



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
DK20,15 hp
VK08

UNG OCH SÖT

En litteraturstudie som beskriver faktorer inom omvårdnad som har betydelse för
compliance hos ungdomar med diabetes typ 1

2010-06-15

Författare

Sophia Adhan och Susanne Ahlinder

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Att vara ung och få en kronisk sjukdom innebär för de flesta en omvälvande förändring i livet som kan påverka hela familjen. Diabetes typ 1 kräver mycket av en ung person och dennes familj, t.ex. att följa ett regelbundet schema för insulinintag, blodsockermätning, att hålla en särskild diet och föra regelbunden dagbok över blodsockervärdena, regelbunden fysisk aktivitet och att hantera lågt eller högt blodsocker. Compliance beskriver hur patienter vid en viss sjukdom följer råd och ordinationer. **Syfte:** Syftet med litteraturstudien var att beskriva faktorer som har betydelse för compliance hos ungdomar med diabetes typ 1. **Metod:** Studien var baserad på 11 vetenskapliga artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats. **Resultat:** Studien betonade vikten av att sjuksköterskan, den diabetesutbildade sjuksköterskan och föräldrarna i hanteringen av diabetesvård riktar adekvat information till ungdomarna. Ungdomar som har en kronisk sjukdom uppnådde god compliance när de hade energi, viljestyrka, kände motivation samt tog eget ansvar för sin behandling. Störst påverkan på compliance hos dessa ungdomar är när familj och vänner kan medverka, därefter kommer sjukvårdens roll och på tredje plats kommer egenvården. **Slutsats:** Sjukdomen skapar påfrestningar på familjen och det är viktigt med stöd till den unge från familj- anhöriga och vänner, sjuksköterskan och läkaren. Ungdomar med diabetes typ 1 måste i sitt dagliga liv se till att hålla en jämn och stabil blodsockernivå för att uppnå ett gott behandlingsresultat. Motion förbättrar känsligheten för insulin, ökar förbränningen av glukos, minskar hjärt- och kärlsjukdomar och förebygger fetma. **Nyckelord:** adolescens, compliance, diabetes typ 1, egenvård, familj och vän medverkan, patientundervisning.

SUMMARY

Background. To be young and have a chronic disease involving the most revolutionary change in life that can affect the whole family. Type 1 diabetes requires a lot from adolescents and their families, such as to follow a regular schedule for insulin intake, blood glucose monitors, to keep a special diet and keep a regular diary of blood glucose control, regular physical activity and to deal with high or low blood sugar. Compliance describes how patients with specific disease follow advice and prescriptions. **Aim:** The aim of this literature study was to describe the factors that are important for compliance in adolescents with type 1 diabetes. **Method:** The study was based on 11 scientific articles in both quantitative and qualitative approach. **Results:** The study emphasized the importance of the nurse, the diabetic trained nurse, and that parents should in the management of diabetes care provide adequate information to adolescents. Adolescents who have a chronic disease achieved good compliance when they had the energy, willpower, motivation and felt responsibility. The factor that has the greatest impact on compliance in adolescents with type 1 diabetes is when family and friends can participate, then the medical establishments and in the third place comes self-care. **Conclusion:** The disease creates pressures on family and it's important for the adolescence to have support from families, relatives and friends, nurses and doctors. Adolescents with type1 diabetes must in their daily lives try to keep a steady and stable blood sugar level in order to achieve good treatment outcomes. Exercises improve insulin sensitivity, increase the burning of glucose, reduce cardiovascular disease and prevent obesity.

Keywords: adolescence, compliance, diabetes type 1, family involvement, patient education, self-care.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
2.1	Diabetes Mellitus typ 1	2
2.2	Diabetesteamet	3
2.3	Tonårstiden	3
2.4	Föräldramedverkan.....	4
2.5	Patientundervisning	4
2.6	Empowerment.....	5
2.7	Coping och KASAM.....	5
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	6
4	SYFTE	6
5	metod	7
5.1	Urval	7
5.2	Datainsamlingsmetod	7
5.3	Dataanalys.....	9
6	ETISKA ASPEKTER	10
7	RESULTAT.....	11
7.1	Egenvård	11
7.2	Familj, anhörig och vänners medverkan.....	11
7.3	Sjukvårdens roll.....	12
7.4	Fysisk aktivitet..... Fel! Bokmärket är inte definierat.	
7.5	Stöd och undervisning	13
8	DISKUSSION	14
8.1	Metoddiskussion.....	14
8.2	Resultatdiskussion	15
8.3	Slutsats	17
8.4	Klinisk betydelse	18
8.5	Förslag på vidare forskning.....	18
	REFERENSER	19
	BILAGA	25

1 INLEDNING

Att vara ung och få en kronisk sjukdom innebär för de flesta en omvälvande förändring i livet vilken kan påverka hela familjen (Hanås, 2004,s.315; Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2007,s.7). Enligt Alvarsson et al. (2007, s.146) är typ 1 diabetes en komplex sjukdom som ställer stora krav på egenvård. Ett viktigt mål med behandlingen är att uppnå en stabil blodsockernivå. Detta för att undvika komplikationer senare i livet och för att få en så god livskvalitet som möjligt. Därför är det av vikt att samtidigt som undersökningar och kvalitetsuppfattningar görs att det utöver de medicinska parametrarna även görs en bedömning av upplevd hälsa och livskvalitet. Det som motiverar oss att göra en litteraturstudie över vilka faktorer som har betydelse för compliance hos ungdomar 13-18 år med diabetes typ 1 är att det är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna i Sverige och att det ingår i sjuksköterskans arbetsuppgifter att identifiera olika faktorer som har betydelse för compliance.

2 BAKGRUND

2.1 Diabetes Mellitus typ 1

Sverige kommer näst efter Finland med högsta rapporterade insjuknandefrekvens av diabetes typ 1 på nationell nivå (Persson, 2007, s. 456). Campbell och Martin (2009) redovisar att förekomsten av diabetes har fördubblats under de senaste 20 åren och kommer fortsätta att öka de kommande 16 åren. Diabetes typ 1 betraktas som den allvarligaste diabetesformen därför att den kan förorsaka allvarliga akuta komplikationer men även senkomplikationer till exempel hjärtkärlsjukdomar som kan förkorta människans livslängd (Mosand & Forsund, 2002, s. 900). Sjukdomen kräver mycket av en ung individ och dennes familj, till exempel att följa regelbundet ett schema för insulinintag, blodsockermätning, att hålla en särskild diet och föra regelbunden dagbok över blodsockervärdena, regelbunden fysisk aktivitet och att hantera lågt eller högt blodsocker. Compliance är ett viktigt begrepp som brukar beskrivas som följsamhet och utgör ett viktigt begrepp i samband med behandling av en viss sjukdom och beskriver hur patienten följer råd och ordinationer (Öhrn 2000, s.36). Familjen har en avgörande roll för att säkerställa adekvat behandling (Kirkevold & Ekern, 2002, s. 33). Kraven som ställs på den unge invaderar hela dennes liv när det gäller skola, att träffa en partner, måltider, arbete, idrott och resor (Wysocki, Hough, Ward & Green, 1992). Ungdomar med diabetes behöver få prata och lära sig om sin sjukdom samtidigt som det finns risk för att de inte vill ta emot information och de kan vägra eller inte orka sköta sin behandling (Hägglöf, 2008, s. 67). Barn och ungdomsdiabetes typ 1 debuterar i regel före 35 års ålder. Vid typ 1 diabetes förstörs bukspottkörtelns insulinproducerande betaceller av kroppens eget immunsystem, vilket leder till brist på insulin och med tiden en upphävd insulinproduktion (Hanås, 2004, s.18). Behandlingen innebär att återställa det metabola syndromet för att hålla en jämn och stabil blodsockernivå. Det metabola syndromet beskrivs av Lindskog (2006, s. 385) som en grupp riskfaktorer vilka skapar benägenhet för kardiovaskulär sjukdom (hjärt- och kärlsjukdom); innefattar bland annat bukfetma, hyperinsulinemi, förhöjda blodfetthalter och högt blodtryck. Blodsockernivån mäts genom ett blodprov- HbA1c som visar medelvärdet på blodglukosnivån under de senaste 2-3 månaderna (Hanås, 2004, s. 101). Svängande blodsocker kan töra på krafterna och kan skapa förutsättningar för depression. Diabetes och depression växelverkar ofta och det skapas en nedåtgående spiral enligt Polonsky (2002, s. 182). Behandlingen av diabetes innebär

ett livslångt insulinintag som ges i underhudsfett, en så kallad subkutan injektion (Hanås, s.11).

