



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Channy Dina Berntsen og Torill Rundgren

Veileder: Anne Høstad With

Diabetes 1 skal bli min venn og ikke min fiende.

Diabetes 1 will be my friend and not my enemy.

Antall ord: 13065

BASY2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1. Innledning..... | 2 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling..... | 2 |
| 1.2 Case..... | 3 |
| 1.3 Presentasjon av problemstilling..... | 4 |
| 1.4 Begrepsavklaring..... | 5 |
| 1.4.1 Motivasjon..... | 5 |
| 1.4.2 Mestring..... | 5 |
| 1.4.3 Ungdom..... | 5 |
| 1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling..... | 6 |
| 1.6 Oppgavens hensikt..... | 6 |
| 1.7 Oppgavens videre oppbygning..... | 7 |
| 2. Metode..... | 8 |
| 2.1 Beskrivelse av metode..... | 8 |
| 2.2 Litteratursøk..... | 9 |
| 2.3 Validitet og reliabilitet..... | 10 |
| 2.4 Kildekritikk..... | 11 |
| 2.5 Etikk..... | 12 |
| 3. Teori..... | 13 |
| 3.1 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)..... | 13 |
| 3.2 Yrkesetiske retningslinjer (YER)..... | 14 |
| 3.3 Empowerment..... | 14 |
| 3.4 Diabetes type 1..... | 16 |
| 3.5 Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon..... | 17 |
| 3.5.1 Veiledning..... | 17 |
| 3.5.2 Motivere gjennom kommunikasjon..... | 18 |
| 3.6 Mestringsstrategier..... | 19 |
| 4. Sykepleieteoretikere..... | 21 |
| 4.1 Joyce Travelbee..... | 21 |
| 4.1.1 Menneske-til-menneske-forholdet..... | 21 |
| 4.1.2 Håp..... | 23 |
| 4.2 Virginia Henderson..... | 24 |
| 4.2.1 Sykepleierens fagområde..... | 25 |
| 4.2.2 Sykepleierens ansvarsområde..... | 25 |
| 5. Drøfting..... | 27 |
| 5.1 Hvordan sykepleier kan fremme mestring og motivasjon hos en ungdom med diabetes type 1..... | 27 |
| 5.2 Hvordan sykepleier kan legge opp til god veiledning for ungdom med diabetes type 1..... | 30 |
| 5.3 Hvordan sykepleier kan få til en god samhandling med ungdom for å fremme motivasjon og selvtillit..... | 35 |
| 6. Konklusjon..... | 40 |
| Litteraturliste..... | 43 |
| Vedlegg 1 | |

1. Innledning

Livet kan være ganske utfordrende til tider for de aller fleste mennesker. Vi vet at ungdomsårene kan være en spennende tid som innebærer både opp- og nedturer. Når enkelte i tillegg opplever å få en diagnose på en kronisk sykdom kan det være et sjokk, samtidig som de må forholde seg til sykdommen... resten av livet. Det er viktig at de lærer seg å mestre hverdagen og finne motivasjon til å gjøre nødvendige endringer i livet sitt slik at senkomplikasjoner unngås best mulig. Hvordan det er for en ungdom å håndtere dette er ganske interessant og derfor har vi valgt å skrive om ungdom og diabetes type 1.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Diabetes type 1 har ifølge Folkehelseinstituttet (2008) økt med om lag 30% blant barn og unge i løpet av de siste 15 årene, uten at man vet helt grunnen til økningen. Diabetesforbundet (2012) opplyser at det er ca 25 000 nordmenn som har diabetes type 1. I vårt yrkesaktive liv som sykepleiere vil vi sannsynligvis møte personer som har denne sykdommen. I tillegg har vi nære relasjoner til ungdom som har diabetes type 1, og vi synes det er et interessant emne å fordype seg i.

Håkonsen (2010) skriver at ungdom gjennomgår hormonelle og fysiske forandringer i kroppen i ungdomsårene og blir opptatt av kropp, seksualitet og utseende. De er også opptatt av å finne sin egen personlige identitet. Den kognitive oppfatningen utvikles stadig i ungdomsårene og ungdom er på jakt etter "hvem er jeg?" og "hva vil jeg bli?". Følelser, selvbilde og selvoppfatning blir utviklet i samarbeid med andre mennesker. Videre er en ungdom på søk etter sosial identitet for å finne ut hvilken tilhørighet man har i forhold til kameratgrupper og venner, samtidig med en gradvis løsrivelse fra foreldrene. Ungdomstiden kan også være preget av "opprør" fordi de kan ha sterk tro på seg selv og være selvstendig, men også svært avhengig av foreldrene i andre livssituasjoner. Kort sagt legger vi i dette at ungdomsårene handler om å "finne seg selv" og få en bekreftelse på hvem man er, og finne sin sosiale

tilhørighet i livet. Dette dreier seg om å begynne løsrivelsen fra foreldre og bli mer selvstendige. Dette innebærer tider med usikkerhet og å teste grenser.

Hanås (2011) skriver om ungdom som har fått diabetes type 1 kan aldri ta ”fri” fra sykdommen sin, det er en kronisk sykdom man må leve med resten av livet, og må følges opp 24 timer i døgnet. På bakgrunn av dette kan det bli krevende i hverdagen fordi i alle ulike situasjoner må de håndtere diabetesen på en tilfredsstillende måte. Forskning viser at en diagnose ofte er en kilde til betydelig stress på grunn av kravene til behandling samtidig som det skal innlemmes i hverdagen (Jaser & White, 2010). Vi mener dette kan gi ungdom en utfordring i å føle mestring i hverdagen, blant annet med tanke på skole og det sosiale liv uten at de skal føle at de skiller seg ut blant jevnaldrene ungdom. Kristoffersen (2011) skriver at utfordringer er en vanskelig eller problematisk hendelse som hindrer viktige valg og behov hos en person. Til tross for en vanskelig hendelse har personen ferdigheter, evner og utholdenhet til å takle vanskelighetene.

1.2 Case

Vi har valgt å skrive en fiktiv case for å ta utgangspunkt i en situasjon som kan være reell i vårt yrkesaktive liv som sykepleiere. Problematikken kan være like aktuell i andre sykepleiesammenhenger, enten det er i spesialisthelsetjenesten eller i kommunalhelsetjenesten.

Kari er 17 år og har hatt diabetes siden hun var 15 år, hun går på videregående skole i byen. Hennes venninne har i lengre tid merket at Kari har slurvet med blodsuktermålingen før måltidene og at hun har spist mye usunn mat og også søtsaker i blant, og blodsukkeret er ofte for høyt. I dag hadde Kari også glemt å ta med seg insulin på skolen slik at faren hennes måtte komme på skolen med insulinpennen hennes. Venninnen er bekymret for Kari og foreslår at hun kan følge henne til Unghelsa som er på skolen i dag hvor hun kan få snakke med en sykepleier. Dette synes Kari er litt unødvendig og lurer på hva denne sykepleieren egentlig kan hjelpe henne med. Hun har hatt diabetes i to år nå og vet hvordan å sette sin insulin, og at

hun må sjekke blodsukkeret oftere når hun har feber eller kaster opp. Men for å gjøre venninnen glad bestemmer hun seg for å gi det en sjanse.

Kari og sykepleier snakker en god del sammen og etter hvert spør sykepleier om hvordan Kari egentlig har det om dagen. Det begynner etter hvert å gå opp for sykepleier at Kari er i ferd med å miste motivasjonen, og hun ser sliten ut. Kari sier også at hun ikke får nok tid til å trene grunnet skole, lekser og sosiale aktiviteter med venner og familie. Fordi tidsklemma er stor og fordi hun også er redd for å skille seg ut blant vennene sine hopper hun ofte over middagen og spiser uregelmessig, og ofte også kaker og godterier i sosiale sammenhenger.

Kari innrømmer etter hvert at hun synes det blir så mye å forholde seg til og at hun har mistet motivasjonen. Sykepleier spør om Kari vil komme tilbake senere slik at sykepleier kan hjelpe henne videre, og dette går Kari med på. De bestemmer neste møte og Kari synes det var godt bare det å ha noen å snakke med om sine utfordringer i hverdagen.

1.3 Presentasjon av problemstilling

For å få innblikk i ungdommens utfordringer og deres mestringsfølelse har vi kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier motivere ungdom til å mestre sykdommen diabetes type 1?”

1.4 Begrepsavklaring

Her beskrives begrep i forhold til problemstillingen, andre begrep blir avklart underveis i oppgaven der det er naturlig.

1.4.1 Motivasjon

Håkonsen (2010, s. 88) skriver at ”*Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning*”. I følge Tveiten (2009) kan dette ses som en forutsetning for læring. Med dette forstår vi at motivasjon handler om at et menneske har en indre drivkraft til å lære seg noe nytt, i den mening å få det bedre. Ny kunnskap gjør at mennesket kan tilegne nye tankemåter som resulterer eventuelt i en ny atferd. Resultatet kan bli bevegelse i en ny bestemt retning.

1.4.2 Mestring

Kristoffersen (2011, s. 144) siterer definisjonen av mestring fra Lazarus og Folkman som: ”Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelsler på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser”. Vår forståelse av dette er at når en person føler seg utfordret vil personen variere sitt tankemønster, følelser og oppfatninger som fører til ulike væremåter. Dette gjøres for å håndtere vanskelige situasjoner, og krav, på best mulig måte i forhold til personens egne ressurser.

1.4.3 Ungdom

Vi mennesker utvikler oss fysisk, mentalt, kognitivt og sosialt gjennom hele livet og har utviklingsprosesser fra tidlig barneår, ungdomsår, i voksen alder og videre opp i

alderdommen. Psykolog Erikson hevder at utviklingsstadiene kan deles opp i åtte psykososiale stadier og at utviklingen innehar viktige vendepunkter som han titulerer livskriser.

Ungdomsårene er fra ca 14-20 år (Håkonsen, 2010). I dette legger vi at mennesket utvikler seg gjennom hele livet både fysisk og psykisk. Ungdomstiden er en periode hvor man utvikler seg mest fordi det handler om å finne egen identitet og sosiale tilhørighet.

1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi velger å avgrense oppgaven til ungdom i alderen 13-19 år i forhold til å mestre utfordringer ved å ha diabetes type 1. Vi vil ta utgangspunkt i ei 17 år gammel jente i casen i oppgaven, og fordype oss i hva vi som sykepleiere kan gjøre ved veiledning til å motivere og fremme håp for Kari.

1.6 Oppgavens hensikt

Vi ønsker å fordype oss i hvordan sykepleier møter personer med diabetes type 1 som har mistet sin motivasjon, med hovedfokus på ungdom. Generelt gir sykdommen pasienten mange utfordringer for å holde sykdommen i sjakk i forhold til levesett. Vi synes det er interessant å se hvordan ungdommene takler utfordringene og hvordan det kan påvirke mestringsfølelsen, spesielt i en utbrytningsfase som de er i.

Vi mener at lærdom fra dette prosjektet kan bli til stor nytte i praksis, fordi lærdommen kan være overførbar i møte med andre pasienter og deres sykdommer. Ønskemålet er at vi vil utvide vår kunnskap og få mer forståelse rundt håndtering av sykdommen.

1.7 Oppgavens videre oppbygning

I kapittel 2 vil vi belyse metoden som er valgt for å løse oppgaven.

I kapittel 3 blir relevant teori for vår oppgave omtalt.

Kapittel 4 tar for seg sykepleieteoretikere som vi mener er aktuelle å anvende.

