



BACHELOROPPGÅVE

Ung med diabetes type 1

«Korleis kan sjukepleie fremje sjølvstende hjå ungdommar i handteringa av diabetes type 1?».

av
kandidatnummer 45
Karoline Fet

Sjukepleie
SK 152
November 2016

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer 45 Karoline Fet

JA

NEI

Samandrag

Bakgrunn: Det å vere ungdom med diabetes kan på mange måtar vere utfordrande, då ein må i tillegg til å forhalde seg til vekst og endringar som er knytt til ungdomstida, må ein også forhalde seg til ein kronisk sjukdom som krevjar rutinar og eigenkontroll.

Føremål: Føremålet med denne litteraturstudien er å få eit innblikk i ungdommane og foreldra deira sine oppleving kring diabetes. Og utifrå desse opplevingane kan ein finne gode sjukepleiefaglege tiltak for å fremje sjølvstende i handteringa av diabetes.

Metode: Dette er ein systematisk litteraturstudie som tek utgangspunkt i 3. kvalitative forskingsstudiar. To av studiane har fokus på ungdommanes opplevingar, erfaringar og utfordringar, medan den siste studien fokuserer på foreldra si oppleving med å ha eit barn med diabetes. Funna frå studiane vart identifisert og kategorisert etter ungdom eller foreldre sine opplevingar og tankar.

Resultat: Funna frå litteraturstudien min viser at sjølv med eit godt regulert blodsukker kan unge med diabetes oppleve at sjukdommen har negativ verknad på livet deira. Medan somme ungdommar søker etter aksept hjå vennegjengen for sjukdommen, strevar andre etter å oppnå kontroll over blodsukkeret.

Konklusjon: I ein kvardag med diabetes, møter den unge ulike utfordringar i handteringa av sjukdommen. Det er store forskjellar for korleis ungdommar vel å handtere sin sjukdom, men med støtte frå helsepersonell, familie og venner kan dette fremje motivasjon hjå den unge til sjølvstende i handtering av diabetes.

1 Innhald

1.	Innleiing	1
1.1	Introduksjon	1
1.2	Bakgrunn for val av tema	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing av tema	2
1.5	Korleis oppgåva er løyst	2
2	Metode	3
2.1	Val av metode.....	3
2.2	Søkjeord og databasar.....	3
2.3	Anna relevant litteratur.....	4
2.4	Kjeldekritikk/Kvalitetsvurdering og etiske omsyn	4
3	Teori.....	6
3.1	Diabetes.....	6
3.2	Ungdom	6
3.3	Sjukepleie	7
3.4	Salutogenese	8
3.5	Forskning	9
3.5.1	Forskning; ungdommars erfaringar og oppleving av å ha diabetes	9
3.5.2	Forskning; foreldras oppleving av å ha eit barn med diabetes	11
4	«Korleis kan sjukepleie fremje sjølvstende hjå ungdommar i handteringa av diabetes type 1?»	12
4.1	Arenaer der helsepersonell møter ungdom med diabetes.....	12
4.2	Etablering av relasjon og samarbeid	13
4.3	Med søkjelys på god helse.....	13
4.4	Den motiverande samtale	16
5	Konklusjon	18
6	Kjelder.....	19
7	VEDLEGG - Innhald i forskingsartiklane	21

1. Innleiing

1.1 Introduksjon

Dei siste åra har diabetes vore både i inn- og utland i dramatisk vekst. I følge World Health Organization er det i dag over 400 millionar menneske i verda med diabetes, samanlikna til 100 millionar i 1980 (WHO, 2016). Diabetes type 1 rammar først og fremst barn og unge under 18 år, og treng insulinbehandling for at personen ikkje skal stå i fare for å utvikle akutte- eller seinkomplikasjonar. Målet for personar med diabetes er først og fremst å oppnå sjølvstendig handtering av diabetes, ved å forstå sjukdommens løp og medisinsk behandling (Ribu & Singstad, 2013). Men personar med diabetes kan oppleve at livet deira blir fylt med restriksjonar rundt sin diabetes, som regelmessige blodsuktermålingar og insulinsetting, kosthald og fysisk aktivitet. Dette er faktorar som har stor betydning for blodglukosenivået (Ribu & Singstad, 2013).

Ungdomsåra er frå før ei krevjande tid, då det skjer store forandringar både fysiske og psykiske. Ungdomsalderen kan då bli ein prøvelse foreldra og ungdommen med diabetes. I tillegg til å måtte forhalde seg til alle desse endringane som skjer, må ein også forhalde seg til ein kronisk sjukdom som krevjar rutinar og eigenkontroll (Kristensen, 2004). Diabetes er kompleks og krevjande tilstand som fører med seg stort ansvar til unge menneske og deira familiar. Det har vorte gjort mykje forskning om korleis pasientar med diabetes opplever sjukdommen, og om tilstanden påverkar livkvaliteten til desse menneska (Ribu & Singstad, 2013).

1.2 Bakgrunn for val av tema

I løpet av sjukepleiestudiet har eg sett at diabetes kan vere ein utfordrande sjukdom som påverkar pasienten på fleire måtar. I arbeide som sjukepleiar vil ein møte ulike pasientar med diabetes, med ulike utfordringar. Desse pasientane vil vi møte i ulike arenaer i helsevesenet. Derfor er det viktig at vi har kunnskap om sjukdommen, slik at vi kan på best mogleg måte gjenvinne pasientens eigenomsorg. Sjukepleiarens undervisande og rettleiande rolle vil her vere viktig, derfor er det også viktig å ha kunnskap om dette.

I samband med prosjektarbeid med helsefremjande og helseførebyggjande arbeid var eg på ein ungdomsskule, kor eg hadde fokus på fysisk aktivitet blant ungdommar. Det var her eg vart introdusert for ungdommar med diabetes, og kva utfordringar dei har knytt til både alder og sjukdom. Ungdomsåra er ofte fylt med usikkerheit, kroppslege forandringar, og store svingingar i kjenslelivet, korleis vil det då vere med ein kronisk sjukdom som krevjer strenge regimer og rutinar opp at på det heile? Dette er noko eg ønsker å sjå nærmare på.

1.3 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleie fremje sjølvstende hjå ungdommar i handteringa av diabetes type 1?».

1.4 Avgrensing av tema

I arbeide med oppgåva fann eg raskt ut at for å avgrense oppgåva mi, måtte eg velje mellom ungdommar med nyoppdaga diabetes og ungdom med kjent diabetes. Målgruppa for problemstillinga og oppgåva mi er ungdom med kjent diabetes i alderen 12-16 år, då tida etter ein får diagnostisert diabetes kan ha andre utfordringar enn det oppgåva mi tek føre seg. I tillegg er foreldra si rolle særst viktig i tida etter ein får diabetes.

Eg vil ta utgangspunkt i korleis vi som sjukepleiarar kan motivere og hjelpe ungdom med kjent diabetes til å ta takle utfordringane dei står ovanfor, og fremje sjølvstende i diabetes handteringa. Ettersom foreldra har ei sentral rolle i diabeteshandteringa, ynskjer eg å ta med foreldra si oppleving av denne prosessen. Då ungdomsåra ofte handlar om å lausrive seg frå foreldra, og korleis kan sjukepleiaren då ivareta både den unge og foreldra sine behov.

