



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse
4BACH

Kristina Glad-Ørbak & Anette Svensson

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Bacheloroppgave
Diabetes, en del av meg
Diabetes, a part of me

Antall ord: 13 651

Bachelor i sykepleie, heltid

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Tema: Sykepleie til pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 1.

Hensikt: Hensikten med å fordype oss i denne oppgaven er å få en bredere kunnskap og kompetanse for hvordan vi som sykepleiere skal veilede og undervise en ungdom/pasient med nyoppdaget diabetes type 1, slik at de lærer å mestre sykdommen og får en økt livskvalitet.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier veilede og undervise ungdom til mestring ved nyoppdaget diabetes type 1?”

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, bygget på pensumlitteratur, relevant litteratur, fag- og forskningslitteratur og egne erfaringer fra praksis og skolegang.

Konklusjon: Det er helt sentralt at sykepleier har nødvendig kunnskap og kompetanse om diabetes type 1, og kjennskap til hvilke utfordringer ungdommen står ovenfor ved å få diagnosen. For at ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 skal kunne oppnå mestring, er det helt essensielt at sykepleier bidrar til at pasienten opparbeider seg grunnleggende kunnskaper og ferdigheter vedrørende sin sykdom og behandling. Sykepleier må ha en pedagogisk tilnærming til ungdommen og benytte seg av veiledning og undervisning som metode. Det må skapes et menneske-til-menneske forhold slik at det blir en god samhandling mellom sykepleier og pasient, samtidig at den enkelte får medvirke da det kommer til sin egen behandling. Undervisningen og veiledningen til ungdommen bør være strukturert og planlagt, samt tilpasses den enkeltes behov. Ved at pasienten får hjelp og støtte fra sykepleier vil det være med på å bidra til at pasienten ivaretar sin egenomsorg, oppnår mestring og lærer seg å leve med sykdommen som en del av seg.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Forord	5
1.0 Innledning.....	6
1.1 Valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	7
1.3 Disposisjon	8
2.0 Metode.....	9
2.1 Litteratursøk	9
2.1.1 Bøker	9
2.1.2 Artikler	10
2.2 Kildekritikk	11
2.3 Etikk	11
3.0 Funn av forskning.....	13
4.0 Teori	17
4.1 Diabetes mellitus	17
4.2 Diabetes type 1	17
4.2.1 Symptomer og diagnostikk.....	18
4.3 Behandling	19
4.3.1 Medikamentell behandling	19
4.3.2 Kosthold og diabetes	19
4.3.3 Fysisk aktivitet og diabetes	20
4.4 Utfordringer hos ungdom med diabetes	21
4.5 Krisereaksjoner/Krise	22
4.5.1 Sjokkfasen	22
4.5.2 Reaksjonsfasen	22
4.5.3 Bearbeidelsesfasen	23

4.5.4 Nyorienteringsfasen	23
5.0 Dorothea Orems sykepleieteori	24
5.1 Egenomsorg.....	24
5.2 Egenomsorgsbehov	24
5.3 Egenomsorgssvikt	25
5.4 Sykepleiesystemer.....	26
5.4.1 Sykepleiers hjelpemetode.....	26
5.4.2 Sykepleierkapasitet.....	26
6.0 Sykepleiers pedagogiske funksjon	27
6.1 Veiledning og undervisning	27
6.2 Mestring	29
6.3 Empowerment og salutogenese	30
6.4 Lovverket	31
7.0 Hvordan kan sykepleier veilede og undervise ungdom til mestring ved nyoppdaget diabetes type 1?	32
7.1 Det å få diagnosen diabetes type 1 som ungdom.	32
7.2 Samhandlingen mellom sykepleier og pasient når det kommer til undervisning og veiledning	34
7.3. Undervisning og veiledning til mestring	36
7.4 Veiledning og undervisning i forhold til behandling	39
8.0 Konklusjon	44
Litteratur.....	45
Vedlegg PICO skjema.....	48

Forord

Aristoteles sier følgende

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

(sitert i Strand, 2005, s. 65).

1.0 Innledning

1.1 Valg av tema

Vi har nå kommet til siste semester av studieløpet bachelor i sykepleie, og har med dette hatt tre lærerike år som sykepleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark. Vi har ut ifra vår erfaring fra skole og praksis valgt å skrive en fordypningsoppgave hvor vi retter fokus på sykepleie til ungdom med nyoppdaget diabetes type 1. I oppgaven legges det vekt på veiledning og undervisning, og hvordan dette kan bidra til mestring hos pasienten.