Kapittel 5 er drøftingsdelen og dette er oppgavens hoveddel. Teori og funn av forskning vil bli drøftet.

Kapittel 6 er konklusjonen hvor trådene samles.

2. Metode

I dette kapittelet vil vi forklare metoden som beskriver hvordan vi har valgt å løse oppgaven. Fremgangsmåte for litteratursøk blir beskrevet, og hvilken litteratur vi har brukt. Litteratur og forskning vil bli kritisk vurdert. Vi har brukt ”Metode og oppgaveskriving” av Dalland (2012) som et hjelpemiddel.

2.1 Beskrivelse av metode

En metode handler om hvordan man går frem for å kunne finne ny kunnskap rundt et tema eller problemstilling. For å kunne utdype spørsmålet vårt på en interessant og faglig måte kan en bestemt metode gi oss gode data som den nye kunnskapen bygger på (Dalland, 2012).

Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for denne oppgaven baseres på en litteraturstudie. Med litteraturstudie menes at temaet og problemstillingen tar utgangspunkt i pensum og faglitteratur, eventuelt praksiserfaring, og at det baseres hovedsakelig på skriftlige kilder (Dalland, 2012). Retningslinjer for bacheloroppgaven oppgir at oppgaven skal skrives ut fra Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer om oppgaveskriving, samt bruke skolens mal for forside. Oppgaven vår er skrevet etter APA-standard, en referansetil som Høgskolen i Hedmark har valgt å bruke (Høgskolen i Hedmark, 2013).

Selve metoden bygger på å vurdere kildene vi bruker, kildekritikk (Dalland, 2012).

I denne oppgaven har vi valgt et spennende tema fra pensumlitteraturen og kommet fram til en problemstilling vi ønsker å fordype oss i. Vi har vært kritiske til de skriftlige kildene og mener vi har valgt gode og relevante data som vil føre oss til ny kunnskap rundt valgte tema.

2.2 Litteratursøk

I arbeidet med denne oppgaven har vi benyttet pensumlitteratur, i tillegg benyttet oss av biblioteket på høyskolen og søk i Bibsys Ask for lån av bøker vi mener har vært viktige i forhold til oppgaven. I forhold til søk av forskningsartikler har vi kommet frem til søkeord via egen refleksjon og i tillegg benyttet SveMed+ for å finne andre gode søkeord. I tillegg har vi fylt ut PICO – skjema for enkelte søk (se vedlegg 1). Vi har brukt søkeordene ”diabetes and teenagers”, ”motivational interviewing”, ”diabetes 1 and adolescents”, ”coping and problem solving”, ”coping”, ”diabetes and adolescents”, ”nurse” og ”education funktion”. Søkeordene har vi brukt i databaser som blant annet Cinahl via EBSCOhost, Ovid og PubMed via Helsebiblioteket. Google Scholar er også benyttet for å blant annet få frem en fulltekst versjon av en artikkel funnet i for eksempel databasen Cinahl. En artikkel har vi fått fra veileder.

Vi har endt opp med følgende artikler:

Pilotstudien ”Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes” - denne gir oss innblikk i hvordan forskjellige mestringsstrategier påvirker resiliens, livskvalitet, kompetanse og metabolsk kontroll (Jaser & White, 2010).

En randomisert kontrollstudie ”A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers with Diabetes” - denne tar for seg to grupper, den ene gruppen får motiverende intervju mens den andre gruppen får støttebesøk, og konklusjonen sier at de som fikk motiverende intervju hadde bedre trivsel, livskvalitet og bedre håndtering av sykdommen sin (Channon et al., 2007).

Kvalitetsstudien ”Adolescent’ experience of living with diabetes” – denne gir oss innblikk i de unges opplevelse av å leve med diabetes (Huus & Enskär, 2007).

Rapport av kvalitetsstudien ”Type 1 diabetes: children and adolescents’ knowledge and questions” – denne vil gi oss innblikk i hva barn og ungdom med diabetes 1 vet og vil vite om sykdommen (Roper et al., 2009).

Pilotstudien ”Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters ”health literacy” – denne studien prøver å skape oppmerksomhet rundt et mulig behov å kartlegge diabetespasienters kunnskaper, holdninger og ferdigheter i forhold til å være kritisk til all informasjon fra forskjellige kilder. I arbeid med diabetespasienten bør diabetessykepleieren ta hensyn til dette fordi det kan variere fra person til person (Finbråten & Pettersen, 2012).

2.3 Validitet og reliabilitet

Validitet går på at teoriene man bruker skal være relevante og gyldige i forhold til at man kommer fram til problemstillingen på en troverdig måte. I tillegg skal man ta hensyn til reliabilitet, altså pålitelighet. Man må kunne stole på at for eksempel målinger har blitt gjort på en korrekt måte for å få en mest riktig gjenspeiling av realiteten (Dalland, 2012).

Pensumlitteraturen vi har anvendt legger vi ikke vekt på å kommentere fordi vi anser dette som gode kilder da de er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, dermed ser vi på dette som relevant, gyldig og pålitelig litteratur. Dette er kilder som har gitt oss god oversikt over emnet, samt noen bøker har vi brukt som et direkte oppslagsverk/hjelpemiddel for å kunne svare på problemstillingen.

Av selvvalgt litteratur har vi anvendt Ragnar Hanås’ bok ”Bli ekspert på din egen diabetes - Type 1 diabetes”. Hanås er overlege på Barne- og ungdomsklinikken på NÄL sykehus i Sverige, fått flere priser for sin bok og er en av verdens fremste eksperter på diabetes. Dr.med. Hans Jacob Bangstad har oversatt boka (Hanås, 2011). På bakgrunn av ovennevnte anser vi boken som reliabel fordi den gir oss mer innblikk i diabetes type 1.

Vi har også benyttet redaktørverket ”Diabetes Forebygging, oppfølging, behandling”. Anita Skafjeld er utdannet sykepleier og har videreutdanning i diabetessykepleie og administrasjon og ledelse. Skafjeld jobber ved diabetespoliklinikken ved Ullevål Universitetssykehus, hvor hun arbeider med å undervise og veilede pasienter og ansatte. Marit Graue er utdannet

sykepleier og dr.polit. i sykepleievitenskap. Graue er ansatt ved Høgskolen i Bergen som førsteamanuensis. Hun har erfaring med veiledning av sykepleiestudenter på bachelor og videreutdanningsnivå, og er leder for forskningsgruppen DIABEST (Diabetes research group for best practice) med blant annet hovedfokus på forskning rundt psykososiale aspekter ved diabetes (Skafjeld & Graue, 2011). Denne boken anser vi som både reliabel og valid fordi den gir oss god informasjon om diabetes, veiledning og kommunikasjon.

I forhold til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee har vi valgt å bruke den direkte oversettelsen til norsk av Travelbees teorier, oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Vi har også anvendt Marit Kirkevolds sekundærlitteratur som tolker sykepleierteoretikere, også med tanke på tolkningen av Virginia Henderson. Selv om sykepleieteoretikere og deres teorier er av eldre dato brukes de aktivt som grunnlag av sykepleiehandlinger, og er omtalt i flere bøker i pensumlitteraturen. Man skal være kritisk til sekundærlitteraturen fordi Marit Kirkevold har bearbeidet og kan ha lagt et personlig preg på tolkingen. Vi mener boken er reliabel fordi den kan gi oss flere kritiske vurderinger og perspektiv i forståelsen av sykepleieteoriene.

Ved søk etter forskningsartikler har vi brukt anerkjente databaser, blant annet Cinahl via EBSCOhost og PubMed via Helsebiblioteket. Dette er databaser som er anbefalt av Høgskolen i Hedmark og man får best tilgang via skolens bibliotek, dermed anser vi dette som reliable og valide databaser for å søke opp forskning. I databasene kan man huke av ”Peer-review/referee”, med dette menes at publikasjonene har gått gjennom en fagfellevurdering, en prosess for sjekk av viktighet og kvalitet av publikasjoner i forskningen. Artikkene som da kommer opp er av andre eksperter kvalitetssikret på metoden og fagfeltet (Nortvedt, Jantvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere kildematerialet man bruker i oppgaven, og vurdere om litteraturen er oppdatert i forhold til dagens situasjon (Dalland, 2012).

Sykepleiefaget er basert på kunnskapsbasert praksis, det vil si at det legges vekt på erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap og –medvirkning (Nortvedt et al, 2012). Ut i fra dette forstår vi at sykepleiefaget hele tiden bestreber seg mot alltid å være oppdatert og utøves i forhold til oppdatert litteratur. Kildene bør derfor ikke være eldre enn 10 år for at de skal være oppdaterte. Artiklene vi har benyttet oss av er ikke eldre enn 6 år. Forskningen bør også bygges på IMRaD-strukturen. Dette står for at introduksjon, metode, resultater og (and) diskusjon skal være godt beskrevet for at materialet skal være troverdig (Dalland, 2012).

2.5 Etikk

Når man utarbeider et prosjekt eller en oppgave skal man ha respekt for den som har skrevet teorien man benytter og ikke utgi andres arbeid som sitt eget (plagiat). Man skal hen vise til korrekt opphavsmann og hvis man må skrive avskrift skal det siteres og utdypes (Dalland, 2012). Med dette forstår vi at vi ikke skal kopiere andres arbeid og oppgi teorien som at vi har laget den, men oppgi rett kilde på litteraturen vi har benyttet oss av.

3. Teori

I dette kapitlet vil vi sette lys på pasient- og brukerrettighetsloven og sykepleierens yrkesetiske retningslinjer. I tillegg er sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon en stor del av sykepleierens yrkespraksis. Videre vil vi beskrive hva vi mener sykepleieren må vite i møte med vår ungdom for å gi profesjonell sykepleie. I dette tilfellet innebærer det kunnskap om sykdommen, empowerment, veiledning, kommunikasjon og mestringsstrategier.

3.1 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)

Pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl, 1999) sier i § 1-1 at ”Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten”. Videre står det også at loven skal befordre et tillitsforhold mellom pasient og helsetjenesten, legge til rette for sosial trygghet og sikre respekten for pasientens liv, menneskeverd og integritet (ibid.). Dette forstår vi som at loven har som mål å gi alle mennesker, i vårt tilfelle god sykepleie, like god behandling uansett hvor i landet pasienten befinner seg. Videre skal det legges til rette for tillit mellom for eksempel pasienten og sykepleieren, og sykepleieren skal respektere pasienten som den personen vedkommende er og ivareta vedkommendes integritet.

I følge pasrl (1999) § 1-3a er pasienten den som henvender seg og ber om helsehjelp, eller mottar helsehjelp av helse- og omsorgstjenesten. §2-1a sikrer at pasienter har rett til nødvendig hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen når behovet er der. I dette legger vi at så fort en person mottar eller ber om hjelp fra helse- og omsorgstjenesten er det en pasient i følge loven, samt at når pasienten har behov for hjelp har vedkommende rett på den helsehjelpen han trenger for å bevare liv og helse.

Pasrl § 3-2 går på at pasienten har rett til å få informasjon vedrørende sin sykdom og helsetilstand, samt informeres om bivirkninger og mulige risikoer. Med dette forstår vi at sykepleiere må informere pasienten fordi vedkommende har sine rettigheter.

3.2 Yrkesetiske retningslinjer (YER)

YER er etiske retningslinjer som sykepleiere skal arbeide etter i sin yrkespraksis, og det går hovedsakelig på menneskesyn og grunnleggende verdier en sykepleier skal strekke seg etter for å kunne gi god sykepleie (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

YER tar for seg mange retningslinjer, enten det er for sykepleieren selv eller miljøet rundt. I vår oppgave forholder vi oss til det vi anser som relevant for oppgaven, punkt 2.1

”Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”, samt punkt 2.2 ”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten”. (NSF, 2011).