2.2 Diabetesteamet

Behandling av diabetes är multifaktoriell och skall skötas av specialister inom barndiabetesvården (Lowes, 2008). Vanligtvis består teamet av dietist, diabetessjuksköterska, socialarbetare, psykolog, diabetesläkare, fysioterapeut med flera (Dunning, 2009, s.20-21). En legitimerad sjuksköterskas yrkesområde omfattar barn, ungdomar, vuxna och äldre och i arbetsuppgifterna ingår bland annat att ta initiativ till och vidta åtgärder som syftar till att främja hälsa och förebygga uppkomsten av sjukdom hos enskilda patienter. Det ingår även att ansvara för enskilda patienters omvårdnad, informera och instruera enskilda patienter och deras närstående (Socialstyrelsen, 1996, s.9). I diabetesteamet ingår sjuksköterskor med specialkunskap och erfarenhet av diabetes inom barnmedicin och i psykosocialt omhändertagande av barn och ungdomar (Larsson, 2008, s.18). För att på ett effektivt sätt kunna ta hand om personer med diabetes är de beroende av en rad olika yrkeskategorier som samarbetar och den centrala rollen i teamet har personen med diabetes. Det förutsätter att en god och konsekvent kommunikation finns mellan de olika personalgrupperna. Patientens självinsikt om sig själv och sin sjukdom har en avgörande inverkan på arbetet inom diabetesteamet. Motivation och god samarbetsförmåga krävs inom teamet för att nå de mål som vården satt upp. Det ökar patientens förutsättningar för att känna trygghet, tillit, viljan till att leva ett gott liv och ökar även förutsättningarna för en god egenvård (Granit & Hjalmarsson, 2006, s.25).

2.3 Tonårstiden

Ungdomstiden är ett utvecklingsstadium som karaktäriseras av snabba, fysiska, psykologiska, sociala och kognitiva förändringar (Timms & Lowes, 1999). Puberteten kan innebära en ny krisperiod med förnekande av sjukdomen (Hägglöf, 2008,s.67). Enligt Antonovsky (2001,s. 129) beskrivs tonårstiden som en period av ständig turbulens, förvirring, självtvivel och utanförskap. Ungdomarna behöver diskutera och lära sig om sin sjukdom men samtidigt finns risk för att de inte vill ha information utan helt enkelt vägrar och därför inte kan sköta sin behandling. Under ungdomsåren ställs individen inför två övergripande psykologiska uppgifter. En är att bli en självständig individ och lita på sin egen förmåga och den andra är att utveckla sin identitet.

Ungdomar kan ta risker med sin hälsa, de prövar olika livsstilar och sköter inte alltid sin behandling (Kelly, 2008, s. 155). Varje patient med diabetes är en unik individ och det är nödvändigt med ett individuellt omhändertagande (Larsson, 2008, s. 19).

Förmågan till ett reflektivt tänkande kan både bidra till att en ung människa kan förhålla sig till livsfrågor men det kan även bidra till att den unge blir mer självkritisk och upplever utanförskap samt får svårigheter att acceptera sig själv.

Identitetsbildningen är en av tonårstidens mest övergripande psykologiska utvecklingsmål. Det innebär att man jämför sig med andra och en sjukdom eller ett funktionshinder kan utgöra ett hot mot identiteten (Hägglöf, 2009, s. 67).

2.4 Föräldramedverkan

Omvårdnaden av barn och unga är ett familjeansvar och det förväntas att familjen bär huvudansvaret för individers hälsa och välbefinnande (Kirkevold & Ekern, 2002, s.31-32). När patienten och familjen informeras om misstanke om diabetes typ 1 kan någon form av kris utlösas. Under en period efter mottagande av beskedet kan tillvaron upplevas som kaotisk och med starka känslomässiga reaktioner. En samtidig blockering gör att möjligheterna att ta emot och bearbeta information minskar. Det är av stor vikt att sjukvården visar förståelse, lyssnar aktivt på familjen och ger utrymme för patient och familj att uttrycka sina känslor (Persson, 2007, s. 459). En viktig aspekt är att sjukvården måste se familjen som en helhet, bestående av individer i ständig interaktion med varandra, för blir en i familjen sjuk påverkas alla. Ångesten, förtvivlan och oron för framtiden delas av hela familjen (Kirkevold & Ekern, 2002, s. 14).

2.5 Patientundervisning

Hälsofrämjande arbete innebär att förbättra hälsotillståndet för både den enskilde och för gruppen. Arbetet innebär att stötta, uppmuntra, förespråka och prioritera hälsan. Målsättningen är att stärka individens insikt om aspekter som påverkar dennes hälsa. Patientundervisning i grupp har olika syften att öka hälsomedvetenhet, erbjuda en ömsesidig stödverksamhet och undervisning samt tillhandahålla rådgivning i grupp (Ewles & Simnett, 2005, s.37,s. 228;Wikblad, 2006, s.186-187). Kirkevold (2008, s. 150) beskriver Dorotea Orems egenvårdsteorier som har till syfte att tillgodose de egna egenvårdsbehoven, vilka definieras som formulerade insikter om handlingar som måste utföras av eller för en person, (och) som man vet eller förmodar är nödvändiga för regleringen av personens funktion och utveckling som människa. Respekt, trygghet och

få bekräftelse är faktorer som måste ingå i en lärande miljö, där det ställs krav både på den fysiska och psykosociala miljön. Ewles och Simnett (2005,s.203) menar att sjuksköterskan måste vara medveten om att denne i sig inte kan lära patienten något, däremot skapa en god miljö som gynnar inläring. Sjuksköterskan behöver metoder som är bättre utvecklade för en trygg och lärande miljö, till exempel olika databaser, diskussionsfora och interaktiva lärprogram (Svensk sjuksköterskeförening, 2007, s.11). Patientundervisning ligger till grund för att patienten och/eller den närstående ska få en känsla av trygghet och egenkontroll. Kunskap och tillit till den egna förmågan är avgörande. Denna trygghet, kunskap och tillit föds i en dialog med bland annat sjukvårdspersonal och skall ligga till grund för de förändringar av livssituationen som sjukdom och behandling kan innebära och som i sin förlängning ska resultera i bibehållen eller förbättrad hälsa (Klang Söderqvist, 2008,s. 11). Vid nyupptäckt diabetes behöver patienten få undervisning, praktisk träning och handledning för att själv kunna ta ansvar och hantera sin sjukdom. Undervisningen och handledningen kommer att lägga en grund för hur utvecklingen och prognosen blir i framtiden (Mosand & Forsund, 2009, s.905).

2.6 Empowerment

Många uppfattar sjukdomen diabetes som en börda i vardagen . Patientundervisningen är en viktig del och den bygger på empowermentfilosofin som har som mål att minska sjukdomsburden (Wikblad, 2006, s. 349- 350). Empowerment används i hälsofrämjande sammanhang för att namnge processen och möjligheterna för människor att skaffa sig inflytande över den egna livssituationen. Empowerment kan översättas med vardagsmakt eller egenmakt samt maktmobilisering på individuell och samhällelig nivå. Det innebär att på individnivå möjliggöra för individen att själv kunna fatta beslut och ta kontroll över sitt liv samt på en samhällelig nivå göra det möjligt för människor att ha möjlighet till större inflytande över närsamhällets hälsa (Ewles & Simnett, 2008, s.40). Empowerment signalerar om en individualisering där initiativet genom minskat beroende och förbättrade möjligheter till ansvar och kontroll ligger hos den enskilde (Öhrn, 2000, s. 37).

