



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 30

Antall ord: 7695

Ungdom og diabetes

Sykepleierutdanning

Kull 2007

Bacheloroppgave



Kandidatnr: 30

Veileder: Astrid Berland

Antall ord: 7695



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Avdeling Haugesund År 2010

Sammendrag

Grunnen til at jeg valgte å skrive om diabetes er fordi jeg har forholdt meg til diabetespasienter i flere praksisperioder, og jeg vil sannsynelig møte på diabetespasienter når jeg kommer ut i arbeidslivet. Jeg ønsket derfor å få mer innsikt og kunnskap om sykdommen. Grunnen til at jeg valgte diabetes i forhold til ungdom, var fordi jeg syntes det ville være spennende, da ungdomstiden kan være vanskelig nok i seg selv. Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan hjelpe en ungdom til å mestre sin type 1-diabetes. For å kunne sette oppgaven inn i et sykepleiefaglig perspektiv, har jeg brukt Joyce Travelbee's teori om relasjonen mellom sykepleier og pasient. Metoden jeg har brukt er litteraturstudie, som er en kvalitativ metode. Funnene i min oppgave kan tyde på at det er av betydning å møte ungdommen der de er, og høre hvilke behov de har. Videre vil det være nødvendig å bygge gode relasjoner med ungdommen, dette for å kunne samarbeide om best mulig resultater. Relasjonen vil være viktig i veiledningen, da veiledningen forutsetter en dialog mellom sykepleieren og ungdommen. Målet med veiledningen er at den fører til at ungdommen finner ut hvordan de skal møte utfordringene i dagliglivet og ta vare på sin egen helse. Det vil også være nødvendig å rette fokuset mot ungdommens psykiske reaksjoner, som gjerne oppstår i forbindelse med sykdommen. Ved å gi støtte kan en hjelpe ungdommen til å bearbeide disse reaksjonene.

Abstract

The reason I choose to write about diabetes, is because I have related to diabetes patients in several practice periods, and I will most likely meet diabetes patients in my work as a nurse. I therefore wanted to gain more insight and knowledge about the disease. I chose to write about diabetes in relation to adolescents, because I thought it would be exciting, when youth time can be difficult enough. The purpose in my study of literature was to find out how nurses can help an adolescent to master his type 1-diabetes. To put the task into a nursing perspective, I have used Joyce Travelbee's theory about the relationship between nurse and patient. The method I have used is literature study, which is a qualitative method. In my study of literature the findings suggests that it is significant to meet the adolescents where they are, and hear their needs. Moreover, it will be necessary to build good relationships with the adolescents, to be able to collaborate on the best possible results. The relationship will be important in the guide, when the guide requires a dialogue between the nurse and the adolescent. The aim of the guide is that it leads the adolescents to find out how to meet the challenges in their daily life, and take care of their own health. It will also be necessary to focus on the adolescents psychological reactions, which may occur with the disease. By providing support, the nurse can help the adolescents to work on these reactions.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	7
1.1 Begrunnelse for valg av tema	7
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensing og presisering	7
1.4 Hensikt med oppgaven	8
1.5 Oppbygging av oppgaven.....	8
2.0 Begrepsmessig rammeverk	9
2.1 Kronisk sykdom.....	9
2.2 Diabetes	9
2.3 Veiledning	10
2.4 Tema som er aktuelle i veiledningen.....	11
2.4.1 Kostbehandling.....	11
2.4.2 Fysisk aktivitet	12
2.4.3 Komplikasjoner	12
2.4.4 Sosiale liv	13
2.5 Erikson`s psykososiale faser.....	14
2.6 Mestring.....	14
2.7 Støtte.....	15
2.8 Kommunikasjon.....	16
2.9 Sykepleieperspektiv	17
3.0 Metode.....	19
3.1 Litteraturstudie som metode	19
3.1.1 Metodens sterke og svake sider.....	20
3.2 Litteratursøk og valg av litteratur	20
3.2.1 Kildekritikk	21

3.2.2 Forskningsetiske vurderinger	21
4.0 "Hvordan kan sykepleier hjelpe en ungdom med diabetes mellitus type 1 til å mestre sykdommen sin?"	22
4.1 Utdfordringer i ungdomstiden	22
4.2 Betydningen av å bygge gode relasjoner med ungdommen	23
4.3 Sykepleierens veiledning til ungdom med diabetes	24
4.3.1 Forhold som påvirker sykepleierens veiledning til ungdom	26
4.4 Behovet for støtte.....	27
5.0 Avslutning	30
6.0 Litteraturliste	31

Vedlegg:

I. Presentasjon av artikler

II. Presentasjon av bøker

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet jeg har valgt å skrive om er diabetes. Gjennom flere av mine praksisperioder har jeg forholdt meg til diabetes pasienter. Grunnen til at jeg velger å skrive om diabetes, er at jeg sannsynlig vil møte på diabetespasienter når jeg kommer ut i arbeidslivet og ønsker dermed mer kunnskap om sykdommen. Grunnen til at jeg velger å skrive om diabetes i forhold til ungdom er fordi jeg syntes det ville være interessant, da ungdomstiden kan være vanskelig nok i seg selv.

Diabetes er en kronisk sykdom som følger pasienten dag og natt, og som stiller ham overfor mange oppgaver og utfordringer. Den kan ikke neglisjeres uten at det får konsekvenser enten på kort eller lang sikt. Kunsten er å holde blodsukker verdien innenfor et akseptabelt område, slik at disse konsekvensene unngås (Mosand og Førstund, 2001).

Ifølge Diabetesforbundet (u.å.) har rundt 25 000 nordmenn type 1-diabetes. Rundt 600 nordmenn får diagnosen type 1-diabetes hvert år og Norge er på verdenstoppen når det gjelder barnediabetes. Type 1-diabetes kan oppstå i alle aldersgrupper, men er mest vanlig hos barn, ungdom og unge voksne.

I overgangen fra barn til voksen står den unge selv og familiene overfor spesielle utfordringer. Dette gjelder justering av behandlingen knyttet til hormonelle forhold i puberteten, og hvordan reguleringen kan ivaretas hjemme, på skolen og i fritiden uten at de skal oppleve å skille seg ut fra de andre jevnaldrende (Graue og Sjøvik, 2000).

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan sykepleier hjelpe en ungdom med diabetes mellitus type 1 til å mestre sykdommen sin?”

1.3 Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til å fokusere på mestring i forhold til ungdom med diabetes mellitus type 1. Med ungdom mener jeg aldersgruppen 13 til 18 år.

Ved diabetes vil veiledning være en sentral metode for at pasienten skal kunne mestre sykdommen sin. Jeg ser også støtte og kommunikasjon som viktige elementer i sykepleie som kan bidra til mestring.

På grunn av oppgavens begrensinger av ord, velger jeg ikke å ta med sykepleierens pedagogiske funksjon i forhold til veiledning. Jeg velger å rette fokuset mot sykepleierens rolle og plikt, i henhold til Pasientrettighetsloven (1999) § 3-2. Pasientens rett til informasjon. Dette punktet sier at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Samhandlingen vil være rettet mot sykehuset. Jeg vil ikke rette noe særlig fokus på foreldrene, men vil trekke de inn der det måtte være naturlig.

1.4 Hensikt med oppgaven

Bacheloroppgaven er et formelt krav i sykepleierutdanningen. Jeg har valgt å skrive om diabetes blant ungdom, da dette er et økende problem i dagens samfunn, og som jeg som sykepleier kan møte på i flere sammenhenger. Jeg vil skrive om dette for å utvide min kunnskap og forståelse om sykdommen og hvordan jeg kan hjelpe diabetespasienten til å mestre sykdommen sin.