Dette er punkter hvor vi forstår at sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom hos pasienten, samt fremme håp, livsmot og mestring.

Dette er punkter som er direkte relevante i forhold til vår case. Sykepleier skal arbeide helsefremmende og forebyggende i forhold til pasienten med diabetes, samt hjelpe til med den daglige mestringen av sykdommen.

3.3 Empowerment

Empowerment dreier seg om mobilisering og styrking av menneskets egne indre krefter, og nøytralisering av motkrefter. Definisjon av empowerment på individnivå:

”En prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse” (Kristoffersen, 2011, s. 338). Vi forstår dette som at mennesket klarer å

identifisere egne problemer ut fra sin egen situasjon, og i fellesskap med andre klarer å finne egne forbedrende løsninger.

Empowermentprosessen handler om at helsepersonell, som har mest kunnskap, overfører sin makt til pasienten ved å gi informasjon. Pasienten kan da ta bedre beslutninger og handle for å forme sin helse ut fra et best mulig grunnlag (Tveiten, 2008). Forståelsen vår her er at helsepersonell har større makt ovenfor pasienten fordi de har innehar mer kunnskap om for eksempel sykdom, og dermed større forståelse for hvordan pasienten best mulig kan håndtere sin sykdom i hverdagen. I stedet for at helsepersonellet holder kunnskapen for seg selv og formaner pasienten om hvordan vedkommende skal leve livet sitt, paternalisme, deler helsepersonellet sin kunnskap med pasienten, ved å gi god og tilstrekkelig informasjon slik at pasienten kan gjøre sine egne livsvalg, forhåpentligvis gode, vel vitende om konsekvensene av valgene sine.

I forhold til empowerment har Aron Antonovsky satt fokus på salutogenese, med det menes fokusering på en persons ressurser for å fremme sin helse, og ikke bare fokusere på negative forhold som fremkaller mer sykdom (Mæland, 2005). I dette legger vi at for eksempel en sykepleier som skal hjelpe en ungdom å mestre sin diabetes, trekker fram de positive kvaliteter og ferdigheter vedkommende har for å kunne styrke helsen sin fremfor å konsentrere seg om begrensningene og hva som gjør sykdom og helse dårligere. I følge Thorsen (2010) mener Aron Antonovsky at for at et menneske skal oppleve god helse må de oppleve en sammenheng i livet, Sense of Coherence (SOC). SOC har sammenheng med forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i hverdagen (ibid.). Vi forstår dette som at i hverdagen må et menneske ha en forståelse av hva som faktisk skjer og ha tillit til at man har de ressurser som trengs for å håndtere en oppgave, i tillegg til å være motivert og engasjert for meningen med livet. Når man føler dette vil det gjøre at mennesket føler livet har en sammenheng og gi et godt grunnlag og resultere i bedre helse. Er det noe av dette grunnleggende som mangler har man et dårligere utgangspunkt for å ta vare på livet og håndtere livets utfordringer.

3.4 Diabetes type 1

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom. Med autoimmun sykdom menes at kroppens immunforsvar angriper sine egne organer, og i forbindelse med diabetes type 1 angripes betaceller slik at insulinproduksjonen opphører. Insulin er et hormon som produseres i betacellene, som befinner seg i de langerhanske øyene i bukspyttkjertelen (pancreas). Type 1-diabetes rammer oftest barn og ungdom under 18 år, og krever en livslang behandling med å tilføre insulin (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2011).

Hjernen vår er avhengig av et så stabilt blodsukker (blodglukose) som mulig, både for høyt og for lavt blodsukker kan være livstruende. Et normalt og optimalt blodsukker bør ligge mellom 4 -7mmol/l. For høy blodglukose, altså over 7mmol/l, kan utvikles til ketoacidose. Det er en alvorlig medisinsk tilstand som kan være livstruende. Det kommer av at blodglukosen blir altfor høy fordi glukosen i blodet ikke blir tatt opp tilstrekkelig i cellene i muskulaturen. Fettsyrene som normalt forbrennes til energi i leveren blir for høye, og fettsyrene omdannes til ketoner og ketonsyrer som gjør blodet surt. Kroppens naturlige forsøk på å kvitte seg med syreoverskuddet er ved utånding av CO₂, og personen begynner å hyperventilere, er veldig tørst, later vannet mye og bevisstheten kan reduseres (ibid.).

For lav blodglukose, hypoglykemi, kan komme av for mye og kraftig insulinpåvirkning. Mange kaller det ”føling”. Ved blodglukose mellom 2,5 - 4mmol/l prøver kroppen å ”ordne opp selv”. Kroppen frigjør hormonene adrenalin, glukagon, kortisol og veksthormon, og personen føler sult, er urolig og svetter og føler hjertebank (adrenerge varslingsymptomer). Faller blodglukosen til under 2,5mmol/l påvirkes hjernefunksjonen fordi den får for lite glukose. Personen kan bli bevisstløs, og ubehandlet kan det resultere i hjerneskade. For en person med diabetes type 1 er det derfor nødvendig å hele tiden måle og kontrollere blodsukkeret sitt, spesielt i forbindelse med måltider og på bakgrunn av det tilføre og regulere blodsukkeret med insulin (ibid.).

Ved diabetessykdom er det risiko for senkomplikasjoner senere i livet, og dermed går all behandling ut på å oppnå så normal balanse i blodglukosen, blodtrykket og lipider (fettlag, for eksempel LDL-kolesterol) i blodet som mulig (ibid.).

Senkomplikasjoner kan oppstå i de små blodkarene i kroppen (mikrovaskulære), hovedsakelig i øyne, og nyrer, samt skader på nervefibrene i kroppen, for eksempel nedsatt følelse i hender og føtter. Aterosklerose kan oppstå som senkomplikasjoner i de store blodårene (makrovaskulære), som igjen kan forårsake skade i hjerne og hjerte (Hanås, 2011).

3.5 Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon

3.5.1 Veiledning

Sykepleierens pedagogiske funksjon handler om at hun gjennom sin kunnskap og arbeidspraksis legger til rette for at en pasient skal kunne lære og utvikle seg og mestre sin sykdom. Hele hensikten er økt kompetanse for å gi bedre mestringsfølelse for en pasient for å kunne leve med sykdom (Tveiten, 2009).

Hensikten med at en sykepleier skal veilede en pasient er at vedkommendes mestringskompetanse, i forbindelse med for eksempel sykdom, skal styrkes gjennom en prosess av læring og oppdagelse. Etter hvert skal pasienten kunne ta egne valg og ta kontroll over faktorer som berører helsen. For at pasienten skal være i stand til det, må vedkommende få informasjon og råd, kunnskap og stimulering til refleksjon. En veileder skal dermed ikke bare gi svar hele tiden, men det skal være en balansegang mellom å gi både informasjon og utfordringer slik at personen reflekterer og finner svarene selv. Av dette kommer det også frem at brukermedvirkning er viktig og nødvendig, at man ser på pasienten som en ekspert på seg selv og har vedkommende aktivt med i dialogen. Dialog er vanligste form i veiledning, og med det menes samtale mellom to eller flere personer. Selv om sykepleieren har merkunnskap handler en god dialog om likeverdighet, gjensidig respekt og aksept mellom partene (ibid.).

Tveiten (2009) drar frem viktige punkter som hun mener er viktige å vurdere for å tilrettelegge god veiledning som vi har sammenfattet. Det går på at sykepleier har klart for seg hvem pasienten er og situasjonen til vedkommende samt hensikten med veiledningen. Videre setter hun lys på hva veiledningen skal ha fokus på, og i forhold til pasienten hva vedkommende blir påvirket av og hemmer eller fremmer læringen. Sykepleier må vurdere hvor og når veiledningen skal skje, samt hvor lang tid hun har til rådighet. Hun må også tenke over hva slags tilnæringsmåte, for eksempel informere eller veilede, hun skal ta for seg for å nå målet med veiledningen. Til slutt bør sykepleier vurdere hvordan hun skal få sjekket at hensikten med veiledningen er oppnådd.

3.5.2 Motivere gjennom kommunikasjon

I kommunikasjon mellom sykepleier og pasient bør sykepleier være en profesjonell samtalepartner slik at kommunikasjonen blir målrettet og vellykket. Sykepleier må være vennlig, fortrolig og imøtekommende og vise at hun er interessert i pasientens sykdom. Sykepleier må etablere og skape et tillitsforhold i det innledende møtet gjennom en prosess som er åpen og individuell. Sykepleier bør sørge for at hun både får og gir nok informasjon. Videre bør sykepleier vise stor forståelse, fordi et menneske har behov for å bli sett og hørt og selvsagt bli tatt på alvor. I kommunikasjonen bør sykepleier skape klima for motivasjon og læring, som innebærer aktiv lytting, være lyttende og vise at hun er interessert i hva pasienten sier slik at vedkommende føler å bli tatt på alvor. Sykepleier stiller spørsmål og gir pasienten positiv respons på det vedkommende formidler. Pasienten kommer til sykepleier med en forventning om å få både hjelp og støtte, og sykepleier lytter og tar pasienten på alvor og tar imot emosjonelle følelser som vedkommende uttrykker. Å få forståelse for emosjonelle følelser fra sykepleier skaper trygghet hos personen, som igjen motiverer og bidrar til økt selvforståelse og troen på at han skal mestre sin sykdom. Sykepleier må under kommunikasjonen bidra til at pasienten blir aktiv, forhandle om mål, utveksle informasjon og diskutere mulige framgangsmåter for å komme til målet. Sykepleier viser forståelse og støtter oppunder det pasienten sier, og det er viktig å vise empati samt ha god stemning under samtalen. Sykepleier bør stille åpne og klargjørende spørsmål i kommunikasjonen for å øke

bevisstheten rundt problemet. ”Hvordan” -spørsmål stilles i den hensikt at pasienten skal begynne å reflektere over sin tilstand, eller for å forsterke og understreke at pasienten er i fokus. Når sykepleier sammenfatter det pasienten har sagt fører dette til oversikt og klarsynthet hos pasienten. Sammenfatninger bidrar også til at pasienten utforsker situasjonen og styrker motivasjon til å endre livsstil. Sykepleier må være lydhør til pasientens ønsker og mål. Pasientens tanker og innstilling som kommer frem under samtalen sier noe om hans endringsmotivasjon. Her kan det spørres om hvorfor det er viktig å gjøre endringer, eller ”hvordan få dette til?” Dette bidrar til at pasienten reflekterer over egen motivasjon og hvilke motkrefter vedkommende må bruke i endringsarbeidet og det stimulerer til endringsvilje (Karlsen, 2011).

3.6 Mestringsstrategier

Som tidligere skrevet i begrepsavklaringen, punkt 1.4.2, kan mestring beskrives som forskjellige typer atferd (livshendelser/påkjenninger) man benytter for å få kontroll over ulike utfordringer. Disse atferdene benyttes for å overvinne situasjoner der vedkommendes ressurser blir utfordret, dette kan gjelde flere handlinger og valg for å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter. Atferden er uansett personens forsøk på å få kontroll over, mestre, situasjonen han er oppe i på beste måte. Det beste resultatet er hensiktsmessig (effektiv) mestring, men kan også bli uhensiktsmessig (ineffektiv) mestring (Kristoffersen, 2011). Her tar vi for oss to mestringsstrategier:

Problemorientert mestring handler om at pasienten er aktiv, gjør direkte og konfronterende handlinger for å løse en vanskelig situasjon, spesielt hvis sjansen for å lykkes i håndteringen er stor. Hensikten er å kunne øke pasientens muligheter for handling, samt mestre situasjoner som er stressende. Eksempler her er å finne årsaker til, definere og avgrense et problem, vurdere situasjonen fra ”utsiden”, oppsøke kunnskap, veiledning, informasjon og støtte for deretter å revurdere situasjonen. Videre velge retningsvei og prøve ut tankene, gjøre tiltak slik at en situasjon ikke repeteres, samt følelsesmessig bearbeiding (ibid.).