1.5 Korleis oppgåva er løyst

Oppgåva er utarbeidd etter Høgskulen i Sogn og Fjordane sine eigne retningslinjer. Eg har byrjar med å presentere metoden eg har brukt for å finne relevant litteratur. Teoridelen har eg valt å presentere slik at ein finn underoverskrifter etter relevante tema som kan knytast til problemstillinga mi. Funna frå forskingsartiklane plasserte eg i slutten av teorikapittelet, då dette vart mest naturleg for meg. Eg har delt funna i ungdommar og foreldra sine opplevingar, erfaring og utfordringar. Drøftingsdelen består av ulike underkapitel som tek føre seg tema eg ynskjer å diskutere i forhold til problemstillinga. Her har eg lagt fokus på sjukepleiarens funksjonsområde i forhold til undervisning og korleis ein kan fremje meistring og motivasjon til sjølvstende i diabeteshandteringa.

2 Metode

2.1 Val av 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 dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111). I lys av denne definisjonen belyser Dalland metodekunnskapens betydning i oppgaveskrivinga. Han trekkjer fram at metode er eit verktøy som hjelper meg å finne data som eg treng til oppgåva (Dalland, 2012).

I denne bacheloroppgåva har eg valt å ta utgangspunkt i litteraturstudie. «En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap frå skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele» (Thidemann, 2015, s. 79). Dette vil seie at eg har teke utgangspunkt i litteratur som allereie eksisterar og er relevant for mi problemstilling. Eg har også dratt nytte av førelesning om litteratursøk som ein har knytt til Bacheloremnet.

2.2 Søkjeord og databasar

Ein av dei viktigaste oppgåvene ved ei bacheloroppgåve er å finne relevant litteratur i form av forskings- og fagartiklar, som ein kan nytte seg av i drøftinga. Litteraturen skal ha som hensikt å enten støtte opp under påstandar i drøftinga, eller stride i mot desse påstandane (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

I dag gir nettbaserte tjenester ubegrensa med moglegheiter i søk etter relevant litteratur. For at vi ikkje skal drukne i informasjon bør vi ha klart føre oss problemstillinga, og med denne som grunnlag bør ein utarbeide kriteriar på førehand slik at ein begrensar søket (Dalland, 2012). På førehand gjorde eg meg nokre tankar som at forskinga burde ha utgangspunkt i eit samfunn som var nokså likt det norske, at det ikkje var så store kulturelle eller økonomiske forskjellar frå Noreg. I tillegg kunne ikkje forskinga vere for gammal, dersom vi ser på kor mykje teknologien og dei kulturelle krava som påverkar ungdommen i dag.

I litteratursøket brukte eg søkjeord som «self care», «teens», «teenages», «diabetes type 1», for å finne forskning som baserer seg på emnet og målgruppa mi. Bakgrunnen for val av søkjeord var at eg hadde søkt meg fram til liknande oppgåver som tek føre seg ungdom og diabetes, og søkjeorda dei hadde brukt var aktuelle for meg. Vidare søkte eg på ord som «motivation», «education» og «self management» for å finne relevant teori til undervisning, informasjon og brukarmedverknad.

2.3 Anna relevant litteratur

Fagbøker og pensumlitteratur for sjukepleiarstudiet er eit godt utgangspunkt for å finne innflytelsesrike forfattarar som tek føre seg ditt emne til bacheloroppgåva. Lærebøkene i seg sjølv er ikkje tilstrekkeleg for ei større oppgåve, men kan gi tips til kor ein kan finne høveleg og meir konkretisert litteratur (Dalland, 2012).

Derfor byrja eg med å sjå i årsplanane for sjukepleiarstudet som inneheld ei liste over all litteratur vi har brukt i løpet av studiet. På denne måten fann eg høvelege lærebøker, kor eg brukte deira litteraturlister til å finne spesifikk litteratur.

Då eg var i fordjupingspraksis kom eg i kontakt med to diabetessjukepleiarar som arbeidde på same avdeling som meg. Ettersom eg snakka mykje med dei om kva emne eg skulle ha i bacheloren fekk eg tips av dei til bøker eg burde sjå nærmare på. For eksempel tipsa dei meg om boka «Diabetes for livet – aldri fred og få?» og «Type 1 Diabetes hos barn, ungdom og unge voksne» som eg har benytta meg av som teorigrunnlag som belyser problemstillinga mi.

2.4 Kjeldekritikk/Kvalitetsvurdering og etiske omsyn

I arbeide med å finne relevant teori til oppgåva, las eg fleire bacheloroppgåver som omhandla diabetes. Eg brukte desse oppgåvene aktivt i søket etter teori, deriblant forskingsartiklar. Dette gjorde eg fordi eg opplevde det som vanskeleg å finne forskingsartiklar i store databasar då eg fekk tusenvis av treff på søkeorda.

Forskinsartiklane som eg har valt i oppgåva mi, tek føre seg opplevingane og erfaringane til ungdommar med diabetes, og opplevingane til foreldra deira. Ettersom problemstillinga mi spør om korleis sjukepleie kan fremje ungdommar til sjølvstende i diabeteshandteringa, og for å kunne svare på problemstillinga treng ein sjukepleiefaglege tiltak. Eg grunngir val av forskingsartiklar slik med at ein må kjenne til opplevingane og utfordringane pasientane har for å kunne gi gode sjukepleiefaglege tiltak. Eg har brukt aktivt lærebøker og elles anna faglitteratur til å komme fram til dei tiltaka som eg har i teoridelen og drøftinga.

Forskinsartiklane mine er kvalitative studiar som tek føre seg opplevingar, erfaringar og utfordringar rundt det å vere ungdom med diabetes, eller å ha eit barn med diabetes. Funna i ein kvalitativ studie vil ikkje kunne representere mangfaldet hjå denne pasientgruppa, då den tek utgangspunkt i den

enkeltes oppleving av for eksempel diabetes. Men litterature frå studiet og funna kan likevel takast med i oppgåva for å få fram korleis unge opplever utfordringar knytt til sjukdommen.

3 Teori

3.1 Diabetes

Diabetes mellitus type 1 er ein kronisk sjukdom, der det skjer ein autoimmun reaksjon som øydelegger dei insulinproduserande cellene i pankreas. Dette fører til at insulinproduksjonen i kroppen opphøyrer, glukoseverdien i blodet stig og ein treng tilført insulin utanfrå (Jenssen, 2011). Diabetes type 1 rammar først og fremst barn og unge, men kan også oppstå i andre aldersgrupper. Dette blir rekna som det mest alvorlege typen, då kroppen ikkje lenger klarer å produsere insulin sjølv, og insulinbehandling er livsnødvendig (Ribu & Singstad, 2013). Normalt ligg blodglukoseverdien mellom 4-7 mmol/l, noko ein ønsker også for personar med diabetes, men dette krevjer strenge rutiner, kontroll og disiplin hjå personane (Diabetesforbundet, 2015).

