

BACHELOROPPGÅVE

Berusande ungdomstid

Korleis kan eg som sjukepleiar fremje meistring hos ungdom med diabetes, som ønsker å nytte alkohol i sosiale samanhengar/sosialt fellesskap?

av

Silje Ekroll Flølo

Kandidatnummer : 68

Tipsy juveniletid – How can I as a nurse promote coping in adolescents with diabetes, who want to use alcohol in social contexts/social community?

Emnekode og namn:

SK 152 Bachelor i sjukepleie

Innleveringsdato:

02.05.2014

Tal ord:

6944 ord

Rettleiar:

Siv Iren Juklestad

Ukjente veier

Jeg vandrer langs en vei jeg ikke kjenner

Den er humpete og tåkete

Prøver å finne støtte til familie og venner

Det kan bli litt bråkete

Så er jeg atter der da

Hvor jeg alene veien går

Tenker på det du sa

Og venter på en ny vår

Hva er det som venter

Langt forut min vei

Hode og kropp lengter

Om å få det bra i en fei

Med smerte og tro

Alt i ett

Venter jeg på no'

Jeg ikke før har sett

Ukjente veier

Er i sikte

Og mens jeg ennå venter

Prøver jeg å kikke

På det som er – var og kanskje blir
Jeg vet jeg kommer meg videre
Hvor enn det blir og med andres tvil
Jeg gir meg ikke

Så får jeg tenke opp og frem
Sette mål for mitt liv
Hvor kan jeg gå?
Hva skal jeg gjøre nå?

Jeg trenger medmennesker
Som bygger meg opp
De som elsker
Alt jeg er, inneholder og gir

Ryggsekk har vi alle
Som kan være tung å bære
Vi må bare samle
Det som er verdt å ta med

(Norges Diabetesforbund, 2009, s. 95)

Samandrag

Tittel: Berusande ungdomstid.

Bakgrunn: Diabetes er ein sjukdom som er i stadig auke i Noreg og resten av verda. Allereie første dag i min praksis på barneavdeling var det komt inn ein pasient med nyoppdaga diabetes i ungdomsåra. Eg kjente eg var nyfiken på korleis pasientane klarte å meistre kvardagen og utfordringane i ungdomstida.

Problemstilling: Korleis kan eg som sjukepleiar fremje meistring hos ungdom med diabetes, som ønsker å nytte alkohol i sosiale samanhengar/sosialt fellesskap?

Framgangsmåte: Dette er ein litteraturstudie. Eg har difor nytta litteratur som er å få tak i på høgskulebiblioteket. I tillegg har eg søkt og funne relevant forskning i databasar som Academich Search Premier og PubMed. Forskinga eg har funne består av to oversiktsartiklar og ein enkeltstudie. Erfaring frå praksis på barneavdeling blir også brukt i oppgåva mi.

Oppsummering: I ungdomstida skjer det store endringar. Det er mykje å forhalde seg til for den enkelte når det gjeld vennar, familie og det å utforske nye ting. Helsepersonell må fokusere på at den enkelte skal føle meistring gjennom sin diabetes, og utfordringane ein kan møte på i ungdomstida når det gjeld alkohol. For at sjukepleiar skal ha forståing for korleis ungdommen tenker og handlar i ungdomstida, er det viktig å ha kjennskap til Lazarus og Folkman sin meistringsmodell. Vi som sjukepleiarar må hjelpe og veilede den enkelte til å få best mogleg strategi saman med alkohol, slik at den enkelte får best mogleg forutsetnad for framtida.

Summary

Title: Tipsy juveniletime.

Background: Diabetes is a disease that is constantly increasing in Norway and the rest of the world. On my first day in practice at the children's section I got tucked into a patient with newly discovered diabetes during youth. I were curious on how the patients were able to master the challenges in everyday life and youth.

Problem: How can I as a nurse promote coping in adolescents with diabetes, who want to use alcohol in social contexts/social community ?

Method: This is a literary study. I have used literature from the college library. In supplement, I sought and found relevant research in databases Academich Search Premier and PubMed. The research consists of two review articles and a single study. Experience from my practice in the children's section is also used in my thesis.

Summary: In the juveniletime it happens many changes. There is much to adhere to the individual when it comes to friends, family and exploring new things. Health personnel have to focus on the individual to promote coping through their diabetes, and the challenges in the youth when it comes to alcohol. To have an understanding in how young people reflect and deal in the youth, it's important to have knowledge of Lazarus and Folkman's coping model. We as nurses need to help and guide the individual to get the best possible strategy with their diabetes and combination alcohol. We want the individuals to get the best starting point for the future.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEIING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA.....	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	2
1.4 FORKLARING AV BEGREP I PROBLEMSTILLINGA.....	3
1.5 OPPGÅVE OPPBYGGING	3
2.0 METODE.....	3
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	3
2.2 VAL AV LITTERATUR	3
2.3 VAL AV SØKEORD OG DATABASAR.....	4
3.0 TEORIDEL.....	6
3.1 KVA ER DIABETES?	6
3.1.1 Kva kjenneteiknar diabetes type 1?.....	6
3.1.2 Oppfølging av pasient med diabetes	7
3.2 ALKOHOL SIN VERKNAD PÅ BLODSUKKERET	7
3.3 KVA ER MESTRING?	8
3.5 PRESENTASJON AV RELEVANTE FUNN I STUDIAR.....	9
3.5.1 Oversiktsartikkel nr.1	9
3.5.2 Systematisk oversiktsartikkel nr.2	9
3.5.3 Kvantitativ forskningsartikkel.....	11
4.0 DRØFTING	11
4.1 ALKOHOLINNTAK OG FØLING – SAMANFALLANDE LIKSKAP	12
4.2 KORLEIS HJELPE UNGDOM Å OPPNÅ MEISTRING VED ALKOHOLFORBRUK.....	13
4.2.2 Vennar og familie som støttespelarar for å oppnå meistring.....	15
4.3 SJUKEPLEIAR I MØTE MED UNGDOM – I SAMTALE OM ALKOHOL.....	17
5.0 VEIKSKAP OG STYRKE I OPPGÅVA.....	19
6.0 KONKLUSJON.....	20
7.0 LITTERATURLISTE.....	21

1.0 Innleiing

Diabetes er ein sjukdom som er i stadig auke i Noreg og i resten av verda. Noreg er eit av dei landa der type 1 diabetes blant barn og unge førekjem hyppigast (Helsedirektoratet, 2009). Diabetes påverkar i stor grad kvardagen til den det gjeld, og behandlinga krev at den enkelte er i stand til å gjere viktige og behandlingmessige vurderingar og val dagleg (Skafjeld & Graue, 2011). Å førebyggje og oppretthalde eit normalt blodsukker er sentrale mål i diabetesomsorgen. For å kunne gjere dette må ein styrke den enkelte si meistringsevne og evna til å ta ansvar sjølv (Skafjeld & Graue, 2011).

