskerne at grunnet kompleksiteten til dataene samt ønsket om å bevare dataens fullstendige mening, ble enhver transkripsjon og feltnotater tatt etter hvert intervju og lest om og om igjen. Lyddopptaket ble gjennomgått i sin helhet før kodingsprosessen. Data ble deretter brukt til å informere etterfølgende intervjuer.

Metning av data ble også kort diskutert, og forskerne mener at de har sørget for å opprettholde det. Datametningen ble ansett for å være oppnådd ved deres intervju nr. 16, men de fortsatte de 4 resterende intervjuene for å sikre at det ikke kom frem noe nytt materiale.

## 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:

I forskningsartikkelen kommer svært lite diskusjon rundt forskernes rolle og påvirkning på forskningen sin. Det nevnes kun kort at analyseprosessen bidrar til å redusere forskerbias og beskytte mot feilaktige tolkninger. Utover det, blir det altså ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkning av data.

## 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:



Før studien startet søkte forskerne tillatelse til å utføre studien fra både Sunderland Medical Ethical Committee, City Hospitals Sunderland Ethical Committee og University of Sunderland Ethical Committee. Det ble delt ut samtykkeskjema, som sa at deltakelsen var frivillig, at deres bidrag til studien ville være anonymisert og at de hadde rett til å trekke seg fra studien når som helst.

## 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:

Det er gjort rede for hvilken type analyse som er brukt. Forskningen baserer seg på grounded theory for å undersøke opplevelsene til pasientene som ble diagnostisert med T1DM i ungdomsårene.

Fremgangsmåten for hvordan analysen ble gjennomført, blir også detaljert beskrevet.

Intervjudataene ble nøye undersøkt for å identifisere ord og uttrykk som kunne bidra til den generelle forståelsen bak svarene i intervjuet. Denne prosessen (kalt koding) resulterte i gruppering av konsepter og kategorier. I starten ble hver setning og situasjonsbeskrivelse mikroanalysert, for så utviklet funnene seg til ulike nøkkeltemaer. Koding-prosessen blir også nøye illustrert gjennom en figur.

Innsamlet data blir fremstilt både i form av at forskerne forklarer funnene sine og underbygger forklaringene med direkte sitater fra ungdommene. På denne måten, blir sammenhengen mellom innsamlet data klargjort.

Tilstrekkelig data er presentert for å underbygge funnene. Dataene blir ryddig presentert etter hovedkategoriene forskerne hadde kommet frem til.

## 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:

Funnene blir klart presentert i underkategorier som passer sammen med hovedkategoriene forskerne kom frem til som et resultat av dataanalysen. Innunder hvert underkapittel blir både direkte sitater fra deltakerne og forskernes egne tolkninger av sitatene beskrevet. I diskusjonsdelen blir også andre kilder trukket inn for å både vurdere og underbygge funnene, hvor funnene også blir diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

Forskerne har diskutert funnenes troverdighet i form av at mange av deres funn samsvarer med tidligere forskning.

## 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 fenomen.

- 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

Forskerne diskuterer studiens bidrag og sammenlignet egen forskning med allerede eksisterende kunnskap. Funnene identifiserer en rekke faktorer som bidrar til ytterligere kunnskap om hvordan ungdomspasienter mestrer kronisk sykdom.

Funnene blir i et eget avsnitt vurdert opp mot dagens praksis. Ifølge forskerne, gir studien en dypere forståelse av å leve med T1DM. Likevel er det identifisert betydelige hull som gir mulighet til å forbedre helsetjenestetilbudet for ungdom med T1DM. Problemene som

oppleves av denne pasientgruppen er multifaktorielle, hvorav særlig forbedring i kommunikasjon spiller en essensiell rolle i deres interaksjon med både helsepersonell, jevnaldrende og foreldre.

