



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

**Oda Solberg Knutsen og Emma Amundsen**

**Veileder: Anne With**

Bacheloroppgave

**Diabetes; så mye mer enn bare blodsukker.**

Diabetes; so much more than just blood sugar.

Antall ord: 12 254

BASYK 2012

2015

Samtykker til utlån hos høyskolebiblioteket

JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA X NEI

## **Sammendrag**

Å få en kronisk diagnose som diabetes type 1 utfordrer mennesket på ulike måter. I denne besvarelsen bruker vi teori, forskning og brukererfaring samt vår egen erfaring fra praksis for å belyse hvilke måter det utfordrer mennesket på. Vi har gjennom arbeidet med oppgaven sett hvilken overføringsverdi funnene kan ha til andre kroniske diagnoser, da omveltningen og reaksjonene til pasienten og de pårørende kan ha likhetstrekk.

Ved å bruke et litteraturstudie har vi funnet ut av sykepleierens rolle og oppgaver i møte med de utfordringer denne pasientgruppen står ovenfor. Vi har forstått at fokuset på den mentale helsen er vel så viktig som fokus på det rent praktiske, i tillegg til formidling av kunnskap. Forskning viser interessante resultater om at denne pasientgruppen ofte får psykiske tilleggsdiagnoser, som videre kan ha negativ innvirkning på både sykdommen og livet til pasienten. I besvarelsen går vi inn på ulike måter pasienten kan oppnå mestring og viktigheten av dette for å kunne leve godt med sykdommen. Vi belyser også metoder vi som sykepleiere kan benytte for å hjelpe pasienten til mestringsfølelse.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Innledning .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Problemstilling.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 Begrepsavklaring .....</b>	<b>6</b>
1.3.1 Mestring .....	6
<b>1.4 Begrunnelse for valg av tema.....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Pasientperspektiv.....	7
1.4.2 Sykepleieperspektiv.....	7
<b>1.5 Oppgavens hensikt.....</b>	<b>8</b>
<b>1.6 Avgrensing av oppgaven .....</b>	<b>8</b>
<b>1.7 Oppgavens oppbygging .....</b>	<b>9</b>
<b>2. Metodebeskrivelse .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Litteratursøk og datainnsamling.....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Valg av databaser og litteratur .....	10
<b>2.2 Kvalitetsvurdering av litteratur.....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Primær- og sekundærlitteratur.....	11
<b>2.3 Forskningsartikler .....</b>	<b>12</b>
2.3.1 Presentasjon av artiklene .....	12
2.3.2 Søkeprosessen .....	13
<b>2.4 Anonymisering .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Teoretisk perspektiv .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Teoretikere.....</b>	<b>15</b>
3.1.1 Joyce Travelbee .....	15
3.1.2 Virginia Henderson .....	15
3.1.3 Aaron Antonovsky.....	16
<b>3.2 Sykepleie til pasienter med diabetes .....</b>	<b>16</b>
3.2.1 Diabetes Mellitus type 1 .....	16
3.2.2 Det psykologiske aspektet ved å få diagnosen.....	17
3.2.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon .....	19
3.2.4 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon .....	19
3.2.5 Kommunikasjon.....	20
3.2.6 Mestring .....	20

3.2.7 Empowerment, salutogenese og sence of coherence .....	21
<b>3.3 Lovverk .....</b>	<b>22</b>
3.3.1 Spesialisthelsetjenesteloven.....	22
3.3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven.....	23
3.3.3 Yrkesetiske retningslinjer .....	23
<b>4. Drøfting og diskusjon .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Mental helse og mestring.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Kommunikasjon med pasienten i krise.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3 Møte med pasienten i undervisning og veiledning .....</b>	<b>29</b>
<b>4.4 Mestringsstrategier i krise.....</b>	<b>31</b>
4.4.1 Sosial støtte som mestringsstrategi.....	33
<b>4.5 Ulik alder = ulike utfordringer? .....</b>	<b>34</b>
<b>4.6 Diabetes type 3 .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Refleksiv vurdering og konklusjon .....</b>	<b>38</b>
<b>6. Litteraturliste .....</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 1</b>	
<b>PICO-skjema</b>	

”Det avgjørende for å kunne bli et lykkelig menneske, er at det er en selv som har styringen i eget liv”.

*Aristoteles.*

(Strand, 2005, s. 65).

# **1. Innledning**

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

Gjennom sykepleieutdanningen og arbeidserfaring har vi møtt pasienter med diagnosen diabetes, både type 1 og 2. Erfaringene vi har fått i møte med disse pasientene har gjort oss interessert i å lære mer om pasientenes opplevelse av å få og leve med en kronisk sykdom som diabetes. I den forbindelse har vi kommet frem til at diabetes mellitus type 1(DM1) er den vi har minst arbeidserfaring med av de to typene, og derfor den vi synes er mest spennende å lære mer om. Dette på grunn av at vi ønsker å ha mer fokus på pasientens opplevelse av å få diagnosen, den mentale helsen i forbindelse med dette og ikke minst sykepleierens rolle mot å hjelpe pasientene til å mestre hverdagen. Samtidig ser vi viktigheten av å opplyse om og fokusere på den mentale helsen når pasienten får diagnosen DM1. Dette fordi det oftest er barn, ungdom eller unge voksne som får diagnosen og forskning viser at de er utsatt for psykiske lidelser som depresjon, angst og spiseforstyrrelser (Levitsky & Misra, 2015). Sykepleierens rolle er viktig for at pasienten skal kunne takle å leve med sykdommen på en best mulig måte og samtidig opprettholde den mentale helsen.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til mestring for pasienter med nyoppdaget Diabetes Mellitus type 1?*

## **1.3 Begrepsavklaring**

### **1.3.1 Mestring**

Oslo Universitetssykehus (2004) beskriver mestring som en opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer, samt en følelse av å ha kontroll i sitt eget liv. De mener at aktiv og god mestring gjør det lettere å tilpasse seg en ny virkelighet, samt se forskjell på hva en må leve med og hva en kan endre på.

## **1.4 Begrunnelse for valg av tema**

I dette punktet vil vi beskrive begrunnelsen for valg av tema ut i fra et pasient- og sykepleieperspektiv. Vi velger å ta for oss de to ulike perspektivene fordi vi anser det som viktig å se problemstillingen fra et faglig ståsted, samt å aktivt belyse

pasientperspektivet slik at vi sammen med forskning kan arbeide kunnskapsbasert og bidra til en bedre praksis.

#### **1.4.1 Pasientperspektiv**

Et pasientperspektiv, eller et brukerperspektiv, beskrives som virkeligheten sett gjennom pasientens øyne (Normann, Sandvin & Thommesen, 2013). For å kunne se en situasjon ut i fra et brukerperspektiv, må vi som sykepleiere kunne vise empati for å sette oss inn i pasientens opplevelse av situasjonen. Vi må lytte, forstå etter beste evne, samt samarbeide (Eide & Eide, 2011).

Etter å ha snakket med pasienter som har fått diagnosen DM1, har vi forstått at det er mye fokus på de praktiske gjøremålene i møte med helsesektoren. Pasientens opplevelse av å leve med sykdommen kan lett bli glemt mellom blodsuktermålinger, måltider og insulininjeksjoner. De opplever at et mindretall av helsevesenet de er i kontakt med fokuserer på den psykiske påkjenningen som ofte følger med en kronisk sykdom. Utenpå pasienten synes lite, men hvordan er det egentlig å ha diabetes? Hvordan er det å leve med diagnosen? Etter å ha funnet forskning og litteratur som viser at pasienter med DM1 ofte sliter med angst, depresjon og spiseforstyrrelse, forstår vi at dette er et viktig og aktuelt tema som bør belyses ytterligere (Karlsen, 2007, Levitsky & Misra, 2015).

#### **1.4.2 Sykepleieperspektiv**

Kunnskapsdepartementet (2008) skriver i rammeplanen for sykepleierutdanningen at en sykepleier skal ut i fra hvordan det erfarer å være syk, forholde seg til pleie og omsorg for den syke. Dette sammen med kunnskap om sykdomsårsak, diagnostikk og prognose. Formålet med sykepleierutdanningen er at man skal vise omsorg og gi pleie ut ifra opplevelsen av å være syk. Rammeplanen krever at en sykepleier setter seg inn i pasientens lidelse og prøver å forstå hva pasienten gjennomgår.

Vi har erfart gjennom praksis at mange sykepleiere i dag har for lite kunnskap om diabetes og omfanget av dette. Dette bekrefter en test utført av NSF student i 2013 på et avgangskull i sykepleie, bare uker før de fikk autorisasjonen sin. De fikk spørsmål der 33 av 550 studenter svarte at de ville gitt insulin til en pasient med hypoglykemi (Diabetesforbundet, 2013). På bakgrunn av dette er det for oss tydelig at de ikke har nok forståelse for hva som skjer i kroppen til en person med diabetes, og denne

mangelen på kunnskap kan være fatal. Vi kan videre tenke oss til hva dette betyr for kunnskapen deres om pasientens opplevelse av å få og leve med en slik diagnose. Vi ser for oss at dette kan være vanskelig for dem å forstå, grunnet den manglende basiskunnskapen.

På grunnlag av disse opplysningene og vår egen refleksjon rundt tematikken, vil vi basere oppgaven vår på den mentale helsen til pasienter med nyoppdaget DM1. Læren om det å leve med en kronisk diagnose som DM1, samt sykepleierens funksjon i møte med pasienten, kan ha overføringsverdi i møte med andre pasientgrupper. Vi som sykepleiere har en pedagogisk funksjon som er viktig for å kunne undervise og veilede pasientene i den situasjonen de er i, slik at den blir best mulig og vi kan bidra til mestring (Kunnskapsdepartementet, 2008).

### **1.5 Oppgavens hensikt**

Hensikten med oppgaven vår er å sette større fokus på mental helse hos pasienter med DM1. Vi vil ved å legge vekt på sykepleierens oppgaver i møte med pasienter som har denne diagnosen, forsøke å drøfte oss frem til ulike alternativer for å bidra til mestring i pasientenes hverdag med DM1. Vi skal se nærmere på sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med denne pasientgruppen, for å øke vår kunnskap rundt temaet slik at vi kan stille bedre forberedt ute i arbeidslivet som nyutdannede sykepleiere.

### **1.6 Avgrensning av oppgaven**

I denne besvarelsen har vi valgt å fokusere på unge voksne i alderen 18-30 år som nylig har fått diagnosen DM1. Forklaringen til at vi ikke har ungdommer i aldersgruppen under 18 år er fordi vi ikke har noen erfaring med barn, men noen av funnene i besvarelsen kan ha overføringsverdi til pasienter i denne aldersgruppen også. Vi tar utgangspunkt i at vi møter pasientene på poliklinisk avdeling i sykehuset for oppfølging og veiledning. I denne besvarelsen har vi lagt vekt på tilnærmingen vi som sykepleiere bør ha til pasienten. I besvarelsen vil vi ikke skrive noe om diabetes type 2, men også her har funnene i besvarelsen vår overføringsverdi.