1.5 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven begynner med en innledning der jeg presenterer tema og problemstilling. Deretter vil jeg forklare de begrepene som er sentrale i min oppgave under begrepsmessige rammeverk. Under metode skriver jeg generelt om metode og litteraturstudie som metode og om søket etter litteraturen. I drøftingsdelen vil jeg drøfte problemstillingen i forhold til forskningsfunn, teoretisk perspektiv og egne synspunkter. Til slutt i oppgaven følger avslutning.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kronisk sykdom

Når et menneske rammes av en kronisk sykdom, endrer livet seg, ikke bare for den som blir syk, men også for familie og venner. Sykdommen griper inn i dagliglivet og setter helt nye betingelser for livsutfoldelse på en rekke områder (Gjengedal og Hanestad, 2007).

En kan definere kronisk sykdom slik:

Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Curtin og Lubkin, sitert i Gjengedal og Hanestad, 2007).

2.2 Diabetes

Diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom som skyldes mangel på insulin og/eller nedsatt insulinvirkning. Ved type 1 diabetes skjer en gradvis ødeleggelse av de insulinproduserende betacellene i bukspyttkjertelen, dette fører til høyt blodsukker. Vanligvis vil insulinproduksjonen opphøre, slik at tilførsel av insulin er nødvendig for å unngå syreforgiftning (ketoacidose) og død. Vanligvis er det en autoimmun prosess som ligger bak betacelledrapet, og denne kan vanligvis identifiseres ved tilstedeværelsen av anti-GAD antistoffer eller insulin antistoffer. Hos noen pasienter er det ikke tegn til autoimmun sykdom, og tilstanden klassifiseres som idiopatisk. Ødeleggelsen av de insulinproduserende betacellene kan ta kortere eller lengre tid. Hos barn og ungdom går prosessen vanligvis raskt (Vaaler, 2002).

Diagnosen stilles oftest ved at pasienten får vekttap, redusert almenntilstand, betydelig tørste og hyppig vannlating. Andre symptomer som gjerne opptrer i forbindelse med debut av diabetes, er urinveisinfeksjon og soppinfeksjon i underlivet. Sykdommen kan også debutere med syreforgiftning, ketoacidose (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund og Solheim, 2001). I

følge Vaaler (2002) er de fleste leger og annet helsepersonell vanligvis i stand til å mistenke type 1 diabetes tidlig, slik at en blodsukkerprøve blir tatt. Blodsukkeret vil vanligvis være kraftig forhøyet, og sykehusinnleggelse er riktig i de fleste tilfellene.

Målet med diabetesbehandlingen er å unngå symptomer som skyldes høyt blodsukker, og å hindre utviklingen av diabetiske senkomplikasjoner. For at dette skal oppnås bør en tilstrebe en blodsukkerverdi så nær det normale som mulig, det vil si at fastende blodsukkerverdi bør være mellom 4 og 7 mmol/l, og 80 % av målingene gjort to timer etter et måltid bør vise blodsukkerverdier under 10 mmol/l. Glykosylert hemoglobin (HbA1c) blir også kontrollert jevnlig. Glykosert hemoglobin er et uttrykk for det gjennomsnittlige blodsukkernivået i løpet av de foregående 6-8 ukene. Det anbefales at HbA1c – verdien skal være på 7 – 7,5 % (Mosand og Førstund, 2001).

Ved type 1 diabetes er insulintilførsel nødvendig fra behandlingsstart. Diabetes type 1 krever at kroppen får tilført riktig mengde insulin slik at blodsukkeret reguleres. Insulin er et proteinhormon som må injiseres for å virke. Vanligvis settes det subkutant med spesielle sprøyter eller med ferdigfylte insulinpenner. En annen måte å administrere insulin er via insulinpumpe. Insulinet finnes både som hurtigvirkende og med tilsetninger som forsinker absorpsjonen og gir depotvirkning (Jacobsen et al., 2001).

I ungdomsårene skjer det store endringer i den hormonelle balansen. I løpet av vekstfasen øker behovet for insulin, og kroppen vil trenge vesentlig større doser. Insulindosene varierer betydelig i forbindelse med den enkeltes vekst og utvikling. Dårlig metabolsk kontroll, særlig i puberteten, kan forsinke utvikling og høydevekst. Hos jenter kan menstruasjonen bli uregelmessig eller utebli (Graue, 2002).

2.3 Veiledning

Hovedformen i veiledning er dialog. Å skape en god dialog og ikke minst å møte den andre der han er, mener jeg vil være viktig for å oppnå læring blant ungdommen.

Tveiten definerer veiledning som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom

en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier (sitert i Tveiten, 2008, side 71).

Veiledning forutsetter dialog mellom veileder og pasient, og veilederen må ta utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. Gjennom dialog og andre kommunikasjonsformer og veiledningsmetoder legger veilederen til rette for at pasienten selv bearbeider, oppdager, lærer, reflekterer over egen situasjon, egne behov og problemer og gjennom dette styrke sin mestringskompetanse. Bevisstgjøring er en sentral del av veiledningen. Veiledning er en metode som legger til rette for medvirkning og for anerkjennelse av pasientens kompetanse (Tveiten, 2008).

Veiledning handler blant annet om å møte den andre der han er, og høre hva hans behov er. For å se den andre må sykepleieren ha oppmerksomheten rettet mot pasienten. Sykepleieren må lytte aktivt og bruke sine kommunikasjonsferdigheter for å legge til rette for tillit og trygghet, slik at pasienten våger å vedstå seg og reflektere rundt sine opplevelser og erfaringer (Tveiten, 2008).

Tveiten (2008) skriver at veiledning kan forstås som et ”paraplybegrep”. At veiledning er et paraplybegrep, betyr at i veiledningsprosessen kan det være relevant å informere, undervise og gi råd.

2.4 Tema som er aktuelle i veiledningen

Sykepleieren har en sentral rolle i veiledning hos ungdom med diabetes. I veiledningen kan sykepleier legge vekt på følgende tema; kosthold, fysisk aktivitet, komplikasjoner og det sosiale liv, da disse har betydning for ungdommens dagligliv.

2.4.1 Kostbehandling

Det finnes ikke lenger retningslinjer for diabeteskost. Pasienter med diabetes blir anbefalt å følge de kostråd som Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet anbefaler for hele den norske befolkningen. Det anbefales kost med lite fett og sukker, en kost med gunstig virkning på blodsukkerreguleringen og fettomsetningen. Målet er å lære diabetikeren hvor mye insulin kroppen trenger til ulike mengde mat og aktivitet. Med dette skal pasienten kunne spise fritt

den maten som Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet anbefaler, bare han bruker nok insulin. Blodsuktermålinger i forbindelse med måltidene må brukes aktivt, for at dette skal kunne gjennomføres i praksis. For å kunne oppnå ønsket resultat kreves det en god del egeninnsats. Den enkelte må derfor ha kunnskap om hva ulike matsorter inneholder av proteiner, fett og karbohydrater, og om hvordan matsortene påvirker blodsukkerreguleringen. Pasienten må også få informasjon om at det er viktig å finne balansen mellom energiinntak og energiforbruk (Mosand og Førstund, 2001).

2.4.2 Fysisk aktivitet

Ved aktivitet forbrukes glukose, og blodsukkernivået senkes både under og etter aktiviteten. Kroppen får et lavere insulinbehov, og insulinfølsomheten blir også større ved fysisk aktivitet. Et mindre insulinbehov vil for pasienter med type 1 diabetes føre til at dosen kan reduseres. For at fysisk aktivitet skal bli den positive behandlingsfaktoren som er ønsket, må diabetespasienten få kunnskap om hvordan aktivitet virker inn på kroppen, både i form av teori og egne erfaringer (Mosand og Førstund, 2001).

2.4.3 Komplikasjoner

En skiller mellom akutt og sen komplikasjoner.

