



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Diabetes mellitus type 1

Bacheloroppgave i sykepleie

Emnekode SK 152

Avdeling for helsefag for sykepleiere

Innleveringsdato 02/06/17

Antall ord

6685

Av Semere Tekeste

Veileder

Sissel Hjelle Øygard

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Samandrag

Tittel: Diabetes type 1

Bakgrunn for val av tema:

I 2000 var det ca. 130 000 personer i Norge med diabetes, av disse hadde ca. 20 000 diabetes type 1. I dag er det ca. 230 000 personer som har diabetes i Norge. Av disse ca. 28 000 type 1 diabetes. Tallet viser hvor alvorlig sykdommen er, fordi det har vært og fortsatt er, en økning av antall diabetikere i Norge. Type 1 diabetes kan komme i alle aldersgrupper, men vanligvis oppstår sykdommen hos barn, ungdommer og unge voksne. Gjennom praksis erfart jeg at ikke alle ungdomdiabetikere tar sykdommen på alvor. Dette kan være på grunn av lite kunnskap om senkomplikasjoner eller at de ikke tør å tenke på den. I denne oppgaven ønsker jeg å fordype meg mer i diabetes kunnskap slik at jeg kan bidra som en ressurs i arbeidslivet. Med den tanken ønsker jeg spesielt å belyse hvordan kan jeg som sykepleier kan forebygge senkomplikasjoner hos ungdom med diabetes type 1.

Problemstilling:

Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge senkomplikasjoner hos ungdom med diabetes type 1?

Framgangsmåte

Oppgaven er litteraturstudie med forskings artikler henta frå databasene PubMed og google scholar. Jeg kombinerte forskings artikler og relevant litteratur med egen erfaring fra praksis for å belyse temaet.

Oppsummering

Forskning viser at et forhøyet langtidsblodsukker (HbA1c) er årsaken til senkomplikasjon og tydelig dødelighet hos barn og unge som har diabetes type 1. En annen forskning viser at et godt regulert HbA1C, har positiv effekt til å redusere eller unngå komplikasjonene. Pasienten må tru på seg selv og sette mål for å forebygge komplikasjoner. Dette stimulerer sykepleieren gjennom kommunikasjon, læring og veiledning. Tilslutt kan fremme mestring hos pasienten som er nøkkelen til forebygging. Læring evne kan variere fra en pasient til andre og dette må tilpasses for å oppnå riktig veiledning.

Nøkkel ord

Betaceller	insulinproduserende celler (øyceller) i bukspyttkjertelen.
HbA1c	prosent av hemoglobin A som er bundet med glukose; prosent verdien gir et uttrykk for gjennomsnittlig blodglukosenivå de siste 6- 8 ukene, avhengig av hemoglobins levetid.
Hyperglykemi	for høyt blodsukker.
Hypoglykemi	lavt blodsukker som gir følingssymptomer.
Ketoacidose	Syreforgiftning, skyldes for lite insulin ved type 1- diabetes.

(Helsedirektoratet, 2009, s.13)

Innhold

1. Introduksjon med bakgrunn av valg tema	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensing	2
1.3 Definisjon	2
1.4 Hvordan oppgaven er løst.....	2
2. Metode.....	2
2.1 Søkeprosessen etter forskning	3
2.2 Kildekritikk og utvalgsprosess	4
3. Teori	5
3.1 Diabetes Mellitus.....	5
3.1.1 Diabetes mellitus type 1	5
3.1.2 Hypoglykemi / føling	5
3.1.3 Hyperglykemi / Ketoacidose	6
3.2 Senkomplikasjoner	6
3.2.1 Mikrovaskulære senkomplikasjoner	6
3.2.2 Makrovaskulære senkomplikasjoner.....	6
3.3 Behandlingsstrategier	6
3.3.1 Insulinbehandling	7
3.3.2 Kostveiledning	7
3.3.3 Fysisk aktivitet	7
3.4 Diabetes type 1 hos ungdom	7
3.5 Dorothea Orems sykepleieteori	8
3.5.1 Egenomsorg.....	8
3.5.2 Egenomsorgsbehov	8
3.5.3 Egenomsorgssvikt	9
3.5.4 Sykepleiehandlinger	9
3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon	9
3.6.1 Undervisning og veiledning	9
3.6.2 Salutogenese og Empowerment	10
3.6.3 Motivasjon gjennom kommunikasjon og mestring.....	10
4. Forskningsfunn.....	11
4.1 Forskningsartikkel 1	11
4.2 Forskningsartikkel 2.....	11
4.3 Forskningsartikkel 3	11
4.4 Forskningsartikkel 4	12
4.5 Forskningsartikkel 5	12

4.6 Forskningsartikkel 6	12
4.7 Forskningsartikkel 7	13
5.Drøfting	13
5.1 Hva er sykepleierens rolle i møte med unge diabetikere?.....	13
5.1.1 Orens sykepleiehandlinger	13
5.2 Praktisk veiledning	15
5.2.1 Behandling	15
5.2.1 Kosthold	15
5.2.2 Fysisk aktivitet	16
5.3 Hvordan kan sykepleieren fremme mestring?.....	16
5.4 Kommunikasjon med pasienten og foreldre.....	18
Konklusjon	20
Bibliografi	21

1. Introduksjon med bakgrunn av valg tema

I 2000 var det ca. 130 000 personer i Norge med diabetes, av disse hadde ca. 20 000 diabetes type 1 (Allgot, 2002 s. 20). I dag er det ca. 230 000 personer som har diabetes i Norge. Av disse ca. 28 000 type 1 diabetes (Diabetesforbundet, 2017). Tallet viser hvor alvorlig sykdommen er, fordi det har vært og fortsatt er, en økning av antall diabetikere i Norge. Type 1 diabetes kan komme i alle aldersgrupper, men sykdommen oppstår vanligvis hos barn, ungdommer og unge voksne (Allgot, 2002, s. 20). Sykdommen koster samfunnet mer enn 10 milliarder kroner hvert år. Dette inkluderer direkte og indirekte utgifter til behandling og sykehusinnleggelse (Strand, 2005 s. 10).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 sier: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Dette står også i helsepersonell loven §10 «Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene» (Lovdata, 1999). Sykepleiere har en nøkkelrolle i forhold til å undervise og veilede om sykdommen slik at pasienten får kunnskap og gode ferdigheter. Målet er motivasjon til å kunne leve godt med sykdommen (Mosand & Stubberud, 2010, s.524). For å gi god teoretisk og praktisk informasjon, er det svært viktig å ha kommunikasjonsevner og fagkunnskaper om sykdommen. God kunnskap om sykdommen bidrar til å holde en stabil og jevn blodsukkerverdi, takle alvorlige situasjoner og forebygge senkomplikasjoner (Sagen, 2002, s.20). I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016). For å belyse problemstillingen vil jeg benytte sykepleieteoretiker Dorthea Orems og Aaron Antonovsky sine modeller i oppgaven.

Gjennom praksis har jeg erfart at ikke alle unge diabetikere tar sykdommen på alvor. Dette kan være på grunn av lite kunnskap om senkomplikasjoner eller at de ikke tørr å tenke på den. I denne oppgaven ønsker jeg å lære mer om diabetes slik at jeg kan bidra som en ressurs i arbeidslivet. Med den tanken ønsker jeg spesielt å belyse hvordan kan jeg som sykepleier kan forebygge senkomplikasjoner hos ungdom med diabetes type 1.