I teoridelen skriver vi kort om de fysiologiske aspektene ved DM1. Dette for å vise at vi har forståelse for hva det handler om, men dette vil ikke bli et fokus videre i besvarelsen. Vårt fokus er hvordan denne diagnosen påvirker pasientene psykologisk



og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe disse pasientene til å takle hverdagen best mulig. Vi skriver om DM1 i teoridelen, og har derfor ikke definert dette i begrepsavklaringen. I drøftingen kommer vi til å si noe om pårørendes rolle til den aktuelle pasientgruppen, fordi vi forstår at pårørende kan være en ressurs for pasientene for å kunne takle å leve med DM1.

En del av besvarelsen vår handler om kommunikasjon, fordi vi forstår at dette er et viktig verktøy for oss som sykepleiere. Kommunikasjon er et vidt begrep, men i vår oppgave har vi valgt å ha fokus på de ulike kommunikasjonsferdighetene som Eide & Eide (2011) tar for seg. Vi velger å skrive om mestringsstrategier og i drøftingen diskuterer vi bruken av disse. Vi har med mestringsstrategier fordi vi mener at dette er viktig for en sykepleier å vite noe om, spesielt i møte med pasienter som opplever krise på grunn av sin kroniske sykdom. I teoridelen har vi valgt å utdype de vanligste psykiske tilleggsdiagnosene som DM1 kan føre med seg. Vi vil ikke vise til ulike mestringsstrategier som går direkte på hver av disse tilleggsdiagnose, men generelt drøfte hvordan pasienten kan opprettholde mental helse for å unngå disse. Vi referer til både pasienten og diabetikeren i vår besvarelse, og med dette mener vi diabetespasienten.

Øvrige avgrensinger kommer underveis i besvarelsen.

### **1.7 Oppgavens oppbygging**

Denne besvarelsen er bygget opp av fem ulike deler. Disse delene er innledning, metodedel, teoridel, drøfting og diskusjon samt en refleksiv vurdering og konklusjon. I metodedelen beskriver vi hvilken metode vi har brukt i innhenting av litteratur, og hvilke databaser vi har brukt i søket etter forskning. Vi beskriver også hvordan vi har kvalitetssikret artikkelresultatene, og hvordan vi har kommet frem til den forskningen vi har brukt. Forskningen blir presentert i metodedelen. I teoridelen presenterer vi den teorien vi anser som relevant for å få en god drøfting. I drøftingsdelen bruker vi teorien vi allerede har presentert og drøfter den for å komme frem til en mulig konklusjon. Drøftingen er delt opp med ulike overskrifter. Ulike konklusjoner kommer frem fortløpende i drøftingsdelen vår. Allikevel vil vi ha en egen del i oppgaven som inneholder en refleksiv vurdering og summerer opp de konklusjoner vi har drøftet oss frem til. I denne delen bruker vi oppdagelser og funn fra drøftingen for å oppsummere hovedelementene og presentere et resultat av dette.

## **2. Metodebeskrivelse**

En metode beskrives som et redskap til å samle data og informasjon for å løse et problem. En metode bidrar til å hente frem kunnskap om det vi vil undersøke (Dalland, 2013). I denne oppgaven benytter vi oss av litteraturstudie som metode, i henhold til Høgskolen i Hedmarks retningslinjer for bacheloroppgaver.

Litteraturstudie handler om å granske, tolke og bearbeide litteratur som allerede finnes om det aktuelle temaet man vil undersøke (Høgskolen i Gjøvik, 2014).

### **2.1 Litteratursøk og datainnsamling**

I søket etter litteratur benytter vi oss av kvalitativ metode. Dette innebærer at man innhenter informasjon med hensikt å finne ut av opplevelser og meninger. En annen metode man kan bruke er kvantitativ metode. Det vil si at man innhenter informasjon som er målbar, som tall og statistikk (Dalland, 2013). Vi har brukt våre erfaringer fra utdanningen, funnet selvvalgt litteratur som er basert på brukeropplevelser, samt artikler og forskning som også baserer seg på brukererfaringer og vitenskap. Alle disse kildene har vi benyttet med hensikt å innhente meninger og opplevelser som vi kan bruke i vår drøfting mot en konklusjon.

#### **2.1.1 Valg av databaser og litteratur**

For å finne litteratur vi anser som vesentlig for vår oppgave, har vi brukt relevant pensumlitteratur i fra sykepleierutdanningen, selvvalgt litteratur fra biblioteket, samt søkt i ulike databaser på internett for å finne forskning og artikler som er aktuelle for vår problemstilling.

Når vi skulle velge databaser for å søke forskning, var vi opptatt av å benytte oss av pålitelige kilder med god og oppdatert forskning. Derfor har vi blant annet benyttet oss av databaser som ligger høyt oppe i kunnskapspyramiden. Graden av oppsummering og kvalitetsvurdering øker mot toppen i denne pyramiden. Meningen med pyramiden er at kliniske beslutninger skal baseres på oppsummert og kvalitetssikret kunnskap (Helsebiblioteket, 2011). På bakgrunn av dette har vi valgt å ekskludere forskningsartikler eldre enn 6 år.

I vår søkeprosess har vi benyttet av oss av PICO-skjema (vedlegg 1), som et hjelpemiddel for å få en oversikt over hva vi ønsker å finne når vi søker forskning. Et PICO-skjema gir struktur i litteratursøket, og bidrar til kritisk vurdering i form av

søkeord (Høgskolen i Bergen, 2012). Søkeordene som ble brukt i søkeprosessen står oppført i dette skjemaet.

## **2.2 Kvalitetsvurdering av litteratur**

For å komme frem til forskningsartiklene vi benytter i denne besvarelsen, har vi brukt en metode som gjør at artiklene vi fordyper oss i er troverdige. Dette innebærer å stille krav til validitet og reliabilitet. Dalland (2013) skriver at validitet betyr gyldighet og relevans. Dette vil si at det artiklene måler skal være gyldig og relevant for det de vil undersøke. Reliabilitet vil si pålitelighet. Dette innebærer at målingene som blir gjort skal utføres presist, og om det finnes antakelige feil eller mangler skal det opplyses om (Dalland, 2013).

Når vi har søkt artikler i databasen Oria og Sykepleien forskning, har vi krysset av for at artikkelresultatene skal være fagfellevurdert. Dette vil si at artiklene i en godkjenningssprosess har blitt godkjent av upartiske forskere (Hildebrandt, 2011). Dette har sikret oss at artiklene er valide og reliable. Vi er likevel klar over at det bør stilles spørsmål til denne vurderingen av forskere, da de ikke har oversikt over om resultatene av forskningen er helt oppdatert eller de nyeste resultatene om emnet. Et annet problem er også at forskerne ikke klarer å være totalt objektive, det vil si uten sine faglige interesser eller personlige meninger (Hildebrandt, 2011). Dette er noe vi tar med oss i utvelgelsesprosessen og lesingen av artiklene. Til tross for fakta i artikkelen til Hildebrandt (2011), velger vi likevel å se det positive ved å lese fagfellevurdert forskning, og tenker at det sikrer oss kvalitet på det vi leser. Vi har også, som nevnt i punkt 2.1.1, brukt databaser øverst i kunnskapspyramiden som en kvalitetssikring.

### **2.2.1 Primær- og sekundærlitteratur**

Dalland (2013) skriver at primærlitteratur vil si kilder som presenterer ny kunnskap om et emne for første gang. Han skriver også at sekundærlitteratur er kilder som bruker kunnskap og data fra allerede publisert eller eksisterende kilder. Disse blir reanalysert. ”Sekundærstudier er ofte kunnskapsoppsummeringer basert på en kritisk gjennomgang og vurdering av primærstudier” (Dalland, 2013, s. 79). I vår besvarelse har vi benyttet både primær- og sekundærlitteratur.

## **2.3 Forskningsartikler**

Under dette punktet presenterer vi kort forskningsartiklene vi har brukt som vi anser som relevant for vår problemstilling, og som vi mener kan gi oss de svarene vi ønsker. Vi presenterer også søkeprosessen til de valgte forskningsartiklene og har PICO-skjema som vedlegg. Vi bruker funn fra de aktuelle artiklene i drøftingen vår der vi ser det som relevant å bruke de.

### **2.3.1 Presentasjon av artiklene**

#### ***2.3.1.1 Artikkel 1***

I artikkelen til Levitsky & Misra (2015); ”Complications and screening in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus”, står det om komplikasjonene som kan oppstå hos barn og unge voksne som har diabetes type 1. Deriblant skriver de om de psykologiske komplikasjonene depresjon og spiseforstyrrelse, som er de mest relevante komplikasjonene for vår besvarelse.

#### ***2.3.1.2 Artikkel 2***

Artikkelen til Tjelta & Holsen (2013); ”Det går an å mestre det meste ved å gå på sånne kurs som dette her”, har blitt skrevet med utgangspunkt i diabetes mellitus type 2 (DM2). Studien tar utgangspunkt i et kurs, en gruppebasert opplæring, som hadde som mål å gjøre personer med DM2 i stand til å mestre de endringer man opplever ved å få en kronisk diagnose, og å fremme livskvaliteten og helsen.

#### ***2.3.1.3 Artikkel 3***

Artikkelen til Langeland (2009); ”Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse”, er en studie som er gjennomført for å utforske om sence of coherence (SOC) kan ha en positiv effekt på livskvaliteten og om sosial støtte kan bidra til høyere SOC hos personer med psykiske helseproblemer.

#### ***2.3.1.4 Artikkel 4***

I artikkelen til Levitsky & Misra (2014); ” Management of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents”, tar de for seg anbefalinger og forskjellige måter å håndtere DM1 på ut i fra ulike aldersgrupper, da det er viktig å være klar over at de ulike aldergruppene står ovenfor ulike utfordringer i henhold til sin sykdom. Det blir satt fokus på diverse administrasjonsmåter, samt viktigheten av opplæring og undervisning hos pasient og pårørende for å kunne mestre sykdommen. Artikkelen

presenterer også noen av de mentale utfordringene ungdom med diabetes står ovenfor.

### **2.3.2 Søkeprosessen**

Artikkel 1: For å komme frem til denne artikkelen søkte vi i databasen UpToDate med søkeordet ”diabetes mellitus type 1 adolescents”. Da kom den valgte artikkelen opp som nummer fem. Grunnen til at vi valgte akkurat denne artikkelen var fordi vi ønsket å ha en artikkel som belyste at psykiske lidelser kan være komplikasjoner ved å få DM1. Da kunne vi i besvarelsen bruke denne som kilde, i tillegg til pensum og annen litteratur, for å underbygge at det er et faktum at psykiske lidelser kan oppstå.

Artikkel 2: Denne artikkelen fant vi i databasen Oria. Vi søkte på ”diabetes og depresjon”, og fikk 20 treff. Denne artikkelen lå øverst blant treffene. Siden denne artikkelen handler om pasienter med DM2, var vi skeptisk til om vi kunne bruke den fordi den i utgangspunktet ikke er relevant for målgruppen vår, men etter å ha lest den, har vi sett at mye av det som kommer frem i studien kan ha overføringsverdi til det å få diagnosen DM1.