Hypoglykemi (lavt blodsukker) kan oppstå dersom en diabetespasient som bruker insulin spiser for lite eller mosjonerer for mye, da kan blodsukkeret falle under den normale grensen. Pasienten merker først føling med hodepine, sultfølelse og kaldsvetting, og etter hvert inntreffer uro, svekket bevissthet, koma og kramper. Behandlingen går ut på å tilføre pasienten ”raske” karbohydrater i form av glukose som for eksempel søt drikke, deretter ”langsomme” karbohydrater. Har pasienten redusert bevissthet gir en konsentrert glukoseoppløsning intravenøst til pasienten (Jacobsen et al., 2001).

Hyperglykemi utvikles ved insulinmangel. Vanlige symptomer er magesmerter, kvalme, brekninger og rødlig ansiktsfarge. Pasienten hyperventilerer for å kompensere den metabolske acidosen, og det lukter aceton av ånden. Bevisstheten svekkes gradvis inntil koma. Væske- og elektrolyttbehandling må startes så snart som mulig. Insulinbehandling gis med hurtigvirkende preparat intravenøst (Jacobsen et al., 2001).

En deler senkomplikasjonene inn i mikrovaskulære og makrovaskulære. Mikrovaskulære komplikasjoner vil si forandringer i de små blodkarene i øynene, nyrene, det sensoriske og det autonome nervesystemet. Makrovaskulære komplikasjoner er forandringer i de store

blodkarene, som vil gi hjerte- og karproblemer. Den viktigste oppgaven sykepleieren har i forbindelse med senkomplikasjoner er å hjelpe den enkelte pasient til å få god blodsukkerregulering, og å hjelpe til med å legge forholdene til rette slik at det blir gjennomført årlig kontroll av de utsatte organene (Mosand og Førstund, 2001).

2.4.4 Sosiale liv

Typisk for ungdomstiden er en mer uregelmessig livsførsel, behov for å være impulsiv, rive seg løs fra foreldre og ta avstand fra etablerte, fornuftige ”voksne” prioriteringer. De unge vil etter hvert ta mer og mer av ansvaret og styringen, og selv bestemme over sitt liv og sin diabetes. Den sosiale radius øker, de unge oppholder seg mindre i nærmiljøet og får nye venner og interesser. Å bli voksen innebærer å lære seg selv å kjenne, å prøve ut sine muligheter og begrensinger. Mange ungdommer søker derfor spenning, og de eksperimenterer med ulike livsstiler som forbindes med voksenlivet. Noen av voksenverdenens aksepterte områder kan imidlertid innebære økt helserisiko, slike områder kan for eksempel være alkoholbruk. Eksperimentering er normal atferd og en viktig del av frigjøringsprosessen og pubertetsutviklingen. Men for unge med diabetes blir det viktig å unngå å eksperimentere med det som er farlig, men ikke hindre dem i å eksperimentere i seg selv (Graue, 2002).

Når man drikker alkohol påvirker det leveren slik at sukkerproduksjonen reduseres. Som en følge av dette senkes blodsukkernivået. I dagens ungdomskultur er det ikke uvanlig at det konsumeres store mengder alkohol, uten at det serveres mat til. Dersom en ikke har mat i magen når en drikker, vil unge med diabetes være særlig utsatt for å få føling. Det kan være nødvendig å redusere insulindosen noe, men dette må den enkelte finne ut av ved å ta hyppige blodsuktermålinger i forbindelse med festing og bruk av alkohol. Hovedproblemet for mange unge kan være at de ikke i tilstrekkelig grad forteller omgivelsene sine hvordan følingssymptomer kan forveksles med beruselse. Dermed kan omgivelsene tro at personen bare er ”full”, og unnlate å gjøre nødvendige tiltak for å heve blodsukkeret (Graue, 2002).

Det er viktig at venner, lærere og fritidsledere får informasjon om hva diabetes er og hvordan de kan kjenne igjen følingssymptomer. Dette kommer lett i konflikt med den enkelte unges ønske om ikke å skille seg ut fra andre jevnaldrende (Graue, 2002).

2.5 Erikson`s psykososiale faser

Det vil være nødvendig å kjenne til Erikson`s faser slik at sykepleieren på denne måten kan møte ungdommen der det er og kjenne til hvilke utfordringer de har i den fasen de er i. Erik H. Erikson (2000) er kjent for teorien om utviklingspsykologi blant barn og voksne. Teorien beskriver utviklingen av mennesket i åtte psykososiale faser. Sentralt i hans fasetenkning er utviklingskriser som knyttes opp mot de overordnede psykososiale utfordringer barn og voksne står overfor i sin utvikling. Fase fem representerer puberteten og ungdomstiden, og det er denne jeg skal presentere.

I følge Erikson (2000) stilles det her utfordringer til den etablerte tilpasning barn har ervervet og deres opplevelse av kontinuitet fra tidligere år. Ungdommene må nå takle den kroppslige veksten, den indre fysiologiske ”revolusjonen”, så vel som å takle og utvikle kjønnsmodingens sosiale utfordringer. Det er to typer grunnholdninger som blir skapt i denne fasen. Den positive er identiteten, den negative er rolleforvirringen. Ungdommen er opptatt av hvordan de ter seg i andres øyne, sammenliknet med hvordan de selv føler at de er. I dette ligger også spørsmålet om hvordan de skal knytte det de tidligere har tilegnet seg av roller og ferdigheter, sammen med dagens yrkesroller. I søken etter sin egen identitet kan faren i dette stadiet være rolleforvirring. Rolleforvirring oppstår hovedsakelig fordi det fysiske miljøet rundt individet gir usikker informasjon. Individet vil på grunn av dette stole mer på det sosiale miljøet og kan dermed lett bli likedannet.

2.6 Mestring

Lazarus og Folkman definerer mestring som:

Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære (sitert i Hanssen og Natvig, 2007, side 47).

Målet for sykepleien til personen med diabetes er i stor grad knyttet til mestring av hverdagen. Vedkommendes tilstand etter å ha fått diagnosen preges i varierende grad av stress, og mestring handler om menneskets evne til å håndtere en slik stressituasjon. Stress kan utløse en opplevelse av mangel på mening, forståelse og funksjon. Mestring er det mennesket mobiliserer som mottiltak mot denne mangelen. Det enkelte menneskets evne til mestring vurderes ut fra personens situasjon, forståelse og kapasitet, samt personens ressurstilgang (Skafjeld, 2002).

Mestring forutsetter og innebærer en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll. Hjelperen kan på flere måter bidra til mestring, både ved å være den praktiske hjelperen som får nødvendige ting gjort, ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte, og ved å være samtalepartner som kan bidra med et realistisk perspektiv på hva som bør gjøres og hva som kan oppnås på kortere eller lengre sikt (Eide og Eide, 2007).

2.7 Støtte

Når en ungdom får diabetes vil det være naturlig at det følger med psykiske reaksjoner. Støtte kan være en metode for å hjelpe ungdommen til å bearbeide disse reaksjonene. Mosand og Førstund (2001) skriver at å lytte til pasienten og å gi hjelp til å bearbeide de psykiske reaksjonene er en viktig sykepleierfunksjon. Ikke minst er det viktig for at pasienten skal greie å ta imot kunnskaper og dra nytte av den praktiske opplæringen.

Støtte er handlinger som oppmuntrer, understøtter og hjelper pasienten. Å støtte pasienten er å støtte og bevare det som er positivt (Solvoll, 2005).

Sykepleieren kan gjennom samtaler formidle oppmerksomhet, støtte og nærhet. Samtaler bidrar derfor til å etablere kontakt og skape trygghet, og er et viktig grunnlag for samarbeid med pasienter og pårørende (Fagermoen, 2001).