Funn i denne studien tyder også på at mange ungdommer velger å holde et høyere blodglukosenivå i frykt for hypoglykemi. Forskerne ønsker at fremtidig forskning tar sikte på å gjøre forbedringer i langsiktig helsebehandling for denne pasientgruppen, og spesifikt utvikle tiltak for å adressere deres unngåelse av hypoglykemi og lette effektiv kunnskapsformidling.

Likevel har ikke forskerne diskutert om og hvordan deres funn kan overføres til andre pasientgrupper.

## Vedlegg 5

# 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](http://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](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

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. *Diabetic Medicine*, 30(1), e17-e24.  
<https://doi.org/10.1111/dme.12021>

## 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:

Målet med studien er å kvalitativt forske på ungdommers og deres foreldres erfaringer med å leve med diabetes mellitus type 1 (T1DM), og dette fra et fortolkende fenomenologisk perspektiv. Forskerne ønsket å finne svar på denne problemstillingen, fordi tidlig forskning har funnet at håndtering av T1DM er komplekst og utfordrende for denne aldersgruppen, samt at mestring av T1DM avhenger av en rekke sammensatte faktorer. Samtidig tyder bevis på at undervisning og veiledning med større grad bruk av teknologi kan ha en positiv innvirkning, og forskerne ønsker å undersøke dette nærmere.

### 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:

Kvalitativ metode er en metode som er hensiktsmessig å bruke for å få svar på problemstillingen, fordi forskningsmetoden blir brukt til å analysere kvalitative data. Dette er data som oftest forekommer i tekstformat ovenfor tall. Da studien er ute etter deltakernes erfaringer og opplevelser med å leve med T1DM, er kvalitativ metode hensiktsmessig.

### 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:

Studien har IMRaD struktur (innledning, metode, resultat og diskusjon), en mal for oppbygging av en vitenskapelig artikkel. Det er en hensiktsmessig mal å bruke, ettersom forskningsartikkelen blir fremstilt etter en strukturert rekkefølge. Det gjør det lettere å raskt finne frem til en bestemt del av artikkelen, i tillegg til at det blir lettere å følge med på sammenhengen i forskningsprosessen.

Valg av forskningsdesign er begrunnet i form av at dette designet vil utvikle forskernes forståelse av hva som faktisk bidrar til at kombinasjonen teknologi og veiledning har en positiv innvirkning for ungdommer med T1DM. Gjennom den kvalitative tilnærmingen med dybdeintervjuene, beskriver forskerne at på best mulig måte får fremstilt deltakernes individuelle erfaringer, egne perspektiver

og tillater samtidig hvordan individets kultur, relasjoner, tro, historie og fremtidsorientering påvirker deres opplevelse av T1DM.

#### 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:

Studien inkluderer ungdom på 13-16 år med T1DM og minst en av deres forelder, etter eget ønske. Utvalget ble gjort fra en pediatrik klinikk i Nordvest-England. Det ble sikret variasjon i alder, kjønn, HbA1c-verdi og varighet av diabetes. Likevel valgte forskerne å ekskludere ungdommer som samtidig mottok psykiatrisk behandling og behandling for andre kroniske tilleggslidelser, da dette forårsaket andre faktorer som de måtte ta hensyn til og som ville påvirke resultatene. 40 familier ble oppsøkt på klinikken, og det endelige utvalget bestod av 20 ungdommer hvorav 9 var gutter og 11 var jenter, i tillegg til 27 foreldre. Årsaken bak hvorfor ikke alle 40 familiene valgte å delta, ble ikke diskutert i forskningsartikkelen.

Karakteristika ved utvalget ble oversiktlig presentert i en egen tabell. De tok for seg kjønn, alder, insulinregime, HbA1c-verdi, alder ved diagnose og familiekarakteristikker.

#### 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 ikke-deltagende 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:

Valg av setting for datasamlingen ble kun beskrevet, men ikke begrunnet. Det ble gjennomført dybdeintervjuer på 1-2 timer med ungdom og deres foreldre i eget hjem av en doktorgradsstudent med bakgrunn fra sosiologi. Intervjueren stilte åpne, forhåndsbestemte spørsmål.