Artikkel 3: Artikkelen fant vi ved å søke på Sykepleien forskning med søkeordene ”psykisk helse og salutogenese”. Vi krysset av for at resultatene skulle være forskningsartikler og fagfellevurdert. Vi fikk da to treff, og denne artikkelen lå som nummer 1. Vi valgte denne artikkelen fordi vi ser det som relevant å ha med i besvarelsen vår hvordan sence of coherence har innvirkning på den psykiske helsen.

Artikkel 4: Denne artikkelen fant vi i databasen UpToDate, hvor vi skrev inn søkeordene "Diabetes mellitus type 1 and adolescents". Ettersom vi har avgrenset problemstillingen vår til å gjelde ungdom og unge voksne, valgte vi derfor å bruke søkeordet ”adolescents” for å spesifisere søket av forskning. Ved bruk av disse søkeordene fikk vi tre sider med treff, men anså artikkelen som lå øverst som relevant, når den tar for seg viktigheten av å være klar over at diabetes må administreres forskjellig ut i fra ulike aldersgrupper. Den nevner også noen av de mentale utfordringene unge voksne med DM1 står ovenfor.

### **2.4 Anonymisering**

I besvarelsen har vi brukt vår erfaring fra sykepleierutdanningen. Alle eksempler er anonymisert, både personer og sted. Dette er i henhold til Helsepersonelloven (1999)

§ 21, som sier at sykdoms- eller personlige forhold man som helsepersonell får vite om, skal hindres andre å få tilgang til.

### **3. Teoretisk perspektiv**

Her presenterer vi all teori vi kommer til å bruke i drøftingen vår, for å komme frem til en konklusjon på problemstillingen. Teorien blir presentert i grove trekk i denne delen, og blir drøftet og diskutert i drøftingsdelen.

#### **3.1 Teoretikere**

##### **3.1.1 Joyce Travelbee**

I denne besvarelsen har vi valgt å bruke sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1926-1973) (Kirkevold, 2012). Dette fordi vi anser hennes teorier og meninger om forholdet mellom sykepleier og pasient – et menneske-til-menneske-forhold, som viktige faktorer i vår drøfting og relevant for problemstillingen.

Sentrale begreper i Travelbee sin teori er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 2012).

Travelbee sine teorier vektlegger det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient, og hun presenterer et perspektiv der man skal se både sykepleieren og pasienten som medmennesker. Travelbee tar utgangspunkt i at mennesket er unikt, at vi som mennesker er like, men også ulike, og hun tar sterk avstand fra generaliseringsbegrepet. Hun mente at titlene sykepleier og pasient var generelle definisjoner som undertrykker det enkelte menneskets spesielle kvaliteter (Kirkevold, 2012).

Et menneske-til-menneske-forhold er en prosess og et gjensidig forhold. Ifølge Travelbee kan et slikt forhold kun eksistere mellom mennesker i sin konkrete form, ikke mellom abstrakte roller, som for eksempel sykepleier og pasient. Ved å ha oppnådd et menneske-til-menneske-forhold, mente Travelbee at man til slutt skal ha opparbeidet seg en gjensidig forståelse og kontakt, og at de to delaktige personene da deler tanker, følelser og holdninger (Kirkevold, 2012).

##### **3.1.2 Virginia Henderson**

Vi har også valgt å bruke sykepleieteoretiker Virginia Henderson (1897-1996) i vår besvarelse. Hendersons teori tar utgangspunkt i å hjelpe mennesket på en slik måte at det gjenvinner uavhengighet og selvstendighet (Kirkevold, 2012). Vi har valgt å gå bort i fra de aspekter i teorien som vi ikke anser som relevant for vår problemstilling.

Virginia Henderson var av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive hva som er sykepleierens spesielle fagområde. Hendersons teori omhandler sykepleierens særegne funksjon eller ansvarsområde. Dette handler om evnen til å hjelpe en person, syk eller frisk, i å utføre de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse. Hun mener at vi som sykepleiere skal bistå pasienten i de gjøremål han ville ha gjort selv uten hjelp, om han hadde hatt tilstrekkelig med krefter, kunnskap og vilje til å gjøre det. Denne hjelpen skal benyttes på en slik måte at pasienten gjenvinner uavhengighet og selvstendighet så fort som mulig (Kirkevold, 2012).

### **3.1.3 Aaron Antonovsky**

Aaron Antonovsky (1923-1994) er sosiolog og grunnlegger av begrepet Sense Of Coherence. Dette begrepet vil bli videre forklart og utdypet senere i oppgaven. Antonovskys teori vektlegger fire ulike områder i livet som er viktig for å vedlikeholde mening og ressurser. Disse fire områdene er sosiale relasjoner, indre følelser, eksistensielle spørsmål og hovedaktiviteter. Sosiale relasjoner innebærer at en må ha gode og støttende relasjoner i livet. Indre følelser handler om psykologisk stabilitet. Eksistensielle spørsmål omfatter å ha en trosretning i form av for eksempel religion og livssyn. Hovedaktiviteter handler om å ha en tilhørighet innenfor jobb, utdanning og sport (Langeland, 2012).

## **3.2 Sykepleie til pasienter med diabetes**

### **3.2.1 Diabetes Mellitus type 1**

Når man har DM1 produserer ikke pankreas insulin, grunnet en autoimmun reaksjon som resulterer i at det blir produsert antistoffer som angriper betacellene i de langerhanske øyene i pankreas. Denne typen diabetes oppstår oftest hos barn og unge voksne, grunnet den gradvise ødeleggelsen av cellene og at insulinproduksjonen derav reduseres. Til slutt får ikke kroppen den insulinmengden den må ha, personen får symptomer på hyperglykemi og trenger insulinbehandling for å overleve. Når insulinbehandling er startet blir det viktig med en balanse mellom insulin- og glukosemengden for å unngå både hypo- og hyperglykemi (Mosand & Stubberud, 2011).



### **3.2.2 Det psykologiske aspektet ved å få diagnosen**

Å få en kronisk diagnose som DM1 innebærer endringer i livsstilen. Den brå og kanskje totale endringen som den krever, medfører ofte psykologiske reaksjoner (Mosand & Stubberud, 2011). Vi nevner kort de vanligste psykologiske reaksjonene i dette kapittelet, og bruker disse senere i drøftingen.

#### **3.2.2.1 Depresjon**

Når man er deprimert kan personen oppleve flere ulike fysiologiske og psykologiske endringer. Vanlig er å ha et negativt selvbilde og fremtidssyn, og man kan være preget av sterk skyldfølelse og bebreider ofte seg selv (Håkonsen, 2011). Dette er også aktuelt for en diabetiker, som kan få skyldfølelse fordi han kanskje ikke klarer å håndtere sykdommen og dens utfordringer (Karlsen, 2007). En som er deprimert kan oppleve en følelse av nedstemthet som ikke går over, og kroppen kan føles tyngre og noen funksjoner blir hemmet. Disse symptomene preger personen i hverdagen (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2013).

#### **3.2.2.2 Angst**

Angst er en psykisk lidelse som innebærer at kroppen tror den er utsatt for noe farlig. Denne opplevelsen fører ofte til fysiske symptomer som svetting, økt puls, skjelving, overfladisk pust og stram muskulatur (Håkonsen, 2011). For en diabetiker vil angsten ofte være et resultat av bekymring for senkomplikasjoner eller hypo- og hyperglykemi. Spesielt hypoglykemi, da dette gir ubehagelige symptomer som gjør at diabetikeren får en følelse av å miste kontrollen (Karlsen, 2007).

#### **3.2.2.3 Spiseforstyrrelse**

Spiseforstyrrelse er en vanlig psykologisk reaksjon av å få diagnosen DM1, uansett alder (Mosand & Stubberud, 2011). Det vanligste disse pasientene gjør er i slike tilfeller å underdosere insulinmengden eller seponere insulinet. Overspising og bulimi er også vanlige spiseforstyrrelser. Å ha en spiseforstyrrelse sammen med diabetes er ikke en god kombinasjon med tanke på reguleringen av blodglukosen. Det er fordi dette gir økt risiko for komplikasjoner og dødelighet (Mosand & Stubberud, 2011).

#### **3.2.2.4 Krise og krisereaksjoner**

Utfordrende og alvorlige livshendelser har ofte krise som en fellesbetegnelse (Eide & Eide, 2011). Ut i fra hva Hummelvoll (2012) skriver om å være i en krise, forstår vi

begrepet som en tilstand forårsaket av en stressende hendelse, eller en oppfattet trussel. En slik opplevelse truer selvbildet til personen. De mestringsstrategier som før har fungert har liten eller ingen effekt og dette kan skape angst. Den utløsende faktoren kan vanligvis identifiseres, og kan være et resultat av tap, trussel om tap eller utfordringer (Hummelvoll, 2012).

En skiller ofte på ulike typer krise. Disse to typene er utviklingskrise og traumatisk krise. En traumatisk krise er en situasjonsbetinget krise som utløses av en dramatisk og uventet hendelse eller forandring, slik som for eksempel DM1 (Hummelvoll, 2012). Uansett type av krise, deler man inn krisen i ulike faser. Disse fasene består av:

- **Sjokkfasen:** Personen opplever økt spenning på grunn av opplevelsen av en stor påkjenning. Denne påkjenningen er en utløsende faktor som skaper angst, som igjen svekker pasientens vanlige mestringsstrategier. Symptomer i denne fasen kan handle om fornektelse, uvirkelighetsfølelse, vansker med å ta innover seg informasjon og bearbeide denne, samt apati og kroppslige stressreaksjoner som høy puls, hjertebank, svette og munntørrehet. Denne fasen kan vare fra timer til dager.
- **Reaksjonsfasen:** Denne fasen betegnes som mindre kaotisk, og smerte og fortvilelse som hendelsen har forårsaket vil bli synlig. Fasen kjennetegnes ofte av mareritt, frykt, dårlig matlyst, sinne, angst og depressiv fortvilelse. Denne fasen kan vare fra uker til flere måneder, og bearbeidingen for å forstå det som har skjedd begynner gradvis.
- **Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen:** I denne fasen begynner personen å forsones seg med forandringen og de sterkeste følelsene avtar. Personen tar tak i "trusselen" og forsøker å få et bedre grep om situasjonen, slik at han kan komme på sporet igjen, eller som i dette tilfellet; komme seg inn på et alternativt spor, opparbeide nye mestringsstrategier og lære å leve med diagnosen. Denne fasen har ulik varighet.
- **Nyorienteringsfasen:** Her vil smerten over forandringen være dempet og under kontroll. Personen klarer å gjenoppta tidligere interesser og gå videre i hverdagen

(Hummelvoll, 2012).

Disse fasene behøver ikke å forekomme i overnevnte rekkefølge, og flyter ofte over i hverandre (Eide & Eide, 2011).

### **3.2.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende...” (Tveiten, 2013, s. 30).

Ut i fra Tveiten sin definisjon av pedagogikk forstår vi at sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alt vi gjør som har til hensikt at individet lærer og utvikler seg, føler mestring og oppnår eller opprettholder livskvalitet. De gjøremål hvor hensikten er denne, kan være de situasjoner hvor vi som sykepleiere underviser, gir informasjon, instruksjon eller veiledning for å øke pasient og pårørendes kompetanse til å for eksempel mestre hverdagen med kronisk sykdom. Ordet ”livskvalitet” er vanskelig å konkretisere, men en enkel måte å forstå ordet på er å relatere livskvalitet til ”det gode liv”. Det gode liv handler igjen om hva hvert enkelt menneske definerer som et godt liv for seg selv (Wahl & Hanestad, 2007).