Komplikasjonar som hypo- og hyperglykemi kan for mange opplevast som skremmande. Hypoglykemi er lågt glukosenivå i blodet, medan hyperglykemi er høgt glukosenivå i blodet. Hypoglykemi er ofte forårsaka av overdosering av insulin i forhold til matinntak og fysisk aktivitet (Ribu & Singstad, 2013). Dersom ein går med hyperglykemi over lengre tid, kan ein oppleve vektta, hyppige infeksjonar som sopp- og urinvegsinfeksjon og dårleg sårtilheling. Hyperglykemi kan fører til alvorlege komplikasjonar og seinskader, som kan ha stor innverknad på sjukdomsbiletet til personen i det seinare liv (Ribu & Singstad, 2013). Det er derfor viktig at helsepersonell motiverer personer med diabetes til god eigenkontroll då dette reduserer faren for akutte- og seinkomplikasjonar (Ribu & Singstad, 2013).

Stadig nye behandlingsmetodar for diabetes har i dag gjort til at personar med diabetes har ein lettare kvardag. Diabetes type 1 pasientar er avhengig av å tilføre kroppen insulin. Mengda insulin må alltid basere seg på matinntak, fysisk aktivitet og andre faktorar. Slik at ein hindrar store svingingar, og ein får eit så optimalt blodglukosenivå som mogleg (Diabetesforbundet, 2015).

3.2 Ungdom

Ungdomstida er den perioden i livet då det skjer størst endringar, både fysiologisk, psykologisk, emosjonelt og sosialt. Puberteten er det ein omtalar fasen som gjer gutane og jentene kjønnsmodne, og byrjar i 10-12 års alderen og varer til omtrent 20 års alderen. Dette er ein overgangsperiode der ein går frå å vere eit barn til og bli vaksen (Norsk Helseinformatikk, 2014). Ungdomstida er prega av lausriving frå foreldra, og vennene får ei større betydning (Kristensen, 2004). Ungdommane blir meir sjølvbevisste og sjølvstendige i denne perioda (Norsk Helseinformatikk, 2014).

Ungdommane kan oppleve utbrudd og svingingar i kjenslelivet som dei ikkje heilt klarar å forstå eller å forklare. Mangel på kontroll kan for mange vere skremmande, og ein kan eksperimentere med seksualitet, alkohol, snus, røyk og narkotika. Det er i denne tida mange finn tilhørlegheit i grupper, enten i vennegjengar, idrettslag og ulike organisasjonar (Norsk Helseinformatikk, 2014).

I denne alderen har diabetesbehandlninga spesielle utfordringar. Grunna store hormonelle endringar og kraftig vekst aukar insulinbehovet, og ein kan oppleve svingingar i blodglukosen. Behovet for å ikkje skille seg ut frå andre, gjer det ofte vanskeleg for unge med diabetes å stå fram med sjukdommen (Hanås, 2011). Tema som kropp og sjølvbilete kan vere vanskeleg, då mange strebar etter eit bestemt utsjånad (Norsk Helseinformatikk, 2014).

3.3 Sjukepleie

Utgangspunktet for all sjukepleie er pasientens behov for sjukepleie, og utøvinga av sjukepleie skal samsvare med fagets grunnleggjande verdi og respekt for det enkelte menneskes liv og integritet (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Møtet med menneske i krise stiller ofte store krav til fagleg innsikt og personlege eigenskapar hjå sjukepleiaren. Sjølv om den terapeutiske tilnærminga til desse menneska er vesentleg, er ofte den nære og personleg kontakta det viktigaste bidraget til at ein kan hjelpe menneske i krise (Håkonsen, 2014). I tillegg til den faglege kompetansen må sjukepleiaren kunne bruke sine sansar og merksemd bevisst i møte med den enkelte pasient. Evna til å sjå, lytte og innleving i pasientens situasjon er nødvendig for å innhente nok informasjon om pasienten (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011).

Sjukepleiaren har viktige funksjons- og ansvarsområder som behandling, undervisning, rettleiing, rehabilitering, helsefremjing og helseførebygging. Helsefremjing og helseførebygging er ofte retta mot friske menneske, men som er utsett for helsesvikt eller komplikasjonar (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Empowermentmodellen er sentral i helsearbeidet, då den legger vekt på prosessen der helsepersonell gir informasjon og formidlar kunnskap om helse. Slik at personar skal kunne auke eigenkontroll over eiga helsetilstand, og fatte avgjerdsjar om endring i helseåtfærd for å betre eiga helse (Hummelvoll, 2012).

Relasjon mellom sjukepleiaren og pasienten har stor betydning, då utøvinga av sjukepleie handlar om å leggje til rette for endringar hjå pasienten. Dette er endringar som: opplevingar, kjensler, tankar, haldningar og åtfærd (Røkenes & Hanssen, 2015). Sjukepleiaren forhaldar seg til pasienten på ein slik måte at ein fremjar læring, utvikling, bevisstgjerig, frigjerig, vekst, mesitring og betring av

funksjon. Kvaliteten på relasjonen mellom sjukepleiaren og pasienten er avgjerande for å kunne oppnå dette (Røkenes & Hanssen, 2015).

Sjukepleiarens undervisande funksjon knytast til behovet for kunnskap og forståing slik at pasienten kan ivareta eiga helse. Opplæringa bør omfatte informasjon og kunnskap tilpassa alder, utviklingsnivå, diagnose og behandlingsform. Pasientundervisninga til personar med diabetes bør omfatte informasjon og kunnskap om symptomata, behandlingsforma, viktige kontrollar, rutinar og komplikasjonar (Ribu & Singstad, 2013). Samstundes som pasienten kan oppleve å vere i ei krise, må sjukepleiaren prøve å få pasienten til å sjå framover, og rette merksemda på utfordringar som kan oppstå. Sjukepleiaren har ei viktig oppgåve å rettleie pasienten til å ta tilbake kontrollen i situasjonen, og endre haldningar og livsstil, for å kunne meistre livet med sjukdommen (Ribu & Singstad, 2013).

Vi utviklar og forandrar oss heile livet som følge av læring. *«Læring er forholdsvis varige forandringar av opplevelse og atferd som følge av erfaringer og miljøpåvirkning»* (Håkonsen, 2014, s. 136).

Modninga til ein person er ei forutsetning for læring, då enkelte ferdigheiter ikkje er mogleg å lære før ein har utvikla nødvendige forutsetningar. Føremålet med læring er å kunne bruke tankane på ein god måte, slik at det hjelper oss å møte ulike utfordringar i kvardagen. Kjenslemessige- og kognitive faktorar har viktig verknad på læringa, som for eksempel må personen ha lyst, interesse og motivasjon til å lære (Håkonsen, 2014). Læring av praktiske ferdigheiter er spesielt viktig i diabetesbehandlinga for å kunne oppnå eigen omsorg. Vi kan dele læring av praktiske ferdigheiter inn i tre fasar; tanke-, øvings- og automasjonsfasen (Håkonsen, 2014). Tankefasen går utpå å tileigne seg nok kunnskap om, korleis ein utfører og eventuelle sikkerheitsråd kring handlinga. I øvingsfasen får for eksempel pasienten øve på handlinga saman med helsepersonell, og til slutt har pasienten innøvd handlinga i automasjonsfasen. No vil pasienten kunne gjere handlinga på eigahand, utan rettleiing (Håkonsen, 2014).

