

# BACHELOROPPGAVE

## Mestring til ungdom i puberteten med diabetes type 1

Hvordan kan en sykepleier bidra til å fremme mestring og egenkontroll for ungdommer i puberteten med diabetes type 1?

av

Marianne Gravaune, kandidatnummer 65

Coping strategies for teenagers in puberty with type 1 diabetes

Emnekode og navn: SK 152, Bacheloroppgave i sykepleie

---

Innleveringsdato: 02.05.2014

---

Tal ord: 7085

---

Rettleiar: Kurt Arild Krokmyrdal

---

## **Sammendrag**

### **Tittel**

Mestring til ungdom i puberteten med diabetes type 1

### **Bakgrunn for valg av tema**

Gjennom min praksis på barneavdelingen fikk jeg møte flere ungdommer med diabetes. Jeg fikk innsikt i hvor vanskelig det var for ungdommer i puberteten å mestre sykdommen, fordi fysiologiske og psykologiske endringer påvirket den metabolske kontrollen. Dette var et tema jeg ble interessert i, og jeg ønsket vite mer om hvordan jeg som sykepleier kunne bidra til å fremme mestring til ungdom i puberteten med diabetes type 1, i alderen 12-16 år.

### **Problemstilling**

Hvordan kan en sykepleier møte ungdommer i puberteten med diabetes type 1, på en måte slik at pasienten opplever mestring?

### **Framgangsmåte**

Min oppgave er bygget på et systematisk litteraturstudie. Jeg har brukt pensumlitteratur, søkt opp annen relevant litteratur, og de kvalitative forskningsartiklene har jeg funnet gjennom databasene academic search primer og pubmed.

### **Konklusjon**

Gjennom å fremme en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan dette føre til at pasienten kan ta i bruk ulike mestringsstrategier for å fremme sin egenomsorg. Dette krever at sykepleieren bruker kommunikasjon som verktøy for å møte pasientenes behov. Siden aldersgruppen jeg tar for meg er under myndighetsalderen, må sykepleieren også undervise foreldrene i hvordan de skal møte ungdom som kan være i opprør mot sin sykdom.

Foreldrene bør involveres i behandlingen, samtidig som ungdommen skal være aktiv i egenomsorgen. For å mestre har pasienten behov for kunnskap og ferdigheter, og det er sykepleieren sin jobb å fremme dette hos pasienten. Ved å fremme egenomsorgen gjennom mestring forebygger vi senkomplikasjoner på individnivå, og vi sparer store kostnader for samfunnet.

## **Abstract**

### **Title**

Coping strategies for teenagers in puberty with type 1 diabetes

### **Background**

During my practice at the pediatric department, I met several teenagers with diabetes. I got to know the pain the patients experienced, when they struggled to cope with the disease during puberty, as physiological and psychological changes affected the metabolic control. The topic caught my interest, and I wanted to find out how I, as a nurse, could promote coping strategies to teenagers in puberty with type 1 diabetes, age 12-16 years.

### **Issue**

«How can a nurse meet teenagers in puberty with type 1 diabetes, to let the patient experience cope”

### **Method**

My thesis is based upon a systematic literature review. I have used literature from the curriculum, found other relevant literature and the qualitative research papers were found using academic search primer and pubmed.

### **Conclusion**

A good relation between nurse and patient can encourage the patient to use different coping strategies to improve the self-care. As the age group is below the legal age, the nurse needs to educate the parents how to cope with teenagers revolting against their disease. The parents should be involved in the treatment, at the same time the teenager should actively self-care. The patient requires knowledge and skills to learn how to cope, and it is the nurse's job to help the patient acquire knowledge and skills. By promoting self-care through coping strategies it is possible to prevent long-term complications for the individual, thus save the society for a major expense.

## Innhold

1.0 Innledning med valg og begrunnelse av tema .....	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.1.1 Avgrensning av problemstillinga:.....	2
1.2 Hvordan oppgaven blir løst .....	2
2.0 Fremgangsmåte.....	4
2.1 Litteratursøk .....	4
2.2 Forskningsartikler .....	5
3.0 Teori.....	7
3.1 Kort om diabetes mellitus type 1. ....	7
3.1.1 Symptomer.....	7
3.1.2 HbA1C.....	7
3.2 Ungdom og diabetes.....	8
3.3 Kommunikasjon .....	9
3.4 Joyce Travelbee - det mellommenneskelige forholdet .....	10
3.7 Egenomsorgens betydning .....	11
3.8 Mestring.....	12
3.9 De fire prinsippers etikk.....	14
4.0 Drøfting.....	16
4.1 Case.....	16
4.2 Betydningen av en god relasjon i diabetesomsorgen .....	16
4.3 Egenomsorg og mestringsstrategier.....	17
4.3 Hva er mening med en sykdom? .....	20
4.4 Autonomi og beslutningsmyndighet .....	21
5.0 Svakheter og styrker i oppgaven .....	23

6.0 Konklusjon .....	24
Litteraturliste.....	25

## 1.0 Innledning med valg og begrunnelse av tema

Ifølge diabetesforbundet (2014) har cirka 25.000 nordmenn diabetes mellitus type 1 i Norge. Rundt 600 nordmenn får denne diagnosen i Norge hvert år, hvorav 300 av disse er barn under 15 år. Norge er faktisk på verdenstoppen når det gjelder forekomsten av barn og ungdom med diabetes, og hos barn har dette blitt fordoblet de tretti siste årene. I verden generelt har forekomsten av diabetes vært økende, og gode behandlinger gjør at utvikling av senkomplikasjonene forsinkes (Helsedirektoratet, 2009). Kostnadene som diabetes har for Norge, er om lag 4 milliarder kroner. Påkjennningene for pasienten og kostnadene for samfunnet kan reduseres ved å oppnå egenkontroll, mestring, motivasjon og læring av sykdommen (Helsedirektoratet, 2009).

Som et resultat av dette fikk jeg oppleve mange ungdommer med diabetes type 1 under min praksis på barneavdelingen. Mange av de ungdommene jeg møtte ga uttrykk for å ikke være motivert for å regulere sin diabetes, eller å bry seg om senkomplikasjoner. Jeg var mange ganger delaktig i å fremme mestring til ungdommene. Jeg følte at dette ga meg like mye tilbake, som den mestringsfølelsen jeg prøvde å fremme hos dem.

I denne oppgaven har jeg derfor valgt å skrive om nyoppdaget diabetes hos ungdom i puberteten, og hvordan mestring kan føre til økt egenkontroll i blodsukkerreguleringen. Diabetes er et tema jeg synes er veldig interessant, og som nevnt tidligere; et økende problem. Når jeg er ferdig utdannet kommer jeg til å møte pasienter med diabetes, og min oppgave blir da å legge til rette for mestring, slik at de oppnår egenkontroll. Da er det nyttig å ha kunnskap, for å overbevise pasientene om hvorfor en godt regulert diabetes er viktig. Å forstå hvordan den enkelte pasient behersker å få diagnosen, og å hjelpe pasienten til å mestre og leve med sykdommen kan være ei utfordring, men også ei svært viktig oppgave for sykepleieren. Dette temaet vil gi meg innsikt i hvordan en sykepleier kan utøve kortsiktig og langsiktig sykepleie, og lærdom fra denne oppgaven kommer jeg garantert til å ta med meg videre i min karriere som sykepleier.