Strategien ”Emosjonelt orientert mestring” går ut på at pasientens egenopplevelse av en vanskelig situasjon endres, og er livsnødvendig for å kunne mestre situasjoner man ikke har herredømme over til å endre fysisk. Hensikten er å minske de ubehagelige følelsene hos en pasient i stressende situasjoner. Eksempler kan være blant annet å tenke på noe annet i forsøk på å beherske følelser, bagatellisering av situasjonen, legge ansvaret over på andre, anvende ironi og humor, unngå situasjonen eller informasjon. Man kan også anvende forsvarsmekanismer som for eksempel fornektelse, anvende rus, sigaretter og/eller legemidler, bruke avspenningsteknikker og trene yoga, trøstespise, eventuelt ”drukne” i hardt arbeid. Dette kan enkelte ganger også anses som å flykte fra, unngå eller unnvike fra et problem (ibid.).

4. Sykepleieteoretikere

Vi har valgt å støtte oss på 2 sykepleieteoretikere, Virginia Henderson og Joyce Travelbee, i vår besvarelse av problemstilling. Her vil teoridelen som er relevant for oppgaven bli belyst, for deretter å bli trukket frem igjen i drøftingsdelen. Vi legger vi frem vår forståelse og tolkning av teoretikerne og legger frem deres syn over hva som er viktig i sykepleiehandlinger.

4.1 Joyce Travelbee

Vi har valgt Joyce Travelbee fordi i sykepleien legger hun vekt på etableringen av et menneske-til-menneske-forhold i sammenhengen mellom sykepleier og pasient. Hun setter også fokus på at sykepleier bruker seg selv terapeutisk i kommunikasjon med pasienten. Videre er hun opptatt av at håpet til pasienten blir styrket. Dette er noen viktige momenter som vi synes er viktige med tanke på vår problemstilling.

Travelbee (1999, s. 29) definerer sykepleie følgende: ”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. Vi forstår dette som at sykepleie dreier seg om mennesker som enten er syke eller friske. Sykepleier skal ha god kunnskap om sykdom og kommunisere med den syke slik at endringen fører til forebygging eller fremmer mestring av sykdom og lidelse, eller finner mening i lidelsen.

4.1.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (1999) skriver at i stedet for å etablere forholdet sykepleier til pasient, vil hun heller etablere et menneske-til-menneske-forhold. Menneske-til-menneske-forholdet etableres daglig i sykepleien og innebærer at sykepleier og pasient deler opplevelse og erfaringer slik at mål og

hensikt for sykepleien oppnås. Menneske-til-menneske-forholdet etableres etter å ha gjennomgått fire faser. Dette er faser som -det innledende møtet, -framvekst av identiteter, - empati, -sympati og medfølelse. I fasene blir gjensidig forståelse og kontakt etablert og bidrar til å bygge opp forholdet. Vi forstår at Travelbee vil se bort fra rollebegrepene som ”sykepleier” og ”pasient”, og heller legge vekt på menneske-til-menneske-forholdet, slik at man ser på hverandre som to unike mennesker. Vi velger allikevel å skrive pasient og sykepleier for at oppgaven skal være mer lettlest.

Det innledende møtet er der hvor sykepleier treffer pasienten første gangen. Her er stereotype forestillinger inntil begge parter får innsikt i hverandre. Sykepleier observerer pasienten, antakelser er avgjørende fordi her dannes grunnlaget for videre valg. Det sykepleier ser, sanser om pasienten, vil være avgjørende for hvordan en opptrer videre i forløpet hos pasienten (Travelbee, 1999). I dette legger vi at det innledende møte er der hvor sykepleier etablerer kontakt, ser pasienten som et menneske og blir kjent med personen ut i fra det pasienten sier og gjør her og nå, og setter til side karaktertrekk som tilhører andre om hvordan pasienten burde eller skulle være.

Framvekst av identiteter er fasen hvor pasientens og sykepleierens identitet trer frem og verdsetter hverandre som unike mennesker. Her begynner de å etablere et kontaktforhold, sykepleier fanger opp hvordan pasienten føler, tenker og forstår situasjonen. Pasienten fanger opp sykepleieren som et menneske (Travelbee, 1999). Forståelsen vår her er at i denne fasen etableres en tilknytning mellom sykepleier og pasient. Begge går bort fra ”rollebeskrivelser” og ser på hverandre som to unike mennesker. Sykepleier setter seg inn i pasientens situasjon og vedkommendes tanker og følelser, og pasienten ser på sykepleieren som et menneske.

Empatifasen er der hvor sykepleier bruker sine evner, tar del i, og forstår pasientens sinnstilstand her og nå. Å føle empati for pasienten, er å inneha forståelse og innlevelse hos sykepleier. At sykepleier forstår pasientens tanker og følelser oppleves som nærhet for dem begge, men sykepleier har et klart skille og beretter ikke om sitt liv til pasienten. Her føler begge at noe meningsfylt er formidlet, sykepleier og pasient har oppnådd kontakt med hverandre (Travelbee, 1999). Med dette forstår vi at sykepleier har innlevelse og forståelse

ovenfor pasienten, uten at hun drar inn sitt personlige liv. Det handler om å gjenkjenne og være i ”den andres sko” for et øyeblikk, for så å tre ut igjen for å kunne være i stand til å hjelpe pasienten på en objektiv måte.

Sympati og medfølelse er en fase hvor sykepleier oppriktig forstår og føler pasientens plager kombinert med at sykepleier uttrykker et ønske om å hjelpe vedkommende. Medfølelse kan også gis non-verbalt for eksempel ved ansiktsuttrykk. Fasen virker ofte forsterkende og utdypende for forholdet mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999). I dette legger vi at relasjonen har blitt sterk, sykepleieren har forstått pasientens plager og har et ønske om å hjelpe pasienten.

4.1.2 Håp

Travelbee (1999) presenterer håp som et ønske om å oppnå et mål, forventninger og ønsker etterstrebes og kan være mer eller mindre oppnåelig.

Hun beskriver seks karaktertrekk ved håp, men vi velger å ta for oss to av karaktertrekkene.

Den ene er at håpet er framtidorientert og betyr at mennesket har et ønskemål om at livssituasjonen skal bli bedre. I øyeblikket er mennesket utilfreds og fortvilet, men håpet retter seg mot fremtiden og bidrar til å gjøre øyeblikket utholdelig (Travelbee, 1999). I dette legger vi i at mennesket er her og nå sønderknust over sin situasjon, men mennesket håper at situasjonen vil endre seg og bli bedre i fremtiden, noe som bidrar til at mennesket takler den nåværende situasjonen bedre.

Det andre karaktertrekket er at håpet er forbundet med mot. Et menneske har mot når vedkommende har håp om å bedre en situasjon og handler ut i fra det. Når mennesket føler seg utilstrekkelig og redd, velger vedkommende bevisst å gå inn i situasjonen og gjøre et handlingsgrep. Man har et mot når man er modig og gjør noe med situasjonen, fremfor å unnvike eller å velge å ikke handle på grunn av sin redsel (Travelbee, 1999). Vi tolker ut i fra dette at et menneske som håper og har mot vokser på en oppgave ved å handle og dermed får

styrke. Mot er en styrke som hentes frem ved hvert enkelt problem som oppstår, for å mestre situasjonen i stedet for å rømme fra problemene.

4.2 Virginia Henderson

Vi har også valgt å ta for oss Virginia Hendersons teori fordi hun har fokus på kunnskap, vilje og krefter slik at pasienten kan mestre sin sykdom selvstendig. Dette synes vi er grunnprinsipper for personer med kroniske sykdommer. I kontakt med pasienter legger hun vekt på noen metoder for sykepleie som vi synes er realistiske og gode for å skape et godt grunnlag for å hjelpe et menneske, for eksempel ungdom med diabetes.

Virginia Hendersons teori konsentrerer seg om at en persons kunnskap, vilje og krefter gir seg utslag i personens helse. Marit Kirkevold (1998) skriver Hendersons definisjon av sykepleie:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (s. 101).

Av denne definisjonen forstår vi at sykepleierens funksjon er å tre inn med en hjelpende hånd til en person som ikke klarer å dekke sine egne omsorgsbehov, basert på personens premisser, enten fordi vedkommende mangler vilje, kunnskap eller krefter.

Henderson mener at personens psykiske og fysiske krefter, kunnskap og vilje leder til at en person tar selvstendige beslutninger og gjør handlinger, som igjen leder til personens ivaretagelse av sine grunnleggende behov, og som da vil resultere i helsen. Videre skisseres det at hvis en person har reduserte krefter, kunnskap og/eller vilje vil det gi personen nedsatt evne til å utføre selvstendige handlinger og beslutninger. Dette vil videre redusere personens måte å ivareta sine grunnleggende behov og gi seg utslag i en mulig eller aktuell nedsatt helse og at personen da vil ha behov for sykepleie. Henderson skisserer sammenhengen her at ut i

fra de grunnleggende behovene danner personen et livsmønster hvor en sykepleier kan gå inn å hjelpe og påvirke helsen (Kirkevold, 1998). Med dette forstår vi at et menneske ordner seg et eget mønster i hverdagen for å ivareta sine egne behov som påvirker personens helse. Hvis en person mangler kunnskap, krefter og/eller vilje vil resultatet bli at egenomsorgsbehovene til vedkommende blir truet, og personen vil trenge sykepleie.

4.2.1 Sykepleierens fagområde

Henderson ville med sin teori beskrive hva sykepleiens fagområde skulle bestå av. Enten man er syk eller frisk mener Henderson at alle har sine grunnleggende behov som går ut på tilstrekkelig ernæring, bolig, kjærlighet og anerkjennelse, samtidig som det er viktig med sosial kontakt og å ha en følelse av å være til nytte. Basert på dette tar hun utgangspunkt i 14 punkter for sykepleie, for eksempel å hjelpe en pasient til å spise og drikke tilstrekkelig i forhold til kroppens behov (Kirkevold, 1998). De første åtte gjøremålene tar utgangspunkt i kroppens fysiologiske behov, dette er behov som vi ser som ikke relevante for oppgaven. De resterende seks gjøremålene tar for seg det psykososiale behov, og for å begrense oppgaven vil vi kun forholde oss til siste punktet som går på at sykepleier skal ”hjelp pasienten å lære, oppdage og tilfredsstill sin nysgjerrighet på en slik måte at det fremmes normal utvikling og helse” (Kirkevold, 1998, s. 103). Vi tolker dette gjøremålet som at det er rettet mot at sykepleier kan hjelpe/påvirke for eksempel en ungdom med diabetes til å fremme helse gjennom tilførsel av kunnskap, krefter og/eller vilje.

4.2.2 Sykepleierens ansvarsområde

I teorien beskriver Henderson hva som er sykepleiens ansvarsområde. Hun mener at ”pasienten” er den som trenger støtte og hjelp til å få en bedre helse, fordi vedkommende ikke klarer å ivareta en god helse på grunn av manglende kunnskap, krefter og vilje.