Metoden og årsaken bak metodevalget for datasamling blir godt begrunnet (sjekk under punkt 3).

Data fra dybdeintervjuene ble tatt opp på lyd med deltakernes samtykke og deretter transkribert ordrett. Under dataanalyse, ble de meningsfulle temaene i hver transkripsjon notert og fremhevet i teksten, forså at de ble organisert i temaer og undertemaer

## 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:

Det ble brukt en tolkningsfenomenologisk tilnærming til innsamling og analyse av kvalitative data tillot det en dyptgående utforskning av deltakernes livsverdener. Det ble iverksatt tiltak for å forbedre validiteten gjennom triangulering og kritisk refleksjon for å redusere tolkningsskjevheter. Likevel er det begrensninger som trolig har påvirket fortolkningen av data, ettersom funnene er tolkning av en forsker. Det kan bidra til å kun gi et øyeblikksbilde av de levde erfaringene til en bestemt gruppe av ungdommer og foreldre på et tidspunkt.

## 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:

Studien er etisk godkjent av den lokale NHS forskningsetiske komité. I tillegg ble det kun tatt opp lyd dersom deltakerne ga samtykke.

## 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:**

Det kommer tydelig frem i forskningsartikkelen at det er blitt benyttet fenomenologisk analyse da data skulle bli analysert. Fremgangsmåten for hvordan analysen ble gjennomført blir beskrevet. De meningsfulle temaene i hver transkripsjon notert og fremhevet i teksten, forså at de ble organisert i temaer og undertemaer med hjelp av en bestemt programvare.

«Påvirkningene på tolkning i fenomenologisk forskning ble bemerket som en dialogisk prosess som krever åpenhet, følsomhet og gransking, slik at verden som avsløres av analysen er en forståelse, ikke en misforståelse av familiens levde opplevelser»

Tilstrekkelig data blir presentert for å underbygge funnene. For eksempel har de kategorisert temaene og tatt med aktuelle sitater fra transkripsjonen innunder dem.

**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:**

Funnene ble klart presentert i underkapitler som passer sammen med hovedtemaene forskerne kom frem til. Innunder hvert underkapittel blir både direkte sitater fra deltakerne



og forskernes egne tolkninger av situatene beskrevet. Det er ikke blitt direkte trukket inn andre kilder for å underbygge funnene, men deltakernes erfaringer og perspektiver blir sammenlignet opp mot hverandre.

Det forskerne kom frem til i sin forskning, ble diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen. Her ble også andre kilder trukket inn for å underbygge funnene. På lik linje, ble også begrensninger og mangler i studien fremhevet. Forskerne oppmuntrer dermed til å inkludere deres mangler i fremtidig forskning.

## 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 fenomen.

- 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:

I forskningsartikkelen blir resultatene og funnene relatert opp mot å forbedre dagens praksis. Særlig fremhever de viktigheten av å tilpasse sykepleie til hver enkelt unike individ. I tillegg er samarbeid mellom ungdommen, foreldre, jevnaldrende og helsepersonell essensielt for å tilrettelegge for ungdommens utvikling av evner til håndtering og selvstendighet i sin egenomsorg. Kunnskap og forståelse hos dem spiller en nøkkelrolle i dette støttende arbeidet.

Det er også blitt diskutert hvorvidt funnen kan overføres til andre pasientgrupper. Denne diskusjonen fremhever at det til tross for at deltakergruppen var liten i denne studien og konteksten så spesifikk, er begrepet individualitet og behovet for å forstå påvirkningskraften fra de ulike sosiale kontekstene ungdom blir omringet av essensielt, og kan overføres til andre miljøer.

Begrensninger og mangler i studien blir tydeliggjort. Forskerne oppmuntrer dermed til å inkludere deres mangler i fremtidig forskning.