## **1.1 Problemstilling**

Hvordan kan en sykepleier bidra til å fremme mestring og egenkontroll for ungdommer i puberteten med diabetes type 1?

### **1.1.1 Avgrensning av problemstillinga:**

I denne oppgaven vil jeg fokusere på hvordan en sykepleier kan bidra til å skape mestring hos ungdommer som har hatt diabetes type 1 i flere år. Aldersgruppen til ungdommene vil være mellom 12-16 år, fordi det er da de begynner å produsere mer av blant annet veksthormoner som påvirker blodsukker og egenomsorg. I ungdomstiden er det spesielt utfordrende å leve med diabetes type 1, på grunn av fysiologiske endringer med kroppen, følelsesmessige svingninger og endret livssituasjon. Forskning viser at målingene av langtidsblodsukker (HbA1C-verdier) ofte forverres i tenårene (Scholes et al., 2012). Formålet med å skape mestring til ungdommer er å oppnå egenkontroll over blodsuktermålingen, og administrering av anti-diabetiske medisiner, samt å forsinke utviklingen av senkomplikasjoner. Jeg velger å avgrense meg til hvordan en sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos ungdommer som har hatt diabetes type 1 over lengre tid, og kommer jevnlig på polikliniske konsultasjoner. Jeg vil også avgrense oppgaven med å se bort fra kriseteorier og praktiske prosedyrer, da denne oppgaven har et begrenset omfang. Hovedfokuset til denne oppgaven blir derfor på relasjonen, egenomsorg, mestring, og autonomi.

## **1.2 Hvordan oppgaven blir løst**

Jeg har allerede begynt oppgaven min med å presentere valg av tema og problemstilling. Jeg har også satt rammene til oppgaven ved å avgrense problemstillingen. Videre i fremgangsmåten blir det gjort greie for søkeprosessen, der jeg begrunner valg av litteratur og forskningsartikler. Der skriver jeg også hva forskningsartiklene omhandler. I teoridelen tar jeg for meg det faglige grunnlaget som oppgaven min er bygget på. Teorien min handler i

hovedsak om diabetes type 1 til ungdom, relasjon og kommunikasjon, egenomsorg, mestringsstrategier og de fire prinsippers etikk. I drøftingen vil jeg presentere en case (som jeg har opplevd selv), og drøfte denne i lys av teori fra teorikapittelet. Etter drøftingen tar jeg for meg svakheter og styrker med oppgaven, før jeg til slutt kommer med en konklusjon som skal svare på problemstillingen.



## 2.0 Fremgangsmåte

### 2.1 Litteratursøk

I litteratursøk er det viktig å tenke på at litteraturen er holdbar og relevant for problemstillingen. For å finne dette må en ha en strukturert søkemetode (Dalland & Trygstad, 2013). Denne oppgaven er bygget på en systematisk litteraturstudie, som vil si at en tolker allerede eksisterende litteratur (Dalland, 2013). Videre skriver Dalland (2013) at man i et kvalitativt forskningsintervju forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonens side, og deres erfaringer. Oversiktsartikler vurderer kritisk forskning som allerede er presentert fra før, og er ment som å gi en oppsummering av forskningen innenfor et felt (Dalland, 2013). I min bacheloroppgave har jeg tatt utgangspunkt i at litteraturen skal være relevant og helst av nyere dato. Jeg ønsket å finne kvalitative forskningsstudier siden min problemstilling handler om noe subjektivt, nemlig mestring.

Jeg brukte BIBSYS for å søke opp relevant litteratur. Søkordene var; «diabetes», «diabetes og ungdom», «ungdomsmedisin», «Orem», «Travelbee», «mestring og ungdom», «ungdom og livsstil» og «etikk i sykepleien». Med disse søkeordene fant jeg blant annet «Ungdomsmedisin» av Haavet (red.), «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Travelbee, «Etikk i sykepleien», av Brinchmann (red.), «Diabetes, forebygging, oppfølging og behandling» av Skafjeld et al og «Bli ekspert på din egen diabetes», av Hanås.

Fra pensumlitteratur bruker jeg «Klinisk sykepleie» av Almås et al., «Kommunikasjon i relasjoner», av Eide & Eide, «Helt-ikke stykkevis og delt» av Hummelvoll, «Grunnleggende sykepleie» av Kristoffersen et al., «Bære eller bryte» av Røkenes et al., og «Forståelsen av mennesket» av Renolen.

Jeg har også vært på barneavdelinga ved sentralsykehuset, og fikk låne boka «diabetes for livet- aldri fred å få?» av Christophersen.

## 2.2 Forskningsartikler

Da jeg skulle finne forskningsartikler, brukte databasene Pubmed, Medline, Svemed +, Cinahl og Academic search primer. Databasen Svemed + brukte jeg for å finne søkeord, da jeg ikke fant noen relevante artikler der.

### **A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by levels of metabolic control?**

Da jeg søkte med academic search premier, brukte jeg flere databaser; Medline og Cinahl. Søkeordene jeg brukte var «Young people» AND «type one diabetes» AND «perspectives» AND «qualitative» i kombinerte søk. Da fikk jeg opp 5 treff, og jeg valgte det kvalitative studiet av Scholes et al. (2012). 14 deltakere i alderen 11-22 år ble intervjuet om deres oppfatninger om å ha diabetes type 1. Resultatene fra studiet var at de med høye nivå av HbA1C trodde de kom til å bli kurert, hadde negativ respons på å få diagnosen, sjeldnere hjelp fra foreldre, og var neglisjerende i egenomsorgen. De med lave verdier av HbA1C trodde ikke en kur kom til å bli oppfunnet, det var en del av deres identitet, og hadde ikke negativ respons på å få diagnosen. De hadde også fått støtte fra foreldre, og var flittig i egenomsorgen. Konklusjonen i studiet var at sykepleieren må gi kunnskap om diagnosen og mestring, og på den måten skape positive relasjoner. Familiestøtte var positivt for den metabolske kontrollen. Begge gruppene mislikte en autoritær interaksjon, både fra helsepersonell og foreldre. På grunn av autonomi var det utfordrende å overføre ansvaret fra foreldrene til ungdommen. (Scholes et al., 2012).