2.7 Coping och KASAM

Egenvård kan beskrivas utifrån en tänkt modell som visar på samband mellan egenvård, ungdomens förmåga, empowerment och fyra faktorer som påverkar individens

egenvårdsförmåga: hälsa (ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom och handikapp), copingresurser, symtom samt slutligen vårdfilosofi (Björvell & Insulander, 2008, s. 102, 106). Coping är ett uttryck för individens strategier och förmåga att klara av svåra situationer och krav (Pellmer & Wramner, 2007, s. 86). Vårdfilosofins uppgift är att tänka och reflektera över självklarheter inom vården för att få nya perspektiv och för att fördjupa kunskaper (Eriksson 1992, s. 35). KASAM- känslan av sammanhang består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 2001, s.15). Dess centrala begrepp definieras som en beskrivning i vilken mån människan har en genomgripande, bestående och kraftfull tillit till att individens inre och yttre värld är förutsägbar och att sannolikheten är stor för att saker och ting kommer att gå så bra som man rimligen kan förvänta sig. KASAM indelas i ett högt, ett medelmåttigt och ett svagt värde. (Antonovsky, s. 13).

3 PROBLEMFORMULERING

Ungdomar med diabetes typ 1 i åldern 13-18 år befinner sig i en frigörelseprocess och måste ta ansvar för sin sjukdom, vilket kan innebära svårigheter då de vill leva som alla andra. Som ung förväntas det mycket av en själv, när det gäller skola, att träffa en partner, utöva en sport och resor. Dessa utmaningar kan utsätta ungdomarna för stora risker för den sociala, den psykologiska och den fysiska ohälsan. Vid övergången till vuxenvärlden kan ungdomar med diabetes typ 1 få svårigheter att kombinera sin vardagliga livsföring och samtidigt sköta sin diabetes. Ungdomar med diabetes behöver få prata och lära sig om sin sjukdom samtidigt som det finns risk för att de inte vill ta emot information och de kan vägra eller inte orka sköta sin behandling. Diabetes typ 1 är en kronisk sjukdom som påverkar den dagliga livsföringen därför att den kan förorsaka allvarliga akuta komplikationer och compliance är viktigt för att minska risker för komplikationer. De ungdomar som tar ansvar för sin sjukdom får bästa resultat med behandling. Den egna motivationen är viktig eftersom man vid diabetesjukdom är tvungen att bli expert på sin egen sjukdom.

4 SYFTE

Att beskriva faktorer som har betydelse för compliance hos ungdomar med diabetes typ 1.

5 METOD

Detta är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar från databaserna Cinahl, PubMed och Medline. Studien bygger på en sammanställning av elva artiklar som analyserades och presenteras i bilaga 1 (Friberg 2006, s.117-122). En litteraturstudie är att beskriva kunskapsläget inom ett visst område (Forsberg& Wengström, 2008, s.29).

5.1 Urval

Studie har utgått från vetenskapliga artiklar som var publicerade mellan år 1992 och år 2010. Kvalitetsgranskning är gjord och finns som bilaga 2 (kvalitetsbedömningsmall). Alla artiklar är representerade i resultatet utan att titta på de olika artiklarnas kvalitet. Fokus ligger på om artiklarna svarar på studiens syfte. **Inklusionskriterier;** diabetes typ 1 och ungdomar mellan 13-18 år. Artiklarna skulle vara i full text, abstract och tillgängliga referenser. I PubMed söktes artiklar utan ett specifikt årtal och resulterade i artiklar från 1992 och till 2010. **Exklusionskriterier;** artiklar som handlade om barn, artiklar som inte är skrivna på engelska, litteraturstudier, artiklar som saknade fulltext och artiklar som krävde inloggning valdes bort. Forsberg och Wengström (2008, s.106) beskriver hur inklusions- och exklusionskriterier styr urvalet så att artiklarna svarar på studiens syfte. Artiklarnas syften bör beaktas och resultaten analyseras kritiskt (Polit & Beck, 2008, s.123).

5.2 Datainsamlingsmetod

Sökning gjordes manuellt i databasen CINAHL och med sökorden:” adherence” AND”adolescence” AND”compliance” AND”diabetes” AND”juvenile” AND”nursing” vilka motsvarade vårt syfte. Sökorden kom fram successivt i letandet efter artiklar när de svarade på syftet. Med sökorden diabetes och adolescence framkom 218 träffar och alla artiklarnas abstract genom lästes. Utav dessa 218 artiklar användes 3 artiklar som svarade på syftet. När sedan ”juvenile” lades till minskade antalet till 4 träffar, dessa genomlästes och ingen motsvarade syftet. Därefter kompletterades sökningen med ordet ”compliance” och 2 träffar framkom, av vilken en motsvarade syftet. Sökning i MEDLINE gjordes med sökorden ”diabetes” and ”adolescence” och 673 träffar framkom. Alla huvudtitlar lästes igenom och endast de artiklar där abstract motsvarade syftet sparades. Därefter valdes en artikel som motsvarade syftet. Med sökordet ”juvenile” kom 161 träffar och alla abstract lästes. Det visade sig att ingen av dessa var relevanta för syftet. Med sökordet ”compliance” framkom 3 träffar och efter

genomläsning av abstract visade det sig att inga artiklar var intressanta för syftet. Gemensamt för sökningarna i Cinahl och MEDLINE var att vid utökning med sökorden ”adherence” och ”nursing” kom 0 träffar. Sökning med samma sökord gjordes även i Pub Med, ingen begränsning när det gällde utgivningsår och där framkom artiklar från år 1992. Vi fick 35 094 träffar med sökordet ”diabetes” och ”adolescence” som inte lästes då det var alldeles för många träffar. Med utökning av sökordet ”juvenile” framkom 34 098 som inte lästes utan med tillägg av sökordet ”compliance” fick framkom 138 träffar och alla abstract lästes. Två artiklar sparades. Med sökordet ”adherence” uppstod 46 träffar och som efter att ha läst abstract valdes de bort. Vid utökning med sökordet ”nursing” framkom 15 träffar av vilka en artikel användes *en relaterad artikel under Victimized youth with type 1 diabetes by teachers: relationship with adherence and metabolic control och ytterligare en artikel med två relaterade artiklar. Därefter valdes ** 2 relaterade artiklar under artikeln Predictors of Good adherence of adolescents with diabetes (Insulin-dependent diabetes mellitus). Med relaterade artiklar menas artiklar som låg under huvudgruppen för artiklar, så kallade underartiklar i ämnet. Sökorden gav många träffar som var relevanta studiens syfte. I enlighet med de uppsatta inklusion- och exklusionskriterierna valdes slutligen 11 artiklar som presenteras nedan enligt tabell 1 i en sökmatrix.

Tabell 1. Sökmatrix över insamlat material.

Sökord	CINAHL		MEDLINE		PubMed	
	Antal träffar artiklar	Valda artiklar	Antal träffar artiklar	Valda artiklar	Antal träffar artiklar	Valda artiklar
”Diabetes” AND ”Adolescence”	218	3	673	1	35094	0
”Diabetes” AND ”Adolescence” AND ”Juvenile”	4	0	161	0	34908	0
Diabetes” AND ”Adolescence” AND ”Juvenile” AND “ ”Compliance”	2	1	3	0	138	2
”Diabetes” AND ”Adolescence” AND ”Juvenile” AND ”Compliance” AND ”Adherence”	0	0	0	0	46	0

Diabetes” AND ”Adolescence” AND ”Juvenile” AND “ “Compliance” AND “Adherence” AND “ “Nursing”	0	0	0	0	15*	1 artikel * 3 relaterade artiklar **
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	-----	------------------------------------------------------

5.3 Dataanalys

Val av analys kopplades till valda texter och som i sin tur ledde till problemformulering och syfte. (Friberg, 2006, s.35). Alla artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att få en helhetsbild av studierna och för identifikation av viktig information som överrensstämde med studiens syfte. Artiklarnas innebörd sammanfattades utan att förvränga texten så dess budskap gick förlorat. I alla artiklar söktes efter faktorer som påverkar compliance hos ungdomar med diabetes typ 1. En sammanställning är gjord och det framkom 4 faktorer som direkt påverkar compliance. För att hitta likheter och olikheter i texterna lästes artiklarna om igen och analyserades därefter i fem steg.