1.1 Problemstilling

«Hvordan kan jeg som sykepleier forebygge senkomplikasjoner hos ungdom med diabetes type 1?»

1.2 Avgrensning

I oppgaven skal jeg fokusere på ungdommer som har diabetes type 1 og som i mange år har besøkt poliklinikkene hyppig for konsultasjon. Alderen mellom 10 og 21 år omtales ofte som ungdomsårene internasjonalt (Rajka, 2011, s.136). I oppgaven avgrensner jeg ungdommer til alderen mellom 10-20. En forskningsstudie fra Danmark viser at diabetes type 1 er alvorlig for ungdommer. Sykdommen kan føre til komplikasjoner i hjerte, øyne, føtter, nyrer og forkortet levealder (Sandahl, 2017). Jeg skal inkludere pårørende siden de er viktige ressurser både for sykepleieren og pasienten. Formålet med oppgaven er belyse forebygging av kroniske senkomplikasjoner.

1.3 Definisjon

Diabetes mellitus er det profesjonelle, opprinnelig greske navnet på sykdommen. Diabetes betyr “noe som renner gjennom”, med referanse til den store urinmengden som en ubehandlet eller dårlig kontrollert diabetes skaper. Mellitus viser til den søtlige, honningaktige smaken på denne urinen. Diabetes mellitus betyr altså noe sånt som “rikelig honninglignende urin” (Strand, 2005, s.7).

1.4 Hvordan oppgaven er løst

Først vil jeg presentere oppgavens metode, søkeprosessen etter forskning, kildekritikk og utvalgsprosess. Videre i kapittel tre presenteres teori som er grunnlaget for problemstillingen. I kapittel fire presenteres forskningsfunn. Til slutt drøftes problemstillingen i lys av teori, forskning og kunnskap basert på erfaring.

2. Metode

Metoden er et verktøy som hjelper oss til å samle data og informasjon slik at vi kan komme til kvalitetssikret ny kunnskap (Dalland, 2012, s.124). I oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode. Med det har jeg søkt eksisterende forskning og litteratur. Både kvalitativ og kvantitativt design er brukt i forskningen. I tillegg har jeg brukt pensumlitteratur og fagartikler som er relevant for temaet og problemstillingen.

2.1 Søkeprosessen etter forskning

Jeg har søkt etter forskningsartikler i databaser som er anbefalt av høgskolen. Målet er å kunne underbygge min oppgave. Pubmed, Google scholar, Svemed +, Cochrane Library er databasene som jeg søkte for å finne artikler. Søke området er begrenset fra 2010 – 2017.

«Increased mortality in a Danish cohort of young people with Type 1 diabetes mellitus followed for 24 years. »

Jeg fant denne artikkelen i Pubmed ved å kombinere søkeordene «young», «type 1 diabetes mellitus» og «death». Studien startet i 1989 og forskergruppen har fulgt 720 barn eller unge diabetikere i 24 år. Alle personene har diagnoser med type 1 diabetes og var under 20 år når studien begynte (Sandahl et al., 2017).

«Association Between HbA1c Variability and Risk of Microvascular Complications in Adolescents with Type 1 Diabetes. »

Jeg brukte Pubmed for å finne denne artikkelen. Søkeordene var «HbA1c», «risk of microvascular complications» og «Type 1 Diabetes». Målet med denne studien var å finne ut sammenhengen mellom HbA1c og risiko for mikrovaskulære komplikasjoner hos ungdommer med diabetes type 1. Det er prospektiv kohortstudie fra 1990 til 2014, median oppfølging 8,1 år i pediatrik sykehus (Virk, 2016).

«Adolescent and parent perceptions of patient- centered communication while managing type 1 diabetes.»

Artikkelen har jeg funnet i google scholar ved å kombinere søke ordene «communication», «with», «diabetes» og «youth patients». Målet var å undersøke om ungdommer og oppfatninger av pasientsentret kommunikasjon med helsepersonell kan være forbundet med pasienten egenomsorg og diabetesbehandlingen (Andrea C.B.S et al., 2011).

«Fear of hypoglycaemia in mothers and fathers of children with type 1 diabetes is associated with poor glycaemic control and parental emotional distress: a population- based study. »

Jeg har søkt i Pubmed og brukte søkeordene «Type 1 diabetes», «poor glycaemic control», «hypoglycaemia» og «parent». Artikkelen analyserer sammenhengen mellom foreldres frykt for hypoglykemi og;

- forekomsten av hypoglykemi og diabetes behandlingstiltak i barn som har type 1 diabetes.

- foreldrenes følelsesmessige bekymring (Haugstvedt A, Wentzel LT, Grue M, Søvik O, Rokne B, 2010).

«Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives».

Dette er en kvalitativ studie der hensikten var å identifisere erfaringer og utfordringer hos barn og unge som lever med type 1 diabetes. Jeg har funnet artikkelen i Pubmed og kombinerte søkeordene «learning», «insulin», «and», «nurses». Sykdommen krever livsstil endringer hos pasienten som kost endring, måle blodsukker flere ganger om dagen, vurdere karbohydrat for å administrere insulin osv. Egenomsorg og læring utvikler positive holdninger og kan forbedre blodsukkerreguleringen. Derfor er det viktig å forstå utfordringer for ungdommer fra eget perspektiv for å forebygge senkomplikasjoner (Freeborn D, Dyches T, Roper SO & Mandelco B, 2013).

«Metabolic Control and Illness Perceptions in Adolescents with Type 1 diabetes.»

Dette er norsk studie som ble gjennomført i 2016. Jeg har funnet i Pubmed med søke ordene «Metabolic control», «Illness», «diabetes type 1» og «adolescents». Målet var å finne ut assosiasjoner mellom metabolsk kontroll (målt ved HbA1c) og spiseforstyrrelser psykopatologi, mestring sykdommen og tro på insulinbehandlingen hos type 1 ungdommer (Wisting et al., 2016).

«Outcomes that matter to teens with type 1 diabetes.»

Jeg brukte søkeordene «motivation», «and», «type 1 diabetes» for å finne denne artikkel. Formålet med denne studie var å beskrive utfall som betyr noe for tenåringer med type 1 diabetes. Gjennom å forstå resultater som betyr noe for tenåringer, kan en støtte vellykkede tiltak for å forbedre diabetes egenomsorg (Ye et al., 2017).

2.2 Kildekritikk og utvalgsprosess

I denne oppgaven har jeg brukt forskningsartikler som bidrar til å belyse min problemstilling. Artikkelen er ikke eldre enn 7 år, noe som gir meg oppdatert kunnskap. Jeg har benyttet noen bøker, fordi de er relevant for oppgavens tema. Jeg har valgt å bruke Orems sykepleieteori, siden hun fokuserer på egenomsorg.

Forskningsartikkelen er på engelsk og dette kan tolkes på annen måte på grunn språkferdigheten. Studiene jeg har brukt er utført i Norge og utlandet. De relevante for oppgaven fordi; Artikkel- 1 belyser at en tett oppfølging av pasientens HbA1c hjelper til å unngå kroniske senkomplikasjoner.

Artikkel- 2 viser sammenhengen mellom HbA1c og microvascular komplikasjoner hos ungdommer.

Artikkel- 3: Viser unge diabetikere og foreldre oppfatninger i pasientsentret kommunikasjon og diabetes behandlingen.

Artikkel- 4: viser barn og foreldre frykt for hypoglykemi og utfordringene til å stabilisere blodsukker

Artikkel-5: identifiserer utfordringene hos barn og unge som har type 1 diabetes.