3.4 Salutogenese

Aaron Antonovsky sitt salutogenese perspektiv blir særleg vektlagt emnet om helsefremjing og helseførebyggande i sjukepleiarstudiet, då perspektivet fokuserer på kva som fremjar helse.

Antonovsky var opptatt av kva som var årsaken til at enkelte menneske kunne oppretthalde god helse på tross av store påkjenningar (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). Antonowsky definerer salutogenese som; *«bevegelsen i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse»* (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 27). Han forklarar omgrepet kontinuumet som ei strekt linje i mellom god helse og uhelse, der ein tek utgangspunkt i den subjektive opplevinga av helse. Perspektivet

rettar søkjarlyset mot ressursar for helse og helsefremjande prosessar. Det Antonovsky prøver å forklare oss med dette perspektivet er at livet let seg ikkje kontrollere, og som menneske må vi lære oss å leve med denne uforutsigbarheita. God helse har påverknadskraft til å oppretthalde evna til å leve livet og ha tillit til at ting ordnar seg sjølv om det til tider kan vere vanskeleg (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Sentralt i salutogeneseperspektivet er uttrykket «opplevelsen av samanheng» (OAS). «OAS består av tre dimensjoner, nærmere bestemt begriplighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Mennesker med en sterk OAS opplever at livet er preget av sammenheng, og at det er begripelig, håndterbart og meningsfylt, noe som bidrar til en indre trygghet og tillit til at man har egne indre ressurser og ressurser i omgivelsene samt evne til å bruke og gjenbruke disse ressursene på en helsefremmende måte» (Lindstrøm & Eriksson, 2015, s. 28). Ei grunnleggjande oppleving av samanheng er knytt til personens identitet. Livssituasjonen og hendingar i barne- og ungdomsåra bidra til å etablere det som seinare blir personens oppleving av samanheng og forutsigbarhet i tilværa. Dette viser seg ved at enten ein føler sterk eller svak grad av samanheng med tilværa. Som igjen forankrar seg i om personen har tillit og positiv haldning til livet. Faktorar som livserfaring, sosialisering, meistring, forståing og evna til problemløysing kan knyttast til OAS med tilværa (Kristoffersen, 2011).

Sidan perspektivet til Antonovsky var opprinneleg teori om handtering av stress, kalla han faktorane som kunne påverke plasseringa i kontinuumet for stressfaktorar. Stressfaktorane skapar spenning som må håndterast, enten ved at ein gir etter for desse faktorane eller at ein taklar denne påkjenningane. Dersom ein taklar påkjenningane som livet byr på bevegar ein seg i ei salutogen retning (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Omgrepet motgangskraft kan knyttast til meistring av motgang. Salutogeneseperspektivet til Anonovsky skildrar motstandsressursar som faktorar som legger til rette for oppleving av samanheng, sjølv med påkjenningar. Altså kan vi samanlikne dette med meistringsstrategiar som ifølge Hummelvoll er: «å finne frem til kva som hjelper for å møte problemer, og utvikle egne verktøy for å håndtere helseproblemer» (Hummelvoll, 2012, s. 57).

3.5 Forsking

3.5.1 Forsking; ungdommars erfaringar og oppleving av å ha diabetes

I ei undersøking som tok utgangspunkt i unges erfaringar og opplevingar av det å ha diabetes type 1, fortel kor viktig rolle helsepersonell og foreldre har ovanfor den unge (Scholes, et al., 2012). Mange av ungdommane fortalt om utfordringar knytt til at utanforståande ikkje hadde nok kunnskap og forståele for diabetes, slik at ein kunne bli møtt med stigmatisering. Dette vart ofte uttrykt som «du

kan då ikkje ete sukker sidan du har diabetes». Dei unge møtte også utfordringar kring det å ta over ansvaret for behandlinga av sin diabetes, då han opplevde sjølv å ikkje ha same kunnskap som foreldra. Foreldra hadde tidlegare hatt det fulle ansvaret, og den unge hadde fått lite informasjon sjølv. Men med støtte frå foreldra og helsepersonell, kunne den unge tilpasse kvardagen etter ny kunnskap. Undersøkinga viser at dei unge med eit godt regulert blodsukker hadde akseptert sjukdommen, og refererte til at diabetes hadde vore ein del av oppveksten. Dei unge med dårleg regulert blodsukker såg tilbake til ei vanskeleg tid etter å ha fått diagnosen, men oppleving av å vere i sjokk. Gruppa med ungdom som hadde dårleg regulert blodsukker påpeika kjensle av tap, frykt og isolasjon kring sin diabetes (Scholes, et al., 2012). Som i utsagnet til ei 15 år gammal jente: *«It just feels hopeless like, you try and try but it still doesn't work. And sometimes it feels like you just want to forget the whole thing 'cause it doesn't matter, it doesn't get better anyway»* (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006, s. 567).

Opplevinga av å ha diabetes kan knyttas opp til om ein har god eigen omsorg og eit godt regulert blodsukker eller ikkje. For mange av dei unge i studien til Karlsson, Arman og Wikblad (2006) knytta dei unge motivasjon til opplevinga av å ha eit dårleg regulert blodsukker. Inntrykka ein fekk ved hyperglykemi gav dei meir motivasjon til å etablere gode rutiner i diabeteshandteringa (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006). Vennene til dei unge med diabetes var ei viktig gruppe og vende seg til når ein trong støtte og motivasjon. Mange av ungdommane i studien sa at vennene deira hadde god kunnskap om kva dei skulle gjere ved eventuelle følingar. For den unge med diabetes var vennene ei tid der ein kunne få avkopling frå diabetes, og berre vere som alle andre. Dei opplevde også tryggleik hjå vennene, då dei viste at dei var kjent med sjukdommen, men likevel gav støtte. Aksept hjå vennene gir den unge med diabetes ei kjensle av å tilhøyrlegheit i gruppa (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006). I tillegg ser ein også at dersom den unge møter andre i same alder som også har ein diabetes diagnose kan det vere lettare å vende seg til desse for støtte og forståelse då dei er i same situasjon (Scholes, et al., 2012).

Det kan for mange unge vere vanskeleg å oppnå eit godt regulert blodsukker, som krevjer strenge regimer knytt til livstil og rutinemessige blodsukkerkontrollar (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006). Sjølv med eit godt regulert blodsukker kan unge med diabetes oppleve at sjukdommen har negativ verknad på deira liv. For mange kan dette innebere at dei blir deprimert då det kan vere vanskeleg å takle sin diabetes (Kristensen, 2004). Derfor er det viktig at den unge vender seg til støtta han kan få av foreldre, venner og helsepersonell (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006).