Steg 1: Först lästes alla artiklarna igenom var och en för sig för att få en helhetsbild på artiklarna, det så kallade helikopterperspektivet (Friberg 2006, s.118).

Steg 2: Innehållet i artiklarna diskuterades för att identifiera nyckelfynd i varje studies resultat. Vår målsättning var att finna faktorer inom omvårdnad som påverkade compliance. Efter granskning av artiklarnas sammanfattning, resultat och diskussion användes elva artiklar, varav åtta var av kvantitativ karaktär och tre av kvalitativ karaktär.

Steg3: Därefter sammanställdes artiklarna som kortfattat presenterade innehållet på ett överskådligt sätt i en mall enligt Friberg (2006, s. 149). Där framkom tydligt de faktorer som påverkade compliance och som presenteras i resultatet. Målet var att beskriva och kvantifiera de specifika faktorerna som påverkar compliance hos ungdomar med diabetes typ 1. I tabellen sattes kryss för varje artikel under de olika faktorerna och på det sättet framkom vilka som fick betydande roll och förekom flera ggr. Faktorerna egenvård, familj- och anhöriga och vänners medverkan, sjukvårdens roll, fysisk aktivitet, stöd och undervisning presenteras i tabell 2; i en resultatmatris.

Steg 4: Vid granskning av artiklarna visade det sig att en författare var representerad i tre olika artiklar. Identifikation gjordes av faktorer som mest påverkade compliance hos ungdomar med diabetes typ 1.

Steg 5: Efter att analysen är klar presenteras faktorerna klart och tydligt som resultat. Det är viktigt att läsbarheten är fullständigt klar. Genom hela arbetet skall skribenten ha läsaren i åtanke så att all information redovisas lättförståeligt och utan upprepningar (Friberg 2006, s.110-112).

Tabell 2. Resultatmatris

Sammanställning av valda artiklar och som beskriver 4 faktorer som påverkar compliance

Faktorer	Egenvård	Familj-vän medverkan	Sjukvårdens roll	Stöd och undervisning
1. Bernardini, et al, 2004	X			
2. Hains, et al, 2006		X		
3. Kyngäs, et al, 1998		X	X	
4. Kyngäs 2001	X	X	X	
5. Kyngäs, et al, 2007	X		X	
6. Leonard, et al, 2010	X	X		
7. Lewandovsky, et al, 2006		X		
8. du Pasquier-Frediaevsky, et al, 2005				X
9. Roper, et al, 2009		X	X	X
10. Schlundt, et al, 1994	X	X	X	X
11. Thomson, et al, 2001		X	X	

6 ETISKA ASPEKTER

Etiska överväganden skall alltid göras i samband med en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2008, s. 73). Vid en litteraturstudie är det viktigt att vara vaksam så att gamla erfarenheter och förförståelser inte används. Även omedvetna känslor kan ligga till grund för tolkning av materialet och påverkar urval och analysarbete. Översättning av utländska artiklar kan utgöra en risk för feltolkningar både när det gäller översättning men även på grund av att innebörden av texterna uppfattas olika.

Kontinuerligt har diskussioner förts om texternas innehåll. För korrekt redovisning av referenser användes Mall för hantering av referenser, förkortad svensk översättning av APA- *The American Psychological Association* för Röda Korsets Högskola (2005, s.1-23).

7 RESULTAT

Resultatet kommer att redovisa fyra faktorer som visar på lika samband när det gäller påverkan till god compliance hos ungdomar med diabetes typ 1. Faktorerna utgörs av; egenvård, familj- anhörig och vänners medverkan, sjukvårdens roll och stöd och undervisning. Presentationen av resultatet är gjord i alfabetisk ordning

7.1 Egenvård

Den kunskap som den unge har om diabetes typ 1 påverkar det som gör att hon eller han antingen kan undvika eller minska komplikationerna enligt Roper et al (2009). Om den unge har mycket kunskap om sin sjukdom är det möjligt att engagera sig mer effektivt i att medverka och hantera det praktiska runt sjukdomen. Ungdomar som uppfattar sjukdomen diabetes som ett hot mot det fysiska och psykiska välbefinnandet har tendens att följa upp deras behandlingsplaner (Kyngäs, 2007). De ungdomar som har en hög känsla av sammanhang (KASAM) upplever sin situation mer begriplig, hanterbar och meningsfull. I den kvantitativa studien av du Pasquier-Frediaevsky och Chwalow (2005) framkommer det att i början av författarnas studie var den glykemiska kontrollen hos tonåringarna försämrade som ett resultat av deltagarnas egen inställning till medverkan till behandling. Medverkan till behandling blev mindre men kunskapsnivån om diabetes ökade under studien. Trots kunskapen fann man ett negativt samband mellan HbA1c och medverkan till behandling under puberteten. Däremot visade det sig att det fanns ett positivt samband hos de yngre tonåringarna mellan kunskap och medverkan till behandling. Egenvård har en stor betydelse för compliance (Kyngäs, 2001; Kyngäs, et al. 2007; & Leonard, et al. 2010). I en kvantitativ studie av Bernardini et al.(2004) beskrivs fysisk aktivitet som något viktigt för barn och ungdomar som har diabetes typ 1. Motion förbättrar känsligheten för insulin, ökar förbränningen av glukos, minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar samt förebygger fetma. Studien betonar vikten av att så tidigt som möjligt övertyga barn och ungdomar att regelbundet motionera för att förbättra sitt välbefinnande och sin livskvalitet. Fysisk aktivitet däremot räknas inte som behandling.

7.2 Familj - anhörig och vänners medverkan

Utifrån sammanställda studier enligt (tabell 2) framkom att åtta av dessa pekar på vikten av familjens och vännernas medverkan för att uppnå god compliance. Kyngäs,

Hentinen och Barlow (1998) beskriver i en kvalitativ studie att hög compliance uppfattades bevisligen hos ungdomarna när de uppfattade att föräldrarna visade på att de hade accepterat ungdomarnas situation. Stöd från vänner utgjorde ibland en positiv faktor för compliance även för dem som tyckte att vänner var irrelevanta. Rätt och ålderrelaterad information är viktig att ge (Roper et al 2009). I en kvantitativ studie av Kyngäs och Rissanen (2001) framkommer att stöd från föräldrar och vänner är signifikanta faktorer som påverkar compliance. Hains, Berlin, Davies, Parton och Alemzadeh (2006) redogör i sin kvantitativa studie att de ungdomar som tror att deras vänner kommer att ha negativa reaktioner gentemot deras sjukdom kan få svårigheter att medverka i sociala sammanhang samt ha en ökad känsla av sårbarhet vid stress som leder till en försämrad metabolisk kontroll. Några av ungdomarna är oroliga för vännernas reaktion på deras medverkan till behandling, vilket kan leda till en ökad risk att de inte medverkar. Lewandowski och Drotar (2006) beskriver att förhöjda nivåer av konflikter mellan ungdomar och deras mödrar var förknippad med försämrad medverkan till behandling. Dessa konflikter samt ungdomarnas eget beslutsfattande kan påverka den glykemiska kontrollen. Om föräldrarna är eniga kan deras medverkan leda till att ungdomen medverkar i större utsträckning i behandling. Om mödrarna får stöd av sin partner påverkar det också till ett hälsotänkande kring den unge. Thompson, Auslander och White (2001) redogör i sin studie att de ungdomar som lever med ensamfostrande mödrar hade sämre hälsa än de som levde med två föräldrar. När man har kontrollerat olika etniska grupper, barnens ålder och familjens socioekonomiska status och deras medverkan har man kommit fram till att familjens struktur är signifikant för ungdomars hälsa. Enligt Leonard et al. (2010) uppvisade de äldre ungdomarna som rapporterade en familjär dysfunktion ett HbA1c värde > 9 . De äldre ungdomarna, männen samt övriga ungdomar som rapporterade en högre nivå av dåligt uppförande visade signifikant samma värde.