2.8 Kommunikasjon

Kommunikasjon vil være et sentralt element i veiledningen, da veiledning som sagt forutsetter en dialog mellom veileder og pasient. Eide og Eide (2007) skriver at kommunikasjon vil også være nødvendig for å bygge en god relasjon med ungdommen, som vil være nødvendig for samarbeidet mellom sykepleier og ungdom.

Eide og Eide (2007) skriver at kommunikasjon kan i sin enkleste form defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål. Helsepersonell kan ha noe ulike arbeidsområder, metoder og pasient- og brukergrupper, men det overordnede formålet er i hovedsak det samme; ”å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse”, slik det er sitert i den internasjonale kodeks for sykepleiere (jf. ICN, sitert i Eide og Eide, 2007, side 18)

Ifølge Øvreeide (sitert i Eide og Eide, 2007, side 375) kan man vektlegge ulike momenter i kommunikasjon med barn og unge. Et generelt poeng er å lytte litt ekstra oppmerksomt og avvente barnets eller ungdommens reaksjon når man selv har tatt et initiativ, gitt informasjon eller en tilbakemelding. Eide og Eide (2007) har sammenfattet ni generelle råd som kan være til hjelp for å skape tillit og god kontakt, og til å finne frem til det som er vesentlig, slik at man sammen med barnet/ungdommen kan utforske og reflektere over dette.

1. Å tone seg inn på den andre, og finne et felles område for oppmerksomhet
2. Å anvende hjelpemidler hvis nødvendig
3. Å lytte aktivt, respondere og bekrefte (verbalt og nonverbalt)
4. Å respektere den andres tid og oppmerksomhetsskift (følge, ikke presse)
5. Å oppdage hint om bekymringer, og vise at man ser den andres anliggende
6. Å reflektere sammen, sette ord på bekymringer, følelser og erfaringer
7. Å gi informasjon tilpasset barnets/ungdommens situasjon og utviklingsnivå
8. Å avvente barnets/ungdommens respons og lytte til denne før man går videre

9. Å bruke enkle ord og uttrykk, gjerne tett opp til barnets/ungdommens eget språk

2.9 Sykepleieperspektiv

Ofte er den viktigste kommunikative utfordringen når det gjelder selve sykdommen, å gi god og tilstrekkelig informasjon. Dette kan for eksempel være informasjon om sykdommen, behandlingen og følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå. En forutsetning her som ellers er å etablere en trygg og god relasjon med tanke på å samarbeide om best mulig resultat. Med relasjoner menes forholdet, kontakten eller forbindelsen mellom mennesker (Eide og Eide, 2007). For å skape en trygg og god relasjon til pasienten har jeg valgt å bruke Travelbee sitt sykepleieperspektiv om menneske-til-menneske-forholdet.

”Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 1999, side 41).

I følge Travelbee (1999) kan sykepleierens mål og hensikt bare oppnås gjennom etablering av et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Menneske-til-menneske-forholdet blir definert slik:

”Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de/den hun har omsorg for.

Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller familien hans får sine behov ivare tatt” (Travelbee, 1999, side 177).

Menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom (Travelbee, 1999).

I følge Travelbee (1999) etableres et menneske-til-menneske-forhold etter at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom fire forutgående, sammenhengende faser.

Disse fasene er:

1. Det innledende møtet

2. Framvekst av identiteter
3. Empati
4. Sympati og medfølelse

Disse fasene resulterer i gjensidig forståelse og kontakt, og i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold.

Ifølge Travelbee vil sykepleierens oppgave i det innledende møte være å se pasienten som et menneske. Noe som innebærer å sette til side all forutforståelse om hvordan pasienten burde eller skulle være. Ved framvekst av identitet sier Travelbee at sykepleierens oppgave er å bli bevisst hvordan hun oppfatter pasienten og i hvilken grad hun er i stand til å anerkjenne den andre som en unik person, adskilt fra en selv og fra stereotype rolleforventning (sitert i Eide og Eide, 2007, side 137 – 138).

I den tredje fasen er sykepleierens utfordring å forholde seg empatisk til pasienten. Travelbee definerer empati som evnen til å gå inn i, eller ta del i og forstå, et annet individs aktuelle psykologiske tilstand. Den fjerde fasen består av bevegelsen fra empati til sympati. Travelbee definerer sympati i sykepleiersituasjonen som en holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten, en holdning av dyp personlig omtanke og interesse. Sympati innebærer et ønske om å hjelpe pasienten, ikke fordi dette er noe som blir forventet av sykepleieren, men fordi hun opplever pasienten som person (sitert i Eide og Eide, 2007, side 138).

I den siste fasen i Travelbee's teori om etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, er en nær og gjensidig forståelse mellom pasient og sykepleier. Denne fasen er et resultat av de tidligere fasene. Å utvikle kontakten til dette nivået forutsetter at sykepleieren både har et ønske om å hjelpe og har de kunnskaper og ferdigheter som skal til for å iverksette sykepleietiltak i samsvar med pasientens behov (sitert i Kristoffersen, 2005, side 31).

3.0 Metode

Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (sitert i Dalland, 2007, side 71). Vilhelm Aubert formulerer hva metode er slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (sitert i Dalland, 2007, side 81).

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Alt etter valg av metode vil vi kunne undersøke ulike sider ved et fenomen (Dalland, 2007).

I følge Holme og Solvang tar de kvalitative metodene i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (sitert i Dalland, 2007, side 82). Olsson og Sörensen (2006) skriver at med kvalitative metoder menes forskningsprosedyrer som gir beskrivende data; menneskets egne skrevne eller talte ord og observerbare atferd. Det unike med den kvalitative måten å arbeide på er at man ønsker å karakterisere noe. I kvalitative metoder søker en altså å finne de kategorier, beskrivelser eller modeller som best beskriver et fenomen eller en sammenheng i omverdenen eller i individets livsverden.

3.1 Litteraturstudie som metode

I følge Forsberg og Wengström (2008) innebærer en litteraturstudie; å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innenfor et emne eller problemområde. Med litteraturstudie som metode baseres oppgaven på aktuell kunnskap fra bøker, fag- og forskningsartikler. Vanligvis innhentes det data fra et antall vitenskapelige artikler eller rapporter. En forutsetning for at man skal kunne gjøre en systematisk litteraturstudie, er at det finnes nok antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for vurderinger og funn.

3.1.1 Metodens sterke og svake sider

Fordelen med en litteraturstudie er at vi på kort tid kan finne fram til informasjon om et tema vi er interessert i. Dette ved å benytte bøker, artikler og forskningslitteratur.

I følge Hern m. fl. kan det å lese bøker og allmenne oversiktsartikler medføre problem, da det kan ha følgende svakheter: tilgang til en begrenset mengde relevant forskning, utvalget er selektivt om ekspertene velger studium som støtter deres egne synspunkter, og ulike eksperter innen samme område kan komme frem til helt ulike resultat (sisert i Forsberg og Wengstrøm, 2008, side 30).

3.2 Litteratursøk og valg av litteratur

I mitt søk etter forskningsartikler har jeg brukt databasene Proquest, Svemed+, Medline og Vård i Norden ved Høyskolen sitt bibliotek. Proquest var den databasen jeg valgte å hente ut artikler fra. Søkeord jeg brukte var adolescents, diabetes og coping. Jeg fekk mange treff, men mange av dem var ikke relevante for min oppgave og problemstilling. Flere av artiklene omhandlet mer det medisinske perspektivet ved diabetes, jeg var mer på jakt etter sykepleierens rolle og pasientperspektiver. Jeg valgte derfor å bruke et av Proquest sine alternativer for å avgrense søket, diabetes and teenagers, og med dette fant jeg fram til en forskningsartikkel jeg velger å bruke. Etter tips fra min veileder benyttet jeg meg av biblioteket sin søkemotor, Bibsys, og fant frem til to masteroppgaver. Jeg fikk også tips fra min veileder at Berit Rokne Hanestad har gjort flere studier på diabetes, og brukte derfor hennes navn i lag med diabetes som søkeord i Proquest, og fant frem til en forskningsartikkel som jeg også har valgt å bruke. Jeg omtaler artiklene i vedlegg I.