I Noreg er gjennomsnittleg debutalder for alkohol 14,5 år for øl og 15 år for vin og brennevin (Bye, Amundsen & Lund, 2013). Likevel kan ein sjå eit aldersspenn på heile 5-6 år som utgjer ramma for "eit vanleg" debuttidspunkt. Stadig fleire nyttar alkohol, og forbruket blant dei som drikk, aukar jamt (Pedersen, 2006). Alkoholova gir heimel for at ungdom ikkje kan kjøpe eller bli solgt alkohol til, og at det i teorien skal bli umogleg å få tak i alkohol som kan konsumerast (Alkoholoven, 2012). Likevell har norsk rettssystem ingen bestemmelse som gjer det straffbart å nytte alkohol. Foreldra kan likevell nekte ungdom under 18 år å nytte alkohol i kraft av foreldreansvaret (Barnelova, 2014). Funn i studium viser at ungdom under 18 år nyttar alkohol til tross for dette (Barnard, Sinclair, Lawton, Young & Holt, 2012).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Allereie første dag i min praksis på barneavdeling var det komt inn ein pasient med nyoppdaga diabetes i ungdomsåra. Eg tenkte og reflekterte mykje rundt å få ein slik beskjed. Tenk om det var mitt familiemedlem som blei ramma av kronisk sjukdom? Ein sjukdom som aldri tek ferie, ein usynlig sjukdom som du må lære å leve med resten av livet. Ikkje ein sjukdom du dør av, men ein sjukdom du dør med. Eg klarte ikkje å legge frå meg denne tanken, og eg kjente eg var nyfiken på korleis pasientane klarte å meistre kvardagen i ungdomstida.

Temaet alkohol er eit samtaleemne som kan vere sårbart å prate om og å ta opp for ungdommen. Dette kan vere vanskelig i samtale med både helsepersonell og foreldre. Dette gjorde til at eg søkte på teori og forskning rundt dette området . I min praksis var eg med diabetessjukepleiar på kontrollar på både store og mindre sjukehus. Nokre pasientar opplevde sjukdommen som håplaus og tok verken grep eller kontroll over eiga helse. Eit kjenneteikn var då høge langstidsprøvar, svingande blodsukker og hyppige følingar. Dei som meistra sjukdommen levde strukturert, kontrollerte sjukdommen med gode langstidsprøvar, målte blodsukkeret sitt ofte og følte ikkje sjukdommen var ei hindring i kvardagen.

1.2 Problemstilling

Ut ifrå dette har eg kome fram til problemstillinga:

Korleis kan eg som sjukepleiar fremje meistring hos ungdom med diabetes, som ønsker å nytte alkohol i sosiale samanhengar/sosialt fellesskap?

1.3 Avgrensing av problemstilling

Diabetes er eit svært omfattande tema. Sidan problemstillinga omhandlar ungdom, vel eg å ta utgangspunkt i diabetes type 1, på bakgrunn av at dette er den vanlegaste typen i ungdomsalder. Eg vel å ta utgangspunkt i ungdom mellom 14-17 år for å kunne drøfte viktigheta av å vere open om bruk av alkohol i sosiale samanhengar. I tillegg ønsker eg å fokusere på at pasienten har hatt diabetes nokre år, for å kunne drøfte kortid helsepersonell skal belyse temaet. Denne pasientgruppa møter eg som sjukepleiar i spesialisthelsetjenesta. I ungdomstida skjer det store endringar i kroppen generelt som påverkar blodsukkeret. Det skjer også fysiologiske og hormonelle endringar, men også kongnitive og emosjonelt (Skafjeld & Graue, 2011). På grunn av oppgåveomfanget velger eg ikkje å gå grundigare inn i dette.

Meistring er eit svært vidt begrep og eg vel å avgrense dette. Ressursfokus og problemfokus har ei sentral rolle i korleis vi som helsepersonell kan få ungdommen til å oppnå meistring. Som ein del av den problem- og emosjonsfokuserte meistringa som Lazarus og Folkman påpeiker ønsker eg å gå djupare inn i desse to formane. Eg ønsker å fokusere på desse, fordi seinare forskning har vist at i møte med vanskelige situasjonar brukar menneske begge

formene for meistringsstrategiar (Skafjeld & Graue, 2011). Eg må også begrense meg til dette på grunnlag av oppgåveomfanget.

1.4 Forklaring av begrep i problemstillinga

Definisjon av begrepet mestring: "Vi refererer til mestring som reaksjoner i møte med stressende hendelser, reaksjoner som har som mål å få i stand en ny tilpasning mellom individet og hans eller hennes omverden" (Næss & Eriksen, 2006, s. 90).

1.5 Oppgåve oppbygging

I kapittel 1 har eg presentert problemstillinga mi med avgrensing. Litteratur og søkeprosessen har blitt gjort greie for i kapittel 2. Deretter har eg presentert teori som er relevant for å drøfte problemstillinga mi. Eg vel å legge hovudvekta i oppgåva på drøftingsdelen. Å drøfte problemstillinga mi blir gjort i høve erfaringskunnskap, faglitteratur, forskning og kontekst. Avslutningsvis har eg presentert veikskap og styrke ved oppgåvebesvarelsen min før konklusjonen kjem.

2.0 Metode

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Dalland, 2013, s. 111).

2.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er ein systematisk gjennomgang av litteraturen rundt ei problemstilling (Dalland, 2013). Metoden eg har tatt i bruk er gjennom litteratur og studiar som allereie finst. Den kunnskapen eg tilnærmar meg i oppgåva går på research gjennom litteratur frå høgskulebiblioteket, og forskningssøk som vi har fått undervisning i gjennom studiet. Eg har også vore i samtale med diabetessjukepleiar om problemstillinga mi.

2.2 Val av litteratur

Då eg skulle velge ut relevant teori søkte eg inspirasjon i tidligare bacheloroppgåve på brage bibsys. Søkeordet diabetes blei brukt og fekk opp tre oppgåver som omhandla dette. Eg tok eit overblikk i litteraturlista i oppgåvene, og fann nokre bøker som kunne vere relevante for

oppgåva mi. Skafjeld og Graue (2011) si bok med tittelen "Diabetes; forebygging, oppfølging og behandling" gjekk igjen i litteraturlistene. Denne boka fekk eg også anbefalt av diabetessjukepleiar.

Boka "Bli ekspert på din egen diabetes, type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne" tok eg mykje i bruk i min praksis. Eg tykkjer dette er ei veldig enkel, oversiktleg og god bok om diabetes (Hanås, 2011).

Resten av bøkene i litteraturlista har vore relevant pensumlitteratur eller anna relevant faglitteratur.

2.3 Val av søkeord og databasar

Då eg starta å søke hadde eg s-pyramiden i bakhovudet som hjelpemiddel. Pyramiden vektlegg forskningsbasert kunnskap som er vurdert på forhand. Desto høgare opp i pyramiden ein kjem, desto meir anvendbart, kvalitetsvurdert og lettlest er forskinga (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012). UpToDate og BMJ Best Practice hadde ikkje noko relevant som eg kunne bruke med søkeordet "diabetes type 1".

Søket blei difor vidareført til ulike databasar. Eg starta med Academic Search Premier då eg har mest erfaring frå denne. Inkludering av databasane medline og chinal blei gjort. Ord aleine blei brukt før eg kombinerte fleire ord. "Alcohol" gav 447 884 treff, "diabetes type 1" 99 903 treff, "diabetes mellitus" 430 593 treff og "adolescence" med 307 215 treff. Ved å setje orda i kombinasjon fekk eg 27 treff, der eg las overskriftene på alle treffa og abstact på dei som verka relevante. Det var mange relevante, eg skreiv ut og bestilte dei.