7.3 Sjukvårdens roll

Kyngäs, Hentinen och Barlow (1998) visar i sin kvalitativa studie att om ungdomarna uppfattade läkarnas, sjuksköterskornas och föräldrarnas handlingar som motiverande utgjorde det ett bra underlag för en högre compliance. Hur läkaren arbetade spelade stor roll; den läkare som skötte sitt arbete per rutin eller var negligerande utgjorde negativa faktorer för compliance. Om den unge uppfattade att läkarens åtgärder endast handlade om att ge föräldrarna kontroll över dem ledde det till dålig compliance. Om vännerna

dominerade den unge utgjorde även det en dålig faktor för compliance. Enligt Kyngäs och Rissanen (2001) behöver ungdomar med en kronisk sjukdom stöd från sjuksköterskan, läkaren samt energi och viljestyrka för att de skall uppnå en god compliance. Ungdomar som känner sig motiverade är också de som sedan följer sin hälsoplan bättre. Den viktigaste och mest kraftfulla faktorn för en hög compliance är stöd från sjuksköterskan. Kyngäs (2007) menar att utöver ovan nämnda faktorer ses hotet mot det fysiska välbefinnandet som en faktor som gynnade god medverkan till behandling. I mer än hälften av studiernas resultat framkommer att sjukvårdens insatser spelar stor roll för compliance.

7.4 Stöd och undervisning

Vid sammanställning av studierna framkommer att stöd och undervisning påverkar compliance. Roper et al. (2009) betonar vikten av att sjuksköterskan, den diabetesutbildade sjuksköterskan samt föräldrarna bör ge åldersrelaterad information till ungdomarna när det gäller hanteringen av diabetesvård. Det är viktigt att ungdomarna kan ställa frågor om sitt hälsotillstånd och samtidigt erbjudas problemlösningar. Program som ger ungdomarna möjlighet att utveckla färdigheter och utbyte av erfarenheter har också ett högt värde. Sjuksköterskan och föräldrarna bör ge lämplig information om diabetesvård samt ha gällande kunskap. De bör ge barncentrerad information där barnen och ungdomen fritt kan ställa frågor om sin situation och få hjälp med problemlösning. Program som tillåter ungdomar att utveckla coping- färdigheter och dela erfarenheter med varandra kan också komma till nytta. Ungdomarna i studien har fått stöd från föräldrar genom att låta ungdomarna få kunskap om hur de skall hantera sin sjukdom och acceptera den. Deltagarna i studien sa att de kände till konsekvenserna av sjukdomen både på kort och lång sikt men de var intresserade av att få veta mer. Vad de visste om konsekvenser på lång sikt var att det berodde på misskötsel som ledde till amputation och missförhållanden som kunde leda till död. I sin kvantitativa studie visar Schlundt (1994) att ungdomar som har ett emotionellt svårt liv med känsla av frustration, depression och stress kan få svårigheter att fullfölja en diet. Det framgår i studien att dessa ungdomar behöver mycket stöd för att klara av detta.

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

En litteraturstudie gjordes för att besvara syftet. Denna metod visade sig vara lämpad då vi hade som mål att få utökad kunskap över omvårdnadsfaktorer som påverkar compliance hos ungdomar med diabetes typ 1. Studien baseras på artiklar både av kvantitativ och kvalitativ ansats och dess resultat bidrar till detta informationsunderlag. Enligt Segersten (2006, s.97) används kvantitativa studier för att enkelt sammanställa resultat som visar på jämförelser och mätningar när det gäller att visa på om något resultat är bättre än ett annat. Däremot säger Friberg (2006, s. 105) att vid kvalitativa studier räknas studierna var och en för sig och som utgångspunkt är att varje studie har ett eget kunskapsvärde. När flera kvalitativa studier sammanställs kan det skapas en sammansatt kunskap om ett specifikt fenomen. Eftersom vår studie domineras av kvantitativa studier anser vi att resultatet har en högre överförbarhet än om vi haft fler kvalitativa studier med. Kvalitativa studier baseras på tolkningar och fenomen till skillnad från kvantitativa studier som baseras på siffror och tabeller. Det går inte att göra jämförelser mellan så olika studieresultat. Vi har inte tagit hänsyn i resultatet till denna urskiljning utan studierna är presenterade endast utifrån de faktorer som framkom. Sökorden ”diabetes typ 1”, ”adolescens”, ”juvenile”, ”compliance”, ”adherence”, ”nursing” utgjorde grunden till vår artikelsökning. De olika typer av studier som analyserats har genomförts i ett flertal länder där sjukvårdens utformning ser olika ut.

Syftet med vår studie har inte varit att jämföra i vilken grad compliance förekommer i de olika länderna utan hitta faktorer som är gemensamma eller skiljer sig åt i olika delar av världen där kulturella och socioekonomiska aspekter påverkar vården. Efter att ha studerat olika abstrakt samt granskat ett flertal artiklar gjorde författarna ett urval som resulterade i 11 relevanta artiklar. Majoriteten av dessa artiklar är skrivna på 2000-talet. Gemensamt för samtliga artiklar är att de handlar om unga människor med diabetes typ 1. Alla våra artiklar är skrivna på engelska och genom matrisen blev materialet tydligt redovisat. Val av rubriker kan diskuteras då det var svårt att benämna dem så att det helt överensstämde med innehållet. Det som gjorde oss förvånade är att vi inte fick

någon svensk artikel på våra sökningar trots att vi vet att Sverige kommer näst efter Finland med högsta rapporterade insjuknandefrekvens av diabetes typ 1 på nationell nivå (Persson, 2007, s. 456). Detta skulle därmed utgöra en anledning till att Sverige satsade mer på vetenskaplig forskning då vi även vet att sjukdomen ökar kraftigt i Sverige. Vi är medvetna om riskerna med resultatets tolkning. Efter att ha läst materialet var och en för sig och därefter tillsammans har vi så långt som det varit möjligt varit objektiva i våra tolkningar. Däremot går det inte att säkerställa en totalt objektiv studie eftersom vi som författare redan från början har förförståelse till ämnet. Även Forsberg och Wengström (2008, s.154) nämner att det kan finnas en viss förförståelse till ämnet. Vi har fått ett utökat kunskapsläge när det gäller syftet att beskriva omvårdnadsfaktorer som påverkar diabetes typ 1 och compliance.

8.2 Resultatdiskussion

Denna studie visar på att det finns en koppling mellan ungdomars uppfattning av familjefunktionen och betydelsen av sjukvårdens insatser för compliance vid behandling. Andersson et al., (2002) betonar vikten av tidig intervention för att bygga upp en positiv familjemedverkan och ett gott samarbete runt de uppgifter som det innebär att ha sjukdomen diabetes och för att undvika att dåliga mönster skapas. Cameron et al., (2008) bekräftar att familjens struktur påverkar den unges behandlingsresultat. När föräldrarna lever tillsammans och där minst en av föräldrarna har ett arbete påverkar det positivt HbA1c hos den unge. Familj- anhörig och vänners medverkan har stor betydelse för compliance till ungdomar med diabetes typ 1. Detta kan dock utgöra en svårighet i samband med ungdomar i övre tonåren som lever i en frigörelseprocess och som ibland försöker att undvika föräldramedverkan. I denna hantering uppstår en paradox både för sjukvården men även för den unge då det förväntas att den unge skall ta ansvar för sin sjukdom samt involvera sina föräldrar eftersom hon eller han ännu inte är myndig. De flesta studierna redogör för att familjen- anhöriga och vänners medverkan är viktiga faktorer för compliance. La Greca (1995) beskriver i sin studie att föräldrar spelar större roll än vänner vid blodsockermätning, insulininjektioner, vid kostintag, fysiskt aktivitet och att hjälpa dem att känna sig tillfreds med sjukdomen diabetes. Däremot utgör vänner i större utsträckning ett emotionellt stöd. Studien belyser vikten av föräldrarnas inblandning i behandling och att de har en viktig roll när det gäller kost och motion. Wysocki et al., (1992) menar att krav som ställs på den unge kan invadera hela eller delar av dennes liv när det gäller

skola, att träffa en partner, måltider, arbete, idrott och resor. Eftersom familjen förväntas bära huvudansvaret för ungdomens hälsa och välbefinnande är det viktigt att de får en betydande roll i mötet med sjukvården. De ska inte ta över tonåringens eget ansvar. Ett starkt familjestöd samt när ungdomarna med diabetes typ 1 har kontroll över sjukdomen minskar känslan av oro för diabeteskomplikationer Gillibrand och Stevenson (2006). Om föräldrarna däremot uppträder som diabetespoliser med att ge oönskade råd, genera sitt barn inför andra eller kritiserar valet av mat och aktiviteter kan det för det mesta bara påverka situationen negativt Polonsky (2002, s.227-229).