Helsedirektoratet (2009) skriver at diabetes er en sykdom som øker i samfunnet vårt, og det vil dermed være viktig at vi som fremtidige sykepleiere har god kunnskap da det kommer til sykdommen. Vi har sett ut i fra egne erfaringer at pasienter med nyoppdaget diabetes type 1 har et stort behov for veiledning og undervisning i startfasen, og at sykepleier har en sentral rolle da det kommer til dette. Fra praksis har vi møtt mange eldre pasienter med diabetes, men mindre av den yngre pasientgruppen. Gjennom undervisning fra skolen syns vi det har vært lite fokus på diabetes hos ungdom. Vi ønsker derfor å fordype oss innenfor ungdom, for å få en bredere kompetanse som vi kan dra nytte av senere i møte med denne pasientgruppen.

Ungdom er en pasientgruppe som vi vil komme til å møte i mange sammenhenger både privat og i arbeidslivet. De er i en utviklingsfase i livet der det skjer mye endringer, og hvor de starter å være selvstendige og blir mer uavhengige av foreldrene (Håkonsen, 2014, s. 59). Vi har selv vært ungdom, og vi vet godt hvor hektisk og krevende denne tiden er. Det at en får beskjed om at en har en kronisk sykdom som alltid er tilstede 24 timer i døgnet, kan være en utfordrende beskjed for mange. Hverdagen vil by på utfordringer, og en må planlegge å tilrettelegge sin nye hverdag da det kommer til kosthold, fysisk aktivitet og behandling (Mosand & Stubberud, 2010). I denne fordypningsoppgaven ønsker vi å få en bredere kunnskap om hvordan vi som fremtidige sykepleiere skal veilede og undervise en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1, slik at de lærer å mestre sykdommen og får en økt livskvalitet. Vi har valgt å ta for oss teoretiker Dorothea Orem, der vi går inn på egenomsorg og sykepleiesystemer i forhold til undervisning og veiledning. Vi har nevnt Aron Antonovsky sin teori da det kommer til mestring og anvendt Tveiten da det kommer til sykepleiers pedagogiske funksjon i veiledning og undervisning.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Ut ifra valg av tema har vi kommet frem til denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier veilede og undervise ungdom til mestring ved nyoppdaget diabetes type 1?

Diabetes type 1 kan opptre i alle aldre, men debuterer oftest hos barn og ungdom (Mosand & Stubberud, 2010). Vi har avgrenset oppgaven inn mot pasientgruppen ungdom mellom 14-18 år med nyoppdaget diabetes type 1. Siden ungdommen har en nyoppdaget diabetes type 1 har vi valgt at pasienten er over akutfasen og har akseptert diagnosen. Pasienten vil med dette være mer mottakelig i forhold til informasjonen som blir gitt i undervisningen og veiledningen. Med tanke på det videre forløpet vil det være viktig i denne perioden at pasienten får god veiledning og undervisning fra sykepleier, slik at pasienten blir i stand til å møte utfordringer og mestre sykdommen (Eide & Eide, 2007).

Vi har utelukket pårørende og annet nettverk fra oppgaven. Grunnen til dette er for at vi skal besvare vår problemstilling, og fordi vi har avgrenset oss inn mot veiledning og undervisning kun relatert til pasienten. Samtidig med tanke på omfanget og ordbegrensningen ifølge retningslinjene til oppgaven. Selv om vi har valgt å se bort ifra familie og annet nettverk, vet vi at de er en stor ressurs og støtte innenfor diabetesomsorgen både for pasient og helsepersonell.

Mosand & Stubberud (2010) skriver ved oppstart av behandling av nyoppdaget diabetes type 1 vil det være vanlig at dette foregår på sykehus, vi har derfor valgt dette som arena. Vi har fokus på at pasienten er innlagt, og vil dermed gå nærmere inn på perioden før pasienten skrives ut fra sykehuset. Vi vet at etter dette følges pasienten opp på poliklinisk avdeling, men har valgt å utelukke dette i oppgaven. Vi vil ha fokus på sykepleiers rolle, men vet at diabetes er en sykdom som krever tverrfaglig samarbeid, som for eksempel med diabetesteam. Vi har anvendt sykepleierteoretiker Dorothea Orem sin modell opp mot relevant forskning og annen litteratur gjennom oppgaven.

1.3 Disposisjon

Oppgaven vår består av åtte hovedkapitler, og som videre er inndelt i underkapitler.

Kapittel 1 er det innledning, der vi presenterer valg av tema, problemstilling, avgrensning og oppgavens disposisjon.