### **The relationship between diabetes self-management and metabolic control in youth with type 1 diabetes. An integrative review.**

Ved søk på Pubmed brukte jeg «diabetes type 1» AND «adolescents» AND «coping» AND «nursing» i kombinerte søk. Da fikk jeg 94 treff, og begrenset til review. En av de 14 treffene

var relevant, oversiktsartikkelen fra Guo, Whittemore & He (2011). Denne oversiktsartikkel tar utgangspunkt i 18 forskjellige forskningsartikler som belyser temaet. Hensikten med studiet var å beskrive forholdet mellom egenkontrollen og blodsuktermåling hos ungdommer med type 1 diabetes. I resultatene fra denne studiet står det blant annet at man tidligere var mer opptatt av at ungdommene fulgte råd fra helsepersonell (compliance), mens fokuset nå er endret til mer egenomsorg. Man fant at i ungdomsåra er det biologiske, psykiske, kognitive, emosjonelle og sosiale endringer som påvirker egenomsorgen til ungdommen. Det viste seg også at desto lengre varighet på diabetesen, desto dårligere kontroll. Et resultat var også at konflikt med familie om sykdommen (tar gradvis over ansvaret selv), førte til dårligere metabolsk kontroll, mens en god familiestruktur og økonomisk status bidro til å vedlikeholde et jevnt blodsukker. (Gou et al., 2011).

### **Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes**

Med søkebasen Pubmed søkte jeg også på: «adolescents» AND «coping» AND «diabetes type 1» AND «resilience» i kombinerte søk. Da fikk jeg 4 treff, der den ene studiet fra Jaser & White (2011) er en kvalitativ forskningsartikkel som tar utgangspunkt i å finne ut hvordan ulike mestringsstrategier påvirker livskvalitet, kompetanse og metabolsk kontroll hos ungdommer med diabetes type 1 mellom 10 og 16 år. I studiet deltok 30 deltakere. Resultatene var at mer bruk av primære mestringsstrategier (problemløsning, uttrykke seg emosjonelt) førte til bedre kompetanse, livskvalitet og metabolsk kontroll. Sekundær kontroll (f.eks. sosial aksept) var relatert til høyere sosial kompetanse, bedre livskvalitet og bedre metabolsk kontroll. Ungdommer som ikke brukte mestringsstrategier ved f.eks. tilbaketrekking hadde lavere metabolsk kontroll. Ungdommer som fornektet sykdommen og hadde problemer med foreldre, hadde lavere livskvalitet og sosial kompetanse (Jaser & White, 2011).

## **3.0 Teori**

### **3.1 Kort om diabetes mellitus type 1.**

Det finnes flere typer diabetes; type 1, type 2, svangerskapsdiabetes og andre undertyper av diabetes. Ved type 1 diabetes er det absolutt mangel på insulinproduksjon på grunn av en autoimmun reaksjon. Betacellene i de langerhanske celleøynene i pankreas (som produserer insulin) blir angrepet, og dette fører til at glukoseinnholdet i blodet øker. Sykdommen er kronisk, og for å overleve dette må pasienten få tilført insulin som senker glukosenivået i blodet. Type 1 diabetes rammer som oftest barn og ungdom, og regnes som den alvorligste av alle typer diabetes (Mosand & Stubberud, 2011). Ideelt sett skal blodglukoseverdien være mellom 4 og 7 mmol/l hos friske personer. Diabetes mellitus blir diagnostisert når glukoseverdien i kapillærblod under faste er over 6,1 mmol/l, eller over 7,0 mmol/l i venøst serum eller plasma (Mosand & Stubberud, 2011). Helsedirektoratet (2009) definerer diabetes som en kronisk metabolsk sykdom.

#### **3.1.1 Symptomer**

Når mer enn 80 % av insulinproduksjonen er opphørt, debuterer symptomene på type 1 diabetes. Symptomene er økt vannlating (spesielt om natten, nokturi), glukose i urinen (ved blodglukose over 10 mmol/l), tørste, vekttap, redusert allmenntilstand, hyppige infeksjoner (blant annet sopp- og urinveisinfeksjoner), diabetisk ketoacidose og hypoglykemi. Ved dårlig regulert diabetes, kan det utvikle seg senkomplikasjoner som f.eks. retinopati, nefropati, nevropati, hjerte- og karsykdommer, fotsår, og psykososiale lidelser (Mosand & Stubberud, 2011).

#### **3.1.2 HbA1C**

HbA1C defineres som det gjennomsnittlige blodglukosenivået de siste 6-8 ukene. Hvis pasienten har lavt hemoglobinnivå, blir det en falskt lav HbA1C-verdi (Sagen, 2011). Ved å se på HbA1C-verdien kan en dermed se hvordan blodsukkerverdiene har vært over tid.

### 3.2 Ungdom og diabetes

I ungdomstiden er det spesielt utfordrende å leve med diabetes type 1 på grunn av fysiologiske endringer med kroppen, følelsesmessige svingninger og endret livssituasjon. I puberteten må ungdommene få tilført mer insulin, og gutter trenger ofte så mye som 1,4-1,6 IE/kg/dag. Jenter må øke insulindosen til godt over 1 IE/kg/dag (Hanås, 2011). Dette er fordi tenåringeres veksthormon virker motsatt av insulin, øker blodsukkeret, og dermed øker også insulinbehovet. Dette gjør at blodsukkeret blir enda mer vanskelig å regulere, og desto mer uforutsigbart (Christophersen, 2004). Ungdom med diabetes kan ofte være i opposisjon mot sin sykdom. Når ungdommene utvikles kan konflikter med familie oppstå. I ungdomsårene blir man mindre avhengig av familien, og fokuset flyttes over til venner. Vennegjengens kleskoder, verdier, og stil er viktig for tenåringer i denne perioden, likeså et attraktivt utseende. Ungdommene har også et behov for å være «lik alle andre», og de utvikler sin personlige identitet. Impulskontrollen er ofte redusert, og for å tilfredsstille andres/venners behov kan også ungdomstiden være forbundet med risikoatferd. Å finne kjærligheten henger også sammen med løsrivingsperioden, og stadig flere eksperimenterer seksuelt i tenårene (Haavet, 2005). Ungdommer opplever derfor ofte press fra flere kanter, både fra vennegjeng, familie, skole og hobbyer. På toppen av alt dette, skal også den kroniske sykdommen diabetes kreve sitt fra ungdommen. Hanås (2011) skriver at stress kan få blodsukkeret til å øke. Stress, veksthormoner, og diabetes i seg selv fører derfor til at puberteten blir en utfordrende tid for mange av tenåringene, og derfor er det også viktig å fokusere på hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å fremme mestring til denne pasientgruppen.

### 3.3 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon betyr «å ha felles», og har sitt opphav fra det latinske ordet «communis» (Hummelvoll, 2012, s. 420). I samhandling mellom mennesker er kommunikasjon en nødvendig forutsetning for å oppnå et fellesskap (Hummelvoll, 2012). Formålet med kommunikasjon kan være tosidig. På den ene siden kan formålet med kommunikasjonen være å bygge opp et tillitsforhold gjennom en åpen dialog. På den andre siden kan målet være å gi mye og god informasjon om diabetes. Når disse formålene er oppnådd, kan samarbeidet mellom sykepleier og pasient føre til en felles forståelse av behovene til pasienten (Karlsen, 2011). Jeg tolker denne teorien som at sykepleieren må legge stor vekt på å motivere den enkelte til egenansvar og mestring, og samtidig ivareta de psykososiale aspektene med det å leve med diabetes.

For å forstå kommunikasjon kan man også bruke fire-perspektiv-modellen.