Enligt Hanås (2004, s.327) blir det problem att som tonåring få diabetes; tonåringen är inte mogen för att ensamt ta ansvar för sin sjukdom samt upplever svårigheter med att låta föräldrarna göra det. Trots att tonåringar inte är mogna så säger Hanås (2004, s.327) att sjukvården föreslår föräldramedverkan i ett senare skede till ungdomar i de övre tonåren. De flesta tonåringar väljer oftast att ta med en kamrat som stöd på återbesöken. Problem kan uppstå i samband med detta eftersom om en förälder som allt mer sällan följer med sin tonåring till sjukhuset får mindre möjligheter att kunskapsmässigt hålla sig uppdaterad. Att tillämpa principen om evidensbaserad omvårdnad i den dagliga verksamheten innebär att den enskilda sjuksköterskan i sin kliniska omvårdnad integrerar bästa tillgängliga vetenskapliga bevis innan hon eller han tillsammans med patienten fattar beslut om olika omvårdnadsinsatser (Forsberg & Wengström, 2008, s.22). Vid granskning av studien framkom att familje – vänners medverkan och sjukvårdens roll var faktorer som hade stort inflytande på compliance hos ungdomar med diabetes typ1 och där familjen och vännerna tar ledningen.

Orems egenvårdsmodell delas in i tre olika teorier; egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. Dorotea Orems egenvårdsteori syftar till att tillgodose de egna egenvårdsbehoven, vilka definieras som formulerade insikter om handlingar som måste utföras av eller för en person, (och) som man vet eller förmodar är nödvändiga för regleringen av personens funktion och utveckling som människa. Egenvårdsbehoven delas upp i tre kategorier: universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. Egenvårdsbristen beskriver varför en person behöver omvårdnad. Bristen uppkommer när egenvårdsförmågan är mindre än egenvårdskravet. Omvårdnadssystem är något som skapas genom sjuksköterskans och patientens åtgärder och interaktion i en omvårdnadssituation och kan delas i 3 olika

omvårdnadssystem: fullständigt kompenserande, delvis kompenserande och stödjande/undervisande system (Kirkevold, 2008, s.148-155). Litteraturen pekar på vikten av att lyfta sjuksköterskans roll. Sjuksköterskan kan med sin kompetens hjälpa patienten att identifiera och anpassa sig till förändringar när det gäller den glykemiska kontrollen. En god vårdrelation måste skapas genom en organiserad vård så att den unge med diabetes får träffa samma vårdpersonal och att det finns tid och utrymme för individuella samtal Allgot (2006, s.30). När den unge engagerar sig och tar ansvar för egenvården finns stora möjligheter till compliance och därigenom ett välbefinnande. Ungdomar med tillräcklig energi och viljestyrka ansåg vården viktig för den tillförde mod och välbefinnande och därmed kände de ingen rädsla för komplikationer (Hentinen och Kyngäs 1996).

Kyngäs (2001, 2007)) menar att sjuksköterskan har den absolut viktigaste rollen för vård och motivation när det gäller ungdomar med diabetes typ 1.

De ungdomar som fått en fungerande kontakt med sin diabetessjuksköterska, har stödjande föräldrar och fått bra rådgivning känner sig trygga. Sjuksköterskan har enligt Blåka och Hanestad (2006, s.120) en viktig roll att i sitt arbete hitta sätt att möta den unge med diabetes och på så sätt lära den unge att leva med sjukdomen och integrera kunskapen i dennes vardag. Det är förvånande att stöd och undervisning har så liten betydelse i vår studie enligt (tabell 2).

8.3 Slutsats

Litteraturstudien har identifierat fyra faktorer av betydelse för compliance. Dessa är egenvård, familj- anhörig och vänners medverkan, sjukvårdens roll samt stöd och undervisning. Vid föräldramedverkan och tilltro till den egna förmågan ökar compliance. Diabetessjuksköterskan har en betydande roll där patientundervisning ingår som en del i omvårdnaden. För att finna bästa individuella behandling krävs tid vilket gör att det förhindrar lidande och spar resurser för samhället, kliniken samt patienten och dennes familj. Stöd och information av diabetessjuksköterska antas kunna bidra till att ungdomar med diabetes typ 1 får en kunskapsgrund som gör det möjligt att påverka sin situation när det gäller egenvård och compliance. Eftersom föräldrar och vänner har stor påverkan på den unge innebär det att de även kan påverka att hon eller han blir mer fysiskt aktiv. Det gäller dock att föräldrar och sjukvårdspersonal hittar rätt

nivå i bemötandet för att den unge skall samverka, känna samt förstå att han/hon har huvudansvaret för att sköta sin diabetes.

8.4 Klinisk betydelse

De flesta sjuksköterskor möter ungdomar med diabetes typ 1 och detta ställer extra krav på sjuksköterskans förhållningssätt. Inom hälso- och sjukvårdsarbetet sker möten mellan personal och ungdomar med diabetes typ 1, både i öppen- och slutenvård. Sjuksköterskans attityder till dessa ungdomar har betydelse för ett gott bemötande och en god omvårdnad. För att vidga helhetssynen kring compliance hos dessa ungdomar behövs en fördjupad kunskap om hur de upplever sin livssituation. Förhoppningen är att studiens resultat skall bidra till att sjukvårdspersonal, att ungdomar med diabetes typ 1 samt deras anhöriga kan få en bättre förståelse för vilka faktorer som kan påverka compliance.

8.5 Förslag på vidare forskning

Vidare forskningssatsningar föreslås fokusera på ytterligare förbättring av egenvården för ungdomar med diabetes typ 1. Vi anser att ungdomar som har en god kunskap om sin sjukdom och kan hantera sin hälsa har möjlighet att leva med minskad oro och ökad trygghet. För att se om patientundervisning i grupp för ungdomar med diabetes typ 1 kan ha en bidragande positiv effekt på compliance, skulle det kunna göras en jämförelse mellan två grupper; där den ena får enskild patientundervisning och i den andra gruppen sker patientundervisning tillsammans med andra.

REFERENSER

Allgot, B. (2006). Diabetes och samhället. Anpassad hälso- och sjukvård. I A. Skafjeld (Red.) *Diabetes*: (s.30). Denmark: Narayana Press.

Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., Östensson, C-G. (2007). *Diabetes*.(s.7,s.146) Stockholm: Karolinska institutet University Press.

Anderson, B.J., Vangsness, L., Connell, A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A., & Laffel, M.B. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes. *Diabetes UK. Diabetic Medicine*, 19, 635-642. Hämtad från Medline.

Antonovsky, A. (2001). Hälsans mysterium. (s.13, s.15, s.129). Finland: WS Bookwell.

Bernardini, A.L., Vanelli, M., Chari, G., Ivan, B., Gillette, C., Vitale, R., Erica, M.K. (2004). Adherence to physical activity in young people with Type 1 diabetes. *ACTA BIO MEDICA ATENEO PARMENSE*; 75, 153-157. Hämtad från Pub Med.

Blåka, G. & Hanestad, B.R. (2006). Alternativa lärandeperspektiv i diabetesvården: I A. Skafjeld (Red.) *Diabetes*: (s.120). Denmark: Narayana Press.

Björvell, H. & Insulander, L. (2008). Patient empowerment - ett förhållningssätt i mötet med patienten: samband mellan patient empowerment och egenvårdsförmåga. I B. Klang Söderqvist (Red), *Patientundervisning*: (s.102, 106). Poland: Studentlitteratur.