For at sykepleieren skal kunne bistå en pasient må sykepleier forholde seg indirekte for å kunne forstå hvilke behov pasienten trenger hjelp til, slik at det blir en samhandling.

Henderson mener det viktigste målet for sykepleie er at sykepleieren fokuserer på menneskets egne behov for å bygge opp og ivareta et livsmønster som virker fremmende for helsen. Henderson har skissert 10 generelle metoder som sykepleieren kan anvende (Kirkevold, 1998). Vi har forstått dette slik som at sykepleierens hovedmål i sitt arbeid med pasienter handler om helsefremmende arbeid, og at det er god samhandling mellom pasient og sykepleier. Vi vil ta for oss metodene som går på måten sykepleier møter pasienten for å bli kjent med pasientens behov, danne et konstruktivt og naturlig pleier/pasient-forhold, samt gi emosjonell støtte.

5. Drøfting

I dette kapittelet vil vi ta utgangspunkt i sykepleieteoretikerne og teorien vi har anvendt for å diskutere ut i fra problemstillingen vår ”Hvordan kan sykepleier motivere ungdom til å mestre sykdommen diabetes type 1?”. Drøftingen er delt opp i tre kapitler for en mest mulig ryddig måte, og vi drøfter ferdig i hvert avsnitt. Først tar vi for oss hvordan å fremme mestring og motivasjon hos jenta. Deretter hva sykepleieren må vurdere i forkant av veiledningen, og til slutt selve samhandlingen i veiledningen.

5.1 Hvordan sykepleier kan fremme mestring og motivasjon hos en ungdom med diabetes type 1.

Vår case handler om ei jente som har mistet motivasjonen sin i forhold til å håndtere sin diabetes i hverdagen. Det er en utfordring i seg selv å være ungdom fordi i den tiden er man i store utviklingsprosesser i overgangen fra å være barn til å bli voksen. Løsrivelsen fra foreldrene har startet og den sosiale tilhørigheten utvides, både med tanke på blant annet venner, fritid og utdanning. Personlig skjer det hormonelle og fysiske forandringer i kroppen, dette kan gi utslag i mange humørsvingninger, mer fokus på seksualitet og kropp, og ofte frykt for skille seg ut blant venner (Håkonsen, 2010). Forskningens innledning påpeker at det kan være et stressmoment for ungdom å måtte stå i utviklingsstadier preget av hormonelle svingninger og fysiske forandringer, og er derfor avhengig av en eller flere mestringsstrategier (Jaser & White, 2010). I tillegg til å stå i ungdomstiden med dens utfordringer, har også jenta sin diabetes og må takle dens utfordringer også. Å ha diabetes byr på mange utfordringer, men vi vil konsentrere oss om utfordringene som kommer frem i casen. Jenta ønsker ikke å skille seg ut blant vennene sine, dette samkjører med hva Hanås (2011) trekker fram, at ungdommer ønsker ikke å skille seg ut og vil være med på det som skjer i vennekretsen, for eksempel å dra på kafèbar og spise kaker. Vennskap er et viktig fundament sosialt sett for en ungdom. Videre skriver Haugstvedt (2011) at det er vanlig at ungdom spiser uregelmessig og mye søtsaker,

noe som gir utslag i forhøyet blodsukker. Ungdom med diabetes bør kjenne til matens ingredienser og dens sammensetninger, og være nøye med blodsuktermålingen.

Forskningsartikkel viser at barn og ungdom reflekterte over hvordan de kunne regulere sine matvaner og til å administrere sin diabetes bedre. Andre igjen lurte på hvorfor de trengte å spise regelmessig og hva de kunne spise (Roper et al., 2009).

Jenta i casen bedriver ikke fysisk aktivitet grunnet skole og lekser, og venner opptar mye av hennes fritid. Fysisk aktivitet er noe hun bør oppfordres til å prioritere. Hanås (2011) skriver at fysisk aktivitet burde gjøres av alle for å bevare helsen, men fysisk aktivitet bedrer ikke sykdommen diabetes. Videre skriver han at fysisk aktivitet påvirker blodsukkeret slik at man må justere insulinmengden fordi treningen øker cellenes absorpsjonsevne og påvirker blodsukkeret både under og etter trening. Haugstvedt (2011) påpeker også dette, at trening er generelt bra for kroppen med tanke på blant annet at kroppen blir mer motstandsdyktig for påkjenninger, bedrer livskvaliteten samt gir mindre diabeteskomplikasjoner. Vår erfaring er at vi har sett at ungdom, inkludert oss selv, ofte kan nedprioritere regelmessig trening fordi dagene går med til skole og lekser, samtidig som man bruker mer tid på sosial omgang med venner i fritiden.

For at en person skal kunne få mot og mestre hverdagen kan sykepleier angripe det på flere måter. I følge Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2 (NSF, 2011) har sykepleier et ansvar om å fremme et håp hos pasienten, i tillegg til livsmot og mestring. Dette ivaretar og samsvarer med Travelbee (1999) sin mening om at håpet er en grunnleggende faktor for mestring hos en pasient. Travelbee retter fokus mot håpet hos mennesket. Hun skriver at håpet hos mennesket bidrar til å mestre vanskelige og uutholdelige situasjoner som tragedier, smerter, tap, livskriser og kjedsomhet. Hun skriver også at håpet er relatert til mot, da hun mener at en person som har håp også har mot. I håpet ligger en motiverende kraft som kan gjøre at den syke får nok energi og styrke til å overvinne livshendelsen. Denne energien blir brukt til å løse eller bedre de vanskelige situasjonene fram i tid. Hun skriver at håpet er framtidorientert, med tanke på at livssituasjonen kan bli bedre enn det den er her og nå. Det kan overføres til jenta i casen. Jenta innrømmer at hun har mistet motivasjonen og synes det er mye å forholde seg til. Sett fra vår side kan vi si at jenta er i en vanskelig situasjon. Ved at sykepleier setter fokus på

fremtiden og hva jenta kan oppnå, kan det gjøre at det vil ”spire” et håp i jenta om at situasjonen kan bli bedre, selv om hun her og nå kan føle situasjonen litt håpløs og har liten energi til å ta tak i ting. I tillegg kan det gjøre at hun kan få styrke og mot slik at hun på tross av sin følelse av utilstrekkelighet, makter å gjøre noe med situasjonen slik at hun ”kommer dit hun vil”. Forneker hun situasjonen gjør hun seg selv en ”bjørnetjeneste”, da vil situasjonen og sykdommen forverre seg i motsetning til at den vil ”forsvinne”. Er hun modig og tar tak i livssituasjonen sin, vil hun etter hvert få større innsikt og kontroll over sykdommen som kan gjøre hverdagen lettere å mestre. I følge Travelbee er sykepleier en endringsagent. Vi forstår at sykepleier for eksempel kan ta tak i jentas følelser og tanker som kan føre til å styrke framtidshåpet og dermed føre til bedre mestring. I motsetning til Travelbee, fokuserer Henderson (Kirkevold, 1998) på at en pasient må inneha kunnskaper, krefter og vilje for å kunne mestre en vanskelig livshendelse. Hvis pasienten mangler en av delene kan det svekke vedkommendes evne til selvstendige handlinger som kan true ens egenomsorg og trenge sykepleie. Jenta i casen har hatt diabetes i to år og vi regner med at hun innehar kunnskap om den daglige håndteringen av sin diabetes. Jenta har ingen fysiske eller psykiske problemer, ergo mener vi at hun har krefter til å håndtere sin diabetes. Når det gjelder vilje er det dette vi mener jenta mangler fordi hun har mistet motivasjonen, og dermed anser vi at jenta har behov for sykepleieveiledning. Dette synes vi også samsvarer med hva Haugstvedt (2011) skriver, for at en pasient med diabetes skal ha god blodsukkerkontroll er det nødvendig å inneha evner og tilstrekkelig motivasjon, samt kunnskaper om sykdommen. Forskning viser at deltagerne ønsket å få vite mer om konsekvensene av sykdommen inkludert kort- og langsiktige og også positive og negative konsekvenser (Roper et al., 2009). Ifølge Thorsen (2010) mener Antonovsky at for at et menneske skal oppnå god helse må de føle en viss sammenheng i livet, altså sence of coherence (SOC), og dette innebærer forståelighet, håndterbarhet og en meningsfull hverdag. I forhold til jenta i casen og forståelighet kan vi tolke dette på flere måter. På en side kan vi gå ut i fra at hun forstår hva som skjer, at når hun spiser uregelmessig og søtsaker vil det påvirke blodsukkeret. Videre at hun skjønner at det er vanskelig å ta tak i situasjonen fordi hun har mistet motivasjonen, og tenker kanskje at dette ”bare er en periode”. Det vi kan stille spørsmål ved, er om jenta faktisk forstår rekkevidden av hvordan ting henger sammen. Her tenker vi da som en ”dominoeffekt”: sykepleier vet at dette ikke bare er for en periode fordi fortsetter jenta en usunn livsstil vil blant annet humøret og energien avta

ytterligere og vanskeliggjøre å ta tak i sykdommen. Dette er ensbetydende med mer problemer og etter hvert senkomplikasjoner. I forhold til håndterbarhet mener vi at jenta klarer å håndtere den praktiske delen av sykdommen fordi hun har fysiske krefter tilstede, for eksempel å måle blodsukker og sette insulin. I forhold til meningsfullhet mener vi at jenta mangler dette. Hun har ikke motivasjon og er ikke engasjert til å ta tak i sykdommen sin. I tillegg tenker hun nok ikke over ”meningen med livet”, hun er ungdom og ”lever i nuet”. Jenta har dermed ingen SOC, og ikke noe bra utgangspunkt for god helse. Setter vi oss inn i jentas situasjon må hun for å kunne mestre sykdommen ta tak i menneskets mestringsstrategier. I følge Karlsen (2011) kan evnen til å mestre læres, men da må interessen og motivasjonen være til stede. Slik vi ser det må jenta etter hvert ta tak i tanker og følelser, og handle, slik at det bidrar til endret livsstil. Det innebærer at hun må ta tak i begge mestringsstrategiene, både problemorientert og emosjonelt orientert mestring. Jenta kan for eksempel søke hjelp hos sykepleier for å få mer kunnskap om sykdommen, samt veiledning og støtte, dette er jenta i ferd med å gjøre da hun kom til Unghelsa. Vi mener at før jenta kom til Unghelsa flyktet hun og skjøv problemene unna, inntil venninnen tok tak i situasjonen. Forskning viser at jenter oftere tar i bruk problemorienterte mestringsstrategier enn det gutter gjør. Økt bruk av problemorienterte mestringsstrategier er assosiert med positive utfall på personens robusthet, som inkluderer høyere kompetansenivå og livskvalitet, samt bedre metabolsk kontroll (Jaser & White, 2010).