3.5.2 Forsking; foreldras oppleving av å ha eit barn med diabetes

Hjå barn med diabetes er det foreldra som har det fulle ansvaret over diabetesbehandlinga og sjukdomsutviklinga (Hanås, 2011). Foreldra vil fungere som helsevesenets forlenga arm, som kontrollerer og følger med på sjukdomsutviklinga til barnet (Kristensen, 2004). Når barnet kjem i ungdomsåra, vil ansvaret bli flytta over på den unge (Hanås, 2011).

I Kristensens (2004) studie viser korleis foreldra til ungdom med diabetes taklar kvardagslege utfordringar. Foreldra i undersøkinga trekkjer fram at diabetes er ein familiesjukdom, og fortel om deira rolle som foreldre, og som ansvarleg for diabeteskontrollen til barnet. Foreldra deler arbeidsoppgåvene som kan knytast til handtering av diabetes seg i mellom. På denne måten føreheld den unge seg til den kritiske foreldreparten og den foreldreparten som appelerer til fornuft og friheit (Kristensen, 2004).

Foreldra retta merksemda på at diabetes var meir som enn livstil, enn det å sjå på det som ein sjukdom. Sjølv om foreldra var sjølv positive til sjukdommen, opplevde dei at familien ikkje hadde nok kunnskap, og den unge kunne oppleve stigma blant for eksempel besteforeldre (Kristensen, 2004). Dette kan ein knytte til at besteforeldre er frå ein anna generasjon der ein såg på diabetes som «sukkersjuka», og at det var ein alvorleg sjukdom, og stakkarsleggjer den unge (Kristensen, 2004).

Felles mål for foreldra i undersøkinga var at barna deira, på tross av sin diabetes, skulle ha same moglegheiter som andre barn i samfunnet. Foreldra valte å gå tidleg ut med, å vere opne og informere nettverket rundt om diabetes. Då fekk omgangskretsen nødvendig kunnskap om kva sjukdommen innebar, for å forstå og kunne støtte den unge i situasjonen. Då vart det lettare for foreldra å la barnet deira få ta del i felles aktivitetar med andre barn, utan å vere tilstades sjølv (Kristensen, 2004).

Etter kvart som barnet veks, og går over i ungdomsåra vil det for foreldra bli vanskeleg å oppretthalde kontroll, då den unge vil overta ansvaret for diabetesen. For eksempel vil ungdommen byrje å gå til diabeteskonsultasjonane på eigahand (Hanås, 2011). Foreldra i undersøkinga påpeika at dei ønskte å ta del i konsultasjonane så lenge den unge ikkje nekta dei (Kristensen, 2004).

4 «Korleis kan sjukepleie fremje sjølvstende hjå ungdommar i handteringa av diabetes type 1?»

Ungdommar er ei pasientgruppe med andre utfordringar enn vaksne. Ut frå litteraturen eg har funne om ungdom, viser litteraturen at denne pasientgruppa har utfordringar knytt til den livsfasen dei er i, altså overgangen frå barn til vaksen. Samstundes som desse ungdommane med diabetes lever i ei tid prega av endring og vekst, skal dei også prøve å finne seg sjølv. I denne perioden må ungdommane finne metodar for å tilpasse kvardagen til diabetesbehandlinga, og må ta omsyn til dei begrensingar som er knytt til sjukdommen. Det er derfor viktig at sjukepleiaren kjenner til ungdommar sine opplevingar, erfaringar og utfordringar med å leve med ein sjukdom som diabetes.

4.1 Arenaer der helsepersonell møter ungdom med diabetes

Som helsepersonell vil ein møte denne pasientgruppa i ulike delar av helsevesenet. I overgangen frå barn til vaksen, kan ein møte ungdommane på barneavdelinga og avdeling for vaksne. For somme kan overgangen frå barneavdeling til vaksenavdeling vere utfordrande, då ein får tettare oppfølging på barneavdelinga, medan ein får meir ansvar på vaksenavdelinga. I tillegg kan møte med helsepersonell på poliklinikkane vere meir krevjande, då ein får tettare oppfølging ved innlegging på ei avdeling, enn berre ein time på poliklinikken. Ansaret vil flyttast over til den unge og foreldra i tida heime mellom møta med sjukepleiaren på poliklinikken.

Helsesøster har også ei viktig rolle kring denne pasientgruppa, då dei ofte møter ungdommar rundt på skulane eller i helsestasjon for ungdom. Helsesøstera kan formidle kunnskap i ein mindre stressande setting då ho møter dei i deira miljø. I tillegg kan helsesøstera nyttast som rettleiar for ungdommar med diabetes og deira foreldre, og hjelpe desse til å samarbeide.

Andre arena der ein kan møte ungdommar med diabetes er for eksempel psykisk helsearbeid. Sjølv om eg har valt å ikkje rette oppgåva så mykje inn på psykisk helsevern, er dette ei problemstilling som er høgst aktuell i psykisk helsearbeid. Ungdommane med diabetes har utfordringar som andre ungdommar, men i tillegg har dei ein kronisk sjukdom som tek mykje av merksemda deira og krevjer mykje av dei. Eit eksempel frå praksis på barneavdelinga var ein far til ein 10 års gammal gut, som fortalte at guten følte ofte at det var urettferdig at han fekk diabetes og ikkje dei andre i klassa hans. Han spurte seg sjølv «kvifor meg?», og var ofte nedfor. Eg meiner dette eksempelet er høveleg då ein ser at det å ha ein sjukdom som diabetes kan vere tøft, og ein veit frå litteraturen at personar med diabetes er meir utsett for psykiske lidingar (Ribu & Singstad, 2013).

4.2 Etablering av relasjon og samarbeid

Første møtet mellom sjukepleiar og pasient legger grunnlag for vidare samarbeid. For at sjukepleiaren skal kunne hjelpe den unge, må ein hente inn bakgrunns- og helseopplysningar ved å stille spørsmål og lytte til det pasienten har å fortelje. Kommunikasjonsferdigheitene til sjukepleiaren vil her vere viktige for å skape ein relasjon basert på forståing, respekt, gjensidigheit og tillit (Hjortdahl, 2005). Å etablere eit godt forhold til pasienten, kan gjere det lettare for pasienten å opne seg opp, men også fremje god kommunikasjon, der innhaldet kjem tydeleg fram. Med dette som grunnlag kan sjukepleiaren leggje opp undervisninga etter pasienten sitt behov og utviklingsnivå (Ribu & Singstad, 2013). For at pasienten skal kunne forstå og tileigne seg kunnskap utifrå undervisninga og oppleve mestring må innhaldet i undervisninga vere tilpassa pasientens utviklingsnivå. Opplæringa bør vere tilpassa den enkelte, då det ofte er store forskjellar mellom ungdommars utviklingsnivå og modenheit (Hjortdahl, 2005).