Artikkel-6: viser spiseforstyrrelser påvirker direkte blodsukkerreguleringen og kan øke faren for senkomplikasjoner.

Artikkel-7: viser hva slags utfall som bekymrer ungdommer i tillegg til sykdommen og hva burde sykepleiere ta i hensyn for å motivere pasientene for bedre glykemisk kontroll.

Selv om artikkel 4 fokuserer på barn (under 15 år alder) med nyoppdaget diabetes, synes jeg det er relevant for oppgaven. Fordi foreldre har frykt for barnet skal få hypoglykemi ofte og utfordringene til å stabilisere blodsukket. I tillegg studien gir god innsikt hvordan er det situasjonen i Hordaland fylke da studien var tatt opp i barneavdeling ved Haukeland universitetssykehus.

I oppgaven brukte jeg både primær og sekundærkilder. Men siden jeg brukte mest sekundærkilder, kan dette sees som svakhet.

3. Teori

3.1 Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus er en hormonell sykdom med relativ eller absolutt insulinmangel som resulterer i forhøyet blodsukker. Det er en kronisk metabolsk sykdom, og de to vanligste diabetes er type 1 og type 2 (Sagen, 2011, s.19).

3.1.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom som oppstår fordi cellene i kroppens immunforsvar begynner å angripe hverandre og ødelegger de insulinprodusende betacellene i de langerhanske øyer i pankreas (Hanås, 2011, s.12 og 309). På grunn av dette blir kroppen helt avhengig av insulin tilførsel utenfra og behandlingen starter ofte fra diagnosen blir stilt (Strand, 2005, s.7).

3.1.2 Hypoglykemi / føling

Lavt blodglukosenivå er årsaken til hypoglykemi. For mye insulin, utsettelse av måltid, fysisk aktivitet eller alkoholinntak kan være noen årsaker til hypoglykemi. Symptomene er da skjelving, hjertebank, sult/tørste, rastløshet, svette når blodsukker nivået kommer på under 2,5- 3,3 (Mosand & Stubberud, 2010, s. 511 og 530). Natlig føling er vanlig hos unge diabetikere. Grunnen er lav adrenalinsrespons som påvirker lette følings symptomer under dyp søvn (Hanås, 2011, s.48- 49).

3.1.3 Hyperglykemi / Ketoacidose

Hyperglykemi er det motsatte av hypoglykemi. Med høyt blodsukker på 16 – 18 mmol/l kan mange føle seg fine. Glemte insulindoser, økt insulinbehov ved stress, sykdom eller pubertet kan føre til absolutt eller relativt insulin mangel. Nedbryting av kroppsfett fra leveren ved insulinmangel forårsaker ketoner. For mye ketoner kan føre til ketoacidose som kan være livstruende hvis man ikke behandles raskt. (Hanås, 2015, s. 25-28).

3.2 Senkomplikasjoner

Dårlig regulert/ ikke oppdaget diabetes er årsaken til senkomplikasjoner og deles inn i to kategorier: Mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (Skafjeld, 2011, 56).

3.2.1 Mikrovaskulære senkomplikasjoner

Mindre blodkar som finnes i øyne, nyrer og perifere nerver er mer utsatt for denne type komplikasjoner. Dårlig metabolsk kontroll, hypertensjon og sykdomsvarighet øker risikoen for mikrovaskulære senkomplikasjoner (Sagn, 2011, s. 56). Diabetisk nefropati skader nyrene og fører til nyresvikt. Dersom pasienten ikke får medisinsk behandling, øker risikoen for retinopati og andre senkomplikasjoner (Strand, 2005, s 20 og 43). Årlig utvikler 70 – 80 pasienter med diabetes nefropati i Norge (Sagen, 2011, s. 58). Nevropati forårsaker tette blodårer og dårlig blodomløp. Dette forsinker sårtilhelingen på for eksempel føttene hos diabetikere (Strand, 2005, s.20). God metabolsk kontroll og inspeksjon av føttene bidrar til å unngå diabetisk nevrologi (Sagn, 2011, s.61). I følge Norsk helseinformatikk (2012) utføres det totalt 400 – 500 amputasjoner per år i Norge.

3.2.2 Makrovaskulære senkomplikasjoner

Makrovaskulære komplikasjoner skader de store blodårene i hjertet, hjernen og føttene. Med det øker risikoen for infarkt, kardiovaskulær sykdommer, åreforkalking og dårlig blodomløp (Strand,2005, s. 19).

3.3 Behandlingsstrategier

God blodglukosekontroll er nøkkelen til å forbygge senkomplikasjoner. Fastende blodglukoseverdi bør være mellom 4 – 7 mmol/l, og målinger to timer etter måltid bør være under 10 mmol/l. I tillegg bør HbA1c-målingen være under 7 % og kontrolleres regelmessig. Livstilendring er viktig da for eksempel røyking kan øke faren for insulinresistens og dette bør derfor unngås. Behandling inkluderer fysisk aktivitet, kostveiledning og insulinbehandling. Det anbefales å gå til legekontroll minst en gang per år (Mosand & Stubberud, 2010, s. 516).

3.3.1 Insulinbehandling

Insulininjeksjoner erstatter insulinmangelen i kroppen. Dette blir dosert i internasjonale enheter (IE) og tilførselen må gjøres daglig. Det er da viktig å informere pasienten om hvorfor behandlingen er viktig og å forklare sammenhengen mellom hypo- eller hyperglykemi og insulin (Mosand & Stubberud, 2010, s 517).

3.3.2 Kostveiledning

Kostveiledning er en viktig del ved behandlingen av diabetes type 1. Veiledningen bør tilpasses i forhold til kroppsstørrelse og blodsukkerkontroll. Pasienten bør også få karbohydratvurdering fra kostveilederen. Dette hjelper til å tilpasse dosering av insulin mengden før måltid. Det anbefales fisk, grove kornprodukter og å følge «fem om dagen» regelen, samt hyppige måltider for å nå blodglukosemengden (Helsedirektorat, 2009).

3.3.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er sunt og hjelper å forbrenne glukose. Men dette kan også føre til hypoglykemi under eller etter aktiviteten, siden kroppen får lavere insulinbehov. Derfor bør diabetikere få kunnskap om balanse mellom insulin, kost og aktivitet (Mosand & Stubberud, 2010, s 517). Barn og unge anbefales å være fysisk aktive 60 minutter hver dag (helsedirektoratet, 2009).

3.4 Diabetes type 1 hos ungdom

Ungdomstiden representerer overgangen fra å være barn til å bli voksen og uavhengig fra familien. Store og raske endringer skjer i kroppen som for eksempel; fysisk, mentalt/ kognitivt og sosialt. Dette medfører ekstra store utfordringer for unge diabetikere (Haugstvedt, 2011, s.285). Unge diabetikere som har mindre kontroll over livet og sykdommen sin kan øke faren for senkomplikasjoner og redusert levealder. Begrenset kognitiv utvikling og manglende erfaring gjør det vanskelig å se sammenhenger og konsekvenser når det kommer til å ta avgjørelser. Det er viktig å vurdere konsekvensene av de valgene ungdommene gjør og å gi veiledning. (Rajka, 2011, s. 133-137). Diabetes blir en stor del av hverdagen og behandlingsmessige valg må tas mange ganger om dagen, hver eneste dag (Helsedirektorat, 2009). Travle liv både på dag- og kveldstid gjør det vanskelig for mange ungdommer å tilpasse tiltaket i hverdagslivet (Rajka,2011, s.135). Hverdagens stress, depresjon, angst og dårligere livskvalitet kan føre til høyere HbA1c (Hanås, 2011, s.246 -247). Raske og store forandringer i kroppen

kan øke behovet for insulin opp til 1,4 – 1,6 IE per dag, men dette kan variere fra ungdom til ungdom (Haugstvedt, 2011, s.285).