Tveiten (2013) skriver også om pedagogiske kompetansekrav til sykepleieren. Disse innebærer kunnskap og forståelse om faget, etisk bevissthet og ferdigheter innenfor kommunikasjon, veiledning og undervisning. For å legge til rette for å oppnå hensikten med den pedagogiske funksjonen, står vi som sykepleiere ovenfor flere vurderinger og valg. De vurderinger og valg vi står ovenfor må sees i sammenheng med hvem fokuspersonen er, hva som skal læres, utvikles eller mestres og hvordan situasjonen ser ut (Tveiten, 2013).

### **3.2.4 Sykepleierens veiledende og undervisende funksjon**

Veiledning og undervisning er to begrep som ofte brukes om hverandre. Det er viktig at vi som sykepleiere kan se forskjellen på hvordan man veileder og hvordan man underviser. Mens man ved undervisning fokuserer på å formidle informasjon via monolog, handler veiledning mer om å møte pasienten på pasientens nivå, forstå pasientens behov, og ha dialog for å komme frem til eventuelle handlingsalternativer. Det endelige målet med veiledning og undervisning, er at pasienten skal innhente nok kunnskap til å kunne mestre og leve godt med sykdommen sin (Mosand & Stubberud,

2011). Vårt ansvar som sykepleiere er å bevisstgjøre pasienten via pedagogiske metoder, som undervisning og veiledning, om hva som kan ha betydning for helse og helsefremming. Vi må forsøke å få pasienten til å se hvilke muligheter han har og hvordan disse kan virkeliggjøres (Tveiten, 2012).

### **3.2.5 Kommunikasjon**

Eide & Eide (2011) beskriver god kommunikasjon som hjelpende og pasientrettet, og et verktøy vi som sykepleiere må benytte oss av for å kunne hjelpe pasienten. God kommunikasjon er også en forutsetning for at vi som sykepleiere kan få et innblikk i pasientens opplevelse av situasjonen. Viktig for å oppnå god kommunikasjon er å etablere en trygg og god relasjon med pasienten. En god relasjon er viktig for å fremme et samarbeid som bidrar til mestring og bedre livskvalitet (Eide & Eide, 2011).

Vi anser det som viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om ulike kommunikasjonsferdigheter, for å bedre nå inn til pasienten. Disse ferdighetene består av blant annet bekreftende, utforskende, informerende og utfordrende ferdigheter. Bekreftende ferdigheter handler om å vise at man ser, lytter og forstår ved å følge pasienten verbalt med bekreftende ord gjennom samtalen. Denne måten å kommunisere på fungerer godt når man utforsker tanker og følelser. Utforskende ferdigheter baseres på spørsmål og aktiv lytting, og handler om å inneha ferdigheter i å stille spørsmål på en slik måte at man får pasienten til å reflektere, eller på en slik måte at man får den informasjonen man trenger. Dette kan brukes til å styre og strukturere samtaler. Ved bruk av informerende ferdigheter må vi få grep på hva pasienten har behov for av informasjon, samt kunnskap om pasienters evne til å ta i mot og bearbeide informasjon. Utfordrende ferdigheter er ferdigheter til å gi tilbakemeldinger som er til hjelp for pasienten, som kan få pasienten til å reflektere over det han gjør. Formålet med utfordrende ferdigheter er refleksjon og endring (Eide & Eide, 2011).

### **3.2.6 Mestring**

Karlsen (2007) oppgir at mestring er en ferdighet som kan læres, da det er en måte å tenke og handle på som endrer tidligere handlingsmønstre og følelser. Da personer med DM1 utfører mer enn 95 prosent av den daglige omsorgen for sin sykdom, vil de ha behov for hjelp til hvordan de best kan mestre utfordringer relatert til diagnosen

(Karlsen, 2007). Eide og Eide (2011) tar for seg ulike mestringsstrategier som skal hjelpe pasienten til å kontrollere følelser, få bedre forståelse av situasjonen, samt få taket på hva som kan gjøres for å hindre at sykdommen blir altfor belastende. De skriver at det er viktig å velge en strategi som passer til situasjonen, da feil strategi kan forverre pasientens tilstand. Hvilken strategi som egner seg er individuelt og avhenger av pasientens fysiologiske og psykologiske forutsetninger, hendelsen selv og konteksten. I boken deles de ulike mestringsstrategiene inn i tre punkter:

1. Problemrettede strategier; der formålet er å løse, eller i dette tilfellet, utbedre problemet. Dette gjøres gjennom handling og adferd.
2. Vurderingsrettede strategier; hvor hensikten er å endre den kognitive forståelsen av situasjonen for et mer hensiktsmessig perspektiv med en mer helhetlig vurdering av situasjonen. Dette kan gi grunnlag for større grad av aksept.
3. Følelsesrettede strategier; der formålet er å bearbeide de følelser og reaksjoner som forandringen har forårsaket. Her fokuserer man på å få redusert emosjonelle ettervirkninger. Et eksempel er humor, som kan fungere som en god følelsesrettet mestringsstrategi

(Eide og Eide, 2011).

Som sykepleiere må vi hjelpe pasienten til å oppnå balanse mellom psykisk velvære og de krav som stilles av sykdommen. Et sentralt mål er at pasienten skal kunne møte diabetesrelaterte utfordringer og mestre disse (Karlsen, 2007).

### **3.2.7 Empowerment, salutogenese og sence of coherence**

For å kunne utvikle pasientens egenomsorg rundt behandling av diabetes, må vi som sykepleiere fremme pasientens selvstendighet. Ordet empowerment defineres som en prosess der målet er at pasienten skal kunne få kontroll over sin helsetilstand og videre kunne forbedre sin helse (Helsedirektoratet, 2015). Dette er et sentralt begrep i brukermedvirkning, der pasienten får mulighet til å medvirke ved å ta egne valg og sette egne mål for behandlingen (Mosand & Stubberud, 2011). Brukermedvirkning er lovpålagt, jfr. § 3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Salutogenese og SOC er to begreper som er relevant å si noe om. Disse begrepene er sentrale i Antonovsky sin teori, og er mye omtalt i psykisk helsearbeid og helsefremming, og vi anser derfor disse begrepene som aktuell for vår besvarelse. En

salutogen tilnærming har, i balanse med omgivelsene, personens ferdigheter og ressurser som fokus, og det vektlegges at elementer som kan fremme helsen utforskes. Mestringsressurser er herunder et viktig begrep, og i et salutogent perspektiv skal disse fremheves og brukes for en høyere grad av helse og bedre SOC (Langeland, 2011).

SOC er et begrep som bygger på tre andre begrep; begripelighet, håndterbarhet og mening. SOC kan oversettes til ”opplevelse av sammenheng”. Dette kan forklares som hvordan man opplever virkeligheten gjennom disse tre begrepene. Begripelighet handler om hvordan man forstår stimuli, både ytre og indre. Disse vil kun oppfattes som meningsfulle hvis de fremtrer som strukturerte og tydelige, og fremtidige stimuli kan derfor forventes å være en positiv opplevelse.

Håndterbarhet handler om refleksjonsevnen en person har til å vurdere om de stimuli som han disponeres for er tilfredsstillende for de forventningene han hadde, og finne løsninger til disse. Dette vil gjøre en person i stand til å ikke føle seg som et offer for spesielle omstendigheter, eller føle seg urettferdig behandlet (Langeland, 2011)

Mening handler om personens evne til å føle at livet og situasjoner i livet er verdt å bruke tid og krefter på. Mening er det viktigste begrepet i SOC, og jo høyere opplevelse av mening, desto lettere vil en situasjon virke håndterbar og begripelig (Langeland, 2011).

I drøftingsdelen kommer vi tilbake til effekten av SOC og en salutogen tilnærming for oppnåelse av mestring.

### **3.3 Lovverk**

Helsesektoren er styrt av lovverket, og som helsepersonell er vi pliktet å følge lovene som styrer oss. Her presenterer vi paragrafene vi anser som relevant for denne besvarelsen.

#### **3.3.1 Spesialisthelsetjenesteloven**

§ 3-8 handler om at vi som sykepleiere i spesialisthelsetjenesten skal bruke vår kompetanse til opplæring av pasient og pårørende. Denne paragrafen ser vi som relevant, fordi vi i besvarelsen sier noe om opplæring av pasient og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 2011).

### **3.3.2 Pasient- og brukerrettighetsloven**

§ 3-5 handler om at pasienten skal motta informasjon som er tilpasset ens individuelle forutsetninger, og at informasjonen skal gis på en måte som viser hensyn. Paragrafen sier også at vi som sykepleiere skal sikre oss at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. Denne paragrafen anser vi som relevant fordi en må gå ut i fra at informasjon ikke er gitt før den er forstått. Dette er svært viktig for en sykepleier å vite, når store deler av jobben er kommunikasjon med pasienter og formidling av informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-1 handler om pasienter og brukeres rett til brukermedvirkning. Vi tar med denne paragrafen fordi vi forstår at brukermedvirkning kan bidra til selvstendigjøring og til slutt uavhengighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

### **3.3.3 Yrkesetiske retningslinjer**

Punkt 2.2 sier at sykepleieren blant annet skal underbygge mestring hos pasienten. Dette punktet ser vi som svært relevant for vår problemstilling, da den presiserer vår etiske plikt til å underbygge mestring hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Punkt 2.4 sier at sykepleieren skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og sørge for at informasjonen er forstått. Dette fordi det fremmer pasientens evne til å ta selvstendige avgjørelser. Vi anser dette punktet som relevant fordi vi i besvarelsen beskriver kommunikasjon som et viktig redskap for å kunne bidra til mestring hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

## **4. Drøfting og diskusjon**

I denne delen av besvarelsen bruker vi teorien vi har presentert i punkt 3 sammen med erfaringer for å komme frem til en konklusjon på problemstillingen. Vi må her drøfte viktigheten av den mentale helsen til pasienten slik at han kan føle mestring, samt hvordan vi som sykepleiere kan fremme dette hos pasienten og på hvilken måte vi kan gjøre dette.

### **4.1 Mental helse og mestring**

En person som har nyopplaget DM1 kan som en reaksjon få diabetesrelatert stress. Dette stresset går ut på de forandringer og krav som stilles til personen i overgangen fra å være frisk til å få en kronisk sykdom (Karlsen, 2007). Karlsen (2007) skriver at diabetesrelatert stress har fysiologisk innvirkning på kroppen i form av at det påvirker metabolismen, slik at personens glukoseomsetning blir vanskeligere å ha kontroll på. Denne ubalansen kan gi psykologiske reaksjoner, eksempelvis depresjon og angst, som kan komme av at det føles vanskelig å mestre sykdommen, som igjen kan gi diabetesrelatert stress. Denne onde sirkelen vil fortsette så lenge personen ikke får hjelp til sykdomsmestring (Karlsen, 2007). I oppsummert forskning av Levitsky og Misra (2014) kommer det frem at diabetikere har tre ganger så stor mulighet for å utvikle psykiske lidelser, da primært depresjon og spiseforstyrrelser. Karlsen (2007) skriver at angst også er en vanlig reaksjon på å få diagnosen. Vi forstår derfor at å unngå psykiske problemer hos en diabetespasient har en klar helsegevinst. Hvordan kan vi som sykepleiere i samarbeid med pasienter som får diagnosen DM1 og deres pårørende, forebygge at psykiske tilleggsdiagnoser forekommer?