Ein av dei større utfordringane til sjukepleiaren er å møte med ungdom som er prega av opprør mot sin sjukdom. For eksempel ved at den unge vel og ikkje forhalde seg til sjukdommen, og tek ikkje målingar av blodglukosen eller set insulin. Her handlar det i stor grad om korleis sjukepleiaren møter den unge, og kva relasjon som blir danna. Å møte ein ungdom som opplever utfordringar kring dei fysiologiske endringane som skjer i puberteten, samstundes som han er prega av identitetsutvikling og impuls kontroll, er på mange måtar utfordrande. Nokre av ungdommane opplever opprør mot autoritære personar som foreldre og helsepersonell (Hjortdahl, 2005). Utfordringa til helsepersonellet, som i dette tilfellet er sjukepleiaren, er å danne eit samarbeid med ein som helst ikkje vil ha noko med sjukepleiaren å gjere (Scholes, et al., 2012). Sjukepleiaren må etter beste evne prøve å møte den unge «der han er», og skape ein positiv relasjon derfrå. Dette vil vere ein utfordrande og tidskrevjande prosess, men dersom sjukepleiaren klarer å etablere kontakt med desse ungdommane, kan ein få eit innblikk i korleis pasienten opplever det å ha diabetes, og kva utfordringar han slit med.

4.3 Med søkjelys på god helse

Ungdommar si oppfatning av helse, og skil seg frå den vaksne, der ein vektlegger «friskheit» framfor sjukdom. Dette kan ein sjå i samanheng at ungdom er ei aldersgruppe som er generelt frisk, og brukar vanlegvis helsevesenet lite. For ungdommar er helseomgrepet meir enn fråvær av sjukdom, men at dei knyttar det opp mot tilhøyret til venner, familie, skule og det å ha materielle ting (Hjortdahl, 2005). Denne oppfatninga kan ein finne likheitstrekk med det salutogenetiske perspektivet til Antonovsky. Salutogenese rettar søkjelyset på faktorar som fremjar god helse (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Dersom ein trekkjer det inn i samanheng med diabetes, handlar dette

om at sjukepleiaren bidreg til at den unge oppdagar egne ressursar, og nyttar desse for å løyse utfordringane sine. For ungdommar opplevast sjukdom som ein trussel, og kan føre den unge ut på «side linja».

I samtalen med den unge kartleggjer sjukepleiaren tidleg om den unge har sterk eller svak oppleving av samanheng, altså OAS (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Dette kan fortelje sjukepleiaren om korleis den unge taklar utfordringar i kvardagen. Ifølge Antonovsky består OAS av komponentane; begripelegheit, handterbarheit og meiningsfullheit (Renolen, 2015). I diabeteshandteringa til den unge kan den første komponenten, begripelegheit, seie oss om den unge har forstått kva sjukdommen inneberer, og om han har forstått den undervisninga som har vorte gitt.

Handterbarheita seier oss noko om korleis den unge handterer utfordringane han møter, ut frå egne ressursar og motivasjon til å meistre. Til slutt har vi komponenten meiningsfullheit, som er den viktigaste komponenten, og fortel oss om den unge ynskjer å få ei betre innsikt i eigen sjukdom. Der den unge viser engasjement og motivasjon til å handtere sjukdommen, og har håp om kunne løyse utfordringane sjukdommen byr på. At den unge har håp for framtida, på tross av utfordringane han møter (Lindstrøm & Eriksson, 2015).

Stress og psykiske påkjenningar som ungdommar ofte opplever i dag, kan føre til at glukosenivået i blodet stig. Dette fordi hormonet adrenalin blir utskilt når kroppen er under stress, som igjen fører til utskilling av sukker frå levera (Hanås, 2011). I dag opplever ungdom stress frå ulike kantar, som å ikkje skille seg ut frå mengda, prestasjonspress i skule og fritidsaktivitetar. I tillegg til stresse som «friske» ungdommar opplever, har unge med diabetes stress kring sin sjukdom (Hanås, 2011). Kroniske stressfaktorar har meir innverknad på eit menneske sitt liv, enn akutte stressfaktorar. Utfordringa med desse er at ein ofte ikkje veit når dei vil ta slutt. For dei som har ein kronisk sjukdom, kan dette vere ein så belastande stressfaktor at ein opplever endring i identitet og sosial rolle (Renolen, 2015). Identiteten heng saman med oppleving av samanheng. Eit viktig grunnlag for å oppleve samanheng er stabilitet i det nære vettverket til den unge, som familie og venner (Håkonsen, 2014). Identiteten er i barneåra knytt til foreldra, medan ein i ungdomsåra vil lausrive seg frå foreldra, og finne sin eigen identitet. Den sosiale identiteten, som er tilknytning i ei gruppe, er i særleg endring i ungdomsåra ettersom behovet for tilhøyre i ein sosial relasjon er viktig i denne tida. I ungdomsåra er identitet versus forvirring ei sentral livskrise, og ein vil ofte sjå ungdom veksle mellom ulike typar åtferd (Håkonsen, 2014). For eksempel kan ein ungdom framstå som sterk og sjølvstendig i ein situasjon, medan ein er meir avhengig av foreldra i ein anna.

For ungdom med diabetes kan ein oppleve stress med at på tross av at den unge lever etter råda og anbefalingane til helsepersonell, let blodsukkeret seg ikkje kontrollere slik ein ynskjer. Då kan den

unge oppleve håplausheit og miste motivasjonen til å følge opp rutinane, og det kan føre til at den unge rett og slett ikkje orkar å forsøke. Den unge får ei oppfatning av at blodsukkeret ikkje let seg kontrollere, til tross for råd frå helsepersonell. Då er det viktig at helsepersonellet, som for eksempel sjukepleiaren, fortel den unge at det er meir realistisk å forvente svingingar i blodsukkeret, og at kan oppleve minst ei måling over 10 mmol/l kvar dag (Hanås, 2011). Eit viktig tiltak i diabeteshandteringa, er at sjukepleiaren introduserer den unge for ulike meistringsstrategiar slik at han kan handtere utfordringar som oppstår. Som for eksempel problemløysande meistringsstrategi eller kjenslefokusert strategi.

OAS-perspektivet i salutogenese kan ein nytte i opplæringsarbeidet av ungdom med diabetes. Ein måte å hjelpe ungdommen på er at sjukepleiaren prøver å styrke ungdommens oppleving av samanhengen i tilværa. For å kunne styrke den unges OAS, må han forstå den situasjonen han er i. Sjukepleiaren må kunne svare på aktuelle spørsmål ungdommen har, som for eksempel kva som skjer, og kvifor det skjer. Somme av ungdommane med diabetes har ikkje forstått at dette er ein sjukdom dei har resten av livet og viktigheita med kontroll og rutinar for å unngå komplikasjonar i framtida. Desse ungdommane trudde at ein ville finne ein kur for sjukdommen i framtida. Desse ungdommane hadde høgare glukosenivå i blodet, enn dei ungdommane som hadde innfunne seg med sjukdommen (Scholes, et al., 2012). For at pasienten skal kunne forstå og tileigne seg kunnskap utifrå undervisninga og oppleve mestring må innhaldet i undervisninga vere tilpassa pasientens utviklingsnivå. Opplæringa bør vere tilpassa den enkelte, då det ofte er store forskjellar mellom ungdommars utviklingsnivå og modenheit (Hjortdahl, 2005). For at ungdommen skal kunne føle at situasjonen han er i er handterleg, er det ofte viktig at han opplever at han er deltakande og har moglegheit til å påverke eigen situasjon. For nokre kan medverknad vere at ein er med å setje opp ein behandlingsplan med eit mål for behandlinga, medan for andre kan det vere å bestemme om foreldra får vere deltakande i behandlinga.