5.2 Hvordan sykepleier kan legge opp til god veiledning for ungdom med diabetes type 1.

Yrkesetiske retningslinjer pålegger sykepleier et ansvar om å gi helhetlig sykepleie til pasienter. Sykepleier skal behandle pasienten verdig og ta hensyn til pasientens autonomi. Pasienten skal behandles som et selvstendig individ, og vedkommendes meninger skal respekteres og vektlegges. Videre i punkt 2.1 skal sykepleier jobbe helsefremmende og forebygge sykdom hos pasienten (NSF, 2011). Vi mener at dette blir ivare tatt når sykepleier skal gi veiledning til jenta, fordi det skal legges til rette for at jenta kan mestre hverdagen bedre, og som vil resultere i at hun får mer kunnskap om sykdommen og forhåpentligvis en bedre helse. Vi mener også at sykepleier forholder seg til lovverket ved å gi jenta veiledning,

dette samsvarer med pasrl (1999) § 1-3a. Jenta har også i følge loven rett til å få nødvendig hjelp og behandling for sin diabetessykdom når det er nødvendig (pasrl, 1999, § 2-1a). I følge pasrl (1999) § 3-2 har jenta rett til å få informasjon om sin helsetilstand samt retten til å bli opplyst om bivirkninger og risikoer. Selv om jenta ikke vil vite, må sykepleier uansett opplyse nok til at jenta kan være delaktig i det forebyggende arbeidet. Vi mener at når sykepleier forstår at jenta har mistet motivasjonen som kan gå utover helsa hennes og tilbyr henne sykepleie, viser dette at sykepleier tar sitt ansvar i forhold til loven.

Jenta i casen kommer til sykepleier i Unghelsa på skolen. Målpersonen er en ungdom, som i tillegg har en kronisk sykdom. Sykepleier og jenta har bare møttes en gang tidligere, og selv om sykepleier har en formening om hva slags sykepleie jenta trenger, må hun være lydhør på hva jenta vil snakke om. Sykepleieren vet at jenta er umotivert da det kom frem i forrige samtale, og trenger bistand for å få tilbake motivasjon og styrke mestringsfølelsen. Allikevel handler det om å møte jenta der hun er, det er hun som er og skal være i fokus. I samarbeid med jenta må sykepleier få klarhet i hva jenta innehar av kunnskaper om sykdommen, jentas opplevelse og forståelse rundt hennes egen situasjon. Jenta kan faktisk ha mye kunnskap, og sykepleier må være ydmyk for at jenta kan sitte inne med mye kunnskaper fra for eksempel internett (Tveiten, 2009). Forskning viser at internett har blitt en stor kilde for å skaffe seg informasjon om for eksempel kosthold og livsstilsendringer, og det kan være uvisst om jenta har vært kritisk til informasjonen i forhold til sin sykdom (Finbråten & Pettersen, 2012). At sykepleier tenker igjennom at det er jenta som skal være i fokus, og legge opp til et samarbeid mellom de to på jentas premisser, samsvarer dette også med at det skal legges opp til empowerment i sykepleiefaget (Eide & Eide, 2010).

Når jenta kommer til Unghelsa igjen må sykepleier vurdere situasjonen, fordi det kan være at jenta kommer alene eller at hun har med seg ei venninne eller pårørende. Dette kan ha betydning for hvordan sykepleieren legger opp samtalen (Tveiten, 2009). Vår refleksjon her er at kommer jenta alene, kan det være gunstig med tanke på at jenta åpner seg. Har hun med seg noen kan det være støttende og trygt, samtidig som det kan hemme jenta til å snakke åpent om utfordringer og plager.

Hensikten med samtalen er at jenta skal utvikle seg og få en ny forståelse, og føle en bedre mestring i hverdagen. Jenta skal gjøre refleksjoner som kan bidra til bedre handlinger med tanke på sin sykdom (Tveiten, 2009). Dette samkjører også med punkt 2.1 i de yrkesetiske retningslinjene, at sykepleier skal arbeide helsefremmende og forebygge sykdom (NSF, 2011). Dette er også i tråd med Travelbee's (1999) formål, at sykepleier skal hjelpe jenta med å fremme helse og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, eller til å opprettholde sin helsetilstand på beste måte.

Innholdet i samtalen med jenta er vanskelig å planlegge, fordi innholdet skal ta utgangspunkt i det jenta ønsker å snakke om. Altså må sykepleier spørre jenta når hun kommer hva hun vil ha fokus på, det er jenta selv som må finne sin egen vei til mestring (Tveiten, 2009). Sykepleier viser her også empowerment (Eide & Eide, 2010). Når jenta får bestemme samtaleemnet kan det bidra til økt læring og mestring, fordi samtalen vil oppleves mer meningsfull. I bunn og grunn vil det handle om jentas kunnskap om sykdommen, konkrete ferdigheter og/eller holdninger (Tveiten, 2009). Ut i fra hva jenta ønsker å snakke om, kan sykepleier allikevel fokusere på Travelbee's håp som bidrar til mestring på sikt, og for å gi henne et indre mot (Travelbee, 1999). Ved at sykepleier fokuserer på håpet for at jenta skal få mot, vil det også sannsynligvis bidra til at viljen til å ta tak i utfordringer økes. Dette samsvarer med Hendersons teori om at hvis kunnskaper, vilje og krefter er til stede vil det gi bedre utgangspunkt for god helse og mestring (Kirkevold, 1998).

Sykepleier bør vurdere hva som kan påvirke jenta og hennes situasjon (Tveiten, 2009). Hun skal møte en ungdom med diabetes type 1. Sykdommen har utfordringer i seg selv, som beskrevet tidligere i oppgaven hovedsakelig i punkt 1.1 og 3.4. Eksempel her kan være å måtte følge opp sykdommen 24 timer i døgnet. I tillegg må sykepleier være klar over det å være ungdom kan påvirke hennes situasjon i forhold til mestring av sykdommen i hverdagen. I følge Hanås (2011) som tidligere skrevet ønsker ikke ungdom å skille seg ut blant venner, jenta i casen vil heller ikke skille seg ut, det er vanskelig å spise regelmessig og det blir mye søtsaker. Ungdom synes ofte det er besværlig med regelmessigheter i hverdagen og informere andre om sin sykdom. På bakgrunn av dette mener vi det er viktig at sykepleier tar hensyn til

at jenta er en ungdom med diabetes, og at samtalen tar utgangspunkt i jentas opplevelse av sykdommen her og nå.

I forkant av samtalen bør sykepleier vurdere hva som kan fremme, eventuelt hemme, læringen hos jenta. For å fremme læringsprosessen er det gunstig at sykepleieren sørger for at samtalen foregår på et rolig rom hvor de er alene og uforstyrret fra andre medelever på skolen. Videre kan det fremme læringen at sykepleier bruker et språk som jenta skjønner, det vil si unngår altfor mange faglige medisinske ord og uttrykk. Samtidig er det viktig å tilpasse mengden informasjon i forhold til tid og jentas mottakelighet. Sykepleier bør også vurdere om tilnæringsmåten hun velger å ta for seg, i vårt tilfelle veiledning, er hensiktsmessig. Det er også viktig at sykepleier har fokus på at jenta skal være aktiv og delaktig i samtalen. Ved at sykepleier tar tak i det som jenta ønsker å snakke om, kan oppleves som meningsfullt for jenta. Sykepleier må videre legge samtalen til rette slik at jenta ser en sammenheng mellom sin egen situasjon og det sykepleier skal lære henne, samt at jenta ser nytteverdien av læringen (Tveiten, 2009). Disse punktene synes vi samsvarer og strekker seg mot hva Antonovsky setter som kriterier for oppnåelse av god helse, SOC. Jenta skal lære håndterbarheten av diabetes, hun skal få forståelighet av hva som skjer og jenta skal etter hvert føle meningsfullhet i hverdagen (Thorsen, 2010). På en annen side kan læringen hemmes ved at sykepleier ikke tar hensyn til ovenstående, for eksempel å la samtalen foregå på et sted med mye støy og uro som forstyrrer. Et annet eksempel kan være at sykepleier snakker for mye og jenta blir passiv i samtalen (Tveiten, 2009).

I forhold til jenta i casen tenker sykepleier at veiledning er en hensiktsmessig måte å hjelpe jenta på for å styrke mestringskompetansen hennes. I veiledningen vil sykepleier ta utgangspunkt i en endringssamtale (Eide & Eide, 2010). I tillegg vil hun benytte seg av motiverende intervju (Karlsen, 2011). I studien om motiverende intervju konkluderes det med at motiverende intervju kan være en effektiv metode i samarbeid med ungdommer med diabetes. Det kommer fram at deltagerne fikk langsiktige forbedringer av glykemisk kontroll, psykologisk velvære og livskvalitet. Ungdommenes personlige syn på sykdom indikerte at de fikk en sterkere tro på at egenomsorg kan gjøre en forskjell på deres diabetesutfall (Channon et al., 2007). Jenta skal få mer kunnskaper om sykdommen og hennes situasjon, samtidig som

sykepleier skal utfordre henne slik at det skaper refleksjon som gjør at jenta etter hvert finner sine egne svar (Tveiten, 2009). Dette samsvarer med Hendersons syn på hva ene punktet av sykepleierens fagområde er. Hun mener at sykepleier skal hjelpe pasienten til normal utvikling og helse gjennom pasientens læring og oppdagelse (Kirkevold, 1998). Dette understøttes også av Travelbee (1999) da hun mener at sykepleieren er en endringsagent, og at sykepleiesituasjoner innebærer forandringer hos pasienten. Nøkkelen til mestring er at sykepleier gjennom veiledningen hjelper jenta til å omsette den teoretiske kunnskapen om diabetes til praktisk bruk i hverdagen (Karlsen, 2011).

Sykepleier bør også tenke igjennom hvordan hun kan vite at hensikten av veiledningen er oppnådd. For at sykepleier skal kunne vite om jenta føler hun har fått en bedre mestring, må hun spørre jenta om hun har hatt utbytte og læring av samtalen. Hun kan også spørre jenta hva som har bidratt, eller ikke bidratt, til bedre mestring (Tveiten, 2009). I forhold til motiverende kommunikasjon kan sykepleier ta for seg en sjekkliste etter samtalen med spørsmål for styrking av kapasitet for mestring. Sjekkspørsmål sykepleier kan stille seg er om hun har etablert tillitt gjennom empati, lagt til rette for motivasjon og læring, spurt åpne og klargjørende spørsmål og vært lydhør for jentas behov og mål. Videre kan sykepleier spørre seg om det har vært sammenheng mellom jentas kunnskapsgrunnlag og veiledning, samt akseptert at jenta er sin egen ekspert på sykdommen. Videre om hun har påvirket jenta til å øke hennes egen aktivitet, samt bevisstgjort jenta om hvor viktig det er å takle utfordringer relatert til sykdommen. Til slutt kan sykepleier spørre seg om hun har satt lys på forandring av jentas tidligere tanke- og adferdsmønstre, og inspirert til utvikling av aktive problemorienterte mestringsstrategier. Ut i fra hvor mange ja-svar sykepleier kan svare desto bedre har veiledning og kommunikasjon vært i forhold til forberedelser, motivasjon eller læringsberedskap til mestring hos jenta. (Karlsen, 2011). Bedre mestring kan i følge forskning påvirke høyere livstilfredshet, mindre bekymringer og angst, og bedre følelse av velvære. Ungdommene i studien hadde sterkere tro på at visse handlinger sannsynligvis bidro til å forhindre fremtidige diabeteskomplikasjoner og oppfattet at diabetes i mindre grad hadde innvirkning på deres liv (Channon et al., 2007).

5.3 Hvordan sykepleier kan få til en god samhandling med ungdom for å fremme motivasjon og selvtillit.

Veiledningen begynner med at sykepleier blir kjent med pasienten. I casen har jenta og sykepleier etablert kontakt i første samtalen. Jenta ønsker å komme tilbake, dermed tenker vi at det er skapt relasjoner og bygget opp et tillitsforhold (Tveiten, 2009). Dette samkjører med Karlsen (2011) som kaller denne første fasen for den innledende fase som innebærer kontaktetablering og tillit. Dette kan også sammenliknes med Travelbee's (1999) etablering av et menneske-til-menneske-forhold hvor de har gjennomgått fire faser der hvor forståelse og kontakt er etablert mellom sykepleier og pasient. Sykepleier blir kjent med mennesket og ikke pasienten. I tillegg trekker vi tråder mot Hendersons metode for sykepleieren, at pleier/pasient-forholdet mellom sykepleier og jenta skal dannes på en naturlig og konstruktiv måte (Kirkevold, 1998). Ovenstående samsvarer godt med pasrl (1999) § 1-1 om skapende tillitsforhold mellom pasient og helsetjeneste.