Cameron, F.J., Skinner, T.C., de Beaufort, C.E, Hoey, H., Swift, G.F. Aanstoot, H. & Skovlund, S.E. (2008). Are family factors universally related to metabolic outcomes in adolescents with type 1 diabetes? *Journal compilation. Diabetic Medicine*, 25, 463-468. DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02399.x. Hämtad från Cinahl.

Campbell, R.K. & Martin, T.M. (2009). *The Chronic Burden of Diabetes: The American Journal of Managed Care*, 15 (9) s.248-54. Hämtad från Medline

Dunning, T. (2009). *Care of people with diabetes. A manual of nursing practice*: (s.20-21). United Kingdom: Wiley -Blackwell.

Du Pasquier-Fediaevsky, L. & Chwalow, A. J.(2005). Is the relationship between adherence behaviours and glycaemic control bi-directional at adolescence? *Diabetes UK. Diabetic Medicine* 22, 427-433 . Hämtad från Medline.

Eriksson, K. (1992). *Vårdvetenskap som disciplin, forsknings- och tillämpningsområde*: (s.35). Åbo: Åbo Akademis tryckeri.

Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete*. (s.37, s.40, s. 203 s. 228). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C.& Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*.(s. 22, s.29,s.73, s.106, s.154). Stockholm: Natur och Kultur.

Fredriksson, A.& Lindberg, A. (2010 s. 1-23) Mall för hantering av referenser: *Förkortad svensk översättning av APA- The American Psychological Association för Röda Korsets Högskola*.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I.F. Friberg (Red), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 35, s. 105,s. 110-112, s. 115, s.117-122,s. 149). Denmark: Narayana Press.

Gillibrand, R. & Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *British Journal of Psychological Society* 11, 155-169. DOI: 10, 1348/135910705X39485. Hämtad från Medline.

Granit, P.& Hjalmarsson, P. (2006). Patientens syn på diabetesteamet: I.K. Wikblad (Red), *Omvårdnad vid diabetes*: (s. 25). Lund: Studentlitteratur.

- Hains, A.A., Berlin, K.S., Davies, W. H., Parton, E. A., Alemzadeh, R. (2006). Attributions of Adolescents with type 1 Diabetes in Social Situations. *Diabetes Care*. 29 (4). Hämtad från Pub Med.
- Hanås, R.(2004). Typ 1 diabetes hos barn, ungdomar och unga vuxna: *Hur du blir expert på din egen diabetes*.(s.11, s.18,s 101,s. 315, s.327). Västerås: Edita Västra Aros AB.
- Hentinen, M.& Kyngäs, H. (1996). Diabetic adolescents' compliance with health regimens and associated factors. *Department of Nursing 33, (3)*, s.325-337. Hämtad från Cinahl.
- Hägglöf, B. (2008). Psykologiska aspekters familjedynamik- coping. Kunskapsöverföring och attitydpåverkan. I S. Sjöblads (Red). *Barn- och ungdomsdiabetes: (s.67)*. Lund: Studentlitteratur.
- Kelly, K. B. (2008). Om hälsans betydelse. Identitetsutveckling och utforskande av livsstilar under ungdomsåren: bakgrund. I S. Sjöblads (Red), *Barn- och ungdomsdiabetes: (s.155)*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. & Ekern, K.S. (2002). Familjen: *I ett omvårdnadsperspektiv*. (s. 14, 31-33). Stockholm: Liber AB.
- Kirkevold, M. (2008). Omvårdnadsteorier: *analys och utvärdering*. (s.148- 155). Malmö: Holmbergs/Studentlitteratur.
- Klang Söderqvist, B. (red.) (2008). *Patientundervisning*.(s.11). Lund: Studentlitteratur.
- Kyngäs, H., Hentinen, M. & Barlow, J. H. (1998). Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care? *Journal of Advanced Nursing*. 27, 760-769. Hämtad från Cinahl.

Kyngäs, H. & Rissanen, M. (2001) Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*. 10: 764-774. Hämtad från Cinahl.

Kyngäs, H.A. (2007) Predictors of good adherence of adolescents with diabetes (insulin-dependent diabetes mellitus). *Chronic illness* 3, 20- 28. DOI: 10.1177/174239530707919. Hämtad från Pub Med.

La Greca, A.M., Auslander, W.F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E.B., Santiago, J.V. (1995) I get by with a Little Help from my Family and Friends: Adolescents' Support for Diabetes Care. *Journal of Pediatric Psychology*. 20, (4), 449-476. Hämtad från Cinahl.

Larsson, Y. (2008). Kvalitet och målsättningar i vården av barn och ungdomar med diabetes: viktiga kvalitetsaspekter. I S. Sjöblads (Red). *Barn- och ungdomsdiabetes*: (s.18-19). Lund: Studentlitteratur.

Leonard, B. J., Jang, Y-P, Savik, K. & Plumbo, M. A. (2010) Adolescents with type 1 Diabetes: Family Functioning and Metabolic control. *Journal of Family Nursing*. 11(2), 102-121. DOI: 10.1177/1074840705275152. Hämtad från Pub Med.

Lewandowski, A. & Drotar, D. (2006). The relationship between Parent- Reported Social Support and Adherence to Medical Treatment in Families of Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 32 (10). DOI: 10.1093/jpepsy/jslo37. Hämtad från Medline.

Lindskog, B. I. (2006). Medicinsk terminologi. (s. 385). Stockholm: Nordiska Bokhandelsförlag.

Lowes, L. (2008). Managing type 1 diabetes in childhood and adolescence. *Nursing Standard*. 22,(44), 50-56 hämtat från Medline.

Mosand, R.D. & Försund, J.A. (2002). Omvårdnad vid förändringar i bukspottkörtelns endokrina funktion: olika typer av diabetes. I H. Almås (Red), *Klinisk omvårdnad del 2* (s 900, s.905). Stockholm: Liber.

Persson, B. (2007). Diabetes och hypoglukemi: epidemiologi I T. Lindberg & I H. Lagercrantz (Red), *Barnmedicin:* (s 456, 459) Danmark: Narayana Press.

Pellmer; K & Wramner, B (2001) *Grundläggande folkhälsovetenskap.* (s.86). Stockholm: Liber AB.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: principles and methods.* 8. ed. (s. 123).Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polonsky, W. (2002). *Diabetes hela livet* (s.182, s.227-229). Lund: Studentlitteratur.

Roper, S. O., Call, A., Leishman, J., Ratcliffe, G. C., Mandleco, B. L. , Dyches, T. T. & Marschall, E. S. (2009) Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of Advanced nursing.*65 (8), 1705- 1714. DOI: 10. 1111/j.1365-2648.2009.05033.x. Hämtad från Cinahl.

Schlundt, D. G., Pichert, J.W., Rea, M. R. , Puryear, W., Penha, M. L.I. & Kline, S.S. (1994) Situational Obstacles to Adherence for Adolescents with Diabetes. *The Diabetes Educator.* 20.(3).

Socialstyrelsen, (1996). *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor* (s.9). Stockholm: Grafotext AB.

Svensk sjuksköterskeförening, (2007) *Patientundervisning och patienters lärande* (s.11). Växjö: Gothia förlag.

Timms, N. & Lowes, L. (1999). Autonomy or non-compliance in adolescent diabetes? *Children nursing,* 8(12). 794-797, 800. Hämtad från Cinahl.

Thomson, S. J., Auslander, W. F. & White, N.H, (2001). Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health and Social work. 26 (1)*. Hämtad från PubMed.

Wikblad, K. (red.) (2006). Omvårdnad vid diabetes: *Patientcentrerad problembaserad utbildning*. (S.186-187, s. 349-350). Lund: Studentlitteratur.

Wysocki, T., Hough, B.S., Ward, K. M. & Green, L. B. (1992). Diabetes Mellitus in the Transition to Adulthood: Adjustment, Self- Care, and Health Status. *Developmental and Behavioural Pediatrics. 13 (3)*. 194- 201. Hämtad från Cinahl.