Så er spørsmålet; korleis kan sjukepleiaren samarbeide med foreldra på ein måte som ivaretek ungdommen? For utfordringa er ofte at ungdommane ikkje ønskjer å inkludere foreldra i diabetesbehandlinga (Scholes, et al., 2012). Ungdommane i lausrivingsfasen er på den eine sida avhengige av foreldra, medan dei på den andre sida ønskjer å vere sjølvstendige og ta eigne val. Desse situasjonane er ofte bakgrunnen for forvirring rundt ansvarsfordelinga i diabeteshandteringa. Sjølv om både foreldra og den unge har eit felles mål, ønskje om å oppnå sjølvstendigheit, kan denne prosessen vere ei utfordring (Hanås, 2011). Forvirringa rundt ansvarsfordelinga er ofte ei kjelde til konflikt mellom den unge og foreldra (Kristensen, 2004). Den stadige påminninga og råda rundt handteringa av diabetes blir ofte oppfatta som mas og «kjefting». Sjukepleiaren må prøve å forberede familien på denne lausrivingsprosessen, og ein må prøve å involvere alle partane utan at

den eine parten føler seg «overkøyr». Foreldra kan ha ei positiv rolle i denne fasen, ettersom det er dei som har hatt det tidlegare ansvaret over den unges diabetes, og innehar mykje god kunnskap som ungdommen har god nytte av. Hjelp frå foreldra treng ikkje vere ei kjelde til konflikt, men ei tryggleik for ungdommen når ein har utfordringar med diabetes. Sjukepleiaren kan forberede foreldra på at det er på tide at dei trekk seg ut, sjølv om dei er bekymra for å gi frå seg ansvaret for diabeteshandteringa, men samtidig vere der ved behov. Ettersom ungdommane er i ein overgangsfase, må ein hugse på at ein har ulik modenheit og at det er ikkje alle som er i stand til å overta alt ansvar sjølv, og at dei treng opplæring av helsepersonell og foreldre for å kunne oppnå sjølvstende (Ribu & Singstad, 2013).

4.4 Den motiverande samtale

Før ein startar med diabetesopplæringa bør sjukepleiaren kartleggje den unge sine utfordringar; «kva kan han om sjukdommen, komplikasjonane og behandlinga?». Sjukepleiaren kan også stille seg spørsmål som «kva bør eg vite om pasienten for at eg skal kunne bidra, og kva er det som kan hjelpe den unge til å meistre sine utfordringar?». For å kunne innhente denne informasjonen kan ein ha ein uformell open samtale, der sjukepleiaren stiller opne spørsmål som gir rom for at pasienten sjølv tolkar og svarer. Det er viktig at sjukepleiaren ikkje stiller spørsmål som «korleis kan eg hjelpe deg til å meistre din diabetes, eller kva er måla dine?», nettopp fordi den unge nødvendigvis ikkje veit svara på desse spørsmåla sjølv. Den unge er i ei periode der han ikkje har kontroll på dei fysiske, psykiske og emosjonelle endringane (Norsk Helseinformatikk, 2014). Dersom sjukepleiaren ser tydeleg løysinga på utfordringane, bør ein unngå å gi svara med ein gong, og heller motivere og rettleie den unge til å finne løysinga sjølv. Ved å bruke verktøy som motivasjonssamtale, fokuserer sjukepleiaren på å fremje den unges eigen motivasjon og ressursar for endring, samstundes som ein respekterer val om korleis han vil leve sitt liv (Ribu & Singstad, 2013). Denne metoden krevjer at sjukepleiaren undertrykker eige behov for å komme me forslag, men til gjengjeld kan dette føre til at den unge sjølv oppdagar korleis han kan påverke eiga helse (Ribu & Singstad, 2013).

Samstundes som sjukepleiaren gjerne vil styre samtalen i den retninga til at den unge finn sjølv svar på utfordringane, men også oppdagar kva ressursar han sit med (Ribu & Singstad, 2013). For somme av ungdommane er dei ikkje i stand til å overta ansvaret over den daglege omsorga for sin diabetes, nettopp fordi dei ikkje klarer å ha ansvaret over diabetes og kva det inneberer. Sjukepleiaren må kontinuerleg vurdere ungdommens evne til å opptre sjølvstendig. Dersom den unge viser modenheit og sjølvstendigheit er brukarmedverknad ein viktig del i opplæringa. For dei ungdommane som ynskjer å vere sjølvstendige i diabetesomsorga og medverke aktivt rundt sin situasjon, kan brukarmedverknad rett og slett ha ein motiverande funksjon i diabetesbehandlinga.

Sjukdommane kan gi smerter og ubehag som kan påverke personens sjølvopfatning. Ein pasient med ein kronisk sjukdom som diabetes, vil få mykje merksemd på det som er vondt eller «feil» i kroppen av helsepersonell. Dersom ein berre set fokus på det negative med sjukdommen, kan dette føre til at desse plagene stjel merksemda frå gledene i kvardagen (Renolen, 2015). Ein kan samanlikne det med å ha stein i skoen, der steinen vil «ta» merksemda di, og du klarer ikkje å fokusere på det andre rundt deg. Slik kan det også opplevast for pasientar med diabetes, dersom ein opplever plager enten ved lågt eller høgt blodsukker, vil dette ta merksemda vår. Det er her viktig at helsepersonell hjelper og støttar pasienten til å utforske korleis ein kan gi kroppen positiv merksemd i diabeteshandteringa (Renolen, 2015). Dette vil kunne styrke sjølvkjensla til pasienten, samstundes som det kan styrke motivasjonen til sjølvstendig handtering av diabetesen.

Ein motivasjonssamtale tek utgangspunkt i kva ressursar den unge har. For mange kan det vere ei utfordring å sjå kva ressursar ein har, då ein for eksempel ikkje ser på det nære nettverket sitt som ressursar. Det kan for eksempel vere familie, venner, lærarar på ungdomsskulen ein har eit godt forhold til eller andre personar som er viktige for den unge. I ungdomstida får venner stadig større betydning, og for somme av ungdommane er tida med vennene ei tid der dei får avkopling frå diabetesen (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006). I lausrivingsprosessen er det vennene som overtek rolle til foreldra, og det er derfor viktig at vennene har nok kunnskap om diabetes slik at dei kan handle dersom den unge ikkje er i stand til å ta vare på seg sjølv (Karlsson, Arman, & Wikblad, 2006). Dette er for eksempel viktig når den unge byrjar å gå på fest og blir introdusert til alkohol. For sjukepleiaren er det viktig at den unge og vennene forstår kva effekt alkohol har på diabetesen og kva dei bør vere merksemda på. For å sikre seg om at vennene kan nok om diabetes, kan sjukepleiaren gi ut informasjonsbrosjyrar som den unge kan gi til vennene sine, på denne måten involvere ein vennene også inn i diabeteshandteringa til den unge. Då vel den unge sjølv om han vil gi brosjyrane til vennene sine, eller ikkje. Dette tiltaket kan også roe foreldra, slik at dei opplever tryggleik og tillit til at vennene veit kva dei må vere merksame på og kva dei må gjere viss det skulle for eksempel oppstå føling.