For å skape relasjoner og bygge opp tillitsforholdet i kommunikasjonen må sykepleier være imøtekommende og vennlig ovenfor jenta. Videre må hun vise fortrolighet og interesse for jentas sykdom. Dialogen må være individuell og åpen, og sykepleieren viser jenta stor forståelse. Jenta kommer til Unghelsa med en forventning om å få hjelp og støtte, og sykepleieren lytter og tar imot emosjonelle følelser som jenta uttrykker. I kommunikasjonen benytter sykepleier seg av aktiv lytting, både verbalt og non-verbalt, og anvender dette under hele samtalen. Aktiv lytting er teknikker som er nyttige fordi det baner vei for videre kommunikasjon (Karlsen, 2011). Vår erfaring fra praksis samstemmer med at aktiv lytting er nyttig i kommunikasjon, fordi vi har erfart at når vi benytter denne teknikken viser vi interesse og pasientene åpner seg og snakker lettere. Videre mener Karlsen (2011) at selv om sykepleier skaper relasjoner og bygger opp et tillitsforhold i første samtale, må relasjonsbygging allikevel fortsettes og vedlikeholdes videre med jenta. Jenta har fortsatt behov for å bli sett, hørt og bli tatt på alvor. Dette vil skape videre trygghet, motivasjon, økt selvforståelse og tro på at hun vil mestre diabetesen sin. Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskap når hun skal etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon er en dynamisk prosess der pasienten og sykepleier utveksler tanker og følelser. Pasienten formidler

noe gjennom sitt utseende, holdning, oppførsel, mimikk, bevegelser og berøring, likeledes gjør sykepleier overfor den syke. Sykepleier etablerer et menneske-til-menneske-forhold med pasienten ved å bli kjent med ham som menneske og ta vare på hans behov. Mål og hensikt til sykepleier blir oppfylt og pasientens sykepleiebehov blir tatt vare på.

Neste veiledningsfase kaller Tveiten arbeidsfasen. Den innebærer at sykepleier stiller spørsmål til jenta som skal reflektere og bearbeide det hun ønsker å ta tak i for å kunne lære, oppdage og komme frem til ny løsning (Tveiten, 2009). Denne fasen velger derimot Karlsen (2011) å dele opp i to faser. Først er fasen hvor sykepleier utforsker problemet til jenta. Sykepleier er lydhør for hva jenta sier for å få forståelse av situasjonen og jentas mestringsforståelse. For all mestring vil det være godt for jenta å snakke ut, og kanskje rydde opp i sine indre tanker. Ved at sykepleier fokuserer på jentas ressurser fremfor begrensninger, kan det gi grunnlag for å se nye muligheter. Da tar sykepleier i bruk Travelbee's (1999) "håp i fremtid". I tillegg viser sykepleier empowerment (Mæland, 2005). Andre fasen til Karlsen innebærer at sykepleier har fokuset rettet mot å bearbeide og normalisere jentas følelser. Da er det viktig at sykepleieren støtter jenta slik at jenta får bearbeidet vonde følelser i forhold til sin diabetes (Karlsen, 2011). Dette samsvarer også med Hendersons punkt om sykepleierens generelle metoder, å gi emosjonell støtte som å lindre og trøste jenta (Kirkevold, 1998).

Under kommunikasjonen bør sykepleier bruke seg selv terapeutisk, bruke sin personlighet og kunnskap for å oppnå et forhold til pasienten og for å strukturere sykepleieintervensjonen (Travelbee, 1999). Med sykepleierintervensjon menes sykepleietiltak systematisert i forhold til en pasients sykdom (Rustøen, 2010). Hensikten med at sykepleier bruker seg terapeutisk i samtalen med jenta er for å fremme forandring hos henne. Travelbee ser på sykepleieren som en håndverker og hun må derfor være dyktig i bruk av redskaper og teknikker, disse må mestres og kontrolleres slik at fokus og oppmerksomhet holdes på målet og ikke midlene. I alle samhandlinger gis det muligheter for kreativ påvirkning. Jo mer kunnskapsrik sykepleier er desto bedre blir hun i stand til å dele kommunikasjonens kraft og styrke (Travelbee, 1999). Etter første samtale ved Unghelsa har jenta reflektert i ettertid over sin sykdom og hvordan hun lever, men det er fortsatt vanskelig å forholde seg til sin nye livsstil. Jenta sier at dagene er ulike hva gjelder motivasjon. I følge Eide & Eide (2010) er det sykepleiers oppgave ved

kommunikasjon å bestyrke jenta slik at hun finner sin nye livsstil, men veien dit må gå på jentas premisser i forhold til hennes følelser, prioriteringer og valg i livet. Det er jenta som må identifisere sitt problem med sin livsstil i en travel og utforskende ungdomstid, og i fellesskap med sykepleier klare å finne frem til egne løsninger som bedrer hennes diabetes. Dette samsvarer også med empowermentprosessen (Mæland, 2005). Som tidligere skrevet bør sykepleier være en profesjonell samtalepartner slik at kommunikasjonen blir vellykket. Sykepleier må være lyttende, speile jentas lengsler, finne hennes styrke og håp for fremtiden (Eide & Eide, 2010). Dette samkjører med Travelbee's (1999) "håp i framtid" og "håp forbundet med mot". Videre skriver Eide & Eide (2010) at sykepleier bør påvirke jenta til å utforske egne mål, få henne til å se muligheter fremover, bekrefte og styrke jentas mål i den konkrete gjennomføringen av sin endringsplan.

I begynnelsen av denne fasen av veiledningen kan sykepleier starte med å spørre jenta om hva hun vet og vil vite mer om sykdommen. Basert på hva jenta svarer må sykepleier informere jenta ut i fra hva hun vil vite (Tveiten, 2009). Forskning viser at sykepleier bør gi utviklende og passende informasjon om diabetespleie og behandling, basert på eksisterende kunnskap. Barn og ungdom må få stille spørsmål rundt sin situasjon og problemer (Roper et al., 2009). Ved å inneha lite kunnskaper om sykdommen, kan det ofte føre til mindre engasjement og lettere å ty til fornektelse og unngåelse, emosjonelt orientert mestring (Jaser & White, 2010). Videre kan sykepleier stille åpne og klargjørende spørsmål til jenta for å øke bevisstheten rundt problemet hennes. Eksempel kan være "Hvordan"-spørsmål, for eksempel "Hvordan kan du endre din situasjon?", fordi det kan gjøre at jenta begynner å reflektere rundt sykdommen og livsstilen hennes, i tillegg til at det understrekes og forsterkes at jenta er fokuspersonen (Karlsen, 2011). Eide & Eide (2010) mener det kan bidra til at jenta åpner seg og snakker fritt, utforsker sine egne oppfatninger, tanker og følelser. Vår erfaring fra praksis er at ved å stille åpne spørsmål kan ofte pasienten begynne å tenke og reflektere før vedkommende svarer. I følge Eide & Eide (2010) kan sykepleier videre spørre jenta lukkede spørsmål for å få klarhet, avkreftelse eller bekreftelse rundt en situasjon. For eksempel "Har du hatt diabetes lenge?" og "Hva tenker du om det?". Lukkede spørsmål har ofte "ja"/"nei"-svar og er lite hensiktsmessige for å spille videre på, men fine for å få mer utdypende og konkrete svar. Når jenta begynner å snakke så er sykepleier her lyttende, bekrefter verbalt og

non-verbalt samt viser interesse og forståelse. Dette bidrar til at jenta reflekterer fritt, sykepleier bekrefter alle signaler om at jenta er bekymret og gir videre antydninger til erkjennelse at dette har med livsstilen å gjøre hos jenta. Når jenta for eksempel sier at hun står ovenfor mange fristelser i hverdagen, gir sykepleier bekræftende svar på dette både verbalt og non-verbalt. Ved at sykepleier bekrefter og viser forståelse for jenta bidrar det til at jenta går inn i sin egen opplevelse og hun får utløp for sine tanker og følelser. Karlsen (2011) mener at når sykepleier aksepterer jentas emosjonelle følelser bidrar det til at jenta blir trygg, og det kan føre til at jenta blir ytterligere motivert, øker sin egen forståelse og mestringsevnen styrkes. Hun retter også fokuset mot aktiv lytting i samtalen med jenta. At sykepleier benytter aktiv lytting, er lyttende og viser at hun er interessert i hva jenta uttrykker, gjør at jenta føler å bli tatt på alvor. Dette skaper motivasjon og læring (ibid.). Jenta føler også her ansvar og tillitt. Ved at sykepleier bekrefter jentas ferdigheter uten å blande seg inn med hva jenta burde gjøre skaper sykepleieren her gode spirer til refleksjon hos jenta. Det bidrar også til å styrke relasjonen. Sykepleier må lytte, vise forståelse og støtte oppunder det jenta sier, og viktig å vise empati og forståelse og ha en god stemning under samtalen. Dette kan legge til rette for at jenta selv forstår og får motivasjon for endring. Sykepleier hjelper jenta med å styrke hennes motivasjon ved å være alliert og bekrefter jentas egen motivasjon (Eide & Eide, 2010). Det er imidlertid viktig å være klar over at sykepleier kan motivere jenta aldri så mye uten at det hjelper (ytre motivasjon), fordi uansett er det den indre motivasjonen til jenta som vil være avgjørende. Den indre motivasjonen påvirkes av jentas egne tanker om seg selv og sine ferdigheter, og hvilket utbytte hun føler hun vil sitte igjen med etter endt arbeid med endringen (Kristoffersen, 2011).

Siste fasen av veiledningen kaller Tveiten (2009) avslutningsfasen. I denne fasen bør sykepleier legge opp til å samle trådene ut i fra samtalen med jenta. Videre bør de sammen evaluere både prosess og resultatene av læringen, samt finne eventuelle handlingsmåter videre. Dette synes vi samsvarer med siste fasen til Karlsen (2011), å se på handlinger som kan føre til nye mål for jenta. Sykepleier kan styrke motivasjonen til jenta ved å bekrefte at det nytter å forsøke. I tillegg fokuserer hun på at sykepleier tar tak i problemløsende strategier, brukermedvirkning samt foreslå videre oppfølging.