Denne modellen tar for seg 4 grunnleggende perspektiver som en situasjon kan oppleves fra:

- Egenperspektivet (min verden)
- Andreperspektivet (din verden)
- Det intersubjektive opplevelsesfellesskapet (vår verden)
- Samhandlingsperspektivet (metaperspektivet, dvs. vårt perspektiv på samhandlingen mellom oss)

(Røkenes et al., 2011)

Fire-perspektiv modellen kan også sammenlignes med Kari Martinsen sitt syn på helhetlig sykepleie, der sykepleieren skal stille seg ydmyk til det vi ikke vet. Da er det viktig at sykepleieren forsøker å se ulike sider hos pasienten, for å forstå hele situasjonen (Austgard, 2012). I min drøfting kommer jeg til å ta utgangspunkt i egenperspektivet og andreperspektivet. Dette er fordi gjennom egenperspektivet kan jeg drøfte hvordan sykepleieren ser diabetesen gjennom sin verden, og andreperspektivet der sykepleieren kan sette seg inn i pasientens situasjon og prøve å se diabetesen gjennom hans øyne. I

drøftingen kommer jeg også til å se fire-perspektiv-modellen i sammenheng med Orem sine tre kompensierende trinn som blir presentert senere.

### **3.4 Joyce Travelbee - det mellommenneskelige forholdet**

Travelbee beskriver 5 punkter som må være tilstede i en interaksjonsprosess for å etablere et menneske-til-menneske forhold. Dette forholdet er svært viktig for å gjennomføre sykepleiens mål og hensikt.

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

(Travelbee, 2001)

I min drøfting kommer jeg til å ta utgangspunkt i det siste punktet; etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Gjennom etablering av gjensidig forståelse og kontakt kan sykepleieren få et innblikk i hvordan det er for pasienten selv å ha diabetes, samtidig som sykepleieren kan tilegne pasienten tilpasset kunnskap. Jeg kommer til å drøfte dette opp mot relasjonen mellom pasient og sykepleier.

Travelbee skriver «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, 2001, s. 41). Ved hjelp av denne teorien kan sykepleieren bidra til å fremme mestring for pasienten både på individ- og samfunnsnivå. Ifølge Travelbee kan sykepleierens oppgave kort oppsummeres gjennom tre punkter. Det ene punktet er å anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ, det andre punktet er å utvikle et

«menneske-til-menneske-forhold» til pasienten. Det siste punktet er å gjennom disse forholdene møte behovene til pasienten, pårørende eller andre involverte (Eide & Eide, 2013). I diabetesomsorgen kan menneske-til-menneskeforholdet være et middel som fremmer kommunikasjonen, og som bidrar til at sykepleieren møter pasientens behov. Ifølge Kristoffersen (2011) er sykepleien en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Travelbee skriver om å finne mening i sykdom og lidelse. Ordet «mening» brukes i den sammenheng, der den syke blir i stand til å ikke bare underkaste seg sykdommen, men å bruke den som en positiv livserfaring. Siden hvert menneske er unikt, vil meningen med sykdom og lidelse være unikt for hvert individ som erfarer sykdommen. Derfor vil helsearbeidere, familie eller venner av den syke ikke kunne «gi mening» til den syke, men heller hjelpe ham til å finne mening med sykdommen (Travelbee, 2001).

### **3.7 Egenomsorgens betydning**

Egenomsorg kan defineres som enkeltmennesket evne og vilje til å gjøre aktiviteter som er livsnødvendige for å leve og overleve (Cavanagh, 1999). Egenomsorg dekker både de fysiske, psykiske og åndelige behov. God egenbehandling og mestringsevne er viktig for pasienter med diabetes type 1, og en forutsetning for vellykket blodsukkerregulering. For å oppnå god egenomsorg er det vesentlig at pasienten har innsikt i egen sykdom, og at pasienten alltid har tilbud om oppfølging og veiledning (Karlsen, 2011). Dorothea Orem og hennes egenomsorgsteori legger vekt på at egenomsorgshandlinger skal være rettet mot et bestemt mål. Det å tilfredsstille egenomsorgsbehovene er en generell målsetting som mennesket har. Et menneske har evne til å identifisere sine egenomsorgsbehov, vurdere dem og velge hvordan det skal forholde seg til dem. Orem hevder også at for å ivareta egenomsorgen må en også ha kunnskap, og gjennom disse ferdighetene utøve egenomsorg (Kristoffersen, 2011). Lazarus og Folkmann mener at sosial støtte (familie, venner, kjæreste) kan være en viktig ressurs som kan beskytte mot stress og stimulere til mestring. Helsepersonell på sin side, kan hjelpe pasienten til å tilpasse seg den kroniske sykdommen gjennom veiledning og brukermedvirkning, slik at pasienten kan ta ansvar for egen helse (gjengitt etter Lazarus RS,



Folkman S., 1984, i Karlsen, 2011).

Orem regner med tre sykepleiesystemer:

- Helt kompensierende system
- Delvis kompensierende system
- Støttende og undervisnings system

(Cavanagh, 1999)

Helt kompensierende sykepleiesystem består i at sykepleieren utfører og overtar pasientens egenomsorg. Da er pasienten fullstendig pleietrengende. Delvis kompensierende system betyr at sykepleieren er delvis involvert i egenomsorgen, f.eks. hvis pasienten har sviktende kunnskaper eller ferdigheter som hindrer ham i å dekke sine egenomsorgsbehov alene. Støttende og undervisende system er for pasienter som selv greier å ivareta sin egenomsorg, men som midlertidig trenger assistanse og informasjon fra sykepleieren (Cavanagh, 1999). I min drøfting kommer jeg til å ta utgangspunkt i Orem sin teori, og drøfte den sammen med fire-perspektiv-modellen.

### **3.8 Mestring**

Når en pasient har fått diagnosen diabetes, er det viktig at sykepleieren bidrar med praktisk, psykologisk og emosjonell støtte til pasienten. Gjennom kunnskap om pasientens livssituasjon, utdanning og funksjonsnivå, kan man bedre ivareta pasientens psykososiale behov (Helsedirektoratet, 2009). Hummelvoll (2012) skriver at ulike former for mestring har forskjellige retninger. Det kan f.eks. handle om å håndtere følelser, opprettholde egen selvfølelse, eller å løse forskjellige problemer. Hvilke mestringsstrategier som benyttes, kan variere fra person til person. Hjelp til egenkontroll og mestring er spesielt viktig i ungdomstiden, derfor er også informasjon vesentlig. Det er også viktig at man ikke skal ha

for store forventninger til at de skal ordne opp selv, fordi de fremdeles er sårbare i en overgangsfase fra barn til voksen. Støtte, aksept og hjelp står fortsatt sentralt hos denne aldersgruppen (Eide & Eide, 2013).

Sykepleieren må også følge de yrkesetiske retningslinjene, som tar for seg hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme mestring (Sneltvedt, 2012). Tillit er en forutsetning for at sykepleieren kan bidra til å fremme mestring. En hjelper kan bidra til mestring både ved å bistå med praktisk hjelp, eller ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte. Ved å være en god samtalepartner, kan hjelperen bidra til realitetsorientering og få på plass hva som bør gjøres og hva som kan oppnås på kortere og lengre sikt (Eide & Eide, 2013).