Det blir viktig at vi bruker vår kompetanse til opplæring av både pasienten og de pårørende, noe vi i sykehuset er lovpålagt å gjøre jfr. § 3-8 (spesialisthelsetjenesteloven, 2011). Levitsky & Misra (2015) bekrefter også at grundig oppfølging av diabetesen som fokuserer på den mentale helsen hos en pasient med DM1, kan forbedre de fysiologiske komplikasjonene som kan oppstå. Dette kan på sikt redusere antall innleggelses i sykehuset. Vi forstår ut i fra dette at vi må bruke tiden godt, da dette er avgjørende ettersom tiden er begrenset ved besøk på poliklinisk avdeling. Det er spesielt viktig å disponere bruken av veiledning og undervisning i startfasen av behandlingen, og tilrettelegge for pasientene slik at de kan få bedre forutsetninger for å mestre livet med kronisk sykdom. Punkt 2-2 i de yrkesetiske



retningslinjene påpeker at sykepleieren skal underbygge mestring hos pasienten. Dette kan bidra til at de takler eventuelle psykologiske utfordringer som kan oppstå (Bjarkøy, Graue & Velle, 2011). På en annen side er det viktig å tenke på at pasienten så tidlig i forløpet kan være i en krisefase, og derfor ikke er åpen for undervisning og veiledning.

#### **4.2 Kommunikasjon med pasienten i krise**

Å få diagnosen DM1 kan oppleves som krevende for mange, da kosthold, blodsukker, fokus på endring av levevaner og medisinerer tar stor plass i hverdagen. Karlsen (2007) skriver at diabetes påvirker alle aspekter i livet og stiller store krav til pasienten med tanke på egenbehandling i form av å kunne følge opp blodsukker, samt kjenne symptomer på eksempelvis hypoglykemi. Disse kravene kan virke overveldende for pasienten, og vi som sykepleiere må gi pasienten støtte og veiledning, slik at han kan finne ut av hvordan han best kan mestre sine diabetesrelaterte utfordringer. Slike livsendringer som denne diagnosen medbringer, kan bidra til at pasienten havner i en traumatisk krise fordi vanlige mestringsstrategier ikke strekker til (Hummelvoll, 2012).

For å kunne hjelpe pasienten til å gjenvinne sin selvstendighet, kan vi ha Travelbees teori som utgangspunkt, da hun mener at kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskap i møte med pasienten. Hun mener at man ikke kan hjelpe pasienten uten god bruk av kommunikasjon, og skriver at man må ha ulike evner for å kommunisere, slik som kunnskap, evne til å bruke kunnskap, sans for timing, samt kunne beherske ulike kommunikasjonsteknikker (Kirkevold, 2012). Som Travelbee, mener også vi at det er viktig å møte pasienten som et medmenneske, og vi anser kommunikasjon som en nøkkelfaktor for å få en god relasjon til pasienten gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Dette høres svært gunstig ut i oppbyggingen av gjensidig respekt og tillit til pasienten. På en annen side snakker Henderson om et pasient-sykepleier-forhold i sin teori, og vi forstår at det blir en naturlig forskjell i de ulike rollene, da vi som sykepleiere i startfasen sitter med mer kunnskap om sykdommen samt rasjonell tenkning enn pasienten i krise. Vi anser derfor en kombinasjon av disse teoriene som hensiktsmessig i møte med denne pasientgruppen.

Som Travelbee understreker, vil det være viktig å anvende den kunnskapen vi har om kommunikasjon, samt beherske de ulike kommunikasjonsteknikkene som blir aktuelle

i møte med diabetikeren som opplever krise. Timingen er essensiell, da vi har tro på at det er viktig å velge kommunikasjonsteknikk ut i fra hvilken fase i krisen pasienten befinner seg. Vi forstår at ulike faser av krisereaksjon krever ulik form for tilnærming. Det er viktig å merke seg at de ulike fasene ikke nødvendigvis forekommer i den rekkefølgen som oppnevnt i denne besvarelsen. Faseinndelingen har blitt kritisert for at den ikke tar hensyn til individuelle måter å gjennomgå en krise på, men vi anser inndelingen som et nyttig hjelpemiddel for å forstå pasientens reaksjoner (Eide & Eide, 2011).

Vi begynner med sjokkfasen som et eksempel. I denne fasen kan vi som sykepleiere ha vanskeligheter med å nå frem til pasienten via informasjon og informerende ferdigheter, da fornektelse og uvirkelighetsfølelse er fremtredende hos pasienten i denne fasen (Eide & Eide, 2011). I sin bok tar Christophersen (2009) for seg den store Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) studien, gjort av Novo Nordisk og den internasjonale diabetesføderasjonen. I studien kommer det blant annet frem at det i gjennomsnitt tok 16 måneder før pasientene forsto at de skulle leve med sykdommen resten av livet. Dette gir oss en indikasjon på hvor vanskelig det er for pasientene å ta innover seg informasjon og bearbeide denne, samt viser hvilke utfordringer sykepleieren i sin pedagogiske funksjon står ovenfor da det gjelder å informere pasienten. Jfr. § 3-5 (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999) skal vi som sykepleiere så langt som mulig sikre oss at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene vi gir. Pasienten trenger informasjon, men på en annen side kan det være gunstig å vente med å informere til pasienten har kommet ut av selve sjokkfasen. I denne fasen, hvor ting oppleves som kaotisk og vondt for pasienten, anser vi det som mest gunstig å benytte oss av bekreftende kommunikasjonsferdigheter, for å gi pasienten bekreftelse på de følelser han har omkring beskjeden om å ha fått diagnosen. Før vi begynner å informere bør vi få et grep på hva pasienten har behov for av informasjon. Dette er også i henhold til Travelbee som sier at man må få en oversikt over hva pasienten har med seg av tidligere erfaringer (Kirkevold, 2012). Cullberg (2011) nevner også viktigheten av at vi får en oversikt over dette før vi begynner å informere. En slik oversikt kan være enklere å opparbeide når pasienten er ute av den apatiske, kaotiske sjokkfasen.

Når pasienten befinner seg i reaksjonsfasen blir reaksjonene på å ha fått diagnosen

mer synlig for oss rundt (Eide & Eide, 2011). I DAWN – studien kommer det frem at diabetespasientene følte at helsepersonell bagatelliserte deres reaksjon på å ha fått sykdommen (Christophersen, 2009). En studie som er publisert i boken til Cullberg (2011), presenterer pasienter som opplevde at følelsen av maktesløshet og sorg ble bagatellisert. Utsagn som ”vær ikke lei deg”, var vanlig. En av deltakerne i studien oppgav at hun følte utsagnet som sårende da hun hadde behov for å snakke, men ikke maktet å be om samtale for å få satt ord på sine følelser. Dette viser oss hvor viktig det er for oss som sykepleiere å benytte oss av våre kommunikasjonsferdigheter og beherske disse, samt ha kunnskap om diagnosen og de ulike krisereaksjonene. Vi må tørre å stå i det vonde sammen med pasienten ved å bruke empati. Ved å gjøre det kan vi få en reell forståelse for pasientens situasjon og opplevelse, ut i fra pasientens utsagn og oppførsel (Cullberg, 2011). Dette viser igjen at det er aktuelt å benytte seg av bekreftende ferdigheter i denne fasen, slik at pasienten får bekreftelse på at det er forståelig å oppleve en kronisk diagnose som skremmende. I denne fasen er det i tillegg aktuelt å benytte seg av utforskende ferdigheter slik at vi kan hjelpe pasienten til refleksjon, samt innhente informasjonen vi trenger for å kunne hjelpe pasienten til å oppnå mestring. Videre kan vi kanskje begynne å bruke våre informerende ferdigheter i liten grad, da det er mer trolig at pasienten har litt enklere for å ta til seg informasjonen nå, slik at reparasjonsfasen kan begynne. På en annen side kan det fremdeles være for tidlig å informere i stor grad.

I reparasjonsfasen anser vi det som viktig å benytte oss av utfordrende ferdigheter, da dette gir rom for refleksjon og videre endring. Vi har et inntrykk av at refleksjon over egen situasjon for å få grep om hva som må endres, kan bidra til å opparbeide nye mestringsstrategier som kan tre i kraft i den nye hverdagen med diabetes. Vi anser at de kommunikasjonsferdighetene som er nevnt tidligere er vel så viktige i denne fasen, men vi har tro på at diabetikeren er mer mottakelig for utfordring og refleksjon mot endring når bearbeidingen har begynt. På bakgrunn av dette ser vi at det i denne fasen er mer rom for undervisning og veiledning. Vi skal utfordre pasienten, men på en annen side må vi likevel være observant på at pasienten ikke føler seg overkjørt av oss. Vi må tillate at han bruker den tiden han selv trenger, men likevel passe på at pasienten ikke blir værende i en fase over lengre tid uten å se en utvei.

I nyorienteringsfasen lærer pasienten å leve med diagnosen DM1 på en slik måte at

det hindrer utøvelse av vanlig aktivitet i liten grad (Cullberg, 2011). På en annen side vil pasienten alltid leve med diagnosen og de utfordringer denne fører med seg, men pasienten har i denne fasen lært seg å leve med diagnosen ved å tilegne seg nye mestringsstrategier (Eide & Eide, 2011). Vi har tro på at vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten til å nå denne fasen ved å bruke våre kommunikasjonsferdigheter riktig gjennom de ulike fasene. I denne fasen vil det være nødvendig med videre oppfølging i fra helsevesenet i form av for eksempel rutinemessige kontroller. Dette er fordi nye spørsmål om håndtering av sykdommen kan forekomme, da dette er en sykdom som kan være belastende på ulike måter, i ulike stadier av livet. Dette belyses i forskning fra Levitsky og Misra (2014). Vi har tro på vi bør benytte oss av bekreftende, utforskende, informerende og utfordrende ferdigheter, slik at pasienten føler at vi faktisk tar bekymring og følelser på alvor, samt bidrar til informasjon og videre refleksjon. Målet er at vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten til selvstendighet, slik Henderson skriver det i sin teori (Kirkevold, 2012). Det er naturlig å tro at vi i denne fasen har hjulpet pasienten mot mer selvstendighet, da pasienten i stor grad har lært seg å leve med diagnosen. Allikevel forstår vi at videre veiledning vil være nødvendig for å fremme kunnskap, krefter og vilje som kan resultere i opprettholdelse av mestringsfølelsen.