3.5 Dorothea Orem's sykepleieteori

Dorothea Orem sin sykepleieteori har hatt størst innflytelse innen sykepleieutdanningen og praksis i verden (Cavanagh, 1999, s. 15). Hun kom først opp med egenomsorgstenking og teorien om egenomsorgssvikt. Hennes sykepleiemodell er sterkt påvirket av behovsteori. Sykepleieren ivaretar pasientens grunnleggende behov med tanke på støtte og kompenserer for svikt i pasientens egenomsorg. Orem understreker at det er viktig at sykepleieren legger til rette for at pasientene har en aktiv rolle slik at de opplever seg selv som kompetente og ansvarlige (Cavanagh, 1999, s. 17- 26).

3.5.1 Egenomsorg

Orem definerer egenomsorg slik: «individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» (Cavanagh, 1999, s. 17). Dette skal iverksettes frivillig og tilsiktet av individet. Hun mener at det er viktig å ivareta de følgende punktene:

- understøttelse av livsprosessene og normal funksjon
- opprettholdelse av normal vekst, modning og utvikling
- Forebygging eller kontroll av sykdomsprosesser og skader
- Forebygging eller kompensering av funksjonssvikt
- Fremme velvære

Orem sier også at alder, kultur og modning kan påvirke menneskets egenomsorgslæring. Dersom disse faktorene er aktuelle er det viktig å tilpasse slik en klarer å opprettholde helse og utvikling (Cavanagh, 1999, s.17).

3.5.2 Egenomsorgsbehov

Egenomsorgsbehovene står sentralt i Orem sin modell. Hun presiserer at det er viktig å utvikle gode vaner og handlingsmønstre for å fremme helse, ikke minst for barn og unge (Kristoffersen, 2016, s.20). Hun beskriver tre typer egenomsorgsbehov; universelle, utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte. Universelle egenomsorgsbehov er grunnleggendebehov som inkluderer psykiske, fysiske, sosiale og åndelige. Det betyr at de er uavhengig av helsetilstand, alder og utviklingsnivå. I universelle egenomsorgsbehov finnes åtte egenomsorgsevner som er viktig og felles for alle for å opprettholde egenomsorg. Dette inkluderer vesentlige behov som fysiske, psykiske, sosiale og åndelige akseptene ved livet. Hos friske personer er universelle egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet i balanse (Cavanagh, 1999, s.19- 21).

3.5.3 Egenomsorgssvikt

Egenomsorgssvikt forklarer forholdene mellom universelle egenomsorgsbehov, helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov og egenomsorgsevne. Kroniske helseproblemer som diabetes type 1 kan føre til at personen må sette i verk nye tiltak for å sørge for seg selv. Friske personer har ikke vansker med å dekke alle sine daglige egenomsorgsbehov. Men endringer i helsesituasjonen kan påvirke personen negativt. På grunn av det trenger hjelp fra sykepleie for å møte egne universelle og helsesviktrelaterte egenomsorgskrav. Hos unge type 1 diabetikere er sykdommen en helsesvikt. Etter diagnosen må pasientene bli selvhjelper og tilpasse seg med nye levevaner. For å skape balanse er det sykepleieren som setter i verk forskjellige tiltak som for eksempel opprettholder pasientens ansvar for egen omsorg, undervisning relatert til sykdommen og å forsøke å trekke pårørende inn i diabeteskontrollen (Cavanagh, 1999, s. 25- 28).

3.5.4 Sykepleiehandlinger

Ifølge Orem kan sykepleien bruke forskjellige metoder for å hjelpe pasienter. Hun klassifiserer disse i fem kategorier:

- Å handle eller gjøre noe for en annen
- Å veilede en annen
- Å støtte en annen, fysisk eller psykisk
- Å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner og
- Å undervise (Cavanagh, 1999, s.33)

Utenom den første punktet som er tradisjonelle fysiske sykepleier oppgavene er resten aktuelle i min problemstilling til å møte pasientens egenomsorgsbehov.

3.6 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleierens pedagogiske funksjon skal utøves i en komplisert situasjon og kontekst. Det dreier seg om syke mennesker eller mennesker som er friske eller utsatt for helsesvikt, som har spesielle behov og problemer, og som er i en situasjon og en kontekst som får betydning for de pedagogiske vurderingene og valgene som sykepleieren må gjøre (Tveiten, 2007, s.17).

3.6.1 Undervisning og veiledning

Begrepene er nært bundet til hverandre og de tilsikter læring (Tveiten,2013, s.36). Når sykepleieren formidler kunnskap, ferdigheter og holdninger til pasienten skjer undervisning, mens veiledning

handler om både rådgiving, konsultasjon og støtte. Pasientens lærings- og utviklingsprosess er mer sentralt i veiledning. Sykepleierens samarbeid med pasienten er viktig for å oppnå målene. Det kan være aktuelt å repetere teori ved senere konsultasjoner slik at pasienten blir mer selvstendig og for å øke mestringskompetansen (Grue & Haugstvedt, 2011, s. 238). Sykepleieren har mer veiledende rolle og pasienten skal ta ansvar for sin sykdom med kunnskapen som er lært. Hovedmålet er å gi pasienten kunnskap, gode ferdigheter til å mestere og leve godt liv med sykdommen. Dette er like viktig om man er ung eller gammel ved oppfølgingen av diabetes (Mosand & Stubberud, 2010, s.524). Sykepleieren bør legge vekt på menneske til menneske- forhold slik at undervisningen blir tilpasset den individuelle behov. Det kan være aktuelt å ta undervisningen både individuelt og i grupper. Dokumentasjon om undervisning og veiledning hjelper sykepleieren til å vurdere effekten av opplæringen og mestringskompetansen (Tveiten, 2008, s. 158 og 163).

3.6.2 Salutogenese og Empowerment

I helsefremmende arbeid finnes flere sentrale begreper. Men fundamentalt står patogenese og salutogenese. Patogenese har fokus på læren om sykdom og risiko. Aaron Antonovsky introduserte begrepet Salutogenese som er motsetningen av patogenese. Salutogenese modellen har fokus på evnen som kan framme god helse og velvære hos individet. Dette er viktig tenkning for sykepleieren for å finne ut om diabetikeren har mestringsressurser (Haugstvedt, 2011, s 272 og 273). Empowerment (myndiggjøring) er en prosess som fokuserer om egenkontroll, tro til å påvirke sin egen evne og mulighet til mestre behandlingen (Tveiten, 2008, s.28). I tillegg er det muligheten for å ta egne valg og oppnå ansvarligheten over valgene. Målet er tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, behandling og komplikasjoner som hjelper pasienten til å ta riktig beslutning i hverdagen. Når det gjelder informasjon og oppfølging av legemiddelbruk, har sykepleiere en viktig rolle (Mosand, 2011, s.328 og 329).