Jeg har i hovedsak brukt bøker fra pensum, men ønsket også å finne utfyllende litteratur om emneordene mine. Jeg brukte da Bibsys som søkemotor ved Høyskolen sitt bibliotek. Jeg lånte flere bøker, men endte opp med bare å bruke noen av dem, da det stod mye det samme i flere av bøkene. Jeg omtaler bøkene i vedlegg II.

3.2.1 Kildekritikk

Når jeg har søkt etter aktuell litteratur utenom pensumlitteraturen, har jeg fokusert på å finne primærkilde. Men når et helt kull skriver bacheloroppgave samtidig, må en regne med at mange av bøkene er utlånt. Jeg har derfor måttet brukt sekundærkilder enkelte plasser. I søken etter relaterte forskningsartikler har ikke vært enkel, da det fokuseres mye på den medisinske behandlingen, og lite på sykepleierrollen og pasientperspektiver. I tillegg til forskningsartikler, har jeg derfor valgt å bruke to masteroppgaver, som var svært relevante for min oppgave.

3.2.2 Forskningsetiske vurderinger

Det er viktig å ivareta forfatteren sitt arbeid på en god måte, og en skal ikke tyde og endre teksten til noe annet enn forfatteren fremstiller. Det er viktig å huske kildehenvisning, så jeg ikke urettmessig tar æren for forfatterens arbeid. Referansehåndteringen er satt opp etter APA - standarden, da det er denne som benyttes ved Høyskolen. Jeg har forsøkt å være så nøye som mulig med å oppgi referanser og årstall, slik at det som ikke er mitt eget blir referert.

4.0 "Hvordan kan sykepleier hjelpe en ungdom med diabetes mellitus type 1 til å mestre sykdommen sin?"

Etter å ha studert forskningsartikler og litteraturen i bøker har jeg kommet frem til at følgende tema vil ha betydning for ungdommens evne til å kunne mestre sin sykdom.

- utfordringer i ungdomstiden
- Betydningen av å bygge gode relasjoner med ungdommen
- Sykepleierens veiledning til ungdom med diabetes
- Behovet for støtte

4.1 Utfordringer i ungdomstiden

Porobic (2008) skriver at ungdommene har egne forutsetninger for læring og kommunikasjon, og sykepleiere i studien påpeker at de forsøker å åpne for tillit, trygghet og utvikling.

Sykepleierne sier selv at de kjenner til ungdommens utvikling og ungdommens ønske om selvstendighet, samt deres behov for støtte og veiledning. Som skrevet i teorien, skriver Erikson (2000) at ungdommen søker etter sin egen identitet, og sammenligner seg selv med andre, og bryr seg om hvordan de er i andres øyne. Det vil derfor være viktig å møte ungdommen der de er og høre hvilke behov de har. Dette er blant annet noe veiledning handler om, som er sitert i teorien.

Graue (2002) skriver at i en intervjuundersøkelse ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA, kom det fram at ungdomstiden sto som den vanskeligste perioden for dem som var intervjuet. Da var det særlig viktig å holde sykdommen hemmelig og unngå alt som skapte oppmerksomhet om egen person. Enkelte kunne være livredde for at andre ungdommer skulle få vite om sykdommen, noen fornektet sykdommen, også overfor seg selv, og unnlot å følge opp behandlingen. Graue (2002) skriver videre at dårlig metabolsk kontroll i ungdomsårene kan ha vel så mye å gjøre med slike psykologiske forhold som at diabetesen er vanskelig å kontrollere på grunn av hormonelle endringer.

I Graue og Søvik (2000) sin studie kom det frem at det ungdommen mente betyr mest er å få lov til å leve mest mulig som andre og å leve normalt uten å skille seg ut. Ifølge Grue vil alle unge sammenligne seg selv og sine prestasjoner med sine jevnaldrende i utviklingen av selvbildet (sitert i Ryste, 2008, side 79). Det vil derfor være nødvendig for sykepleieren å kjenne til dette, for å kunne gi ungdommen den veiledningen og støtten de har behov for.

Å bli voksen innebærer å lære seg selv å kjenne, å prøve ut sine muligheter og begrensninger. Mange ungdommer søker derfor spenning og eksperimenterer med ulike livsstiler som forbindes med voksenlivet (Graue og Søvik, 2000). I studien til Porobic (2008) fortalte sykepleierne at de føler ansvar for å veilede og støtte ungdommer slik at de minsker risikoen for alvorlige konsekvenser av denne atferden.

Det vil være nødvendig å gi ungdommen veiledning om konsekvensene av ulike eksperimenter, som for eksempel det å drikke alkohol. Med tilstrekkelig informasjon kan ungdommen på denne måten unngå komplikasjoner, som hypoglykemi eller hyperglykemi.

4.2 Betydningen av å bygge gode relasjoner med ungdommen

Jeg vil her henviser til teorien der Eide og Eide (2007) skriver, at forutsetningen for å samarbeide om best mulig resultater, er å etablere en trygg og god relasjon med pasienten. For å kunne bygge en god relasjon til ungdommen, har jeg valgt å bruke Travelbee sin sykepleieteori om menneske-til-menneske-forholdet. Da hun mener det er ved hjelp av en slik relasjon en kan nå sykepleierens mål om å hjelpe et individ til å mestre sin sykdom. For å skape en slik relasjon blir kommunikasjon brukt som et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til mestring (Eide og Eide, 2007).

Ifølge Porobic (2008) er det innledende møte mellom sykepleier og ungdommen svært viktig for sykepleierens videre arbeid og forholdet dem imellom. I studien til Porobic (2008) gir sykepleierne uttrykk for at de forsøker så langt som mulig å møte ungdommen på deres egne premisser og å kommunisere som to likeverdige partnere. De tilrettelegger forholdene slik at ungdommen skal føle seg trygge og ivaretatt i veiledningssituasjonen. Videre skriver Porobic (2008) at selv om sykepleieren har en annen kompetanse enn ungdommen, så ser ikke dette ut til å prege holdningen til å være en ovenfra og ned holdning. Sykepleieren ser ungdommen

som individer og er ikke kun opptatt av diabetes. De er opptatt av det å ha en åpen tilnærming og lytte til ungdommen. Funnene i studien kan i følge Porobic (2008) vise til at relasjonen mellom sykepleier som veileder og ungdommen i hovedsak preges av trygghet og tillit.

Dette ser ut til å stemme overens med Travelbee's teori om menneske-til-menneske-forholdet. Da det i hovedsak dreier seg om å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ og å utvikle en relasjon til pasienten for å møte behovene til pasienten og dermed oppfylle sykepleierens hensikt (sitert i Eide og Eide, 2007, side 135).

Det kan ta tid å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og for at det skal være gjennomførbart å skape et slikt forhold, bør målet være at ungdommen kun har en sykepleier å forholde seg til. Hvis ikke må en bruke mye av tiden en har til rådighet i veiledningssituasjonen til å danne en slik relasjon. Og dermed mye av tiden til å kunne veilede ungdommen.