Kapittel 2 beskriver valg av metode, litteraturstudie, søkestrategi, presentasjon av bøker og artikler, kildekritikk og etikk.

Kapittel 3 presenterer funn fra forskningsartiklene.

Kapittel 4 er oppgavens teorikapittel, som omhandler diabetes, behandling, utfordringer hos ungdom og krise.

Kapittel 5 inneholder Dorothea Orems sykepleiemodell, der vi går inn på egenomsorg og sykepleiesystemer.

Kapittel 6 består av sykepleiers pedagogiske funksjon, veiledning og undervisning, mestring, empowerment og salutogenese, samt lovverk.

Kapittel 7 omhandler drøfting av problemstilling opp mot teori, forskning og egne erfaringer. Presentasjon av ulike tiltak som sykepleieren kan iverksette for ungdommen med diabetes type 1.

Kapittel 8 inneholder konklusjon.

Litteraturliste blir fremstilt i avslutningen av oppgaven, samt vedlegg.

2.0 Metode

”Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette foremålet, hører med i arsenalet av metoder”
(Dalland, 2012, s. 50).

Metode er et verktøy for å fremskaffe eller undersøke kunnskapen man har funnet. Metoden vi har brukt for å skrive denne bachelor oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie vil si at man tar i bruk forskningslitteratur og faglitteratur for å på best mulig måte besvare og belyse problemstillingen i oppgaven (Dalland, 2012). Vi har fulgt retningslinjene for bachelor innen Høgskolen i Hedmark ved søk og generelt under hele skriveprosessen. I drøftingskapitlet vil vi legge frem både fag- og forskningslitteraturen som vi har benyttet, men også nevne noen erfaringer og eksempler som vi har opplevd fra praksis.

Vi har benyttet oss av både kvantitativ og kvalitativ forskning i vår litteraturstudie. Kvantitative metoder samler data, og gir informasjonen som er innhentet fra en større gruppe mennesker i form av målbare enheter. Kvalitative metoder tar for seg en mindre gruppe mennesker og belyser deltagerens opplevelse, samt meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012). Vi har valgt å både ha kvalitative og kvantitative metoder for at disse sammen kan gi oss en helhetlig forståelse av det vi søker å svare på i oppgaven.

Vi har igjennom oppgaven brukt Høgskolen i Hedmark sin mal i forhold til oppsettet i oppgaven. Skolen har en egen bestemt mal til forside, skrifttype, skriftstørrelse og linjeavstand som vi har brukt, samt har vi fulgt APA- standard igjennom hele oppgaven for å skape en akademisk redelighet og referere til kilder som har vært anvendt (Dalland, 2012, s. 80).

2.1 Litteratursøk

Her vil vi presentere fremgangsmåten som vi har anvendt for å komme frem til relevant litteratur til vår problemstilling.

2.1.1 Bøker

I skriveprosessen har vi anvendt obligatorisk pensumlitteratur og minst 400 sider med selvvalgt litteratur. Vi har også benyttet oss av forskningslitteratur. For å finne den selvvalgte litteraturen har vi brukt skolens database Oria for å søke etter bøker med faglige temaer som er relevante for vår problemstilling. Stikkord som vi har brukt når vi har søkt har vært

”diabetes, diabetes type 1, ungdom, behandling, oppfølging, undervisning og veiledning, kroniske lidelser, å leve med kronisk sykdom, å leve med diabetes”. Ved hjelp av disse søkeordene fant vi fram til ulike relevante bøker, og de vi har brukt omhandler i hovedsak diabetes og generell sykepleie.

Dalland (2012) skriver at litteraturen man tar i bruk ikke bør være eldre enn ti år, men vi har likevel valgt noen bøker av eldre utgave på grunn av at vi syns disse er pålitelige, relevante og gyldige. Dette gjelder ”Orems sykepleiemodell i praksis” (Cavanagh, 2001) og ”Diabetes - Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell” (Skafjeld, 2002).

2.1.2 Artikler

Når vi har søkt for å finne forskning har vi brukt databasene Cinahl og PubMed. Dette er databaser som er godkjent og anbefalt av Høgskolen i Hedmark. Cinahl og PubMed er relevante fordi det er databaser som er helsefaglige med mye relevant sykepleie og medisinsk forskning. Disse databasene har også tilgang til mange artikler i fulltekst.