3.6.3 Motivasjon gjennom kommunikasjon og mestring

«Motivasjon kan defineres som den drivkraften som ligger til grunn for handlinger, eller som tilstander som gir retning for atferd» sier Tveiten (2008, s.121). De indre og ytre faktorer er drivkrefter som får pasienten til å fokusere seg mot et bestemt mål. Tidligere erfaringer, forventninger og mål kan være eksempler på indre drivkrefter. Derimot sykepleierens holdninger og forventninger, sosialt nettverk kan være eksempler på ytre drivkrefter. Ros og belønning styrer atferden og aktiviteten utenfra. Men nøkkelen til å mestre sykdommen er pasientens sin sterke tro på seg selv. I tillegg er selvbestemmelse og atferdsendring viktige elementer i utvikling av motivasjon. Sykepleieren bruker kommunikasjon til å formidle budskap. Det er to kommunikasjonsformer, - verbale og nonverbale. For å oppnå en god

kommunikasjon med pasienten, bør sykepleieren ha grunnleggende kommunikasjonsferdigheter (Karlsen, 2011, s. 222 - 223).

4. Forskningsfunn

Jeg har funnet sju forskningsartikler som jeg mener er relevante for å svare på problemstillingen. Disse blir presentert her.

4.1 Forskningsartikkel 1

Sandahl K et al., (2017). Increased mortality in Danish cohort of young people with Type 1 Diabetes mellitus followed for 24 years.

Resultatet fra studiet viser at av de 720 døde 49 personer. Dette er i undersøkelsesperioden. Type 1 diabetes med flere komplikasjoner var den vanligste rapporterte dødsårsaken. Det er 4,8 ganger høyere dødelighet enn hos personer med jerven aldere og ikke- diabetikere. Konklusjonen i studiet er at den eneste årsaken for økt dødsrisiko opptil 24 år etter inkludering var HbA1c-nivået. Dette understreker viktigheten av å oppnå optimal metabolsk kontroll hos unge med type 1 diabetes.

4.2 Forskningsartikkel 2

Virk SA et al., (2016). Association between HbA1c variability and risk of microvascular complications in adolescents with type 1 diabetes.

Resultatene fra denne studien viser at høyere HbA1c verdi forutsier retinopati, tidlig nevropati og hjerteautonomisk nevropati, i tillegg til etablerte risikofaktorer, hos ungdom med diabetes type 1. Tiltaket må være redusering av langsiktige svingninger i glukose (HbA1c). Dette kan gi ytterligere beskyttelse mot utvikling av mikrovaskulære komplikasjoner.

4.3 Forskningsartikkel 3

Andrea C.B.S et al., (2011). Adolescent and parent perceptions of patient- centered communication while managing type 1 diabetes.

Konklusjonen i studien viser at pasientsentret kommunikasjon i større grad har positive effekt for både unge og foreldre. Analyser viser at indirekte pasient senteret kommunikasjon bidra for metabolsk kontroll gjennom oppfatninger av den unge kompetanse ved behandling av diabetes.

4.4 Forskningsartikkel 4

Haugstvedt A, Wentzel LT, Grue M, Sjøvik O, Rokne B (2010). Fear of hypoglycaemia in mothers and fathers of children with type 1 diabetes is associated with poor glycaemic control and parental emotional distress: a population- based study.

Resultanten viser at en høyere HFS-P (Hypoglykemi Fear Survey-Parent) resultatet ble knyttet med barn som mottar insulininjeksjoner, sammenlignet med anvendelse av en insulinpumpe og en høyere frekvens (> eller = 7) av blodglukosemålinger. Mødrene hadde høyere poeng enn fedrene i både bekymring og atferd skalaer. De har sammenlignet resultatene fra HFS-P med HSCL-25 (Hopkins symptom checklist – 25) resultater. Foreldres frykt for at barnet skal få hypoglykemi kan føre til dårlig blodsukker regulering hos barnet.

4.5 Forskningsartikkel 5

Freeborn D, Dyches T, Roper SO, Mandleco B (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives.

Resultat: I forskningen dukket det opp tre viktige temaer; lavt blodsukker, egenomsorg aktiviteter og å føle seg annerledes eller ensomhet. Deretter analyserte forskningsgruppene utfordringer med sykdommen. I følge studien bør disse utfordringene løses, og pasientene bør lære hvordan de kan håndtere sin sykdom. Med det kan man fremme sunn livstil.

4.6 Forskningsartikkel 6

Wisting L et al., (2016). Metabolic Control and Illness Perceptions in Adolescents with Type 1 Diabetes.

Resultanten viser at det ble påvist betydelige kjønnsforskjeller. HbA1c korrelerte betydelig med spisebegrensning blant kvinnene, og sykdomsforståelsen dimensjonerer konsekvenser, personlig kontroll, sammenheng og bekymring og håndteringsstrategien ventilerer negative følelser. Ingen av variablene var signifikant forbundet med HbA1c blant menn. Forskeren konkluderer med at

sykdomsperspektiv ser ut til å være viktige bidragsytere til metabolsk kontroll hos kvinner, men ikke menn, med type 1 diabetes.

4.7 Forskningsartikkel 7

Ye CY et al., (2017). Outcomes that matter to teens with type 1 diabetes.

Resultat: Gjennomsnittlige alder i forskningen var 15,7 år, og gjennomsnittlig tid siden diabetesdiagnose var 6,3 år. De 3 mest nevnte utfallene var (1) samspill med jevnaldrende ("Jeg vil snakke med noen som forstår"), (2) følelsesmessig velvære ("Diabetes får meg til å gråte"), og (3) blodsukker regulering ("Mitt blodsukker går aldri ned"). Andre identifiserte utfall inkluderte (4) fysisk velvære, (5) utdanning og motivasjon av andre, (6) familieinteraksjoner, (7) akademisk prestasjon og (8) samspill med andre som for eksempel lærere.

5.Drøfting

I denne delen skal jeg drøfte teori og forskningsresultat som er aktuelle til problemstillingen.

5.1 Hva er sykepleierens rolle i møte med unge diabetikere?

Sykepleieren har viktige pedagogiske funksjoner slik at pasienten medvirker. Pasientmedvirkning gjør at pasienten overtar mer ansvar for forebygging av sykdom, oppdagelse av sykdom og behandling av helseproblem. Dette kommer gjennom tilstrekkelig informasjon fra fagpersonene. Godt samarbeid mellom pasienten, sykepleieren og familie har stor betydning for å fremme mestring og å forebygge senkomplikasjoner hos ungdommer som har type 1 diabetes (Tveiten, 2008, s. 19).

5.1.1 Orems sykepleiehandlinger

I teoridelen nevnte jeg Orems fem sykepleiemetoder som bidrar til å hjelpe pasienter. I følge Orem bruker sykepleieren veiledende og undervisende metoder. I disse metodene krever pasienten informasjon fra sykepleierne til å møte sitt egenomsorgsbehov. Dette bidrar til å tilpasse utfordringer. Sykepleieren har en nøkkelrolle til å sikre og videreutvikle kunnskap og ferdigheter slik at pasienten tar egenomsorg. Målet er å gjøre pasienten kompetent og selvstendig. I Orems støttende og undervisende system presiseres det at sykepleieren har ansvar til å undervise pasienten eller tilrettelegge for lærlingen, mens pasienten selv utfører sin egenomsorg. Fordi pasienten kan utføre egenomsorgen selv, men lite kunnskap og erfaring om sykdommen føre til egenomsorgssvikt. Derfor trenger pasienten

undervisning og veiledning fra sykepleieren for å få nye kunnskaper om sykdommen, øke motivasjon for livstilendring og mestring (Cavanagh, 1999, s. 33 - 43).