Öhrn, I. (2000). Livet, identiteten och kronisk sjukdom: En socialpsykologisk studie av unga vuxna diabetiker.(s.36, 37) Göteborg: Parajet.

BILAGA 1

Litteraturmatriiser som ligger till grund för resultatet i studien

Nummer Författare (Årtal) Titel Land	Syfte	Metod	Urval
1. Bernardini, A. L., Vanelli, M., Chiari, G., Iovane, B., Gelmetti, C., Vitale, R., Errico, M. K. (2004) Medverkan till fysisk aktivitet hos ungdomar med diabetes typ 1. Italien.	Att undersöka tid för utövande, medverkan till ett säkert övande och möjligheter för ungdomar med diabetes att vidta lämpliga åtgärder för att minska eventuella risker.	Kvantitativ	91 barn och ungdomar mellan 10 – 18 år som haft diabetes längre än 6 månader. Ingen kronisk sjukdom relaterad till diabetes. Hjärt- o kärl sjukdomar, nevropati eller retinopati och omedveten hypoglykemi.
2. Kyngäs, H., Hentinen, M., Barlow, J.H. (1998) Ungdomarnas uppfattning om läkare, sjuksköterskor, föräldrar och vänner: Är de till hjälp eller till hinder för egenvården vid diabetes? Finland	Att undersöka hur ungdomar med diabetes upplever läkarens, sjuksköterskans, föräldrarnas och vännernas delaktighet i förhållande till följsamhet i egenvård.	Kvantitativ	51 ungdomar (28 pojkar och 23 flickor) med en insulinberoende diabetes mellitus som är 13-17 år och har haft diabetes längre än 1 år.
3 Roper, S. O, Call, A., Leishman, J. Ratcliffe, G. C., Mandleco, B.I., Dyches, T. T., & Marshall, E. S. (2009) Diabetes typ 1: Barn och ungdomars kunskap och frågor. USA	En studie genomfördes för att beskriva vad barn och ungdomar som har diabetes typ 1 vet och behöver veta om sjukdomen.	Kvalitativ	58 barn och ungdomar med diabetes typ 1.
4. Leonard, B.J., Jang, Y-P., Savik, K. & Plumbo, M. A.(2010) Ungdomar med diabetes typ 1: familjens medverkan och den metaboliska kontrollen. USA	Att undersöka sambandet mellan familjens medverkan och den metaboliska kontrollen hos ungdomar med diabetes typ 1.	Kvantitativ	Ungdomar i åldern 11 till 18år samt deras föräldrar från stad och landsbygd.

<p>5. Kyngäs, H.A. (2007) Tänkbara faktorer för en god medverkan hos ungdomar med insulinberoende diabetes mellitus. Finland</p>	<p>Att identifiera faktorer som pekar på en god medverkan till en behandlingsplan för ungdomar med ungdomar med diabetes typ 1.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>300 individer mellan 13-17 år valdes ut slumpmassigt från Försäkringskassans register i Finland.</p>
<p>6. Hains, A.A., Berlin, K.S., Davis, W.H. Parton, E.A. & Alemzadeh, R. (2006) Beskrivning av den sociala situationen hos ungdomar med diabetes typ 1. USA</p>	<p>Att undersöka förhållandet mellan negativa reaktioner hos vänner (NAFRs) i det sociala sammanhanget, förväntade svårigheter i medverkan, diabetes stress och den metabola kontrollen.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>104 ungdomar mellan 11- 18 år och som har diabetes typ 1 och som fick behandling på barnsjukhus i Wisconsin, USA.</p>
<p>7. Schlundt, D.G., Pichert, J.W., Puryear, W. Penha, M.L.I. & Kline, S. S. (1994) Situationsanpassade hinder för medverkan hos ungdomar med diabetes . USA</p>	<p>Att de vill titta på ett urval av problemsituationer som skapar hinder för medverkan till diet.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>20 ungdomar 13- 19 år med insulinberoende diabetes mellitus. 12 flickor och 8 pojkar. Alla utom en deltagare bodde hemma med förälder.</p>
<p>8. Pasquier-Frediaevsky, L. D., & Chwalow, A.J., (2005) Finns det något samband mellan ungdomars beteende till medverkan och den glykemiska kontrollen Frankrike</p>	<p>Att analysera förändringar i medverkan till diabetesbehandling och dess förhållande till den metaboliska kontrollen från barndomstid till ungdomstid.</p>	<p>kvantitativ</p>	<p>142 barn med diabetes typ 1 minst 6 månader och att både föräldrar och barn kan läsa och förstå franska språket. Ålder 7- 13 år.</p>
<p>9. Thompson, S.J., Auslander, W.F. & White N. H. (2001) Inverkan på familjestruktur på hälsan bland ungdomar med diabetes. USA</p>	<p>Att undersöka i vilken utsträckning familjestrukturen har ett signifikant samband med hälsa hos ungdomar med diabetes typ 1.</p>	<p>kvantitativ</p>	<p>155 barn med diabetes typ 1 under minst ett år och som inte har några andra kroniska sjukdomar samt deras mödrar.</p>

<p>10. Lewandowski, A., & Drotar, D. (2006) Förhållandet mellan det föräldra- rapporterade sociala stödet och medverkan till medicinsk behandling hos ungdomar med diabetes typ 1 och deras familj. USA</p>	<p>Att undersöka förhållandena mellan både mödrarapporterade makes/partners stöd och stöd från det sociala nätverket, och mödra- och ungdomars diabetes relaterade konflikter.</p>	<p>Kvalitativa</p>	<p>51 mödrar till ungdomar mellan 13-18 år med insulinberoende diabetes typ 1.</p>
<p>11. Kyngäs, H., & Rissanen, M. (2001) Stöd som en viktig indikator på god medverkan till compliance hos ungdomar med en kronisk sjukdom. Finland</p>	<p>Att beskriva faktorer som förespråkar följsamhet hos ungdomar med en kronisk sjukdom.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>300 ungdomar med astma, epilepsi, Reumatisk Artrit (ungdomar) och insulinberoende diabetes mellitus. Ålder mellan 13-17 år och som fått diagnosen för över ett år sedan.</p>

Bilaga 2

Kvalitetsbedömningsmall. Utarbetat från, Stoltz & Bahtsevani (2006, s. 83-102) samt Röda korsets högskola Mall för granskning av vetenskapliga artiklar (2005).

Studiebeskrivning av kvalitativa artiklar

	0 poäng	1 poäng	2 poäng	3 poäng
Abstract (syfte, metod och resultat)			1/3	2/3
Bakgrund				
Förklaras det varför studien är viktig?			Saknar förklaring	Ja, tydligt
Är bakgrunden rimlig i jämförelse med mitt syfte			Ja	Ja
Syfte				
Är syftet rimligt till vår utgångs punkt?			Ja	Ja
Metod				
Urval tydligt beskrivet?			God beskrivning	God beskrivning
Datainsamling tydligt beskrivet			Tydligt beskrivet	Tydligt beskrivet
Analys tydligt beskrivet			Tydligt beskrivet	Tydligt beskrivet
Etiskt resonemang/Etiskt godgännande			Saknas	Finns
Resultat				
Resultatbeskrivning			Finns	Finns
Är resultatet betydelsefullt för mig?			Ja	Ja

Poäng: 8 p

Hög = 67 %

Medel = 33 %

Låg = 0 %

Studiebeskrivning av kvantitativa artiklar

	0 poäng	1 poäng	2 poäng	3 poäng
Abstract (syfte, metod och resultat)	Finns på alla		3/8	5/8
Bakgrund				
Förklaras det varför studien är viktig?			Relativt	Ganska tydligt
Är bakgrunden rimlig i jämförelse med mitt syfte			Ja	Ja
Syfte				
Är syftet rimligt till vår utgångs punkt?			Ja	Ja
Metod				
Urval - antal,			Medel	God
Urval - beskrivning			Medel	God
Etiskt resonemang/etisk godkännande			Saknas	Finns
Resultat				
Resultatbeskrivning			God	Tydligt
Är resultatet betydelsefullt för mig?			Ja	Ja

Poäng: 21 p

Hög = 63 %

Medel = 37 %

Låg = 0 %