Hvis jenta har et ønske om å forandre sin livsstil, men er usikker på om hun er motivert nok, kan sykepleier her spørre jenta direkte om hvorfor hun vil forandre på livsstilen eller ikke. Sykepleier kan videre utforske problemsituasjonen til jenta. Hun kan spørre jenta om det er noe hun bekymrer seg for, eller om hun kan tenke seg hva som kan bli vanskelig å gjennomføre. Sykepleier må repetere informasjon og bekrefte kunnskaper som jenta tilegner seg under samtalen, videre respektere jentas egen rytme og tempo, jenta må få den tiden hun trenger for å omstille seg. Hvis jenta er bekymret for senkomplikasjoner kan sykepleier bekrefte hennes bekymring. Dette stimulerer problembewisstheten til jenta. Sykepleier må også utforske jentas ambivalens i forhold til utfordringene med å spise søtsaker og være aktiv. Sykepleier bør utforske og speile positive og negative sider og følelser hos jenta i forhold til hennes situasjon fordi dette bidrar til at jenta reflekterer. Dette er også viktig for forståelsen av vanskelighetsgrad og mestringsevne hos jenta. Refleksjonen fører til at hun tenker over egen motivasjon og hvilke motkrefter hun må bruke i endringsarbeidet (Eide & Eide, 2010). Dette synes vi samsvarer med hva Karlsen (2011) vektlegger i siste fase. Sykepleier bør sammenfatte det jenta har sagt fordi det kan føre til oversikt og klarsynthet hos jenta. Dette bidrar også til at jenta utforsker situasjonen og kan styrke motivasjonen ytterligere for å klare å endre livsstilen sin. Tanker og følelser som jenta kommer med under samtalen sier noe om hennes endringsmotivasjon, og sykepleier må lytte til jenta og spørre henne hvorfor det er viktig å gjøre endringer, eller ”Hvordan få dette til?”. Dette bidrar til ytterligere refleksjon og motivasjon hos jenta og stimulerer til endringsvilje. Hun blir også klar over hvilke motkrefter hun må bruke for å få til endring. Det kan også være gunstig at sykepleier oppfordrer jenta til at hun prater om sin sykdom til sine venner. Hanås (2011) skriver også om viktigheten av å fortelle vennene om sykdommen fordi det er verre for jenta å gå rundt å ”late som ingenting” og være usikker på hva vennene vet eller ikke vet om henne og sykdommen. I følge artikkel er det viktig for ungdom med diabetes type 1 at de får støtte og forståelse fra venner på deres egen alder (Huus & Enskär, 2007).

6. Konklusjon

I dette kapittelet vil trådene fra drøftingen bli samlet. Her oppsummerer vi kunnskapen vi har tilegnet oss ved å skrive denne bacheloroppgaven, og svarer på vår problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier motivere ungdom til å mestre sykdommen diabetes type 1?”. Vi deler konklusjonen opp i tre deler ut i fra drøftingens tre kapitler.

Ved å jobbe med denne oppgaven har vi fått forståelse for at ungdom er sårbare med tanke på at de er i en utviklingsprosess. De vil ikke skille seg ut blant venner og ”lever i nuet”. Det kan være utfordrende fordi de står i hormonelle og fysiske forandringer. I tillegg til dette har de en kronisk sykdom, i dette tilfellet diabetes type 1, som må følges opp 24 timer i døgnet, hele livet, som krever sitt i den daglige hverdagen. For å fremme mestring og motivasjon ser vi viktigheten av å fokusere og styrke håpet fordi det kan gi en motiverende kraft og gjøre den ”håpløse” situasjonen levelig. Det er også viktig å fokusere på og hjelpe ungdom, eksempelvis som jenta i casen, til kunnskap, krefter og vilje i forhold til sykdommen sin, fordi jo mer man vet og har mulighet til å ta tak i styrker det personens egenomsorg. I forhold til diabetes trenger de kunnskap om sykdommen, kosthold og fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er noe alle bør oppfordres til å gjøre for å styrke både fysisk og psykisk helse. Like viktig er det at man har fokus på at ungdom har forståelse for sin situasjon og klarer å håndtere den praktiske biten i forhold til sykdommen, samt føle at hverdagen er meningsfull. Fordi føler man en sammenheng i livet, SOC, vil det sannsynligvis gjøre at man føler livet er verdigfullt og verdt å leve. Det er viktig at man tar tak i tanker og følelser hos personen, og tar tak i mestringsstrategiene, som kan bidra til motivasjon og vilje til å endre livsstil.

I forhold til veiledning ser vi som sykepleiere viktigheten av å være forberedt fordi det kan avgjøre hvor god veiledningen med pasienten kan bli. Pasienten skal ha utbytte og føle at de har noe igjen for ha vært på veiledning. I forhold til yrkesetiske retningslinjer og lovverk skal man gi helhetlig sykepleie og jobbe helsefremmende og forebygge sykdom. Man skal ha respekt for pasienten, samt se på vedkommende som et selvstendig og unikt menneske med egne meninger. I forberedelsesfasen er det viktig at man vet hva slags person som kommer til

veiledning, og vedkommendes situasjon, fordi det har betydning for hvordan veiledningen legges opp. Det er pasienten som skal være i fokus og samarbeidet skal være på vedkommendes premisser fordi det blir mer meningsfullt for pasienten. Å ha en hensikt med veiledning vil gjøre at samtalen blir mer målrettet, sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og anvender sin faglige kompetanse for at sykepleien kan bli så optimal som mulig. Det kan være vanskelig å planlegge innholdet fullt ut fordi man skal ta utgangspunkt i pasientens ønske om samtaleemne, dette fordi man skal legge vekt på brukermedvirkning og pasienten skal kunne føle delaktighet. Ved at man tenker igjennom hva som kan påvirke pasienten og vedkommendes situasjon og hva som kan hemme og fremme læring, vil man lettere kunne møte pasienten der vedkommende er, samt legge opp til optimalt læringsutbytte uten for mange forstyrrelser. Å ha vurdert hva slags tilnæringsmåte man skal benytte seg av i møte med pasienten er også gunstig fordi da kan man angripe pasientens problem og hjelpe vedkommende på en hensiktsmessig måte for kunne legge til rette for endring. I forhold til diabetes er det gunstig med endringssamtale og motiverende intervju, fordi ut i fra hva forskning viser kan det gi bedre livskvalitet og trivsel og forbedret glykemisk kontroll. Det er gunstig å vurdere hvordan hensikten er oppnådd fordi da kan sykepleier evaluere seg selv i veiledningen.

I innledende fase av veiledningen er fokuset kontaktetablering mellom sykepleier og pasient, hvor man bygger relasjoner og tillit. Dette betinger at som sykepleier er man blid og imøtekommende, viser interesse og fortrolighet ovenfor pasienten. Denne etableringen legger et godt grunnlag for resten av samtalen. Neste fase er "hovedfasen" hvor man jobber for å få til en endring hos pasienten. Ved å påvirke pasienten med ytre motivasjon er ønsket å "vekke" den indre motivasjonen hos vedkommende slik at ny forståelse oppnås og pasientens vilje til å endre seg oppstår. For å legge til rette for denne motivasjonen innebærer det at sykepleier er åpen for spørsmål, gir passende informasjon, tar tak i problemet til pasienten, bearbeider følelser og får vedkommende til å reflektere over sin situasjon. For å få til dette benytter sykepleier teknikker som aktiv lytting, åpne og lukkede spørsmål, samt er lyttende, forståelsesfull og støttende. Siste fase av veiledningen går ut på å gjengi og repetere kort fra samtalen for å sammenfatte det som har blitt sagt, evaluere læringen og se på nye handlingsmåter framover. Sykepleier kan ta tak i fordeler og ulemper ved at jenta endrer seg,

samt spørre direkte hvorfor det er viktig med endring. Ved at disse tingene gjøres har vi lært at det vil skape ytterligere refleksjoner og sette lys på hvilke motkrefter pasienten må ta i bruk for å kunne endre seg. Vi kan også vise til forskning til pasienten, at det er gunstig å snakke om sykdommen til venner fordi det er viktig at de får den støtten og forståelsen fra jevnaldrende. At man henviser til forskning tenker vi kan ha positiv effekt på pasienter.

Litteraturliste

*Channon, S. J., Huws-Thomas, M. V., Rollnick, S., Hood, K., Cannings-John, R. L., Rogers, C. & Gregory, J. W. (2007). A multicenter randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes care*. 30:1390-1395. doi: 10.2337/dc06-2260

Antall sider: 6

Dalland, O. (2012). *METODE OG OPPGAVESKRIVING (5. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Diabetesforbundet. (2012). Hentet Januar 16, 2013 fra <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>

Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Finbråten, H. S. & Pettersen, K. S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters "health literacy". *Vård i norden*, 32(3), 47-52. Lokalisert på: [http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(Hanne%20AND%20S%c3%b6berg%20AND%20Finbr%c3%a5ten\)%20AND%20granskning:"peer%20reviewed"&query=Hanne%20S%c3%b8berg%20Finbr%c3%a5ten%20Limits:%20granskning:"peer%20reviewed"&start=0&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=126023&pos=0&rows=10&nextDok_ID=125808](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(Hanne%20AND%20S%c3%b6berg%20AND%20Finbr%c3%a5ten)%20AND%20granskning:)

Antall sider: 6

*Folkehelseinstituttet. (2008). Hentet Januar 16, 2013 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5640:0:15,1368:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:64250::1:5569:1:::0:0

*Hanås, R. (2011). *BLI EKSPERT PÅ DIN EGEN DIABETES Type 1 diabetes*. Oslo: Cappelen Damm.

Kap. 2: s. 4-7

Kap. 24: s. 229-244

Kap. 34: s. 290-300

Kap. 37: s. 318-334

Totalt antall sider: 48

*Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. I A. Skafjeld, & M. Graue (red.), *Diabetes Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 269 - 315). Oslo: Akribe AS.

Antall sider: 46

*Huus, K. & Enskär, K. (2007). Adolescents' experience of living with diabetes. *Paediatric Nursing*, 19(3), 29-31. Lokalisert på:

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&sid=a72201ad-c6ef-416e-8e9d-a6da60303e4d%40sessionmgr112&hid=108&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009569740>

Antall sider: 3

Høgskolen i Hedmark. (u.d.). *Studiehjelp*. Hentet februar 04, 2013 fra

<http://www.hihm.no/Hovedsiden/Bibliotek/Studiehjelp>

Håkonsen, K. M. (2010). *Innføring i psykologi (4.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Jaser, S. S. & White, L. E. (2010). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*, 37(3), 335-342. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x

Antall sider: 8

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

Antall sider: 17

*Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Antall sider: 12

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3 (2.utg.)* (s. 337 - 385). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og Mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3 (2.utg.)* (s. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. G. (2005). *FOREBYGGENDE HELSEARBEID I teori og praksis (2.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-1. (2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-3a. (2012). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 2-1a. (2012). Lokalisert på:
<http://www.lovdatab.no/>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2012). Lokalisert på:
<http://www.lovdatab.no/>

*Roper, S. O., Call, A., Leishman, J., Ratcliffe, G. C., Mandelco, B. L., Dyches, T. T. & Marshall E. S. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1705-1714. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05033.x
Antall sider: 10

Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 29-55). Oslo: Akribe AS.

Thorsen, K. (2010). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *GERIATRISK SYKEPLEIE God omsorg til den gamle pasienten* (s. 57 - 68). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
Antall sider: 287

Tveiten, S. (2008). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Selvvalgt litteratur: totalt 443 sider.

Vedlegg 1 – PICO-skjema

| | | |
|--|--|---|
| <p>Skriv spørsmålene dine her. Husk å være så presis i formuleringen som du klarer.</p> <p>Sett spørsmålene dine inn i PICO:</p> | <p>Hvordan kan ungdom med diabetes type 1 mestre sykdommen sin?</p> <p>Hva slags effekt har motiverende intervju hos en ungdom med diabetes 1?</p> | |
| <p>P: Pasient/problem</p> | <p>Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?</p> | <p>Diabetes mellitus type 1, Diabetes 1, Diabetes and adolescence, Diabetes and teenagers</p> |
| <p>I: Intervention</p> | <p>Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</p> | <p>Adolescents, Teenagers, Motivational interviewing, Education, Nursing,</p> |
| <p>C: Comparison</p> | <p>Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).</p> | |
| <p>O: Outcome</p> | <p>Hvilke endepunkter/ utfall er du interessert i?</p> | <p>Adaptation psychological Coping, Quality of life, stress</p> |