Til tross for at vi i vår drøfting kommer frem til at pasienten ikke er mottakelig for informasjon før i reparasjonsfasen, opplevde vi i møte med pasienter i praksis at det var tydelig at pasientene hadde behov for en viss grad av informasjon gjennom hele krisen. Cullberg (2011) skriver at en pasient kan gå inn og ut av de ulike krisefasene. Dette betyr for eksempel at pasienten kan befinne seg i sjokkfasen på et tidspunkt, for så å gå over til reaksjonsfasen, og tilbake til sjokkfasen igjen. Vi forstår at vi må observere og tolke pasientens adferd for å til en hver tid vite hvilken fase pasienten befinner seg i, slik at vi bedre kan bruke våre kommunikasjonsferdigheter i møte med pasienten. Vi må derfor belage oss på å formidle informasjonen gjentatte ganger, og selv om pasienten ikke tar innover seg informasjonen som blir gitt, kan han ha spørsmål rundt sin diagnose. Vi forstår derfor at som sykepleiere må vi tilby informasjon, men på en annen side ta hensyn til at pasienten kanskje ikke er mottakelig for å ta innover seg informasjonen og bearbeide den før i bearbeidelsesfasen. Jfr. punkt 2-4 i de yrkesetiske retningslinjene (2011) skal vi som sykepleiere gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, som også belyses av Eide & Eide

(2011), som påpeker at god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling er viktig for personer i krise. De skriver at dette bidrar til å skape forutsigbarhet og mening og til å gjøre situasjonen mer forståelig.

### **4.3 Møte med pasienten i undervisning og veiledning**

Karlsen (2007) påpeker at informasjon og kunnskapsoverføring om DM1 alene, ikke vil være nok for å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen effektivt. Det vil være behov for å tilpasse kunnskapen som blir gitt til pasienten, slik at han kan håndtere en hverdag med DM1. Som Travelbee utdyper i sin teori, er mennesket unike individer. Hun sier at vi som mennesker er like, men også svært ulike (Kirkevold, 2012). Vi forstår at vi ikke kan gi samme informasjon til ulike pasienter, da det er viktig å møte pasienten der pasienten er, både mentalt og kunnskapsmessig. Levitsky og Misra (2014), belyser også viktigheten av dette i sin forskning, hvor de skriver at vi må være klar over at ulike aldersgrupper gir ulike utfordringer med diabetes. Vi forstår at måten vi kommuniserer på og hva vi har med i veiledning og undervisning vil avhenge av dette, da det er naturlig å tro at en pasient på 18 år og en pasient på 30 år befinner seg på forskjellige stadier i livet. Tveiten (2013) understreker dette ved å skrive at vi i bruk av sykepleierens pedagogiske funksjon må vurdere situasjonen, hva som skal læres, utvikles og mestres, samt fokuspersonen. Vi har allikevel tro på at sykepleierens grunnkunnskaper rundt den pedagogiske funksjonen, veiledning, undervisning og kommunikasjon, må være de samme uansett hvilken aldersgruppe man møter i praksis.

Forskning viser at oppfølging og opplæring er gunstig for DM1 pasienten, og kan bidra til bedre livskvalitet, levevaner, samt forebygge senkomplikasjoner (Tjelta & Holsen, 2013). I vår pedagogiske rolle som sykepleiere har vi valgt å fokusere på undervisning og veiledning som metoder i møte med pasienten som nettopp har fått diagnosen DM1. Dette er to metoder som begge har til hensikt å blant annet gi pasienten ny kunnskap, oppdagelse, samt bidra til å styrke mestringskompetansen i det å leve med sykdom (Tveiten, 2013). Selv om hensikten er den samme ved de to metodene, er måten de utøves på ulik. Vi har forstått at begrepene ofte sklir litt over i hverandre, men vi vil forsøke å skille på de ulike metodene i møte med diabetikeren, og presentere fordeler og ulemper ved bruken av de forskjellige.

Mens undervisning handler om å formidle kunnskap, handler veiledning om at

pasienten selv skal komme frem til løsninger i sin situasjon (Tveiten 2013). På bakgrunn av Tveiten (2013) sin forklaring på de ulike begrepene har vi forstått at undervisning handler mer om formidling av tema på generelt grunnlag, som i dette tilfellet blir diabetes. Veiledning fokuserer mer på personen selv, og personens utfordringer i møte med sykdommen, og målet med veiledning er at pasienten selv skal reflektere seg frem til ulike mestringsstrategier for å takle DM1. På en annen side må vi ta hensyn til at det er en syltynn grense mellom hva pasienten kan føle som veiledning, og hva pasienten kan føle som manipulering i fra sykepleierens side. Tveiten (2013) påpeker at pasienter ofte går ut i fra veiledningen med en følelse av å ha åpnet seg for mye, og sagt ting de egentlig ikke hadde planer om å fortelle. Hun skriver at det derfor er viktig at vi som sykepleiere er bevisst vårt etiske ansvar i veiledningssituasjoner sammen med diabetespasienten.

Vi forstår at veiledning alene vil være for lite i møte med en pasient som nylig har fått diagnosen DM1. Dette er fordi pasienten har behov for at sykepleieren formidler kunnskap og underviser om sykdommen, da pasienten erfaringsmessig vet for lite om den. Vi som sykepleiere sitter med mest kunnskap om sykdommen når pasienten nylig har fått diagnosen DM1, mens pasienten selv sitter med kunnskap om seg selv og sin opplevelse av det hele (Tveiten, 2013). Allikevel kan vi se at faren med undervisning kan være at informasjonen som formidles er på et for generelt grunnlag i forhold til sykdommen og at det dermed er mindre rom for refleksjon og dialog rundt den enkelte pasient og pasientens behov. Ut i fra dette har vi tro på at læringsutbyttet vil oppleves som større for pasienten hvis det i tillegg til undervisning legges opp til dialog via veiledning i ettertid. Vi forstår at det i veiledning kan legges opp til brukermedvirkning og empowerment, slik at pasienten får mulighet til å ta selvstendige valg og sette egne mål for behandlingen for å oppnå mestring og kontroll over egen helsetilstand.

Ut i fra den kunnskapen vi har tilegnet oss, mener vi at veiledning er en god metode for å følge opp pasienten over tid, da vi på denne måten lettere kan evaluere og reflektere sammen med pasienten de temaer og mestringsstrategier som iverksettes. Allikevel kan vi ikke unnlate undervisningen da dette er et godt verktøy i forhold til læren om sykdommen. Ved å bruke sykepleierens pedagogiske funksjon i form av en kombinasjon av disse metodene, vil det være enklere med oppfølging og opplæring av

pasienten. Dette kan igjen bidra til mestring og bedre livskvalitet, slik forskningsresultater i fra Tjelta & Holsen (2013) viser.

For å hjelpe diabetikeren til en bedre hverdag bestående av mestring og glede, må det gjøres endringer. Holdninger må endres, vaner må forandres og rutiner tilpasses den nye diagnosen. Christophersen (2009) skriver at for å få til endring, må diabetikeren forstå nødvendigheten av det. Det hjelper ikke at vi som sykepleiere underviser og veileder, med mindre pasienten er klar til å samarbeide. Pasienten må selv forstå og se meningen med å gjøre denne endringen, fordi han uten mening ikke kan oppleve begripelighet eller håndterbarhet, i følge Antonovsky (Langeland, 2012). For å finne mening må pasienten ha kunnskap, som igjen kan bidra til å skape krefter og vilje til å gjennomføre endringen, slik som Henderson beskriver i sin teori (Kirkevold, 2012). På bakgrunn av dette forstår vi viktigheten av å sette oss inn i pasientens situasjon og forsøke å forstå, slik at vi kan undervise og veilede ut i fra pasientens eget utgangspunkt.

Christophersen (2009) som selv er diabetiker, belyser viktigheten av å fremme at man kan leve som før og være med på aktiviteter som tidligere, men at man hele tiden skal ha insulin og sukker tilgjengelig i tilfelle hyper- eller hypoglykemi. I teorien til Antonovsky belyses aktiviteter som en mestringsstrategi (Langeland, 2012). Christophersen (2009) skriver at livet ikke trenger å bli snudd på hodet, man må bare ta noen forhåndsregler. Skal vi som sykepleiere lykkes i å veilede og undervise pasienten mot endring, må vi motivere pasienten med følgende tre aspekter; du kan, du må og du vil få det til. Slike tanker kan være en strategi mot mestring.

#### **4.4 Mestringsstrategier i krise**

Hvordan kan vi hjelpe pasienten til å opprettholde den mentale helsen? Mestring er her et viktig begrep. Kontroll er avgjørende for å føle mestring, og for en med nyoppdaget DM1 er det ikke alltid mye kontroll igjen i livet, og vi må tenke på at pasienten kanskje havner i en fase av krise når han får diagnosen. Det som ofte er felles for personer rammet av krise, er måten den utfordrer de mestringsstrategier personen har fra før (Hummelvoll, 2012). Vi må derfor bidra til å gi pasienten mer kontroll og bruke vår pedagogiske funksjon til å veilede og undervise pasienten til hvordan han kan bruke mestringsstrategier for å håndtere sykdommen.

Sykepleieteoretiker Virginia Hendersons teori har som utgangspunkt å hjelpe

pasienten på en slik måte at han gjenvinner selvstendighet (Kirkevold, 2012). Målet vårt i møte med pasienten er nettopp dette, og at han klarer å opparbeide seg strategier for å mestre hverdagen.

Bjarkøy, Graue & Velle (2011) skriver at mennesket benytter seg av ulike mestringsstrategier for å takle endringer, og at disse varierer hos hvert menneske basert på alder og erfaring. Som nevnt ovenfor vil ikke menneskets vanlige mestringsstrategier strekke til når pasienten havner i krise. Antonovsky mente at mestringsstrategier var en viktig ressurs for å fremme mestring (Langeland, 2011). Vi forstår at det kan være utfordrende for oss som sykepleiere å hjelpe pasienten til å ta i bruk nye mestringsstrategier, før pasienten befinner seg i reparasjonsfasen. Dette er fordi det ikke er uvanlig at mennesket tar i bruk ulike forsvarsmekanismer som blant annet fornektelse og isolasjon, i både sjokkfasen og reaksjonsfasen (Cullberg, 2011). Det er først i reparasjonsfasen at pasienten er i stand til å ta tak i ”trusselen” og det blir aktuelt å ta i bruk nye mestringsstrategier. En slik strategi kan være den problemrettede strategien, som gir pasienten løsninger til å utbedre de utfordringer som foreligger (Eide & Eide, 2011).

En annen mestringsstrategi pasienten kan benytte seg av er den følelsesrettede strategien. Vi ser for oss at om denne strategien blir benyttet etter den problemrettede strategien, kan det bli enklere for pasienten å takle følelsesreaksjonene siden han allerede da har begynt å mestre de handlinger og adferd som en slik situasjon imidlertid ofte krever først. På en annen side har vi tro på at den følelsesrettede strategien kan prøves benyttet i reaksjonsfasen, når det er mye følelser og emosjonelle reaksjoner rundt det å ha fått en kronisk diagnose. Å begynne å fokusere på dette forstår vi at muligens kan være en strategi for å komme videre til neste fase i krisen.