Travelbee skriver at kommunikasjon er et middel for å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Travelbee, 2001). Aron Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng tar utgangspunkt i 3 komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om pasientens kognitive forståelse av situasjonen. Håndterbarhet handler om mestre en situasjon, eller håndtere en sykdom, og at pasienten har tilgang til nødvendige ressurser for å mestre situasjonen. Meningsfullhet forstås som et ønske om å forstå verden og forstå tilgjengelige ressurser. Antonovsky fremhever spesielt egoidentitet og sosial støtte som betydningsfulle mestringsressurser (Renolen, 2010). Karlsen (2011) skriver at evne til å mestre diabetes kan være en stor utfordring, fordi situasjonen kan oppleves belastende for den enkelte. I hovedsak finnes det to mestringsstrategier når en skal leve med diabetes. Problemfokuset mestringsstrategi tar sikte på å utvikle direkte strategier for å løse et problem eller hanskes med en vanskelig situasjon knyttet til sin diabetes. En problemfokuset tilnærming kan f.eks. være å søke etter informasjon og kunnskap, utveksle erfaringer, lage en plan for hvordan dagliglivet med diabetes skal takles, forberede seg til samtale med sykepleieren, og snakke med familie, venner og kjæreste. Emosjonsfokuset mestring kan være å bagatellisere situasjoner som for pasienten oppleves belastende. Videre skriver Karlsen (2011) at desto mer en pasient mestrer gjennom kognitiv, emosjonell og atferdsmessig håndtering av sykdommen, desto mer motivert vil han være for å lære enda

mer. Det er viktig å komme inn i denne sirkelen både for sykepleieren og pasienten, og det er ofte her utfordringen ligger for å vekke motivasjonen til å fremme mestring. Ut fra teorien om mestring, tolker jeg at det ikke finnes noen fastslått definisjon på hva mestring egentlig er. Travelbee, Lazarus og Folkmann, og Antonovsky har alle forskjellige syn på hva mestring egentlig innebærer. I teoridelen har jeg presentert forskjellige syn på mestringsteorier, for å se ulike perspektiver på begrepet. I min drøfting kommer jeg til å bruke både Antonovsky sine teori (OAS), samt drøfte problemfokuserede og emosjonsfokuserede mestringsstrategier opp mot hverandre i diabetesomsorgen til ungdom.

### **3.9 De fire prinsippers etikk**

De fire prinsippers etikk er sentrale i sykepleien, og hvert av de fire prinsippene kan defineres som en plikt (Brinchmann, 2012). I min teoridel velger jeg å skrive om autonomi og velgjørenhet. Dette er spesielt aktuelt hvis pasienten motsetter seg de helsefremmende tiltakene en sykepleier setter i verk, hvor da autonomi og velgjørenhet kan drøftes mot hverandre.

Ordet autonomi er gresk og kan oversettes med «selvstyre» eller «selvbestemmelse» (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 101). En tolkning av dette begrepet er at personen selv har rett til å velge og å ta beslutninger i forhold som vedrører han. For barn i alderen 12-16 år har de rett til informasjon og skal høres i saker som gjelder dem. Dersom foreldre og barn er uenige, må det foretas en vurdering av hvilken vekt som skal tilrettelegge barnets syn (Kristoffersen et al., 2011). For at pasienten skal ha selvbestemmelse forutsettes det at pasienten har forståelse for situasjonen, og innsikt i konsekvensene på det området som beslutningen gjelder (Kristoffersen et al., 2011). I pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-2 står det blant annet at pasienten har rett til å medvirke i behandling og tiltak som pasienten får. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. I følge § 3-2 står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, og hvilken helsehjelp som blir gitt (Lovdata, 1999). I Norge er

myndighetsalderen 18 år (Lovdata, 1999). Jeg tolker dette som at helsepersonellets sin plikt til å gi relevant informasjon er viktig, for at pasienten skal bruke sin autonomi på en slik måte at det blir helsefremmende. Velgjørenhet tar utgangspunkt i plikten til å gjøre godt mot andre (Brinchmann, 2012).

Helsedirektoratet (2009) påpeker at samtaler med sykepleier som fremmer motivasjon og mestring kan bidra til at pasienten fatter egne beslutninger og tar egne valg som er helsefremmende. En samtale skal ikke være konfronterende og dirigerende, men heller ta utgangspunkt i å skape troverdige relasjoner mellom sykepleier og pasient. For å fremme mestring er en samtale som tar utgangspunkt i varme, respekt og empati nødvendig. Av sykepleieren krever dette at man lytter, reflekterer, stiller spørsmål og hjelper pasienten til å forstå alvoret i problemer knyttet til diabetes (f.eks. forebygging av senkomplikasjoner).

## 4.0 Drøfting

Drøftingen skal baseres på en case, som jeg selv har opplevd under praksis. Navn og personalia er oppdiktet. Teorien jeg har funnet spriker ikke vesentlig, derfor blir det noe ensidig drøfting.

### 4.1 Case

*Ole er en gutt som har hatt diabetes type 1 i seks år, han er nå 16 år gammel. Da jeg var sykepleierstudent på barneavdelingen var jeg med på en poliklinisk konsultasjon, sammen med Ole, far og sykepleier. Hele samtalen var preget av at Ole manglet motivasjon, og HbA1C var rundt 15 og ustabil. Da sykepleieren prøvde å snakke med Ole prøvde han å avfeie de ustabile målingene, og sa han hadde andre ting å tenke på enn diabetesen. Han sa han følte seg utenfor i vennegjengen fordi han var så «annerledes». Faren kunne fortelle at Ole hadde fått seg kjæreste, og all tid gikk med til henne. «Ole har forandret seg,» sier faren, og er tydelig opprørt og sint over blodsukkerresultatene. Da sykepleieren prøvde å danne en relasjon til Ole, ble hun avvist og opplevde at han ikke tok til seg noe av det som ble sagt. Det siste Ole sier er at han bare vil ha fred, og slippe sykdommen.*

### 4.2 Betydningen av en god relasjon i diabetesomsorgen

Som vi ser ut i fra casen er det en rekke utfordringer sykepleieren vil møte med Ole som er i puberteten med diabetes type 1. En av de større utfordringene for sykepleieren er å danne en god relasjon, til en som er preget av opprør mot sykdommen. Som nevnt i framgangsmåten viser studiet til Guo et al. (2011) at ungdomsårene er preget av ulike utfordringer som påvirker egenomsorgen. Fysiologiske endringer, eksperimentering og risikoatferd kan føre til høye HbA1C-verdier. Det samme studiet viser også til at

egenomsorgen har blitt mer overlatt til en selv, i forhold til før i tiden da man var mer fokusert på at pasienten skulle gjøre som legene sa (Guo et al., 2011)