Då eg fekk lest gjennom kom eg fram til to som var relevante, to oversiktartiklar. I ein oversiktsartikkel har forfattarane brukt ein systematisk og open framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere fleire enkeltstudiar om samme emne. I ein slik artikkel får lesaren ei oversikt over kva forskning som finst på det bestemte emnet, og informasjon om kvaliteten på denne forskinga. Den beste tilgjengelige forskingsbaserte kunnskapen blir då lettare tilgjengelig (Nortvedt et al., 2012).

Artikkelen "Social Networking and Understanding Alcohol-Associated Risk for People with Type 1 Diabetes: Friend or Foe?" er ein kvalitiativ systematisk oversiktartikkel som har sett på kva litteratur som er presentert om sosiale nettsider som kommunikasjonsvertøy. Det blei undersøkt om personar med diabetes type 1 brukar nettsider til å diskutere risiko i forbindelse med diabetes og alkoholforbruk.

Den andre oversiktsartikkelen hadde tittelen "Alcohol-associated risks for young adults with Type 1 diabetes: a narrative review". Denne omhandla relevante studiar med innhald av alkoholforbruk hos unge vaksne med diabetes type 1. Dei vurderte mønster, mengde og verknaden av alkoholforbruk og kva effekt dette gav på diabeteskontrollen.

Deretter ønska eg å finne ein kvalitativ studie som gjekk på pasientgruppa sine synspunkt og følelsar. Eg brukte PICO som hjelpemiddel, og kom fram til søkeorda "diabetes mellitus", "adolescence", "experience" og "quality of life" der alle i kombinasjon gav 17 treff. Årstall blei avgrensa for å vere kritisk til kor gammal forskninga skulle vere. Dette gav 13 treff derav ein relevant. Då eg starta å lese gjennom heile var den ikkje relevant for mi oppgåve likevel. Eg prøvde også same søkeorda i PubMed og fekk 7 treff, derav ingen relevante for mi oppgåve.

Etter dette ønska eg å finne ein artikkel som omhandla meistring og diabetes for å bygge opp under problemstillinga. For søkeordet meistring brukte eg dei engelske orda "adaption" og "coping" om kvarandre og "diabetes type 1" og "diabetes mellitus" på same måte. Eg la til ordet "adolescence". "Adaption", "diabetes type 1" og "adolescence" gav eit treff, som ikkje var relevant. "Coping, diabetes type 1" og "adolescence" med avgrensing av årstall gav 38 treff. Eg la til ordet "alcohol", men uten hell fordi alle kombinasjonar med orda ovanfor og "alcohol" gav ingen treff. Eg leste gjennom overskriftene og abstact på dei 38 treff eg fekk før eg la til alcohol, og fann ein del relevante artiklar. Derav ein relevant kvantitativ enkeltstudie som eg kunne bruke.

Enkeltstudiar er publiserte originale resultat frå forskningsprosjekt (Nortvedt et al., 2012). "Early Adolescent Relationship Predictors of Emerging Adult Outcomes: Youth with and Without Type 1 Diabetes" var tittelen. Denne forskningsartikkelen ser på ungdommen sitt

forhold til foreldra og vennar og kva dette utgjer. Både hos ungdom generelt, men også hos dei med type 1 diabetes.

3.0 Teoridel

Å leve med diabetes er krevjande. Sjukdommen er tilstades 24 timar i døgnet, heile året. Det er stor skilnad på å ha ein sjukdom som skal vare livet ut og det å ha ein sjukdom som går over etter relativt kort tid. Dei som har diabetes må lære seg å meistre kvardagen, og akseptere at sjukdommen er ein del av livet (Skafjeld & Graue, 2011).

3.1 Kva er diabetes?

Diabetes mellitus er ein kronisk metabolsk sjukdom som blir kjenneteikna ved høg glukosekonsentrasjon i blodet, og forstyrring i karbohydrat-, feitt-, og proteinomsetning. Det blir danna antistoff som angrip dei insulinproduserande betacellene i dei langerhanske celleøyene i bukspyttkjertelen. Når produksjonen av insulin ikkje klarar å dekke kroppen sitt behov, blir glukosenivået i blodet høgt (Mosand & Stubberud, 2011).

Det ideelle blodsukkeret for kroppen er mellom 4-6 mmol/l. Lavt blodsukker også kalla hypoglykemi er under normalverdien. Høgt blodsukker, også kalla hyperglykemi er over normalverdien. For å oppretthalde ein god glykemisk kontroll må blodsukkeret ligge jamt på normalverdien. For å kontrollere om ein person har god glykemisk kontroll blir det tatt ei blodprøve med navn HbA1c. Denne prøva måler gjennomsnittleg blodsukkerverdi iløpet av dei siste 3 månadane (Mosand & Stubberud, 2011).

Sjukdommen blir klassifisert i fire kategoriar; type 1-diabetes, type 2-diabetes, spesielle diabetestypar og svangerskapsdiabetes (Mosand & Stubberud, 2011).

3.1.1 Kva kjenneteiknar diabetes type 1?

Diabetes type 1 kan oppstå i alle aldrar, men rammar oftast barn og ungdom (Hanås, 2011). Det er ingen klar årsak til kvifor diabetes oppstår, men det er fastslått at visse vevstypar er disponerande for utviklinga av type 1-diabetes (Mosand & Stubberud, 2011).

Sukker i maten blir absorbert fra tynntarmen til blodet i form av glukose og fruktose (Hanås, 2011). For at kroppen skal klare å produsere energi må glukose inn i cellene. Hormonet insulin er nødvendig for denne prosessen. Energi har stor betydning for cella og gjer den i stand til å arbeide. Glukose blir lagra i form av glykogen i lever- og muskelceller slik at kroppen skal kunne nytte seg av det når han treng det. Hjernen er ikkje i stand til å lagre det på same måte, og er derfor avhengig av ein jamn og kontinuerleg tilførsel av glukose i blodet (Hanås, 2011). Hos ein person som har diabetes type 1 kan det kjenneteiknast som absolutt insulinmangel. Nokre barn/ungdommar som får diabetes har noko eigenproduksjon i starten, men dette vil etter kvart avta og insulinbehovet vil då auke (Hanås, 2011).

Type 1-diabetes har vore rekna som den alvorlegaste av dei ulike typane diabetes. Årsaken til dette er at den har forårsaka alvorlege akutte komplikasjonar og seinkomplikasjonar som nerve-, nyre- og augeskade. Dette har gitt nedsatt levealder. I seinare år har både kontroll- og behandlingsmetodane stadig blitt betre (Mosand & Stubberud, 2011).