Hovedfokuset med veiledningen er å styrke mestringskompetansen til å oppdage problemer og ta egenomsorgen på alvor (Cavanagh, 1999, s.43). Sykepleieren har en viktig rolle i forhold til kartlegging av pasienten behov for veiledning og støtte til å møte egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 1999, s.33). Karlsen (2011) sier sykepleieren bør ikke først gi svar, men bidra til at pasienten finner svarene selv. Dette hjelper pasienten til å finne et problem og finne løsning på egenhånd (Karlsen, 2011, s. 227). Orem hevder også sykepleieren er viktig for å støtte pasienten både psykisk og fysisk. Å lytte og å tilby forskjellige hjelpemetoder kan være gode eksempler for psykisk støtte fra sykepleieren. Fysisk støtte kan nevnes som samarbeid mellom pasienten, sykepleieren og familie som skal dekke egenomsorgsbehov (Cavanagh, 1999, s.33). Disse hjelpeapparatene kan være sentral støtte for pasienten. Sykepleieren formidler støtte gjennom veiledning slik at pasienten tar ansvar for egenomsorgsbehovet (Karlsen, 2011, s. 230).

Forskningen til Freeborn D, Dyches T, Roper SO, Mandelco B (2013) viser også at det er viktig at sykepleieren diskuterer utfordringer hos barn og unge som for eksempel: lytte til bekymringer og jobbe med dem for å utvikle strategier som fremmer helse, unngå komplikasjoner og å redusere ensomhetsfølelsen, og hjelpe foreldrenes innsats for å være støttende. Derfor er det viktig at diabetes-teamet er klar over dette, og forebygger psykisk problemer. Orem's sykepleiehandlinger viser også at sykepleieren kan realisere helsefremmende omsorg og fremme utvikling av personlige evner gjennom tilrettelegging i omgivelsene (Cavanagh, 1999, s.33).

Jeg har i praksis sett unge pasienter mestre egenomsorg og på denne måten klart å forebygge hypoglykemi. Et eksempel her var en pasient som satt på et venterom og skulle snakke med en sykepleier. Mens pasienter var der oppdaget han symptomer på lavt blodsukker. Pasienten hadde blodsuktermåler med seg og målte verdien selv. Dette tenker jeg er et godt eksempel på at pasienten implanterte det han hadde fått lært gjennom undervisning og veiledning. Undervisning og veiledning er en kontinuerlig prosess som spiller en viktig rolle i å forebygge senkomplikasjoner. Jeg har under praksis sett godt samarbeid mellom sykepleiere, pasienter og foreldre ved at de sammen har sett i brosjyrer fra diabetesforbundet. Dette bidrar til å fremme læring og gir mulighet for pasientene til å spørre direkte. I tillegg hjelper til å unngå eventuelle misforståelser.

5.2 Praktisk veiledning

5.2.1 Behandling

Det finnes ingen kur mot type 1 diabetes så er det livsviktig å behandle med insulin. Dette og annen informasjon får pasienten opplæring fra sykepleieren etter diagnosen. Når pasienten kommer i konsultasjon er det viktig at sykepleieren sjekker at pasienten behersker å injisere på riktig måte. Da det er viktig for å oppnå blodsukker kontroll. Det er lurt å minne pasienten på å sette insulinet i forskjellige steder for å unngå lipodystrofi eller fettvev endring på grunn av gjentatte insulininjeksjoner (Måløy, 2011, s.111-114). Da jeg var i praksis ber sykepleieren pasientene til å ta med seg blodsukker boken. Dette hjelper henne til å vurdere insulin dosen i forhold til blodsukker verdiene og hvis det er aktuelt finne ut årsaken til hypo- hyperglykemi.

5.2.2 Kosthold

I følge Aas (2011) kan pasienten forebygge diabetiske senkomplikasjoner og andre sykdommer med sunt kosthold. Dette viser hvor viktig det er at pasienten har gode kunnskaper om kosthold. Fordi blodsukkernivået påvirkes direkte på grunn av pasienten kosthold. Derfor er det viktig at sykepleierne har kompetanse om kosthold og ernæring når de informerer, støtter og veileder pasienter til å forebygge og behandle diabetes (Aas, 2011, s. 123).

Det er utfordrende for mange personer med diabetes å tilpasse insulindoseringen med karbohydratinholdet i kosten, men i veiledningen kan sykepleieren vise pasientene en brosjyre fra diabetesforbundet som handler om karbohydratvurdering. Brosjyren gir pasienten god grunnleggende kunnskap om mengden karbohydrat i porsjoner av mat, snacks og drikke. Pasienten kan bruke brosjyren til å vurdere insulindoseringen i forhold til karbohydrat mengden. Det finnes også forskjellige materialer i helsedirektoratet som sykepleieren kan nytte i kostveiledningen (Helsedirektorat, 2009, s.56). Kost er viktig til å gi kroppen energi og næringsstoffer. Hovedmåltider bør være 3 -4 ganger per dag og hyppige mellommåltider som er nøkkelen for til å regulere blodsukkeret. I tillegg anbefales et middagsmåltid inneholder 50 % grønnsaker, 25 % protein som for eksempel: kjøtt eller fisk og 25 % karbohydrat som for eksempel: potet, ris eller couscous. Det er gunstig å informere pasienten om at noen matprodukter som fruktjuice kan inneholde mye sukker selv om det står betegnelsen «uten sukker» (Mosand & Stubberud, 2010, s. 521).

Pasienten må få informasjon og veiledning om; kornprodukter som grove brød, inntak av fet fisk, inntak av umettede fettsyrer fra soya, oliven, avokado og nøtter, omega 3- fettsyrer fra tran eller fisk og fem om dagen regelen eller to porsjoner av frukt og tre porsjon av grønnsaker reduserer kardiovaskulær

fare og bidrar til stabilt blodsukker. Derimot bør pasienten minnes om å unngå eller redusere saltinntaket for å redusere blodtrykket. I tillegg bør pasienten generelt unngå sukkerholdige produkter som er direkte årsak til høyt blodsukker (Helsedirektoratet, 2009, s57- 61).

I følge helsedirektoratet (2009) har blant jenter i aldersgruppen 12-19 år sub-klinisk (karakteriseres av et anstrengt forhold til mat og kropp) eller klinisk spiseforstyrrelse. Underdosering av insulin, overspisingslidelse, bulimia nervosa og anorexia nervosa er noen eksempler. Dette kan være livstruende og påvirke blodsukkerregulering. Det er også årsaken til hyppige sykehusinnleggelser, samt øker faren for senkomplikasjon og i verste fall dødelighet (Helsedirektoratet, 2009, s.110). Forskning viser også at forstyrret spiseatferd og psykososiale variabler kan påvirke metabolsk kontroll. Siden dette ofte kan opptre hos jenter, bør sykepleieren gi ekstra oppmerksomhet til dette (Wisting L et al., 2016).