Ved hjelp av PICO- skjema (se vedlegg) har vi søkt med disse søkeordene, for å komme frem til de forskjellige forskningsartiklene vi har valgt. “Diabetes type 1, chronic diseases, adolescents, youth, guidance, instruction, coping, self-care, experience, resilience, nursing”. Ved å bruke de forskjellige søkeordene opp mot hverandre, og kombinere disse på forskjellige måter fant vi flere relevante forskningsartikler. Vi har valgt å bruke fire engelskspråklige forskningsartikler som vi syns belyser vår problemstilling. Alle artiklene omhandler diabetes. Den første «Adolescents experience of living with diabetes» handler om ungdoms opplevelse og erfaring av å leve med diabetes type 1. «Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes» tar for seg om ulike mestringsstrategier har en påvirkning i forhold til ungdom med diabetes type 1. «Compliance of adolescents with chronic disease» beskriver faktorer som påvirker oppfølgingen av ungdom med kronisk sykdom. «Diabetes education: what do adolescents want» undersøker behovet for strukturert utdanningsprogram for ungdom med diabetes type 1. Vi vil presentere forskningsartiklene grundigere i kapittel 3.0.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk vil si de metodene som blir tatt i bruk for å fastsette om en kilde er pålitelig eller troverdig. Det er viktig å være kritisk til kilden og litteraturen man har anvendt. Man må med dette vurdere og karakterisere de kildene som blir benyttet i oppgaven. Det er viktig å skille mellom om opplysningene man finner er korrekte eller om det bare er antagelser. Vi har anvendt både primær og sekundærkilder i vår oppgave. Primærkilde vil si den opprinnelige kilden, mens med sekundær menes den kilden som bygger på primærkilden (Dalland, 2012, s. 86).

Vi har vært kritisk til forskningen vi har funnet og tatt forbehold om at forskningen skal inneholde IMRaD-strukturen. IMRad-strukturen står for Introduksjon – metode – resultat – diskusjon (Dalland, 2012). Vi har sett nøye på forskningens oppbygging og struktur, og ved hjelp av å være kritiske til kildene og vurdert disse grundig mener vi at artiklene er troverdige, pålitelige og relevante for vår oppgave og problemstilling.

Da det kommer til sykepleie som yrke er det helt essensielt at det blir tatt i bruk oppdatert kunnskap. Sykepleieryrket er stadig under utvikling og vekst, og er helt avhengig av å arbeide kunnskapsbasert. Generelt baseres sykepleie på kunnskapsbasert praksis, med vekt på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap, samt brukerkunnskap og brukermedvirkning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). For å kunne utøve tilstrekkelig og god sykepleie må kunnskapen anvendes og det må arbeides i tråd med den fagligoppdaterte kunnskapen. Kildene bør ikke være eldre enn ti år for at de skal kunne kalles oppdaterte (Dalland, 2012). Igjennom oppgaven har vi benyttet oss av oppdatert litteratur og forskning.

2.3 Etikk

Det er viktig og ikke utgi andres arbeid som sitt eget, dette kalles plagiat. Plagiat regnes som kopiering av andres verk og er forbudt. Det er uetisk og vil føre til konsekvenser for den som utnytter dette. Det skal vises respekt for andres verk og alltid henvises til riktig kilde. Hvis det repeteres andre ordrett skal dette skrives som et tydelig sitat (Dalland, 2012). Vi har som nevnt i forrige avsnitt vært nøye med å henvide ved hjelp av APA- standard og oppgitt kilde dersom vi har brukt andres arbeid som teori i vår oppgave.

Vi har tatt hensyn til og forbeholdt oss taushetsplikten samt anonymisering da vi har kommet med erfaringer eller eksempler fra praksis og skolegang i oppgaven. Helseopplysninger er

taushetsbelagte opplysninger (Helsepersonelloven § 21, 2016). I Loven om taushetsplikt og opplysningsrett § 21 står det at Hovedregelen for taushetsplikt er *”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”* (Helsepersonelloven § 21, 2016). Man må også ta ansvar for at anonymiteten for hver enkelt blir ivaretatt (Dalland, 2012, s. 102).

3.0 Funn av forskning

Vi vil i dette kapittelet presentere funn av forskningsartiklene som vi syns belyser vår problemstilling. Vi har valgt å dele inn i hensikt, metode, funn og konklusjon, dette fordi vi mener det vil være en helhetlig og strukturert måte å presentere forskningen på.

Adolescents' experience of living with diabetes (Huus & Enskär, 2007).

Hensikt: Denne forskningsartikkelen går inn på ungdoms opplevelse og erfaringer av det å leve med diabetes type 1.

Metode: Forskningen er en kvalitativ studie, der deltakerne har blitt intervjuet. Intervjuet bestod av spørsmål om hvordan ungdommene opplever å leve med diabetes og det ble bygget en samtale rundt temaet. Det er seks jenter og to gutter som har deltatt i studien, som er mellom 14-18 år.