3.1.2 Oppfølging av pasient med diabetes

I helsedirektoratet (2009) sine retningslinjer er det nedfelt eit eige punkt for oppfølging av diabetes blant barn og ungdom. Pasienten blir fulgt opp poliklinisk i tverrfagleg diabetesteam på sjukehus. Kvar konsultasjon er vanlegvis med eit tre måneders mellomrom, alt etter kor godt/dårleg ein klarar regulere sjukdommen. Behandlingsteamet skal førebyggje psykososiale problem, eteforstyrningar og insulinseponering, og eventuelt avdekke eller behandle problema. Dei som har diabetes har ein sjukdomskarakter som gjer det slik at helsetenesta må vinklast inn. Både på langsiktig behandling, veiledning, støtte og hjelp til meistring (Skafjeld & Graue, 2011). Det er difor viktig å ha gode støttespelarar i helsetjenesta.

3.2 Alkohol sin verknad på blodsukkeret

Alkohol inneheld sukker. Hos dei med diabetes klarar ikkje kroppen å nytte seg av dette i form av energi dersom insulin ikkje blir tilført. Blodglukosen vil difor stige svært fort ved alkoholinntak og pasienten er avhengig av insulin og mat for å halde blodsukkeret jamt over tid (Hanås, 2011).

Lever verkar som ein slags sukkerbank. Ved overskudd blir sukker lagra i lever, og under faste vil ein kunne "ta ut" sukker (Hanås, 2011). Alkohol motverkar denne evna, fordi den held enzyrna opptatt med å bryte ned alkohol. Difor vil det vere ein stor risiko at blodsukkeret blir lavt og at det oppstår føling. Store mengder med alkohol kan medføre alvorleg hypoglykemi etter nokre timar (Mosand & Stubberud, 2011). Dette er årsaken til at anbefalingane for dei med diabetes, er å ete mat ved alkoholinntak.

3.3 Kva er meistring?

Meistring og den evna ein har til å kunne leve bra med diabetes har stor betydning for velvære til den enkelte med diabetes. Ein kan sei at meistring omhandlar opplevinga av å kunne utvikle seg og takle ulike utfordringar som livet byr på (Heggdal, 2008). Korleis kvar enkelt person meistrar sin situasjon, vil difor vere avgjerande for kva livskvalitet dei opplev (Skafjeld & Graue, 2011).

I oppgåva mi vil eg vektlegge to ulike meistringsstrategiar; problemfokusert- og emosjonsfokusert meistring. Problemfokusert meistring kan vere for eksempel å snakke med vennar og familie, søke informasjon og kunnskap, lage ein slags plan for korleis dagleglivet skal taklast, og eventuelt dele erfaringar og kunnskap med andre og i samtale med sjukepleiar (Lazarus & Folkman, 1984). Individet setter fokus på den aktuelle situasjonen og endrar, avsluttar eller løyser sjølve problemet eller det som er vanskelig (Håkonsen, 1999).

Gjennom den emosjonsfokuserte meistringa kan eksempel på dette vere å unngå vanskelege situasjonar, bagatellisere alvorret i situasjonen eller å nekte sjølve hendinga (Lazarus & Folkman, 1984). Fokuset blir då på dei følelsesmessige problema som er knytta til ein situasjon eller ei hending. Pasienten vil då redusere det følelsesmessige ubehaget utan å forandre sjølve situasjonen (Håkonsen, 1999).

Ein kan sjå på meistring som noko ein kan lære. Meistring er ein måte å tenke og handle på, i form av endring gjennom tidlegare handlingsmønster og styring av følelsesmessig energi. Gjennom læring og veiledning kan meistringskjensla til den enkelte bli styrka, og pasientane

kan difor klare å lære og meistre daglege krav knytta til sjukdommen (Skafjeld & Graue, 2011).

3.5 Presentasjon av relevante funn i studiar

3.5.1 Oversiktsartikkel nr.1

”Alcohol-associated risks for young adults with type 1 diabetes: a narrative review” (Barnard et al., 2012).

Denne oversiktsartikkelen poengterer at det er lite dokumentasjon på kvantitet og mønster av alkoholforbruk hos ungdom med diabetes type 1. Likevel er alkoholforbruk vanleg blant ungdom med diabetes på samme måte som andre ungdommar. Skilnaden mellom ungdommar med diabetes og ungdom utan diabetes, er at risikoen ved diabetes kan ha negativ innverknad på den glykemiske kontrollen av sjukdommen. Fire studiar fann ut at ungdom med diabetes type 1 drikk alkohol regelmessig, som også inkluderar overstadig drikking. Ein årsak til dette var at alkohol hjalp dei å passe betre inn i den sosiale gruppa. Det er openlyst at ungdom med diabetes veit at alkohol kan ha negativ innverknad på sjukdommen, men dei nyttar alkohol til tross for dette. Sosial integresjon, ha det kjekt og å passe inn var meir viktig for denne aldersgruppa enn å ha god glykemisk kontroll.

Resultata av studien viser at unge med diabetes type 1 vil fortsette å nytte alkohol og engasjere seg i risikofylt adferd uavhengig av foreldrene og helsetenestene sine råd. Dei treng difor hjelp til å utvikle best mogleg strategi saman med alkohol. Dette for å ha moglegheit til å oppretthalde best mogleg diabeteskontroll og i tillegg minimere tilhøyrande risiko. Dei ser også viktigheita av vidare forskning for å utforske den sosiale konteksten av alkohol, og få ei større forståing av å informere og fokusere på tiltak. Gjennom informasjon om nødvendige tiltak kan ein minimere risikoen for langsiktige komplikasjonar.

3.5.2 Systematisk oversiktsartikkel nr.2

”Social networking and understanding alcohol-associated risks for people with type 1 diabetes: friend or foe?” (Jones, Sinclair, Holt & Barnard, 2013).

Studien har tatt for seg litteratur som belyser sosialt nettverk som eit kommunikasjonsverktøy. Dei gjennomførte eit systematisk søk over internettsider for å undersøke om ungdom med diabetes type 1 brukar internettsider til å diskutere risiko assosiert med diabetes og alkoholforbruk/alkoholinntak. Begrunninga er at internettkommunikasjon er blitt veldig populært dei siste åra, då spesielt for ungdom. I tillegg er det svært begrensa med forskning på korleis mennesker med diabetes type 1 diskuterar risiko ved sjukdommen sin.

Alkohol påverkar diabetesbehandlinga, og å nytte alkohol er som i resten av samfunnet veldig vanleg blant ungdom uansett om dei har diabetes eller ikkje. Nesten halvparten av europearar i aldersgruppa mellom 11-16 år foretrekk heller å kommunisere gjennom internett, enn ansikt til ansikt. Mennesker i denne alderen er meir villige til å utrykke ærlege tankar og meiningar gjennom kommunikasjon på internett.

Dei søkte i ulike databasar og kriteriane for å bli inkludert i det systematiske reviewet var; studiane måtte ta for seg mennesker under 25 år, dei måtte vere i relevans iforhold til diabetes type 1 diagnosa, sosialt nettverk måtte vere brukt og studiane måtte vere publisert på engelsk.