5.2.3 Fysisk aktivitet

I følge Helsedirektoratet er fysisk aktivitet ikke-medikamentell behandling av diabetes, og har en positiv effekt på blodsukkerreguleringen. Man kan redusere faren for utvikling av hjerte- og kar sykdommer og hypertensjon. I tillegg bidrar det til mindre stress, bedre muskel, skjelett- og leddhelse. Hos diabetes type 1 pasienter er det viktig å balansere karbohydratinntaket, insulindosen og aktivitetsnivået. Grunnen er at fysisk aktivitet kan redusere blodglukosenivået i kroppen, øke insulinsensitivitet og glukoseforbrenningen etter trening (Helsedirektoratet, 2009 s.52 & 53). Sagen hevder at det er viktig å måle blodsukkernivået før, under og etter trening for å unngå hypoglykemi. I tillegg er det lurt å spise karbohydrater før man begynner å trene (Sagen, 2011, s.148).

Jeg mener at siden mange ungdommer er fysisk aktive, er det viktig at sykepleieren legger vekt på og gi kunnskap i form av undervisning og veiledning for pasienten. Som for eksempel hvordan aktivitet påvirker blodsukkeret og hvordan de kan takle uventende situasjoner som hypoglykemi.

5.3 Hvordan kan sykepleieren fremme mestring?

«Mestring handler om å ha tilgang på ressurser, forstått som kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og å ha evne til å bruke disse ressursene» (Tveiten, 2013, s.65). I følge Rajka (2011) er det viktig å tilrettelegge for læring og mestring i stedet for å lære en ungdom noe som har sykdommen. Tilrettelegging for læring og mestring baseres på hva ungdommen har behov for. Mestring er en kontinuerlig prosess og ungdommen gjør den ikke ferdig med en gang (Rajka,2011, s.221). For å fremme mestring bør pasienten ha sterkt ønske og personlige mål (Karlsen, 2011, s.220).

Når sykepleieren formidler kunnskap om sykdommen, oppnå pasienten kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og følelsesmessig støtte. Rajka representerte disse områdene «hode, hånd og hjerte». For å fremme kognitiv kontroll (hode) er det viktig at sykepleieren dekker informasjonsbehovet til pasienten. Dette kan være for eksempel kunnskap om symptomene ved hypo- og hyperglykemi. Dette gjør pasienten forutsigelig og en unngår usikkerhet. Den andre er instrumentell kontroll (hånd). Her er fokuset å gjøre pasienten kompetent og å øke mestringsfølelsen. For eksempel før måltid må pasienten alltid ta hurtigvirkende insulinose og trenger pasienten å justere den selv i forhold til matmengden. Når pasienten opplever følelsesmessig støtte (hjerte) fra familie og venner, kan de føle på trygghet og tilhørighet. I tillegg kan emosjonell kontroll eller støtte fra venner bidra til å mestre sykdommen. Jo mer ungdommen blir motivert til å lære, jo mer fremmes mestring (Rajka, 2011, s 143). Opplæring er en forutsetning for å mestre sykdommen, hindre forverring av sykdommen og videre forebygge komplikasjoner (Grue & Haugstvedt, 2011, s. 237). Karlsens (2011) oppsummert integrerte tankemodellen for relasjonen mellom motivasjon, læring og mestring viser også hvordan disse faktorene virker på hverandre. For å fremme mestring hos ungdommer som har diabetes type 1 er det viktig å starte med motivasjon. Dette stimuleres gjennom kommunikasjon og lærlingen, og kan fremmes gjennom veiledning (Karlsen, 2011, s.231).

For å fremme motivasjon gjennom kommunikasjon er det viktig at sykepleieren etablerer tillit, skaper godt klima for motivasjon og læring, stiller klargjørende spørsmål og er lydhør for pasientens individuelle behov og mål. De tre grep for lærling gjennom veiledning er å tilpasse veiledning til pasientens kunnskaps – og erfaringsgrunnlag, å anerkjenne personens ekspertise på egen sykdom og å stimulere personen til å øke sin egenaktivitet. De tre veier til tilpasset mestring gjennom kognitiv, emosjonell og atferdsmessig håndtering av diabetes er å bevisstgjøre den enkelte om viktigheten av å takle sykdomsrelaterte utfordringer, å endre tidligere tanke – og atferdsmønstre og å utvikle aktive, problemfokuserede strategier. Med å bruke disse handlingsreglene kan sykepleieren bruke i veiledningsavtalen og sjekke for pasientens styrking av mestringskapasitet (Karlsen, 2011, s.231). Videre styrking av mestringskompetanse over sykdommen øker pasientens empowerment eller evnen til å ta kontroll over sykdommen (Tveiten, 2008, s.28).

Ye et al., (2017) sier i sin forskning at ungdommer bekymret ikke bare for kontroll av blodsukkeret. Det er mange andre utfall som betyr noe for dem. Særlig samspill med jevnaldrende ("Jeg vil snakke med noen som forstår"), følelsesmessig velvære ("Diabetes får meg til å gråte") og blodsukker regulering ("Mitt blodsukker går aldri ned"). Derfor må sykepleieren vurdere dette og andre utfall når de motiverer pasienten med tanke på forbedring av blodglukosekontrollen og å fremme forebygging.

5.4 Kommunikasjon med pasienten og foreldre

Mange kritiserer ofte barn og ungdommer for å ikke følge opp sin behandling og livsendringer ved type 1 diabetes. Men det kan være vanskelig for pasienten å ha gode ferdigheter uten å få relevant kunnskap om sykdommen (Rajka, 2011, s.133). Sykepleieren grunnleggende kommunikasjonsferdigheter er avgjørende i oppfølging av pasienten. Mangel på kommunikasjonsevne påvirker kunnskap- og erfarings-utveksling mellom pasienten og sykepleieren (Karlsen, 2011, s.222).

Selv om sykepleieren møter pasientene i en sårbar alder, kan det være en avgjørende alder for å forebygge, behandle og mestre sykdommen. God kunnskap om sykdommen gjør det mye lettere for pasienten å tilpasse seg til den nye livstilen (Rajka, 2011, s.132). Sykepleieren har ansvar til å etablere menneske til menneske forhold med pasienten slik at sykepleieren legger til rette individuell tilpasset veiledning og undervisning. Men hvordan kan sykepleieren opprette god kommunikasjon? For å etablere tillit og god kommunikasjon med pasienten er det viktig å etablere samarbeidsrelasjon. Sykepleieren bør ha aktiv lytting evne når pasienten forteller om sitt problem. God oppmerksomhet og respekt fra sykepleieren viser at pasienten blir tatt på alvor. I tillegg blikk-kontakt og non-verbale respons som nikke og smile kan vise at sykepleieren er interessert på hva pasienten forteller (Tveiten, 2007, s.96-97). Pasientens verbale inntrykk kan fortelle sykepleieren hva pasienten føler om sykdommen og motivasjonen til å takle utfordringene. Når sykepleieren bruker kommunikasjonsferdigheter som å stille åpne spørsmål, refleksjoner og sammenfatninger gjør samtalen mer pasientfokusert. Åpne spørsmål gir pasienten frihet til å svare hva han tenker og føler og dette hjelper til å få et utfyllende svar. Sykepleieren refleksjoner fra egen erfaring og faglige perspektiver på hva pasienten sier, bekrefter at pasienten står i sentrum. Sammenfatninger er kort informasjon eller beskrivelse av det pasienten sier. Sykepleieren som en veileder hjelper pasienten til å delta aktiv i behandlingen, framme mestring og forebygging av komplikasjoner gjennom pasientsentret kommunikasjon (Karlsen, 2011, s.222-223).