Fordi rekkefølgen på krisereaksjonene ikke alltid er den samme, og fordi mennesket kan gå inn og ut av de ulike fasene, forstår vi at det blir viktig at vi møter pasienten der den er og hjelper med det behovet han har. Mestringsstrategien som pasienten benytter bør derfor samsvare med den krisereaksjonen han allerede er i, for å gjøre det enklere for pasienten å bruke strategien, og fordi bruk av feil strategi til feil tid kan forverre pasientens tilstand (Eide & Eide, 2011). Vi mener også at den vurderingsrettede mestringsstrategien kan gi en god effekt for denne pasientgruppen, men det er ikke sikkert den alltid er hensiktsmessig å benytte tidlig i forløpet. Som



nevnt i punkt 4.2 tar det gjennomsnittlig 16 måneder før man forstår at man må leve med sykdommen resten av livet. Vi har derfor tro på at den vurderingsrettede mestringsstrategien kanskje blir best for personer som først har vært gjennom for eksempel sjokk- og reaksjonsfasen, for å så bruke den vurderingsrettede strategien for å få aksept og et helhetlig perspektiv av situasjonen. Dette kan også passe inn med bearbeidelses- eller reparasjonsfasen, fordi denne mestringsstrategien kan brukes til hjelp for å komme videre i bearbeidelsesfasen slik at man lettere kan forsones seg med forandringen som foregår. Ut i fra dette forstår vi at å følge krisereaksjonene til pasienten for å finne ut hvilken mestringsstrategi han bør motiveres til å benytte, kan være avgjørende for pasientens prosess. Dette handler igjen om å møte pasienten der han er.

#### **4.4.1 Sosial støtte som mestringsstrategi**

Det er ikke bare sykepleieren som kan bidra til mestringsfølelse hos pasienten. Forskning viser at mange diabetespasienter har hatt god effekt av sosial støtte i form av kurs og møter, og at involveringen av de pårørende har vært avgjørende (Tjelta & Holsen, 2013). I samme studie kommer det frem at de som deltok på kurs om diabetes, fikk et stort utbytte av kurset og at det var lettere å takle sykdommen og føle mestring i etterkant. Dette begrunnes med at kurset hadde mye fokus på kunnskap via informasjon og undervisning. Mange uttrykte at kunnskapen var grunnleggende viktig for dem slik at de kunne forstå hva som skjedde i kroppen og hvorfor man måtte gjøre enkelte handlinger, som for eksempel å sette insulin. Vi forstår at det er mye enklere å gjennomføre en handling, og ha en positiv holdning til det, når man har en forståelse for hvorfor man må gjøre det, samt at man vet konsekvensene av å ikke gjøre det. Vi oppdager her at undervisning og veiledning om de praktiske gjøremålene, har en sentral rolle for pasientene, for at de skal kunne mestre å leve med en kronisk diagnose. På en annen side vil et kurs med flere deltakere ha et generelt fokus på sykdommen, mens noen kanskje trenger et mer individuelt fokus for å oppnå mestring. Dette viser igjen at en kombinasjon av både undervisning og veiledning er gunstig for å bidra til mestring. I studien til Tjelta & Holsen (2013) kom det også frem at den sosiale støtten pasientene fikk fra andre som hadde opplevd å bli kronisk syk og med samme diagnose, var en motivasjonskilde og de vektla høyt den erfaringen at disse hadde kunnskap som man ikke kunne lese seg til.

Antonovsky mente at sosial støtte var en viktig mestringsressurs, og pårørende hører til denne kategorien (Langeland, 2011). Det er allikevel ikke alle som har muligheten til å få støtte av pårørende, men for de som har denne muligheten ser vi det som viktig at de får være en del av prosessen sammen med pasienten for å bidra til mestring. Vi ser det derfor som vesentlig at vi som sykepleiere legger til rette for pårørende som sosial støtte for pasientene. Dette bekrefter studien til Tjelta & Holsen (2013), som basert på brukererfaring sier at det var større mestringsfølelse blant pasientene som hadde pårørende som var involverte og som fikk kunnskap om sykdommen. På en annen side er det viktig å huske at pårørende ikke alltid er en ressurs for pasienten, men kan oppleves som en belastning. Dette kommer vi tilbake til i punkt 4.6. I Antonovsky sin teori om salutogenese mente han at å bruke omgivelser og seg selv som ressurs var viktig for å oppnå mestring. Han mente at særs viktig var nære emosjonelle bånd (Langeland, 2011). Henderson mente også at livet burde inneholde samvær med andre (Kirkevold, 2012). Langeland (2009) skriver i resultatene av studien at personer som hadde høy grad av sosial støtte hadde høyere grad av SOC. Med dette forstår vi at den sosiale støtten bidro til at de kunne mestre situasjonen sin bedre. Resultatene viste også at de som hadde høyere grad av SOC opplevde større livskvalitet (Langeland, 2009). Når det gjelder de pasientene som ikke har pårørende som ressurs, må vi som sykepleiere gi dem et tilbud om sosial støtte likevel, da vi forstår gjennom teorier og forskning at denne formen for støtte har hatt stor effekt for å oppnå mestring ved sykdom.

#### **4.5 Ulik alder = ulike utfordringer?**

Jo yngre du er, jo enklere er det å takle og få en kronisk diagnose, mente Antonovsky (Langeland, 2011). På bakgrunn av denne påstanden har vi forsøkt å få en oversikt over noen av utfordringene en diabetiker som fikk diagnosen som 30-åring står ovenfor, mot utfordringene en diabetiker på 18 år har. Vi lyktes ikke å komme i kontakt med noen som fikk diagnosen som 18-åring, men vi har snakket med en diabetiker som allerede hadde diagnosen som 18-åring, og vi kan se en viss overføringsverdi her.

Forskning av Levitsky og Misra (2014) sier at egenomsorgen rundt diagnosen har en tendens til å forverres i overgangen mellom ungdom og voksen. Dette gir oss en indikasjon på at en 18-åring kan ha det vanskelig i dette skillet. Diabetikeren vi

snakket med som hadde diagnosen i en alder av 18 år, fortalte at dette var en vanskelig tid. Man skal til en viss grad klare seg selv som 18-åring, men samtidig var hun så usikker og sliten at alt hun ville var at noen skulle ta ansvaret for henne. På en annen side kunne det til tider bli litt mye innblanding fra foreldrenes side, noe som igjen førte til uenighet og negativ påvirkning på diabetesen. Forskning av Levitsky og Misra (2014) legger vekt på viktigheten av familiefokusert samarbeid for å unngå konflikt mellom ungdommen og foreldrene. Vi anser dette som gunstig, slik at foreldrene og ungdommen arbeider mot samme mål når det gjelder å leve med diagnosen. En annen utfordring som denne diabetikeren stod ovenfor, var sosiale sammenhenger med venner. Som 18-åring vil man gjerne være som alle andre, slik at å være med på fest hvor det var alkohol involvert, ble til tider vanskelig. Som 18-åring vet man hvilke konsekvenser det vil ha for diabetesen om man konsumerer for mye alkohol, men trangen til å fremstå som "normal" var for henne større enn konsekvensen. Hun forteller at det var episoder der hypoglykemi oppstod på grunn av alkoholinntak på fest.

Diabetikeren som fikk diagnosen som 30-åring, fortalte at det var som å komme hjem fra sykehuset med et lite barn. Rutinene måtte endres, diabetesen måtte passes på og hun sov dårlig på natten fordi hun engstet seg. Hun tok insulin og målte blodsukker i den tro at hun skulle bli frisk. Ikke fordi hun ikke hadde fått informasjon om sykdommen, men fordi hun ikke hadde tatt til seg informasjonen om at dette var en sykdom hun skulle ha med seg for resten av livet. Familie og venner forventet at hun skulle fungere som før, fordi ingen så på henne at hun var syk. Diabetikeren fortalte oss at hun til tider ønsket at diabetesen skulle vise seg som noe synlig, slik at folk kunne se at hun virkelig var syk. Hun ønsket også større forståelse i fra sin mann og sine to barn, og oppgav at hun trodde det ville vært enklere om hun hadde fått diagnosen tidligere i livet, slik at mannen og barna ikke hadde visst hvordan hun fungerte før diagnosen inntraff.

Som nevnt tidligere mente Antonovsky at jo yngre du er, jo enklere er det å takle og få en kronisk diagnose. På en annen side vil de ulike aldersgruppene føre med seg ulike utfordringer, uansett hvor gammel du er. Ut i fra det de to diabetikerne vi har snakket med fortalte om sin opplevelse, ser vi en forskjell på hvilke utfordringer de hadde. 30-åringen var mer preget av bekymring for sykdommen i seg selv, mens 18-

åringen hadde mest utfordringer i forhold til å fortsette og leve som ”normalt” og ikke skille seg ut fra de andre. Det blir viktig for oss å vite at det likevel vil være forskjeller innenfor aldersgruppene også. To 18-åringer kan ha ulike utfordringer med sykdommen på bakgrunn av tidligere erfaringer, sosial støtte og modenhet. Travelbee mener at mennesket er unikt, og har sin egen opplevelse av lidelse og sykdom (Kirkevold, 2012). Vi vil påstå at dette gjelder for diabetikeren uansett alder, og at veiledning, undervisning og informasjon i møte med pasienten derfor må tilpasses hver enkelt pasient. Samtalen med de to diabetikerne fikk oss til å forstå at det i deres tilfeller burde vært større fokus på at de pårørende også fikk ordentlig veiledning og informasjon, slik at de kunne få forståelse for diabetikerens situasjon. Dette er informasjon vi som sykepleiere vil ta med oss videre inn i arbeidslivet, slik at vi kan bidra til at pasienten og de pårørende får god informasjon og veiledning sammen.

#### **4.6 Diabetes type 3**

Som nevnt tidligere må rammen på undervisning og veiledning tilpasses den enkelte pasient, og vi forstår at det kan være gunstig for pasienten at også pårørende får undervisning og veiledning rundt diagnosen DM1. Årsakene til dette er flere. Christophersen (2009) betegner diabetikerens pårørende som type 3 diabetikere. Grunnen til dette er at de pårørende også kjenner på frykt og angst rundt sykdommen, samt kan merke seg diabetikerens egen bekymring rundt diagnosen. Spørsmålene er mange, og usikkerheten stor både hos pasient og pårørende. Så mange som 1 av 4 nordmenn berøres av sykdommen, enten ved at de har den selv, eller har diabetes i nær omgangskrets (Christophersen, 2009). Christophersen (2009) understreker at man som pårørende skal hjelpe til, men ikke ta over styringen når det gjelder å leve med diabetes. Levitsky og Misra (2014) belyser det samme som en utfordring i sin forskning, da pårørende til unge voksne med DM1, ofte har problemer med å la diabetikeren få styre hverdagen med sykdommen selv. Dette viser oss at pårørende på mange måter kan være en ressurs for pasienten, men at de også kan oppleves som belastende i visse tilfeller.