Funna frå denne oversiktsartikkelen viser at ungdom med diabetes type 1 kommuniserar gjennom sosiale media om sin diabetes. Det er vanleg at ungdom søker på internett for å skaffe kunnskap om alkohol sin verknad og konsekvens på diabetes. I tillegg viser resultata at ungdom ikkje alltid ønsker å informere vennane om sin diabetes på bakgrunn av ei rekke årsakar, derav blant anna sosialt stigma. Internett blir difor brukt til å få støtte frå jamngamle og diskutere sjukdommen. Bekymringane rundt dette går på kor pålitlege internettkjeldene er. Det kan vere vanskelig å skilje om råda er personlege meiningar, erfaringar eller medisinske råd. Enkle sider og tilgjengelige faglege ressursar vil sikre nødvendige råd.

3.5.3 Kvantitativ forskningsartikkel

”Early adolescent relationship predictors of emerging adult outcomes: youth with and without type 1 diabetes” (Helgeson, Palladino, Reynolds, Becker, Escobar & Siminerio, 2013).

I starten av vaksen alder kan ein sjå ein høgare risiko for mentale helseproblem og risikoåtfærd hos ungdom generelt, og fysiske helseproblem hos dei med type 1 diabetes. Denne kvantitative forskningsartikkelen undersøker om ungdom sitt forhold til foreldre og vennar kan forutsjå helse og risikoåtfærd.

Forskingsartikkelen tek for seg både ungdom generelt, og ungdom med diabetes type 1. Dei såg på fire ulike grupper si innflytning på ungdom; støtte frå vennar, konflikter med vennar, kvaliteten på forhold med foreldra og overordna kontroll av foreldra. Resultatet viste at eit godt forhold mellom forelder og ungdom gav mindre depressive symptom, reduserte alkoholforbruk og gav bedre eigenomsorg hos dei med diabetes.

4.0 Drøfting

Korleis kan eg som sjukepleiar fremje meistring hos ungdom med diabetes, som ønsker å nytte alkohol i sosiale samanhengar/sosialt fellesskap?

Ein kan sjå ei auke i alkoholforbruk som størst blant eldre, men det er fortsatt fleire i dei yngre aldersgruppene som nyttar alkohol (Bye, Amundsen & Lund, 2013). Ved alkoholinntak stig blodsukkeret før det synk. Resultat på forskninga til Barnard et al. (2012) viser at sjølv om ungdommen veit at alkohol har negativ innverknad på diabeteskontrollen, benyttar dei alkohol.

For å førebyggje føling ved alkoholinntak må den enkelte måle blodsukkeret sitt undervegs og få i seg mat (Hanås, 2011). For dei som ikkje ønsker å måle blodsukkeret sitt medan dei nyttar alkohol i sosiale samanhengar, kan det vere problematisk å vite kva blodsukkeret er til ei kvar tid (Hanås, 2011). Det mange ofte gjer i forkant er å legge inn ein buffer for å unngå føling, då har dei ”noko å gå på”. Det fins både fordelar og ulemper ved det å legge seg høgt i blodsukker i forkant. Ein fordel er å unngå alvorleg hypoglykemi som kan vere livstruande

(Mosand & Stubberud, 2011). Ein ulempe med å legge seg høgt kan vere komplikasjonar i seinare tid, då med fokus på seinkomplikasjonar som nerve-, nyre- og augeskader. Det er bevist at ein høgare hbA1c kan ha innverknad på seinkomplikasjonar seinare i livet (Hanås, 2011).

4.1 Alkoholinntak og føling – samanfallande likskap

Som ein naturleg del av ungdomstida ligg ei utforskande adferd som er knytt til utprøving av alkohol. Sukkerproduksjonen blir redusert i levra når ein person nyttar alkohol. Då vil blodsukkernivået synke, og kroppen si evne til motregulering ved lavt blodsukker blir redusert (Skafjeld & Graue, 2011). Nokre symptom frå hjernen ved lavt blodsukker kan vere sløvhet, nedsatt hørsel, trøttleik, forvirring, nedsatt hukommelse, uklar tale, ustødig gange og mangel på koordinasjon (Hanås, 2011; Mosand & Stubberud, 2011). Når ein person blir rusa på alkohol kan han få uklar tale, gå ustødig og få dårleg hørsel. Det kan difor vere lett å gjere feil bedømming om personen er rusa på alkohol eller har føling. Det er vanskelig å skilje desse når ein ikkje veit om personen som verkar rusa, også har diabetes. Tiltaket vil difor vere å sjekke blodsukkeret for å finne ut om tilstanden er føling eller rusa åtferd.

Funna i forskinga til Jones et al. (2012) viser at desse samanfallande likskapane er ei bekymring når det gjeld sikkerheit relatert til alkohol og diabetes. Det er nedlista nokre døme på kommentarar eller påstandar som har kome fram gjennom ulike nettsider. Ein av kommentarane viser bekymringa rundt symptoma sin likskap når det gjeld både å vere rusa på alkohol, og å ha føling.

Eksempelvis kan vi sjå på ein situasjon som kan skje i dag. Ein person blir veldig berusa før fest, og alle skal vidare til ein pub eller ein utestad. Personen som er veldig berusa snøvlar, går ustødig og det kan sjå ut som han er trøtt og treng kvile. Ein vil då tenke seg til at denne personen er svært full, og kanskje treng kvile. Men kva om denne personen har diabetes og dette er symptom på føling? Då kan hendinga vere svært livstruande (Mosand & Stubberud, 2011). Spesielt dersom personen blir liggande aleine eller overlatt til seg sjølv.

Det er nok ikkje å forvente at dei som er rundt personen skal kunne klare å tenke at personen har lavt blodsukker, dersom dei ikkje veit om sjukdommen. Det er difor viktig at folk rundt veit om diabetesen og korleis mekanismane i kroppen fungerer (Mosand & Stubberud, 2011). Det er også nødvendig at omgjevnadane veit korleis dei skal handtere ein eventuell føling. Når ein har diabetes må ein vere i stand til å tenke klart i mange situasjonar, slik at ein kan ta rett mengde insulin til rett tid, og at ein må kunne kjenne om ein er dårleg på grunn av høgt eller lavt blodsukker. Denne evna kan bli svekka dersom ein har nytta alkohol (Skafjeld & Graue, 2011).

4.2 Korleis hjelpe ungdom å oppnå meistring ved alkoholforbruk

Mange av dei som har eller får diabetes, kan føle at sjukdommen og kvardagen er ei påkjenning. Dei har difor ei oppgåve som lyt meistrast (Næss & Eriksen, 2006). Hos ein pasient med diabetes handlar meistring om å ha forventingar om eit positivt utfall, ha tru på at ein sjølv klarar å løyse problemet. Kvar enkelt som har sjukdommen lyt i behandling lære seg å prøve og feile sjølv (Norges Diabetesforbund, 2000). Gjennom dette lærer ein å kjenne sin eigen kropp og verknaden sjukdommen har. Det å kjenne sin eigen kropp gir ein følelse av å meistre noko.

Lazarus og Folkman (1984) meiner at folk vanlegvis brukar ein kombinasjon av problemfokusert- og emosjonsfokusert meistring i møte med ulike utfordringar og belastningar. For å oppnå optimal metabolsk kontroll og førebygge hyppige følingar og komplikasjonar, har tidlegare studiar vist at problemfokusert meistring er den viktigaste for personar med diabetes (Skafjeld & Graue, 2011). På den andre sida er vi alle forskjellige, og har ulike behov i forhold til korleis vi meistrar ulike utfordringar. Dersom vi som helsepersonell kun fokuserer på den problemfokuserete meistringa fordi denne er bevist for å gi best mogleg metabolsk kontroll, kan det føre til at den enkelte pasienten ikkje oppnår å føle meistring.