Ifølge Andrea C.B.S et. Al. (2011) oppfatning av pasientsenteret kommunikasjon kan styrke både unge og foreldre i diabetesbehandlingen. Dette viser at kommunikasjonen bør ikke bare fokusere på pasienten, men også inkludere foreldrene slik at sykepleieren kan øke samarbeidet. En god kommunikasjon mellom disse er også viktig for å oppnå et godt behandlingsresultat. Dette hjelper til å finne årsaken sammen og sette ny ønskede verdier (helsedirektoratet, 2009, s.50).

Studien fra Haugstvedt A, Wentzel LT, Grue M, Søvik O, Rokne B (2010) viser at foreldrenes frykt for hypoglykemi kan føre til et annet alternativ med tanke på å oppholde blodsukkeret høyt som for eksempel å gi barna store måltider eller for lite insulindose. Men i veiledningen må sykepleieren diskutere med foreldre måten de takler hypoglykemi i hverdagen. Fordi dårlig regulert blodsukker er midlertidig løsning for å unngå hypoglykemi og hvis dette skjer gjentatte ganger kan øke faren for senkomplikasjoner.

I praksis plassen erfart jeg sykepleieren pleier å sette av tilstrekkelig med tid til konsultasjon for å skape et godt samarbeid og være tilgjengelig når pasienten eller foreldre har behov for informasjon. Når sykepleieren sitter på samme høyde med pasienten og vende kroppen seg framover, er det lett for meg til å observere at pasienten føler seg trygghet og kommunisere. Ofte fikk foreldre også muligheten til å snakke med sykepleieren alene når de kommer sammen med barnet. Jeg fikk inntrykk at foreldre er takknemlige siden de føler seg vanskelig til å snakke mens barnet er tilstede. I samtalen erfarte jeg sykepleierens verbal og non verbale kommunikasjon har stor virkning til å danne tillitt hos pasienten. I tillegg til faglige kunnskap, erfaring og kommunikasjon ferdigheter som er avgjørende for å informere foreldre hvordan de kan takle utfordringene på en forsvarlig måte og forebygge senkomplikasjoner.

Konklusjon

Forskning viser at et forhøyet langtidsblodsukker (HbA1c) er årsaken til senkomplikasjon og dødelighet hos barn og unge som har diabetes type 1. Forskning viser også at et godt regulert HbA1C, har positiv effekt til å redusere eller unngå komplikasjonene. Det er mange faktorer som påvirker blodsukkeret hos barn og unge diabetikere. For å ha god kontroll på den trenger pasientene kunnskap. Sykepleieren har en nøkkelrolle i å forbygge komplikasjoner ved undervisning, veiledning, motivering og øke mestring evnen av pasienten. Fokus på forebygging er avgjørende til å redusere eller unngå hyppige sykehusinnleggelse, kronisk komplikasjoner og dødelighet. Diabetes koster samfunnet flere milliarder hvert år. Derfor er sykepleierne kunnskaper om sykdommen, behandling og senkomplikasjoner er nødvendig i veiledning og undervisning av pasienten og foreldre.

Egenomsorg er viktig hos ungdomdiabetikere, men for å oppnå den bør pasientene ha ønske og personlige mål. Et godt samarbeid mellom sykepleieren, pasienten og foreldre fremmer mestring. Dette oppnås når sykepleieren har grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. I tillegg er det viktig å skape god relasjon med pasienten for å skape tillit. I oppgaven brukte jeg Orems sykepleierteori fordi den belyser problemstillingen. Sykepleieren hjelpemetoder, sykepleiesystemer og egenomsorg viktige til å fremme forebygging av senkomplikasjoner. Jeg har reflektert disse både i teori og drøftingsdelen.

Undervisning og veiledning bør tilpasses med pasienten fordi noen tar med seg raskt og implementere tiltakene, mens andre kan trenger mer tid. Derfor er det viktig at sykepleieren vurderer og gi mer tid til pasienten når de kommer for konsultasjon.

Bibliografi

Andrea C.B.S, Deborah JW, Cynthia AB, Rob L, David D, Carol F, Mary M, Michel TS (2011). Adolescent and parent perceptions of patient- centered communication while managing type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2011(03); 36(2): 206-215. doi: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq072>

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems modell i dag. Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode - og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Forlag AS.

Freeborn D, Dyches T, Roper SO, Mandleco B (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *J Clin Nurs*. 2013(07) 22(13-14):1890-8. doi: 10.1111/jocn.12046. Epub 2013 Jan 11

Grue. M, Haugstvedt. A (2011). *Opplæring, undervisning og veiledning*. I Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.

Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes. Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Haugstvedt A, Wentzel LT, Grue M, Sjøvik O, Rokne B (2010). Fear of hypoglycaemia in mothers and fathers of children with type 1 diabetes is associated with poor glycaemic control and parental emotional distress: a population- based study. *Diabet Med*. 2010 (01)27; 72-8. doi: 10.1111 / j.1464-5491.2009.02867.x.

Haugstvedt, A. (2011). *Diabetes i et livsløps – og kulturperspektiv*. I Skafjeld, A. Graue, M. (red.). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribe AS.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J. K. (2012) Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og helse Oslo: Gyldendal Akademiske.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I Skafjeld, A. Graue, M. (red.). Diabetes forebygging, oppfølging, behandling. Oslo: Akribe AS.

Mosand, R. D. & Stubberud, D. G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, Dag-G. Stubberud & R. Grønseth (red.). Klinisk sykepleie 1 (s.507- 535). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Måløy, A. K. (2011). Praktiske ferdigheter. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.). Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling (s. 101-122). Oslo: Akribe Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Rajka, L. - G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! Tilrettelegging for læring hos ungdom som har kronisk sykdom. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning (s. 131 - 160). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sandal K, Nielsen LB, Svensson J, Johannesen J, Pociot F, Mortensen HB, Hougaard P, Broe R,

Rasmussen ML, Grauslund J, Peto T, Olsen BS (2017). Increased mortality in a Danish cohort of young people with Type 1 diabetes mellitus followed for 24 years. Diabet Med. 2017 (03):34(#):380-386. doi:10.1111/dme.13124.Epub 2016 Apr 21.

Skagen, K (2004) Farbare veier i veiledningens landskap. I veiledningens landskap innføring i veiledning og rådgiving (s. 161 - 174). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.

Stordalen, J. & Støren I. (2004). Bare Skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Strand, R (2005). Hva er diabetes. I Diabetes. Oslo: H. Aschehoug & Co (W. Nygaard), Oslo Stubberud & R. Grønseth (Red.). Klinisk Sykepleie 1 (s. 507-536). Oslo: Gyldendal Norsk.

Virk SA, Donaghue KC, Cho YH, Benitez-Aguirre, Hing S, Pryke A, Chan A, Craig ME (2016). Association Between HbA1c Variability and Risk of Microvascular Complications in Adolescents with Type 1

Diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016 (09);101(9):3257-3263. doi: 10.1210/jc.2015-3604. Epub 2016 May 17.

Wisting L, Bang L, Natvig H, Skrivarhaug T, Dahl- Jørgensen K, Lask B, Rø Ø (2016). Metabolic Control and Illness Perceptions in Adolescents with Type 1 Diabetes. *J Diabetes Res.*2016; 2016:3486094. doi: 10.1155/2016/3486094. Epub 2015 Nov 22.

Ye CY, Jeppson TC, Kleinmaus EM, Kliems HM, Schopp JM, Cox ED (2017). Outcomes that matter to teens with type 1 diabetes. *Diabetes Educ.* 2017 (06);43(3):251-259. doi: 0.1177/0145721717699891. Epub 2017 Mar 21.