I teoridelen nevnte jeg at hjelp til selvstendig kontroll og mestring er spesielt viktig i ungdomstiden, fordi ungdommen fremdeles er sårbare og har lite livserfaring (Eide & Eide, 2013). I casen til Ole avhenger det mye av hvordan han blir møtt av sykepleieren, og hvilken relasjon som blir dannet mellom dem. Før man kan komme til det siste punktet; etablering av gjensidig forståelse og kontakt, må man først danne en god relasjon til Ole i det innledende møtet. Siden Ole er i puberteten og er preget av identitetsutvikling, impuls kontroll og press fra flere kanter kan dette bli en stor utfordring. Man kan forsøke å møte Ole «der han er», å skape en relasjon derfra. Dette kan være en tidkrevende prosess, og for en som ikke vil ha noe med sykepleieren å gjøre kan det bli en stor utfordring å danne en god relasjon. Etter hvert kan sykepleieren nå det siste punktet; etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Da kan sykepleieren få et innblikk i hvordan det er for pasienten selv å ha diabetes, og støtte pasienten emosjonelt. Viser sykepleieren en åpen væremåte, og skaper en trygg relasjon, kan det også være lettere for pasienten å åpne seg, og fortelle om problemene sine. Da er det også lettere for sykepleieren å møte de behovene pasienten har. Studier viser at en god relasjon kan fremme egenomsorgen til en diabetiker, og dette er assosiert med bedre metabolsk kontroll (Scholes et al., 2012). Konsekvensen av å ikke oppnå en god relasjon, kan være at Ole ikke tar til seg den informasjonen som blir gitt, og kanskje forbinder konsultasjonene med noe negativt. Dette kan da gjenspeile seg i ustabile HbA1C-verdier, og på lang sikt utvikling av senkomplikasjoner.

#### **4.3 Egenomsorg og mestringsstrategier**

Som nevnt i teoridelen er egenomsorg enkeltmenneskets evne til å gjøre aktiviteter som er nødvendig for å overleve (Cavanagh, 1999). Sammenhengen mellom egenomsorg og mestring, forutsetter at sykepleieren har en god relasjon til pasienten. Hvis pasienten klarer å ivareta egenomsorgen, kan det bidra til at pasienten mestrer sykdommen, og omvendt. For

en ungdom uten livserfaring, kan det bli en utfordring å forstå hvorfor man skal ivareta egenomsorgen, når en ikke har så mye kunnskap om alvorligheten til senkomplikasjoner.

Orem tok utgangspunkt i 3 sykepleiesystemer, der delvis kompensierende- og støttende og undervisningssystem står sentralt i Ole sin situasjon. Ole vet praktisk hvordan han skal utføre blodsuktermålinger, men det er motivasjon og kunnskap som kan være utfordringen. Hvis en ser Ole sin situasjon ut fra egenperspektivet, vet jeg mye om sykdommen og behandlingen, og jeg kan fortelle Ole hva som er riktig å gjøre. Samtidig ser jeg situasjonen fra Ole sitt perspektiv (andre perspektivet), og kan jeg tenke meg til at ungdomstiden er en tøff tid hvor løsrivelse fra foreldre, der vennegjengens holdninger og redsel for å skille seg ut står sentralt. Gjennom andreperspektivet kan jeg også se at det kan gjøre noe med selvtilliten til Ole når hormonelle endringer fører til at det er vanskeligere å oppnå metabolsk kontroll. Dette kan igjen påvirke mestringsfølelsen. Ved å gi kompensierende- og støttende undervisningssystem, forutsetter dette at man har tillit og en god relasjon til pasienten. Ved en positiv utvikling kan Ole åpne seg mer for å ta i bruk ulike mestringsstrategier. Medaljens bakside er dersom relasjonen ikke blir så bra som ønsket, og at Ole nekter å ta til seg informasjon. Konsekvensene kan det være at Ole's egenomsorg svikter og de neste konsultasjonene går dårligere. Sett i lys av Orem sine tre trinn håpet sykepleieren å bruke støttende og undervisningssystem. I casen virker Ole dårlig motivert for å opprettholde egenomsorgen. Et alternativ for sykepleieren blir da å gå tilbake til delvis kompensierende, ved at man delvis avlaster pasienten, sånn at det er lettere for Ole å hente seg inn igjen. Basert på teorien om ungdom ser man at ungdommer er utsatt for press både fra vennegjeng, familie, skole og hobbyer. Når Ole har diabetes i tillegg, kan det kanskje hjelpe å bruke delvis kompensierende system, for deretter å bygge opp en ny strategi derfra. Dette kan f.eks. gjøres ved at Ole må komme oftere til konsultasjoner. Hanås (2011) oppfordrer eldre tenåringer til å komme på konsultasjoner uten foreldre, men at foreldrene kan komme på slutten å få et sammendrag av viktige temaer som pasienten har gitt samtykke til. Dette kunne også vært relevant i Ole sin case, men samtidig er Ole under myndighetsalderen og det er foreldrene som har ansvaret. Studier viser at den metabolske kontrollen ble dårligere når ingen familiemedlemmer tok ansvar for å hjelpe med egenomsorgen (Guo et al., 2011).

I teoridelen presenterte jeg forskjellen på emosjonsfokusert mestring, som tar utgangspunkt i å bagatellisere situasjoner som oppleves belastende, og problemfokusert mestring som tar sikte på å løse problemer, f.eks. gjennom å tilegne seg kunnskap (Karlsen, 2011). I casen kan det tyde på at Ole prøver å tilegne seg en emosjonsfokusert mestringsstrategi, ved å unnlate å akseptere sykdommen. På en annen side er han ungdom, som innebærer at han kan være impulsiv, kan tilegne seg risikoatferd, og kan være i opposisjon mot sin sykdom (Haavet, 2005). Når den kroniske syke tilegner seg emosjonsfokusert mestringsstrategi, kan det i verste fall føre til at den kroniske syke ikke klarer å akseptere sykdommen. Problemfokusert mestringsstrategi kan på sin side føre til at Ole er innstilt på å leve med sykdommen, og at det kan bidra til helsevinnende gevinster. Ifølge teorien så er problemfokusert mestring mest gunstig for en diabetiker, men på en annen side har ikke Ole de forutsetningene som kreves for å bruke disse mestringsstrategiene på det stadiet han er nå. Dermed forutsetter det at Ole har begripelighet og håndterbarhet over sykdommen, for å tilegne seg problemfokusert mestringsstrategi. Studier viser at ungdommer med høye verdier av HbA1C tror en kur vil bli oppfunnet, hadde negativ respons på å få diagnosen, sjelden hjelp fra foreldene, og var neglisjerende i egenomsorg. Lave nivåer av HbA1c trodde ikke på en kur, hadde ikke negativ respons på diagnosen, hadde støttende foreldre og var flittig i egenomsorgen (Scholes et al., 2011). Dermed holder det kanskje ikke bare med en mestringsstrategi for Ole, men like viktig er støtte fra foreldrene.