Pårørende kan være en stor ressurs for pasienten i en usikker hverdag med svingninger i blodsukkeret. En av diabetikerne vi har vært i kontakt med, forklarer at hun ikke bestandig merker symptomene på hypoglykemi selv. Pårørende har for henne i slike tilfeller vært en ressurs og bidratt med å øke blodsukkeret og hun har

dermed unngått alvorlig hypoglykemi. På en annen side kan pårørende til tider virke belastende for pasienten. Dette har vi fått informasjon om i fra en pasient da vi var i sykehuspraksis, i tillegg til at forskning fra Levitsky og Misra (2014) beskriver hvordan pårørendes innblanding i sykdommen kan skape ytterligere belastninger for unge diabetikere. Pårørende kan ofte, uten å selv være klar over det, gi pasienten en form for skyldfølelse hvis pasienten får hypo- eller hyperglykemi. Dette med kommentarer som ”Har du ikke passet på ordentlig nå?”. En av diabetikerne vi har snakket med, nevnte også hvor vanskelig det var at ingen i husstanden forstod at energinivået og allmenntilstanden ble dårligere etter en episode med hypoglykemi. Hun fortalte hvor slitsomt det var at de pårørende forventet at hun skulle fungere helt som normalt, bare hun hadde fått opp blodsukkeret igjen. Vi antar at dette kan ha en sammenheng med at pårørende i dette tilfellet hadde for lite kunnskap om diagnosen. Vi forstår derfor viktigheten av at vi som sykepleiere må bruke vår veiledende og pedagogiske funksjon, også i møte med pårørende slik at de blir en ressurs for pasienten i møte med sykdommen. Dette kan bidra til mestring, i motsetning til aggresjon og frustrasjon hos pasienten.

## 5. Refleksiv vurdering og konklusjon

Det blir for oss tydelig at i forhold til den psykiske helsen og mestring, er det flere ulike komponenter som spiller inn, og at alt henger sammen og blir påvirket av hverandre. Vi forstår at den sosiale støtten og ulike strategier er med på å gi mestring. Mestring er på sin side med på å fremme den mentale helsen til pasientene, og vi som sykepleiere må forebygge de psykiske lidelsene ved å bidra til mestring gjennom å benytte de ulike verktøyene vi har til rådighet. Høy mestringsfølelse fremmer psykisk helse, og kan oppnås ved at pasientene mestrer sykdommen sin (Velle, Bjarkøy & Graue, 2011).

Hvilke tiltak bør iverksettes for å opprettholde og kartlegge om pasienten får psykiske lidelser? Levitsky & Misra (2014) skriver i sin forskningsartikkel at screening av pasienten bør foregå for å gjenkjenne symptomer på for eksempel depresjon. Da kan dette fanges opp så tidlig som mulig, og man kan da arrangere iverksetting av tiltak for å hindre videre utvikling og eventuelt starte en behandling. En slik screening kan foregå hos fastlegen ved regelmessige kontroller og ved poliklinikk når pasienten er i kontakt med diabetessykepleier eller annet helsepersonell som en rutine. Vi foreslår elektroniske screeninger i form av spørreskjema som en eventuell løsning. Ut i fra drøftingen som vi har presentert mener vi også at kurs for denne pasientgruppen bør stå som et sentralt tilbud for å hjelpe de på veien mot å mestre og leve med sykdommen sin. Vi må likevel ikke glemme at individuell veiledning er et vel så viktig tiltak.

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til mestring for pasienter med nyoppdaget DM1? Gjennom drøftingen vår kommer det frem at fokus på mental helse er viktig for opplevelsen av mestring, men at det på en annen side også er viktig å ha fokus på de praktiske gjøremålene som for eksempel opplæring i å regulere blodsukkeret for at pasienten skal føle mestring. Vi forstår at vi som sykepleiere i vår pedagogiske funksjon i møte med diabetikeren, må ha fokus på både mental helse og praktisk opplæring for at pasienten skal føle mestring. Dette fordi pasienten gjennom mestring av sykdommen kan få en bedret mental helse, som også er sentralt for å kunne mestre å leve med sykdommen og oppleve god livskvalitet. Hva som oppleves som god livskvalitet er individuelt for hver enkelt pasient, noe som også gjelder for opplevelsen av sykdom. Vi forstår derfor at veiledning og undervisning må være

tilpasset og individrettet. Vi ser også viktigheten av at de pårørende inkluderes i veiledning og undervisning, da forskning og brukererfaring viser hvilken positiv effekt dette har for pasienten i form av å mestre sykdommen. Hvis de pårørende ekskluderes, kan deres mangel på kunnskap føre til at de oppleves som en belastning for diabetikeren. Når vi drøftet teorien sammen med brukerkunnskap og forskning, forstod vi at pårørende faktisk har en mye større rolle enn det vi i utgangspunktet hadde sett for oss at de skulle ha, i veien mot mestring for pasienten.

I drøftingen kommer det frem at en salutogen tilnærming kan ha en god effekt for å fremme mestring hos pasienten. Dette fordi målet med å benytte en slik tilnærming er å oppnå mestring, og denne måten å utøve sykepleie på vil derfor være tilrettelagt og ha gjøremål som har en dokumentert mestringseffekt.

Gjennom drøftingen ser vi at det er vanskelig å bare ha fokus enten på undervisning, kommunikasjon, mestringsstrategier eller krisereaksjoner. Vi forstår at alt dette henger sammen, og at det er viktig for oss som sykepleiere å ha fokus på alt dette, samt kunnskap om de ulike punktene, for å kunne møte pasienten på en tilfredsstillende måte som er med på å bidra til å takle og leve med sykdommen. Ved å bruke vår pedagogiske funksjon, og ha kunnskap om bruk av kommunikasjon og vite noe om i hvilke krisefaser de ulike kommunikasjonsferdighetene egner seg, samt klare å se hvilken mestringsstrategi vi kan veilede pasienten til å bruke, kan vi på best mulig måte møte pasienten der han er. Vårt mål er å få pasienten inn i nyorienteringsfasen. Her vil pasienten leve med et arr som ikke forsvinner, men som ikke hindrer daglige gjøremål og aktiviteter. Målet vårt er at pasienten skal opparbeide seg nye mestringsstrategier som bidrar til selvstendighet og uavhengighet, som gir en meningsfull hverdag bestående av kunnskap, krefter og vilje til å leve. Som Aristoteles så klokt sa, er det avgjørende for et menneske at han selv har styring i eget liv for å bli lykkelig (Strand, 2005).

På bakgrunn av opplysninger vi har innhentet fra pasienter i løpet av studietiden, samt opplysninger vi har funnet i publisert forskning og teori, forstår vi hvor viktig det er å fokusere på mental helse hos denne pasientgruppen for at de skal oppleve mestring. Vi forstår at diabetes er så mye mer enn bare blodsukker.

## 6. Litteraturliste

\* Bjarkøy, R. Ø., Graue, M. & Velle, E. O. (2011). Meistring av diabetes kan lærast. *Sykepleien forskning*, 99(1):55-56. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0029>

\* Christophersen, Y. (2009). *Diabetes for livet – aldri fred å få?* Otta: AIT AS.

Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

\* Diabetesforbundet. (2013). *Sykepleierstudenter kunne tatt livet av diabetespasient*.

Lokalisert 06.05.15 på

[http://www.diabetes.no/Sykepleierstudenter+kunne+tatt+livet+av+diabetespasient.b7C\\_wtjG0f.ips](http://www.diabetes.no/Sykepleierstudenter+kunne+tatt+livet+av+diabetespasient.b7C_wtjG0f.ips)

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Helsebiblioteket. (2011). *McMaster PLUS – søk i kunnskapspyramiden, hold deg oppdatert*. Lokalisert på

<http://www.helsebiblioteket.no/om-helsebiblioteket/hjelp/eksterne-ressurser/mcmaster-plus-søk-i-kunnskapspyramiden-hold-deg-oppdatert>

\* Helsedirektoratet. (2015). *Empowerment*. Lokalisert på

<http://www.forebygging.no/Ordbok/A-E/Empowerment/>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64.

\* Hildebrandt, S. (2011). *Fagfelleevaluering med plettet rykte*. Lokalisert på

<http://forskning.no/forskningssvindel/2011/03/fagfelleevaluering-med-plettet-rykte>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Høgskolen i Bergen. (2012). *PICO*. Lokalisert på

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

\* Høgskolen i Gjøvik. (2014). *Ordlister for studenter*. Lokalisert på

[http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/ordliste\\_oppg](http://www.hig.no/biblioteket/oppgaveskriving/ordliste_oppg)



Håkonsen, K. M. (2011). *Innføring i psykologi*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Karlsen, B. (2007). Gruppebasert veiledning for å fremme mestring av diabetes. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursendring* (s. 315–330). Oslo: Cappelen Akademisk.

\* Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. (Rev.utg.).

Lokalisert 21.04.15 på

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

\* Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, 4(4):288-296.

<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2009.0143>

Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 208-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 195–212). Bergen: Fagbokforlaget.

\* Levitsky, L. & Misra, M. (2015). *Complications and screening in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus*. Lokalisert på

<http://www.uptodate.com/contents/complications-and-screening-in-children-and-adolescents-with-type-1-diabetes-mellitus?source=machineLearning&search=diabetes+mellitus+and+depression&selectedTitle=3~150&sectionRank=1&anchor=H17#H17>

\* Levitsky, L. & Misra, M. (2014). *Management of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents*. Lokalisert på

<http://www.uptodate.com/contents/management-of-type-1-diabetes-mellitus-in-children-and-adolescents>

[adolescents?source=search\\_result&search=diabetes+mellitus+type+1+adolescents&selectedTitle=1~150](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501150)

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 507-536). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Normann, T., Sandvin, J. & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering: Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. Oslo: Kommuneforlaget.

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte.pdf.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2013). *Psykatrieboken: sinn, kropp, samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-2011-06-24-30

\* Strand, R. (2005). *Diabetes*. Oslo: Aschehoug & Co

\* Tjelta, M. & Holsen, I. (2013). *Det går an å mestre det meste ved å gå på sanne kurs som dette her – Gruppebasert opplæring og mestring ved diabetes type 2: En kvalitativ studie*. Lokalisert på [http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/62525222/det\\_gaar\\_an\\_aa\\_mestre\\_det\\_mesteved\\_aa\\_gaa\\_paa\\_saanne\\_kurssom\\_d.pdf](http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/62525222/det_gaar_an_aa_mestre_det_mesteved_aa_gaa_paa_saanne_kurssom_d.pdf)

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 173–191). Bergen: Fagbokforlaget.

\* Tveiten, S. (2013). *Pedagogikk i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.

\* Oslo Universitetssykehus. (2004). *Mestring*. Lokalisert på <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/mestring/>

\* Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2013). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 29-59). Oslo: Cappelen Akademisk.

# Vedlegg 1

## PICO-skjema

	<b>P</b> Patient/Population/ Problem	<b>I</b> Intervention	<b>C</b> Comparison	<b>O</b> Outcome
Norske ord	Pasienter med diabetes type 1  Psykisk helse  Salutogenese  Diabetes og depresjon	Sosial støtte  Veiledning  Undervisning		Mestring
Engelske ord	Diabetes mellitus type 1  Diabetes mellitus type 1 adolescents  Mental health  Depression  Diabetes and depression	Social support  Guidance  Teaching		Capacity