Aktiv meistring kan stimulerast gjennom veiledning som nemnt i den problemfokuserete meistringa (Skafjeld & Graue, 2011). For å vere konkret vil eg dra fram det å vere open om sjukdommen, dele erfaringar med andre, ha ein konkret plan for korleis dagleglivet skal

taklast og snakke med venar og familie. Gjennom dette kan ein sjå at tankemønsteret står svært sentralt gjennom å kontrollere sjukdommen. Eit positivt tankemønster gir gode haldningar til korleis ein handterer situasjonar. Ungdom med diabetes er gjennom den problemfokuserete meistringa open for å løyse problemet og ikkje la det passere forbi ved å unngå vanskelege situasjonar (Håkonsen, 1999). Dei lærer seg då å leve med sjukdommen, og lar ikkje den styre kvardagen deira.

På den andre sida kan den emosjonsfokuserete meistringa stå sentralt gjennom ungdomstida (Lazarus & Folkman, 1984). I ungdomsåra skjer det store og raske endringar både fysisk, mentalt/kognitivt og sosialt (Hanås, 2011). Dette kan vere ei utfordring for dei med diabetes. Det å måtte ta ansvar for sin eigen sjukdom kan i ungdomsåra lett komme i konflikt med ønske om å ikkje ville skille seg ut. Nokon er svært redde for at omgjevnadane skal få greie på sjukdommen, sjølv om dei veit at det er viktig at vennar rundt veit kva dei skal gjere i forbindelse med til dømes lavt blodsukker (Skafjeld & Graue, 2011).

Jones et al. (2013) sin studie viser at spørsmål rundt alkohol og diabetes er vanlig på internett. Ungdom opplev det belastande å ha diabetes, og skulle forhalde seg til korleis alkohol verkar inn på blodsukkeret. Å spør om spørsmål på nettet er ein form for å handtere belastningar. Ein kan dra samanheng mellom emosjonsfokuseret meistring og det å spør om spørsmål på nettsidene (Lazarus & Folkman, 1984). Ungdom leitar etter råd og tips anonymt istaden for å søke sosial støtte gjennom problemfokuseret meistring. Dette kan skyldast ønske om å ikkje ville skilje seg ut i ungdomstida. På den andre sida kan ein sjå at å leite etter tips og råd på nettsida kan vere problemfokuseret meistring også (Lazarus & Folkman, 1984). Ungdommen har eit tankemønster som dreg samanheng med å ville endre den kunnskapen dei har frå før. Dei er opne for å løyse problemet men ønskjer å vere anonym.

Dei behandlingmessige krav som er knytta til diabetes kan komme i konflikt med den utforskande adferda og det spontane handlingsmønsteret ungdom gjerne har (Hanås, 2011). For å oppnå god metabolsk kontroll i ungdomsåra krev det at den enkelte har kunnskap og tilstrekkeleg motivasjon. For å dra inn eit eksempel, er måling av blodsukkernivå veldig viktig for å kunne vite om ein skal ete, eventuelt kor mykje, og kor mykje insulin kroppen har behov for. Ein del ungdom synst det er flaut å ta opp eit blodsukkerapparat på skulen eller i

andre sosiale samanhengar, til tross for at dei veit dette er det viktigaste verktøyet dei har når det kjem til god regulering av diabetes (Mosand & Stubberud, 2011).

Funna i Barnard et al. (2012) viser at ungdom med type 1 diabetes drikk regelmessig. Ein sentral grunn til dette er å passe bedre inn med andre ungdommar. Dei brukte då alkohol som eit slags bevis for seg sjølv og andre at diabetes ikkje hindrar eller begrenser dei. Prioriteringsvis visste dei at alkohol kan ha ei negativ innverknad på diabeteskontrollen. Sosial integresjon, det å ha det kjekt og det å passe inn med andre ungdommar hadde ei større prioritering enn å ha god glykemisk kontroll på dette stadiet i livet.

Ein kan dra samanhengar mellom den utforska åtferda til ungdom og funnet i studien til Barnard et al. (2012). Eg vil påpeike at ifølgje funna er ikkje den glykemiske kontrollen viktig for den enkelte, og ungdommen vil truleg ikkje slutte å drikke på grunnlag av at dette kan påverke sjukdommen. Ein kan difor sjå på viktigheita av gode råd frå foreldre og helsetenestene når det gjeld å nytte alkohol. I staden for å prøve å stoppe ungdommen må dei i nærmiljøet hjelpe slik at den enkelte utviklar best mogleg strategi. Dette kan føre til meistring (Lazarus & Folkman, 1984).

4.2.2 Venar og familie som støttespelarar for å oppnå meistring

I ungdomsåra er venar spesielt viktig, i tillegg til gode støttespelarar. Det skjer ei forskyving i retning av at venar vert viktigare, enn foreldra (Strandbu & Bakken, 2009). For å kunne nytte støttespelarar, krev det at den enkelte ønsker å involvere andre i sin diabetes, og at det går den andre vegen; nemleg at venar lar seg trekke inn i denne oppfølginga (Skafjeld & Graue, 2011). Det skjer ei naturleg lausriving frå foreldra når prioriteringa blir annleis. Når ein ungdom har diabetes, kan akkurat denne prosessen vere komplisert.

Tidspunktet for når ungdom er klar for å ta det heile og fulle ansvaret for si diabetesbehandling, er veldig individuelt (Skafjeld & Graue, 2011). Helgeson et al. (2013) viser at foreldre er meir viktig enn ein kanskje hadde trudd, med fokus på kor mykje dei involverar seg. Kontrollerande åtferd frå foreldra er knytta til dårleg oppleving av sjukdommen, depressiv stemning og dårlegare sjølvkontroll. I denne samanheng kan for

mykje kontroll frå foreldra forstyrre utviklinga for korleis ungdom kontrollerar sin diabetes. Foreldra sine måtar å involvere seg på i dei unge sitt liv er difor av stor betydning.

Det kan vere ei barriere å gi beskjed til foreldra sine at den enkelte skal ut å nytte alkohol. Ifølge lova skal ungdommen ikkje ha moglegheit til å konsumere alkohol (Alkoholoven, 2012). Vi veit likevull gjennom forskning og statistikk at dei gjer det (Barnard et al., 2012; Bye, Amundsen, & Lund, 2013). Foreldreansvaret står sterkt her. Ein kan nok ikkje forvente at foreldrene nødvendigvis gir ungdommen løyve til å drikke alkohol. På den andre sida er det viktig at ungdommen kan vere opne med foreldra om dette temaet, slik at dei kan kontaktast dersom det skulle skje noko alvorleg. Dette kan då redde liv (Mosand & Stubberud, 2011).