Yrkesetiske retningslinjer understreker dette gjennom at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Brinchmann, 2012). Ifølge teorien er en problemfokuserende mestringsstrategi optimal, fordi ved å møte utfordringene og tilegne seg kunnskap for å mestre, kan det være lettere å oppnå metabolsk kontroll, og forebygge føling og senkomplikasjoner. Studier viser også at desto lengre en diabetiker har hatt sykdommen, desto dårligere er egenomsorgen. Dette kan tyde på at gode mestringsstrategier over tid, kan være helsevinnende (Guo et al., 2011). Studiet til Jaser & White (2011) viser også til forskjellige mestringsstrategier, der det viser seg at primær- og sekundær mestringsstrategi var assosiert med bedre livskvalitet og metabolsk kontroll. Mestringsstrategien knyttet til fornektelse, var assosiert med lavere livskvalitet, kunnskap og metabolsk kontroll. Her ser man betydningen av god relasjon, ved at hvis pasienten føler seg



trygg på sykepleieren, er det større sannsynlighet for at Ole ønsker å åpne seg å fortelle om det som er vanskelig.

#### **4.3 Hva er mening med en sykdom?**

Sett i lys av Aron Antonovsky sin teori om opplevelse av sammenheng og Travelbee sin teori om mening med sykdommen, kan man se utfordringene i lys av begripelighet og håndterbarhet i Ole sin case. Begripelighet som handler om å forstå hva som foregår, kan være en utfordring når Ole er mest opptatt av å være som alle andre. Man kan undre seg over om en ungdom noen gang vil få begripelighet over en kronisk sykdom. Sykepleieren kan møte på utfordringer, fordi ungdomstiden ofte er preget av et manglende langtidsperspektiv, der en ikke har forståelse for senkomplikasjoner. På en side beskriver Antonovsky håndterbarhet, som handler om å mestre en situasjon gjennom nødvendige ressurser. På en annen side har Ole mange tilgjengelige ressurser, blant annet ferdigheter for å stikke insulin, oppfølging fra sykehus og tilbud om samtaler. Dermed har Ole de nødvendige ressursene for å mestre en sykdom, men det er den største ressursen Ole mangler; nemlig motivasjon til å mestre. Alt i alt ser jeg at begripelighet og håndterbarhet henger sammen med meningsfullhet. Uten begripelighet (kunnskap om sykdom) og håndterbarhet (bruk av tilgjengelige ressurser og ferdigheter), er det mindre sjanse for at Ole kan oppleve meningsfullhet over sykdommen. Samtidig kan man undre seg over om hva som egentlig er meningsfullt med en kronisk sykdom? Travelbee sier at hvert menneske er unikt, og dermed vil meningen med sykdommen og lidelse være unikt for hvert individ som erfarer sykdommen. På denne måten kan helsearbeidere, familie og venner av den syke ikke kunne gi «mening» til den syke, men heller hjelpe ham å finne mening med livet. (Travelbee, 2001). Ut i fra Travelbee sin teori vil jeg heller si at det ikke finnes en meningsfullhet med en sykdom, men en sykepleier og familien kan heller hjelpe pasienten til å akseptere sykdommen, og å leve med den. Kanskje det er dette som menes med å finne mening med sykdom og lidelse? Studier viser at konflikt med foreldrene i diabetesomsorgen er relatert til dårligere metabolsk kontroll, mens en god familiestruktur er forbundet med god egenomsorg (Guo et al., 2011). Dette understreker betydningen av familien, der de kan hjelpe Ole til å

finne mening med å leve med sykdommen. Sett i lys av ungdomsteorien påvirker veksthormonene blodsukkeret, slik at det blir mer uforutsigbart, så selv om Ole oppnår begripelighet, håndterbarhet, kan meningsfullheten mangle, fordi han sjelden opplever mestring, da blodsukkeret er så svingende.

#### 4.4 Autonomi og beslutningsmyndighet

Som tidligere nevnt er ustabile HbA1C-verdier en stor utfordring i puberteten, og det er flere faktorer som spiller inn, slik at mestringsfølelsen hos ungdommer i puberteten kan reduseres. Studier viser at deltakerne med **høye verdier** av HbA1c opplever at de ikke har fått støtte av helsepersonell eller foreldre til å hjelpe dem å gjenopprette følelsesmessig balanse (Scholes et al., 2012). I teoridelen nevnte jeg at barn og unge har mindre kunnskap og livserfaring enn voksne, og derfor er det viktig å skape trygghet i sykdomssituasjonen (Eide & Eide, 2013). Det er viktig at Ole har autonomi og rett til å medvirke i valg som gjelder han, selv om han er under myndighetsalderen som er under 18 år i Norge (Lovdata, 1999). På en annen side har den unge mindre kunnskap og livserfaringer. Derfor er det også utfordringer knyttet til å gi autonomi når man vet at Ole har mindre kunnskap og livserfaring enn faren i casen.

Ole er 16 år og på vei inn i en voksen rolle, der det forventes at man skal ta ansvar for seg selv. På en annen side oppfatter jeg, gutten som en sårbar tenåring som trenger trygghet og forståelse i den situasjonen han er i. Studiet til Scholes et al. (2012) understreker dette ved at det er en stor utfordring for foreldrene å overføre ansvaret til ungdommen, fordi foreldrene mener ungdommen er mer moden enn det den er. Pasientrettighetslova sier at pasientens autonomi og hans vilje til å ta imot informasjon blir tatt hensyn til. Det er en juridisk plikt som helsearbeidere har, å formidle den kunnskapen som pasienten har behov for (lovdata, 1999). Det vil si at uansett hva Ole mener, og konsekvenser av dette er det som regel alltid foreldrene som skal ha siste ordet. Samtidig må Ole etter hvert lære seg å ta det fulle ansvaret for blodsuktermålingen selv. Et etisk dilemma blir dermed hvordan

sykepleieren kan opprettholde pasientens autonomi mest mulig, samtidig som det gir en helsegevinst for Ole. Dermed er det like viktig at sykepleieren informerer foreldrene om hvordan de skal takle utfordringer knyttet til en ungdom i puberteten.

Velgjørenhet tar utgangspunkt i plikten til å gjøre godt mot andre (Brinchmann, 2012). Yrkesetiske retningslinjer støtter dette, blant annet gjennom punkt 2.1 der sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Sneltvedt, 2012). Sykepleieren vil fortelle Ole hva som kan være konsekvensene av å ha så uregulertbart blodsukker, fordi sykepleieren vil følge velgjørenhetsprinsippet. På en annen side har pasienten egen autonomi, og det innebærer at sykepleieren har plikt til å respektere pasientens ønsker. Barn i alderen 12-16 år har rett til informasjon, og skal høres i saker som gjelder dem. Samtidig hvis foreldre og barn er uenige, skal det foretas en vurdering av hvilken vekt som skal tillegges barnets syn (Kristoffersen et al., 2011). Dermed oppstår det et sprik mellom velgjørenhetsprinsippet og autonomi.