I Porobic (2008) sin studie var det viktig for sykepleierne å skape god kontakt for å komme nærmere ungdommen og kunne samarbeide med dem. Funnene viste også at sykepleierne forsøkte å kommunisere med ungdommen på deres premisser, snakke litt om interesser for å få ungdommen til å åpne seg og fortelle. Betydningen av å skape god kontakt med ungdommen vil være nødvendig for å kunne veilede ungdommen. Ifølge Porobic (2008) er ikke alltid veiledningen strukturert, men blir til i relasjon mellom sykepleier og ungdom. Som sitert i teorien har Eide og Eide (2007) sammenfattet ni råd som kan være til hjelp for å skape god kontakt med ungdommen. Tveiten (2008) skriver at relasjonen har stor betydning for veiledningen.

4.3 Sykepleierens veiledning til ungdom med diabetes

Når en ungdom får beskjed om at han har diabetes mellitus type 1, dukker det gjerne opp mange spørsmål som angår dagliglivet. Hva kan han spise og drikke? Kan han fortsatt drive med sportsaktiviteter? Hvordan vil det i det hele tatt gå med ham? Vil han senere få alvorlige komplikasjoner? (Mosand og Førsum, 2001). Sykepleieren står her ovenfor en viktig oppgave i å veilede ungdommen, slik at han på denne måten får kunnskap og svar på de spørsmål han måtte ha, om det å leve med diabetes. Eide og Eide (2007) skriver at god og tilstrekkelig

informasjon om sykdom og behandling er viktig for pasienter, da dette bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og å skape forutsigbarhet og mening. Porobic (2008) skriver at det er viktig at sykepleierens veiledning fører til at ungdommen finner ut hvordan de skal møte utfordringene i dagliglivet, og ta vare på egen helse.

Som beskrevet i teorien, skriver Tveiten (2008) at forutsetningen for veiledningen er dialog mellom veileder og pasient, og veilederen må ta utgangspunkt i pasientens opplevelse og forståelse. Gjennom en god dialog kan sykepleieren få kjennskap til hva ungdommen lurer på i forhold til diabetes og hva han opplever som vanskelig. Sykepleier kan dermed formidle kunnskap ut ifra dialogen dem imellom. På denne måten får også ungdommen være med på å forme veiledningen. Med utgangspunkt i dette kan sykepleier og ungdommen sette seg opp mål for veiledningen, slik at de kan ta litt og litt om gangen, da de kan være mye kunnskap å ta innover seg på en gang.

Le Croy og Steenbeck påpeker at teorien og tidligere forskning viser at det er viktig at ungdommene aktivt tar del i veiledningen og at målene for veiledningen bør fremme følelsen av mening og tilpasses ungdommenes livssituasjon (sitert i Porobic, 2008, side 55 – 56).

Jeg henviser til teorien der Tveiten (2008) skriver at veiledning handler blant annet om å møte den andre der han er, og høre hva hans behov er. Det kommer frem i studien til Porobic (2008) at det ikke alltid blir tatt utgangspunkt i ungdommenes ressurser og erfaringer av å leve med sykdommen. Sykepleierne i studien sier de tilpasser innholdet i veiledningen til ungdommens behov ut i fra det ungdommen tørr og ønsker og fortelle, men funnene kan tyde på at ungdommene sjelden forteller hva de ønsker og har behov for. Det kan dermed se ut som at det er sykepleieren som velger hva hun skal veilede i dersom hun ikke klarer å få informasjon fra ungdommen.

Det kan være flere faktorer som spiller inn på at en ungdom ikke forteller hva han ønsker og har behov for. Det kan gjerne være at ungdommen har måttet forholde seg til flere sykepleiere, og ikke orker å fortelle til hver enkelt hvilke behov og ønsker han har. Et tiltak bør være at ungdommen får minst mulig sykepleiere å forholde seg til. Sykepleier må også gjerne prøve en annen innfallsvinkel for å få frem informasjon fra ungdommen. Jeg vil her henvise til teorien der Eide og Eide (2007) har sammenfattet ni generelle råd som kan være til hjelp for å skape tillit og god kontakt.

Funnene Roper et al. (2009) kom frem til i sin studie var at barn og unge med type 1 diabetes har en viss kunnskap om sykdommen sin, men har fortsatt et ønske om å få ytterligere kunnskap om omsorg, fysiologi og konsekvenser av type 1 diabetes. Denne kunnskapen kan påvirke deres håndtering av diabetes og redusere komplikasjoner av sykdommen. I følge Auslander et al. viser forskning at barn og unge med høyere kunnskapsnivåer har bedre metabolsk kontroll sammenlignet med dem med lavere kunnskapsnivåer (sitert av Roper et al., 2009, side 1706).

Med utgangspunkt i funnene til Roper et al. (2009) bør sykepleieren kartlegge om det er noe ungdommen er usikker på i sin håndtering av diabetes. Dette kan som beskrevet tidligere komme frem i en god dialog mellom sykepleier og ungdommen. Ifølge Porobic (2008) kan involvering være det å direkte spørre ungdommen hva de ønsker å vite. Sykepleieren bør legge forholdene til rette slik at ungdommen kan føle seg trygg og ikke nøle med å spørre om hjelp eller råd.

Det kommer frem både i studien til Porobic (2008) og Ryste (2008) at det blir fokusert mye av tiden på blodsukkerregulering og HbA1c i diabeteskonsultasjonen. Ifølge Graue og Søvik (2000) er ungdommen opptatt av å få snakket om hverdagen sin, og vektlegger individuelle behov framfor rutinekontroll. En av ungdommene i Graue og Søvik (2000) sin studie mente at måten kunnskapen formidles på er gammeldags.

Viktigheten av å ha en lav HbA1c må ikke overskygge ungdommen sykepleieren møter i sitt arbeid. Resultatet av dette kan bli et tilbud og en helsetjeneste som ikke møter ungdommens behov mener Porobic (2008). Jeg sier meg helt enig i dette, ungdommen må få et tilstrekkelig tilbud der fokuset er rettet mot dem og ikke mot det medisinske. Sykepleieren må tenke på at det er en ungdom de veileder og bruke deres hverdagsliv som utgangspunkt i veiledningen, da det er deres eget hverdagsliv de skal lære å takle.

4.3.1 Forhold som påvirker sykepleierens veiledning til ungdom

Studien til Porobic (2008) viste at sykepleiere som jobber med diabetespasienter har liten tid å ta seg av pasientene. På poliklinikken er måling av HbA1c inkludert i veiledningssituasjonen, dette tar ca. 10 minutter, og dermed en tredjedel av tiden beregnet til veiledning av ungdom.

Ifølge sykepleierne i studien har miljøet som veiledningen foregår i påvirkning på veiledningen. Porobic (2008) skriver at rolige omgivelser og de å ha nok tid bør prioriteres i veiledningen av ungdom og deres nærmeste, men dette er ikke alltid gjennomførbart i en travel hverdag. Sykepleierne i studien forteller at de til tider blir avbrutt mens de veileder. Avbrytelsene kan føre til at kontakten og kommunikasjonen mellom sykepleieren og ungdommen blir dårligere og dermed føre veiledningen i negativ retning.

Det er et kjent faktum at helsevesenet har en travel hverdag, gjerne med lite bemanning. I henhold til funnene til Porobic (2008) ser det ut til at dette kan påvirke veiledningen ungdommen får. Under veiledningen bør sykepleieren kunne sørge for at hun ikke blir avbrutt. Et stresset miljø kan også medføre at ungdommen ikke vil gjøre seg til stort bry, og kan unnlate å spørre om ting han måtte lure på. Etter min mening burde ikke veiledningssituasjonen være begrenset av tid. Dersom sykepleier har opprettet en god dialog med ungdommen bør ikke denne avbrytes på grunn av tiden som er satt til rådighet, veiledningssituasjonen bør forlenges dersom det er behov for det. Men som sagt tidligere kan hverdagene i helsevesenet være travle, så hvor vidt dette er gjennomførbart vil avhenge av tidspresset til sykepleier.