Samtidig som foreldrene gradvis må tillate ungdommen meir frihiet, lyt dei fortsatt støtte dei gjennom veileding og krav. Haldninga til foreldra er viktige her. Dersom den vaksne er akseptierende og varm ovanfor dei tankane, behova og følelsane ungdommen har, klarar den enkelte gjerne å bli meir sjølvstendig. Dersom foreldrene er autoritære og avfeier det ungdommen føler og meiner kan den enkelte sitt forsøk på sjølvstendighet og meistring bli misslykka (Evenshaug & Hallen, 2000). Resultata i forskinga til Helgeson et.al. (2013) viser at eit godt forhold mellom ungdom og forelder med moglegheit for ein open dialog var svært viktig. Dette var relatert til lavare alkoholforbruk, betre helse, færre depressive symptom og gav den enkelte med diabetes betre eigenomsorg.

Pasientar med diabetes er sjølv ansvarleg for viktige og krevjande valg i kvardagen. For å kunne meistre dette på best mogleg måte, står behovet for hjelp og støtte til korleis dei kan møte kvardagen og sine utfordringar med sjukdommen sentralt. Lazarus og Folkman (1984) har sett at sosial støtte kan utgjere ein viktig ressurs, som kan beskytte mot stress og stimulere meistring. Det første eg tenker når eg høyrer ordet sosial støtte er familie, vennar, klassekameratar og lærarar. Desse kan fungere som eit sikkerhetsnett ved å skjerme mot ulike belastningar som kan oppstå. Dette kan vere belastningar som påverkar motivasjonen og moglegheita for å gjennomføre ein helsefremjande livsstil (Skafjeld & Graue, 2011). Eksempelvis kan dette vere å motivere til å måle blodsukker eller å setje insulin. Dette er

momentfaktorer som er viktige i kvardagen, men som nokre ungdommar treng motivasjon til.

4.3 Sjukepleiar i møte med ungdom – i samtale om alkohol

All læring, som er knytt til diabetes, bør ha som mål å gi den enkelte best mogleg grunnlag for eigne beslutningar. For den enkelte med diabetes dreiar meistring seg om å ha forventningar om eit positivt utfall. Å ha trua på at ein sjølv klarar å løyse problemet kan føre til meistring (Hanssen & Natvig, 2008).

I behandling av sjukdom må den enkelte med diabetes lære seg å prøve sjølv. Dette handlar om prøving og feiling. Det kan gi sjølvtrillit og inspirasjon til vidare arbeid. Vi er alle mennesker, og det å feile ved å til dømes ikkje klare å redusere det høge blodsukkeret kan bli brukt som ei erfaring seinare. Dersom vi kan klare å fokusere på ein "feil" som læring, vinklar vi det då om til noko positivt. For oss som helsepersonell er det viktig å få fram den enkelte sine ressursar. Vi må difor ta tak i det den enkelte klarar, og bygge vidare på dette (Hanås, 2011; Hanssen & Natvig, 2008).

Gjennom min samtale med diabetessjukepleiar snakka ho mykje om at alkohol er eit tema ungdommen svært sjelden eller aldri tek opp. Resultatet i Jones et al. (2013) sin studie viser at det er veldig vanleg at ungdom spør om spørsmål relatert til alkohol gjennom internett, istaden for å kommunisere ansikt til ansikt. Det kan vere fleire årsakar til dette, både at internettkommunikasjon er blitt populært, og fordi det er meir tilgjengelig å spør gjennom ei slik kjelde. Ein framstår også anonym, og det kan kanskje vere enklare å komme med ærlege spørsmål i ei slik setting.

Nokre ungdommar har kanskje prøvd å feile på området når det gjeld alkohol. Kanskje har dei nytta alkohol utan å vite om risikoen ved dette, og kva innverknad alkohol har på både kroppen og blodsukkeret. Eg vil difor påpeike at når sjukepleiar skal ta opp eit slikt tema er det ikkje alltid sikkert det vil være basert på ærlege svar frå ungdommen (Skafjeld & Graue, 2011). Det kan vere eit dilemma å vite kva informasjon ungdommen har behov for å når det gjeld alkohol, spesielt dersom den enkelte ikkje vågar å vere ærleg og heller ikkje still spørsmål (Pedersen, 2006). Det er også viktig at vi som sjukepleiarar tør å gå inn i temaet slik

at den enkelte kan dra mest mogleg nytte av det. Å vere open med ungdom og påpeike at dei kan ta kontakt viss dei lurar på noko kan gi ein god forutsetnad for ein god dialog og fremje meistring (Lazarus & Folkman, 1984).

Resultatet på forskinga (Jones et. al., 2013) viser at ein bør vere ganske forsiktig med kva nøyaktigheit kjeldene på nettet har. Det kan blant anna vere vanskelig for ungdom å skille kva som er riktig informasjon gjennom eit diskusjonsforum, og kva som er feil informasjon. I min praksis tipsa vi ungdommar om ulike kjelder på nett som vi visste var pålitelege og som gav korrekt informasjon når det gjaldt tema. Ein anna årsak var gjennom erfaring av at ungdommen som oftast ikkje spør helsepersonell direkte om temaet alkohol (Skafjeld & Graue, 2011).

På Diabetesforbundet (2012) si nettside er det nedlista dei mest vanlege spørsmåla rundt sjukdommen. Eit av spørsmåla som kjem fram handlar om alkohol "Kva med tobakk og alkohol?". Sidan dette er eit av dei ofte stilte spørsmåla på nettsida gir dette ein indikasjon på at fleire undrar på kva verknad alkohol har på kroppen. Vi som helsepersonell har ei rolle ovanfor ungdom og deira pårørande. Det er ungdommen og foreldrene som skal drive behandlinga i kvardagen, og ein må difor sjå på helsepersonellet si rolle som sterkt knytta opp mot rådgivning, støtte og motivering (Skafjeld & Graue, 2011).

I helsedirektoratet (2009) sine retningslinjer under punktet opplæring av pasient og familien er det nedfelt ei retningslinje som omhandlar informasjon om alkohol blant ungdom som har fått diabetes. Dette går på opplæringa i undervisningsforløpet då pasienten får diabetes, ikkje når pasienten har hatt diabetes som barn og er på vei inn i ungdomsåra. Helsepersonell må vurdere når temaet alkohol skal bli tatt opp. Sett på som aldersgruppe er det viktig at sjukepleiar har kunnskap om kvar i utviklinga den enkelte er (Evenshaug & Hallen, 2000).

Pasienten har vanlegvis kontroll poliklinisk kvar tredje månad med diabetessjukepleiar. Ein gong i året har pasienten årskontroll der legen også er involvert. Statistikk viser at ungdom begynn å smake alkohol i 14-15 års alderen (Bye, Amundsen & Lund, 2013). Likevel er dette berre ein generell statistikk, og vi er alle forskjellige som menneske. Dersom ungdommen blir informert om dette for tidlig, kan temaet vere utan interesse. Den enkelte vil kanskje

ikkje ta til seg informasjonen på den måten han eller ho ville gjort dersom temaet var av interesse, eller av behov for å vite meir om.

I min praksis brukte diabetessjukepleiar som oftast å presentere det når den enkelte starta i 9.klasse-10.klasse. Ofte bevisstgjorde ho at foreldra var til stades, både fordi foreldra skulle få same informasjon som ungdommen, men også slik at det blei ein open dialog. Resultatet på forskninga til Helgeson et al. (2013) påpeikar at støtte og ein open dialog ungdom forelder imellom er ein viktig forutsetnad for god helse. Dette er viktig for at ungdommen skal kunne oppnå meistring (Lazarus & Folkman, 1984).