## 5.0 Svakhet og styrker i oppgaven

Min styrke vil være at jeg har lagt ned mye arbeid i å finne så relevante forskningsartikler og litteratur som mulig, som belyser min problemstilling. Jeg er fornøyd med forskningsartiklene, og det at jeg fikk på så få treff i søkeprosessen er en styrke i oppgaven. Jeg synes temaet har vært svært spennende, og mitt engasjement har vært stort. Min styrke er også at jeg har en del erfaring fra diabetesomsorgen, som jeg har tatt med i oppgaven. Oversiktsartikkelen gjør oppgaven mer kvalitetssikret, og styrker oppgaven min ytterligere. Den største styrken vil være at jeg føler jeg har svart på det problemstillingen spør om, og at oppgaven er sykepleierrettet.

Svakheter i forskningsartikkelen til Jaser & White (2011) er at far er utelukket fra studiet. Det er også et tversnittsstudie, der en ikke ser årsakssammenhenger og utvikling over tid. Studiet innebærer en liten gruppe med demografiske variasjoner, noe som kan være en svakhet fordi det kan være ulik praksis i Norge.

Intervjuene i studiet til Scholes et al. (2012) er fra 2008, og det kan ha skjedd medisinske fremskritt siden da. Studiet er dessuten gjort i land med relativ høy prevalens av diabetes type 1 (USA, Finland og England), og færre studier i land med lavere forekomst av diabetes type 1. Forståelsen av egenkontroll varierer med medisinsk personell, foreldre og ungdommen. Det var også lite materiale, homogent og et begrenset område som ble studert, noe jeg ser på som en svakhet.

I min oppgave brukte jeg et systematisk litteraturstudie som metode. En svakhet kan være at jeg har tolket litteraturen på en annen måte enn det den er ment som. Det at studiene jeg har med i oppgaven ikke er gjort i Norge, kan også være en svakhet, da de kan et annet perspektiv på diabetes- og egenomsorg, enn det vi har i Norge.

Jeg har ikke funnet noen tall på hvor mange ungdommer i puberteten som har diabetes type 1, noe som er vesentlig da oppgaven min omhandler dette. Problemstillingen er ganske vid, og jeg har funnet mye teori som kunne styrket oppgaven min ytterligere, men valgte å ikke ta med på grunn av oppgavens omfang. Diabetesomsorgen er omfattende, og det har vært utfordrende å finne ut hvilken litteratur som belyser problemstillingen mest, da jeg synes all litteratur er vesentlig.

## 6.0 Konklusjon

Problemstillingen min var hvordan en sykepleier kan møte ungdommer i puberteten med diabetes type 1, på en slik måte at pasienten opplever mestring. Som svar på den problemstillingen vil jeg konkludere med at gjennom å fremme en god relasjon mellom sykepleier og pasient kan dette føre til at pasienten kan ta i bruk ulike mestringsstrategier for å fremme sin egenomsorg. En god relasjon kjennetegnes av å oppnå en gjensidig forståelse og kontakt både med pasient og foreldre siden Ole juridisk sett er mindreårig. For å fremme egenomsorgen må man ta hensyn til autonomien, ved at pasientens meninger må inkluderes i behandlingen. Hvis dette ikke fungerer må man sette i verk delvis kompensierende system, der sykepleieren hjelper pasienten til å være litt av ansvaret. Sykepleiere og pårørende kan også hjelpe pasienten til å akseptere sykdommen. Ut fra litteratur og drøfting kan det se ut som at emosjonsfokusert mestringsstrategi kan være utfordrende når pasientene skal tilegne seg sykdommen. Derfor konkluderer jeg med at problemfokusert mestringsstrategi er mest gunstig da søken etter informasjon, kunnskap, erfaringer og møte de utfordringer sykdommen stiller kan føre til at den kronisk syke kan akseptere sykdommen og å leve bedre med den. Dette forutsetter at Ole er i stand til å ta i bruk denne mestringsstrategien.

For å mestre har pasienten behov for kunnskap og ferdigheter, og det er sykepleieren sin jobb å bidra til å gi pasienten dette. Studiet til Scholes et al. (2012) viser til betydningen av støtte fra foreldre og helsepersonell er helt avgjørende for stabile HbA1C-verdier. Guo et al. (2011) viser til faktorer i puberteten som påvirker sammenhengen mellom egenomsorg og ujevne blodsuktermålinger, blant annet hormonelle endringer, konflikt med familie, og sosioøkonomisk status. Ved å fremme egenomsorgen forebygger vi senkomplikasjoner på individnivå, men vi sparer også store kostnader på systemnivå ved å forsinke utvikling av senkomplikasjoner.

Gjennom denne oppgaven har jeg lært utrolig mye som jeg kommer til å ta med meg videre i min karriere som sykepleier. Jeg har fått en dypere forståelse for emnet, og jeg håper også oppgaven er informativ for leserne.

## Litteraturliste

Austgard, K. (2012). *Omsorgsfilosofi i praksis; å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag

Cavanagh, S. J. (1999). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Christophersen, Y. (2004). *Diabetes for livet- aldri fred å få?* Otta: AIT Otta AS

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Diabetesforbundet. (2014). *Fakta om type 1 diabetes*. Hentet 24.02.2014 fra [http://diabetes.no/no/Ungdiabetes/Fakta\\_om\\_type\\_1/](http://diabetes.no/no/Ungdiabetes/Fakta_om_type_1/)

Diabetesforbundet. (2010). *Pubertet*. Hentet 14. mars 2014 fra [http://www.diabetes.no/Pubertet.b7C\\_wlfY14.ips](http://www.diabetes.no/Pubertet.b7C_wlfY14.ips)

Eide, H & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Guo, J., Whittemore, R., & He, G-P. (2011). The relationship between diabetes self-management and metabolic control in youth with type 1 diabetes: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(11), 2294-2310

Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes; Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Haavet, O. R. (2005). Er ungdom annerledes? I O. R. Haavet (Red.). *Ungdomsmedisin* (s. 21-28). Oslo: Universitetsforlaget.

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

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jaser, S. S. & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *NIH Public Access*, 37(3), 335-342.

Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedre mestring? I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes; forebygging, oppfølging og behandling* (s. 216-236). Oslo: Akribe

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s. 208-280). Oslo: Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, N. J & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1* (s. 83-133). Oslo: Gyldendal akademiske.

Lovdata. (1999, Juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra Lovdata: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven\\*#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven*#KAPITTEL_3)

Lovdata. (1921, Mai, 13). *Lov om kongens myndighetsalder*. Hentet fra Lovdata: [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1921-05-13-2?q=Myndighetsalderen\\*](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1921-05-13-2?q=Myndighetsalderen*))

Mosand, R. & Stubberud, D.-G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud & Grønseth R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 507-536). Oslo: Gyldendal akademiske.

Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Røkenes O. H. & Hanssen P.-H. (2011). *Bære eller breste; kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Sagen, J. V. (2011). Sykdomslære. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes; forebygging, oppfølging og behandling* (s. 19-73). Oslo: Akribe

Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K, Dyches, T. & Freeborn, D. (2012). A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do



perceptions vary by levels of metabolic control? *Journal of Advanced Nursing*, 69(6), 1235-1247.

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg.). (s. 97-116). Oslo: Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.