Noe som også kan være med på å påvirke veiledningen er sykepleierens mangel på pedagogisk kunnskap. Porobic (2008) skriver at sykepleierens kunnskaper om pedagogisk veiledning, og ungdom som målgruppe har betydning for veiledningen og dermed ungdommenes egenomsorg. De fleste respondentene i studien til Porobic (2008) har ikke videreutdanning i diabetessykepleie og mangler pedagogisk utdanning. Med utgangspunkt i dette kan en stille seg spørsmålet, om denne mangelen på kunnskap begrenser ungdommens læring? Sykepleiere som skal veilede ungdom til å leve med sin diabetes, bør gjerne få tilbud om kurs eller videreutdanning, for å styrke sin kompetanse.

4.4 Behovet for støtte

Å gi nødvendig opplæring om kosthold, aktivitet, injeksjonsteknikk, insulindoser og blodsukkerkontroll er avgjørende, men det kan også føre til at en i for liten grad får rettet oppmerksomheten mot de unges behov for støtte, hjelp og oppmuntring på det følelsesmessige plan (Graue og Sjøvik, 2000). I følge Travelbee vil opplevelsen av

sykepleierens sympati og støtte gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon (Kristoffersen, 2005).

Når en ungdom får fastslått diagnosen diabetes mellitus type 1 vil det være naturlig at det fører til psykiske reaksjoner. Det vil være nødvendig å bidra til at den unge kan takle disse reaksjonene. I følge Eide og Eide (2007) kan hjelperen bidra til emosjonell kontroll og mestring, ved å lytte og samtidig formidle trøst, støtte, informasjon og omsorg. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom bedre (Ong mfl., Holen og Weisæth, sitert i Eide og Eide, 2007, side 166).

Både i Porobic (2008) og Ryste (2008) sine studier kom det fram at de fleste ungdommene syntes det ble fokusert for mye på blodsukkerregulering og HbA1c i diabeteskonsultasjonen. Ryste (2008) mener at med den kunnskapen bør en i større grad vektlegge den enkeltes livsverden, ved å kartlegge det komplekse nettverk av personlige og sosiale opplevelser, forestillinger og erfaringer knyttet til sykdommen. Ryste (2008) skriver videre at ved å stille åpne spørsmål kan ungdommen inviteres til å fortelle om sin opplevelse av hverdagen, slik at eventuelle psykososiale vansker kan avdekkes. For å kunne hjelpe og støtte den enkelte best mulig, må en vite hvor skoen trykker, og ikke bare fokusere på de medisinsk-biologiske sidene ved behandlingen. Graue, Wentzel-Larsen, Bru, Hanestad og Sjøvik (2004) skriver at støtte vil være viktig for å hjelpe ungdommen til å bedre integrere utfordringene av sykdommen i hverdagen. Graue et al. (2004) vil på bakgrunn av funnene sine foreslå at kommunikasjon og veiledning med fokus på individuelle oppfatninger og følelser bør integreres i rutinemessig poliklinisk omsorg.

Veiledning vil være en god metode for å avdekke eventuelle psykososiale vansker, da veiledning som skrevet tidligere forutsetter en god dialog mellom sykepleier som veileder og ungdommen. Gjennom en slik dialog kan sykepleieren åpne for at ungdommen kan fortelle om sine opplevelser og erfaringer.

I følge sykepleierne i studien til Porobic (2008) ser det ut til at ungdommene som kommer fra ressurssterke hjem og har foreldre og venner som støtter dem opp, lettere klarer å overta omsorgen for diabetesen. I tilfeller hvor denne støtten mangler, ser det ut som om ungdommene får større utfordringer med å klare seg selv. Med utgangspunkt i funnene til Porobic (2008), bør sykepleieren involvere ungdommens nærmeste i veiledningen, slik at de på denne måten har kunnskap om sykdommen slik at de kan hjelpe og støtte ungdommen.

Som skrevet tidligere er det et kjent faktum at helsevesenet har en travel hverdag. Ryste (2008) skriver at en pasientsentrert oppfølging med vektlegging av den enkeltes behov for hjelp, støtte og kunnskap vil være mer tidkrevende, og kan stå i konflikt med ressursmangel som preger helsetjenesten i dag. Som beskrevet i teorien er det en viktig sykepleierfunksjon å lytte og hjelpe pasienten til å bearbeide de psykiske reaksjonene, ikke minst er det viktig for at pasienten skal greie å ta imot kunnskaper (Mosand og Førstund, 2001).

I Ryste (2008) sin studie kommer det også frem at ungdommen føler seg i større grad sett og forstått av diabetessykepleier enn av legen. Legen er mer opptatt av det medisinske og er lite interessert i helheten. Ungdommen beskriver at de har en åpnere og nærere dialog med sykepleieren, med utgangspunkt i dette mener Ryste (2008) at alle unge bør ha mulighet til individuell konsultasjon hos sykepleier. Noe som ifølge Ryste (2008) ikke er tilfelle ved den ene poliklinikken i dag. Etter min mening bør alle ungdommer med diabetes ha et tilbud der de kan få dekket sine behov. I hvilken grad kan ungdommen lære å mestre sin sykdom bare ved å ha legekonsultasjoner, der fokuset hovedsakelig rettes mot det medisinske ved sykdommen? Ryste (2008) skriver at ressurser kanskje kan omfordes ved å redusere legetjeneste og øke sykepleiertjeneste, samtidig som ressurser kan spares ved å legge om til en mer fleksibel organisering av kontrollenes varighet og hyppighet etter den enkeltes behov. De som har lite problemer kan ha individuell samtale sjeldnere, hvis de har mulighet til og lett ta kontakt ved behov. De som i perioder sliter med problemer kan derimot følges tettere opp.

Dette mener jeg ville være en god måte å organisere det på. For de som gjerne har hatt diabetes i lang tid vil gjerne ikke ha like stort behov for individuell samtale som de med nyopplaget diabetes. Og siden det kan se ut til at både travle dager og ressursmangel begrenser ungdommens tilbud, ville gjerne dette være en måte å organisere tilbudet på.

5.0 Avslutning

Målet i oppgaven er hvordan sykepleier kan hjelpe en ungdom med diabetes mellitus type-1 til å mestre sykdommen sin. Gjennom oppgaven har jeg funnet ut at det vil være flere faktorer som spiller inn, for å kunne nå dette målet.

Å få en kronisk sykdom som diabetes, betyr å ha en sykdom som man må leve med resten av livet. Sykepleieren står ovenfor flere utfordringer i møtet med den unge. Dette gjelder justering av behandling knyttet til hormonelle forhold i puberteten, og hvordan reguleringen kan ivaretas hjemme, på skolen og i fritiden uten at de skal oppleve å skille seg ut fra de andre jevnaldrede. For ungdommen betyr det mye å få lov til å leve mest mulig som andre. I sykepleierens møte med ungdommen, vil det derfor være nødvendig å møte dem der de er, og høre hvilke behov de har.

Hvordan sykepleieren møter den unge kan ha mye å si for samhandlingen. For sykepleieren vil det være nødvendig å etablere en trygg og god relasjon med ungdommen for å kunne samarbeide om best mulig resultater. I følge Travelbee er det ved hjelp av en slik relasjon en kan nå sykepleierens mål om å hjelpe et individ til å mestre sin sykdom. Relasjonen som bygges mellom sykepleieren og ungdommen vil ha stor betydning for veiledningen.

Veiledningen forutsetter en dialog mellom sykepleier som veileder og ungdommen, noe som kan være nødvendig for og nå frem til ungdommens behov. Det vil være viktig at sykepleierens veiledning fører til at ungdommen finner ut hvordan de skal møte utfordringene i dagliglivet og ta vare på sin egen helse.