5.0 Veikskap og styrke i oppgåva

Gjennom litteraturstudien har eg tilnærma meg meir kunnskap enn det eg hadde rundt temaet frå før, noko som kan vere nyttig for meg som sjukepleiar. I tillegg håper eg at andre har nytte av å lese oppgåva mi. Ein veikskap gjennom litteraturen eg har brukt, kan vere at noko er litt gammalt. Det var lite litteratur på korleis ungdom med diabetes si utvikling og lausriving fra foreldra var, og for å kunne drøfte nokre av påstandane måtte eg bruke litteratur som gjekk på ungdom generelt. Før eg starta hadde eg satt ei grense for at litteraturen ikkje skulle vere meir enn ti år gammal. Noko av litteraturen min av eldre årstal, men eg følte desse bøkene var relevante for oppgåva og valde difor å ta dei med.

Eg vil påpeike at alle forskningsartiklane eg har funne er på engelsk, noko som kan både vere ein styrke og ein veikskap. Grunnen til at dette er ein styrke er fordi engelsk er eit alment språk, og utvalet av forskingsartiklar blir publisert i dette språket. Veikskapen kan ligge i språket, eg kan difor ha mistyda innhaldet eller utelatt informasjon. Til tross for dette har eg funne to oversiktsartiklar av nyare årstal, dette styrkar oppgåvebesvarelsen min.

Eg har samarbeida tett med aldersgruppa med sjukdommen diabetes og ser difor på dette som ein styrke. Likevill kan det vere noko eg har utelatt. Det er i kvardagen og mellom ungdom og forelder sjølve behandlinga skjer. Dersom eg hadde hatt personleg erfaring med dette temaet kunne det vore med på å styrka oppgåva.

6.0 Konklusjon

Ein viktig forutsetnad for at ungdom med type 1 diabetes skal oppleve meistring når dei nyttar alkohol er støtte frå foreldre og vennar. Sjukepleiar må difor ha kunnskap om kva meistringsstrategiar som kan bli brukt, og tilpasse dette til kvar enkelt pasient. Vi alle er forskjellige og har ulike måtar å takle konflikter eller vanskelige hendingar på. Det er ungdommen og foreldrene som utfører behandlinga i kvardagen, det er difor viktig at vi som helsepersonell underviser og informerer både foreldre og den enkelte med diabetes. Gjennom dette kan vi vere sikre på at den enkelte har fått riktig og tilstrekkeleg informasjon. I ungdomstida skjer det mange endringar, spesielt at vennar vert viktigare enn tidligare. Gode støttespelarar kan gi meistringsfølelse hos den enkelte. Det er også viktig at den enkelte kan vere open og ærleg med foreldra, og det er viktig at vi som helsepersonell fokuserer på å ha ein open dialog.

Alkohol er eit tema som kan vere vanskelig å ta opp. Ein veit ikkje kortid det er representativt eller om ungdom er klar for å motta informasjon til ei fastsett aldersgruppe. Sjukepleiar må difor lære seg å kjenne den enkelte pasienten. Gjennom erfaring og kjennskap til kvar enkelt må sjukepleiar vite kvar tid temaet alkohol kan presenterast for at ungdommen skal få mest mogleg nytte av det.

Betydinga av at andre veit om den enkelte sin diabetes står veldig sentralt. Dette kan ofte komme i konflikt i ungdomstida med eit ønske om å ikkje skille seg ut. Det er difor viktig at helsepersonell oppfordrar ungdommen til å gi beskjed, men på ein slik måte at den enkelte føler meistring rundt situasjonen. Formidlinga må difor ha som formål at den enkelte forstår at dette er livsviktig for dei og behandling av sjukdommen.

Det er svært viktig at vi som sjukepleiarar fokuserar på at den enkelte skal føle meistring. Dette med tanke på kor godt den enkelte kontrollerar sjukdommen i ungdomstida med fokus på seinkomplikasjonar. Vi som sjukepleiarar må legge til grunne og gi dei best mogleg forutsetnad for framtida.

7.0 Litteraturliste

Alkoholloven (2012). *Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholloven)*.

Hentet 10. Mars 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1989-06-02-27>

Barnard, K., Sinclair, J. M. A., Lawton, J., Young, A. J., Holt, R. I. G. (2012). *Alcohol-associated risks for young adults with type 1 diabetes: a narrative review*.

Diabetic Medicine, DOI: 10.1111/j.1464-5491-2012-03579

Barnelova (2014). *Lov om barn og foreldre (barnelova)*. Hentet 3. April 2014 fra

<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>

Bye, E. K., Amundsen, E. J., & Lund, M. (2013). *Bruk av tobakk, rusmidler og vanedannende legemidler i Norge - hovedfunn fra SIRUS` befolkningsundersøkelse i 2012*. Oslo: Statens Institutt for Rusmiddelforskning.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evenshaug, O., & Hallen, D. (2000). *Barne- og ungdomspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Diabetesforbundet (2012). *Ofte stilte spørsmål*. Elektronisk publisering. Hentet 1. April 2014 fra http://diabetes.no/no/Om_diabetes/Ofte_stilte_sporsmal/

Håkonsen, K. M. (1999). *Mestring og relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleie*.

Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Hanssen, T. A., & Natvig, G. K. (2008). Kap 1: Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E.

Gjengedal, & B. R. Hanestad (red.), *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring* (ss. 40-60). Oslo: Cappelens Forlag AS.

- Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping. Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgeson, V. S., Palladino, D. K., Reynolds, K. A., Becker, D., Escobar, O. & Siminerio, L. (2013). *Early adolescent relationship predictors of emerging adult outcomes: youth with and without type 1 diabetes*. The society of Behavioral Medicine. DOI 10.1007/s12160-013-9552-0.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling* (Veileder IS-1674). Oslo:helsedirektoratet.
- Jones, E., Sinclair J. M.A., Holt, R. I. G., Barnard, K. D. (2013). *Social networking and understanding alcohol associated risks for people with type 1 diabetes: Friend or foe?*. Diabetes technology & therapeuticks Volume 15, number 4. DOI: 10.1089/dia.2012.0327
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (ss. 507-536). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norges Diabetesforbund (2000). *Fra lydighet til selvstendighet. Veileder for læring og mestring av diabetes*. Oslo: Norges Diabetesforbund.
- Norges Diabetesforbund. (2009). *Livet med diabetes i ord og bilder*. Oslo: Merkur-Trykk AS.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Næss, S., & Eriksen, J. (2006). *Diabetes og livskvalitet*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA rapport 7/06.

Pedersen, W. (2006). *Bittersøtt. Ungdom/sosialisering/rusmidler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Skafjeld, A., & Graue, M. (. (2011). *Diabetes; forebygging, oppfølging og behandling*. Oslo: Akribe AS.

Strandbu, Å., & Bakken, A. (2009). Kapittel 7 - Ungdomstid - identitet, kvalifisering og endring. I R. Hjermann, & K. Haanes (red.), *Barn* (ss. 76-83). Oslo: Universitetsforlaget.