5 Konklusjon

Tida der den unge skal overta ansvaret for handteringa av diabetesen sin er kompleks, då den unge gjennomgår ei tid med store fysiske og psykiske endringar, samstundes som han må forholde seg til eit blodsukker som ikkje tek omsyn til dette.

Funna frå litteraturstudien min viser at somme ungdommar har akseptert sjukdommen, og har eit naturleg forhold til den, medan andre har større utfordringar med å leve med diabetes. Det kjem også fram at foreldra er ein viktig ressurs, som innehar mykje kunnskap og tryggleik. I utøving av sjukepleie til denne pasientgruppa meiner eg det er nødvendig å ha fokus på faktorar som fremjar helse. Sjukepleiarens evne til å skape god relasjon til ungdommen, samt kunne bruke ulike verktøy gjennom samtale til å motiverer ungdom til å finne løysinga på utfordringane sine sjølv, er vensentleg.

For at den unge skal kunne oppnå mål om sjølvstendig i handteringa av diabetes, forutsetter dette at den unge har tilstrekkeleg med kunnskap om kva sjukdommen inneber, konsekvensar og korleis utføre prosedyrar som blodsuktermålingar og insulinsetting. Det er også viktig at den unge føler at dette er handterbart, og at det er lett å ta kontakt med for eksempel foreldre, venner eller helsepersonell dersom ein ikkje klarer å løyse utfordringar sjølv. Den unge må finne sin motivasjon for kvifor det er viktig for han å ha god diabetesomsorg. For å fremje sjølvstende må ungdommen sine meiningar takast aktivt med i behandlinga, slik at den unge opplever å bli møtt med respekt og aksept.

Eg vil avslutte oppgåva med å seie at det er viktig at sjukepleiaren får fram at diabetessjukdommen skal ikkje overskygge livet til ungdommane, men at ein kvardag med diabetes kan by på små og store utfordringar.

6 Kjelder

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium - den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Diabetesforbundet. (2015, Oktober 6). *Diabetes.no*. Hentet November 4, 2016 fra Medisiner: <http://diabetes.no/om-diabetes/behandling/medisiner/>
- Hanås, R. (2011). *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Hjordt Dahl, P. (2005). Unges kommunikasjonsmåter. I O. Haavet (red), *Ungdomsmedisin* (ss. 89-96). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Håkonsen, K. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jenssen, T. (2011). Diabetes Mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (red), *Sykdom og behandling* (ss. 379-391). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, A., Arman, M., & Wikblad, K. (2006, August 22). Teenagers with type 1 diabetes - a phenomenological study of the transition toward autonomy in self-management. *International Journal of Nursing Studies*, ss. 562-570.
- Kristensen, F. (2004, Mars). Mellom tiltro og frihet - beskyrning og kontroll/Trust and freedom versus anxiety and control. *Nordic Journal of Nursing Researc*, ss. 31-35.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red), *Bind 1 Grunnleggende Sykepleie* (ss. 31-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (ss. 15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lindstrøm, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Helseinformatikk. (2014, Februar 13). *NHI.no*. Hentet November 7, 2016 fra Puberteten - tiden for å finne seg selv: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/ungdom/livsstil/puberteten-tanker-og-folelser-22618.html?page=all>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe AS.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ribu, L., & Singstad, T. (2013). Sykepleie til personer med diabetes mellitus. I U. K. (red), *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3* (ss. 609-662). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2015). *Bære eller breste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Scholes, C., Mandleco, B., Roper, S., Dearing, K., Dyches, T., & Freeborn, D. (2012, Juni 30). 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*, ss. 1235-1247.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

WHO. (2016). *Global Report on diabetes*. Geneva, Switzerland: WHO.

7 VEDLEGG - Innhald i forskingsartiklane

Tittel	Forfattar/år	Studiedesign	Innhald	Funn	Drøftingsområder
<i>Trust and freedom versus anxiety and control.</i>	Frode Kristensen. 2003	Ein kvalitativstudie der 3 foreldrepar og 1 åleinemor vart intervjuet.	Studien skildrar korleis foreldre til ungdom med diabetes taklar kvardagslege utfordringar.	Funna blir fordelt i kategoriane; omsorg og kontroll, familie som bedrift, «ikke en stakkar», alliansepartnarar og «de sto på pinner for oss». Ved at foreldra allierte seg med nærmiljøet, gjorde til at det vart lettare for dei å slippe barnet ut i miljøet utan eige oppsyn. Den unge kunne oppleve stigma i møte med besteforeldre, då dei kjenner til diabetes som «sukkersjuka».	Stakkarsleggjeri og stigmatisering. Personleg kontakt og openheit(i møte med helsepersonell).
Teenagers with type 1 diabetes – a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-managemnet	Agneta Karlsson, Maria Arman og Karin Wikblad. 2006	Kvalitativ studie der dei intervjuet 32 deltakarar.	Studien tek føre seg dei individuelle erfaringane og opplevingane kring sjølvstendig handtering av diabetes.	Viktig med ei gradevis ansvarsfordeling, før den unge tek alt ansvar. Forvirring i ansvarsfordelinga kan skape konflikt mellom den unge og foreldre. Foreldra hadde vanskeleg med å gi frå seg alt ansvar. I somme tilfeller var ungdommen villig til å påta seg det fulle ansvar for diabetes, andre var ikkje modne nok. Når den unge var saman med venne, kunne han gløyme alt om diabetesen, og vere som alle andre. Ein	Ansvarsfordeling – konfliktkjelde? Modning og utviklingsnivå hjå den unge.

				opplevde tryggleik når vennene hadde tilstrekkeleg med kunnskap om diabetes.	
A qualitative study of young people's perspectives of living with type 1 diabetes: do perceptions vary by level of metabolic control?	Cheryl Scholes, Barbara Mandleco, Susanne Roper, Karen Dearing, Tina Dyches og Donna Freeborn. 2012	Kvalitativ studie som intervjuar 14 deltakar i alderen 12-22 år.	Studien undersøker unge menneskes oppfatning og haldning til livet og deira diabetessjukdom.	Haldningar er ulike etter den metabolske kontrollen til ungdommen. Nokre av ungdommane med høgt blodsukker trudde ein ville finne ein kur for diabetes i framtida, medan unge med eit godt regulert blodsukker hadde akseptert sjukdommen.	Ungdom som utfordrar autoritetar. Begrensingar knytt til diabetes. manglande forståing for sjukdommen. Foreldras involvering kan motivere til sjølvstende.