Det vil også være nødvendig at sykepleieren retter fokuset mot ungdommens psykiske reaksjoner. En viktig sykepleierfunksjon kan her være å støtte pasienten, dette gjennom å lytte til ungdommens opplevelse og erfaringer, og med dette hjelpe ungdommen til å bearbeide disse reaksjonene. I følge Travelbee vil opplevelsen av sykepleierens sympati og støtte gjøre pasienten i bedre stand til å mestre sin situasjon.

6.0 Litteraturliste

- Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal.
- Diabetesforbundet (u.å.). Type 1-diabetes. Hentet 8. Januar 2010 fra:
<http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=357>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal.
- Erikson, E. H. (2000). Barndommen og samfunnet. Oslo: Gyldendal.
- Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (side 12 – 30). Oslo: Gyldendal.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och Kultur Forlaget.
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Innledning. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring* (side 10 - 26). Oslo: Cappelens Forlag.
- Graue, M. (2002). Sykepleie til ungdom. I: A. Skafjeld (Red.), *Diabetes: Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (side 152 - 169). Oslo: Akribe Forlag.
- Graue, M. & Søyvik, O. (2000). Ungdom og diabetes: Pedagogiske utfordringer i behandlingen. *Pediatrisk Endokrinologi* 14(2), 54 – 60.
- Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B. R. & Søyvik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, 27(6), 1313 – 1317.
- Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring* (side 40 – 59). Oslo: Cappelens Forlag.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi. Oslo: Gyldendal.

- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (side 13 – 99). Oslo: Gyldendal.
- Mosand, R. D. & Førund, A. J. (2001). Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2* (side 899 - 928). Oslo: Gyldendal.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver. Oslo: Gyldendal.
- Pasientrettighetsloven (1999). § 3-2. Pasientens rett til informasjon. Hentet 10. Februar 2010 fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#map003>
- Porobic, D. (2008). Sykepleiernes veiledning til ungdom med type 1 diabetes. Mastergradsoppgave, Universitetet i Stavanger.
- Roper, S. O., Call, A., Leishman, J., Ratcliffe, G. C., Mandleco, B. L., Dyches, T. T. et al. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1705 – 1714.
- Ryste, T. O. (2008). Med diabetes i hverdagen: Opplevelse av helse og hverdagsliv hos ungdom med diabetes. Mastergradsoppgave, NTNU.
- Skafjeld, A. (2002). Innledning. I: A. Skafjeld (Red.), *Diabetes: Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (side 15 - 17). Oslo: Akribe Forlag.
- Solvoll, B. A. (2005). Identitet og egenverd. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (side 118 – 156). Oslo: Gyldendal.
- Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008). Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I: A. Skafjeld (Red.), *Diabetes: Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (side 26 – 42). Oslo: Akribe Forlag.
- Vest Lofoten Diabetesforening [Bilde] (u.å.). Hentet 10. Februar 2010 fra: http://www.diabetes-vestlofoten.no/Diabetes_avd_Vestlofoten.html

Presentasjon av artikler

Forfatter/ Tidsskrift	Populasjon	Metode	Hensikt	Resultat
1. Roper, S. O., Call, A., Leishman, J., Ratcliffe, G. C., Mandleco, B. L., Dyches, T. T. & Marshall, E. S. (2009). <i>Journal of advanced nursing</i>	58 barn og ungdom som informanter	Kvalitativ	Beskrive hva barn og ungdom med type 1-diabetes vet om sykdommen sin og hva de vil vite om sykdommen.	Barn og unge med type 1-diabetes har en viss kunnskap om sykdommen sin, men har fortsatt et ønske om å få ytterligere kunnskap om omsorg, fysiologi og konsekvenser av type 1-diabetes.
2. Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B. R., & Søvik, O. (2004). <i>Diabetes Care</i>	103 ungdommer som informanter	Kvantitativ	Å systematisk studere de ulike mestringsstilene og utforske sammenslutning en av ulike mestringsstiler med metabolsk kontroll og de unges diabetes relaterte livskvalitet.	Dårlig metabolsk kontroll og redusert diabetes relatert livskvalitet var signifikant relatert til emosjonellfokusede mestringsstiler, og at økt bruk av aktiv mestring, derimot var relatert til bedret metabolsk kontroll og tilfredshet i diabeteslivet.
3. Ryste, T. O. (2008). <i>Mastergradsoppgave, NTNU</i>	8 ungdommer som informanter	Kvalitativ	Å få innsikt og forståelse for hvordan ungdom med type 1-diabetes selv opplever sin situasjon.	Resultatene fra studien kommer frem i to hovedkategorier for hvordan helse og hverdagsliv oppleves. Den ene kategorien er de som har en strukturert hverdag med god flyt og opplever god

				helse. Den andre hovedkategorien har et hverdagsliv som halter og opplever uhelse i varierende grad. De har en ustrukturert hverdag og mangler automatiske rutiner helt eller delvis.
4. Porobic, D. (2008). <i>Mastergradsoppgave, Universitetet i Stavanger</i>	7 sykepleiere, ansatt ved tre ulike sykehus som informanter	Kvalitativ	Å få kunnskap om hvordan sykepleiere beskriver veiledning til ungdom med type 1-diabetes og hva de gjør for å ivareta målgruppens behov for selvstendighet i egenomsorg.	Resultatene viser viktigheten av gode kommunikasjons- og veiledningsferdighet er hos sykepleiere, samt at det er flere forhold som kan påvirke kvaliteten og utfallet av veiledningen.
5. Graue, M. & Søvik, O. (2000). <i>Pediatrik Endokrinologi</i>	13 ungdommer som informanter	Pilotstudie	Ungdommens synspunkt på oppfølgingsbehovet i tenårene.	De unge opplevde at det de trenger var informasjon, opplæring og oppfølging, men også frihet, trygghet, støtte og å få ta ansvar for egen diabetes.

Presentasjon av bøker

Eide og Eide: "Kommunikasjon i relasjoner" (2007). Dette er ei forskningsbasert fagbok om kommunikasjon i sykepleie og andre helsefag. Boka tar utgangspunkt i dialoger og fortellinger fra praksis, og presenterer og drøfter et bredt spekter av kommunikasjonsferdigheter man må beherske som profesjonell hjelper. Boka er relevant for min oppgave, da den bidrar med hva som innebæres med god kommunikasjon.

Erik H. Erikson: "Barndommen og samfunnet" (2000). Erikson's overordnede prosjekt i denne boken er å integrere den psykoanalytiske kunnskap om individets utvikling med kunnskapen om det familiære miljø og det større levende samfunn. Denne boka mente jeg ville være relevant for min oppgave, for å få forståelse for den fasen ungdommen er i.

Joyce Travelbee: "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" (1999). Denne boka er aktuell for alle som arbeider med mennesker, da den gir kunnskap om hva mennesker trenger for å oppleve håp og mening når livet er tungt og vanskelig, og om hvordan gode relasjoner skapes. Boka er relevant for min oppgave, da den beskriver hvordan en kan bygge en god relasjon med pasienten.

Skafjeld, A, (Red.): "Diabetes" (2002). Boka handler om sykepleie til personer i ulike aldre og som har diabetes i forskjellige faser. Målet er egenmestring, og ulike tiltak i sykepleie beskrives. Den pedagogiske tilnærmingen blir vektlagt. Jeg mente boka ville være relevant, da den i tillegg til å ta for seg diabetes også tok for seg ungdom med diabetes.

Tveiten, S.: "Pedagogikk i sykepleiepraksis" (2008). Boka handler om sykepleierens pedagogiske funksjon, og gir eksempler både på hva den pedagogiske funksjonen kan innebære, og hvordan den kan utøves. Veiledning og undervisning er to pedagogiske metoder som er særlig vektlagt. Siden jeg valgte veiledning som pedagogisk metode, mente jeg denne boka ville være relevant.