Funn: Resultatet av studien viser at ungdom opplever at de svinger mellom det å være normal og det føle seg annerledes enn friske jevnaldrene. De sammenligner seg med andre og ønsker å være lik friske jevnaldrende, noe som kom tydelig frem i forskningen. Det er skrevet om fem temaer som er sentrale i studien. Det første temaet var å være annerledes, der noen følte at sykdommen gjør at man må utvikle seg fortere enn de på samme alder. Det andre var at mange følte de ble behandlet på en annen måte. Mange syns det var godt at vennene spurte om sykdommen, for da følte de at vennene brydde seg om en. Mens andre opplevde det som mas. Det tredje temaet var å leve et vanlig liv. Mange opplever det vanskelig å kunne leve et normalt liv, siden det innebar å leve med mange rutiner rundt sykdommen og behandlingen. Det fjerde temaet var å kjenne sin egen kropp der en opparbeidet seg viktig kunnskap om mat, fysisk aktivitet og medisiner. Det siste var å ta vare på seg selv, noe som vil være viktig for unge med diabetes type 1.

Konklusjon: Det er skrevet at ungdom i denne studien må prøve å leve et normalt liv for å klare å få kontroll over egen sykdom. Det å bruke ulike mestringsstrategier for å håndtere hverdagssituasjoner, vil gi dem styrke til å mestre sin livssituasjon. Det å få støtte fra helsepersonell, venner og familie hadde stor betydning for deltakerne.

Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes (Jaser & White, 2010).

Hensikt: Forskningsartikkelen tar for seg å undersøke om ulike mestringstrategier har en påvirkning i forhold til resiliens, livskvalitet, metabolsk kontroll og kompetanse hos ungdom med diabetes type 1.

Metode: Forskningsartikkelen er en kvantitativ studie. Det er 30 ungdommer mellom 10-16 år og deres mødre fra en diabetesklinikk som har deltatt i studien. Ungdommene skulle besvare ulike spørreskjemaer som gikk ut på egen erfaring av sosialkompetanse og livskvalitet. Mødrene skulle svare på deres erfaring i forhold til barnas kompetanse. Deretter tar studien for seg å veie dette opp mot de ulike mestringsstrategiene som ble benyttet mot mestring av diabetesrelatert stress.

Funn: I forskningen kommer det frem at ungdom opplever en moderat grad av diabetesrelatert stress. For å klare å håndtere stresset og mestre sykdommen kom det frem at ungdom oftest bruker ulike mestringsstrategier. Det kommer også frem i studien at ulike mestringsstrategier har en påvirkende faktor hos ungdom. I forskningsartikkelen går de inn på dette med å undersøke hvilken mestringsstrategi som gir best resiliens, livskvalitet, økt metabolsk kontroll og sosial kompetanse hos ungdom med type 1 diabetes.

Konklusjon: Forskningen konkluderer med at ulike mestringsstrategier har en generelt påvirkende faktor, og at ved bruk av mestringstrategier ga økt resiliens, livskvalitet, sosial kompetanse og økt metabolsk kontroll hos ungdom med diabetes type 1.

Compliance of adolescents with chronic disease (Kyngäs, 2000).

Hensikt: Formålet med denne studien er å beskrive faktorer som påvirker oppfølging av ungdom med kronisk sykdom, som insulinavhengig diabetes mellitus.

Metode: Artikkelen er en kvantitativ studie, der det er brukt spørreskjema. Deltakerne ble spurt om deres oppfølging i forhold til sin kroniske sykdom. Det deltok 1200 personer med kroniske lidelser, der hver femte person hadde diabetes mellitus. Deltakerne var mellom 13-17 år.

Funn: Behandling av ungdom med en kronisk sykdom kan være utfordrende for helsepersonell. Det vil være sentralt med samhandling mellom ungdom og sykepleier da det kommer til oppfølging, og dette vil gi pasienten mulighet til å være med på å påvirke sin behandling. Når det kommer til oppfølgingen av ungdom med kronisk sykdom er motivasjon, god omsorg, følelse av normalitet, tilstrekkelig energi og viljestyrke sentralt da det kommer til å kunne få en bedre etterlevelse.

Konklusjon: Mange opplevde at oppfølgingen av medikamentell behandling var bedre enn oppfølging med andre aspekter av egenomsorg. Hos alle deltakerne var god motivasjon, følelse av normalitet, positiv holdning til sykdommen og behandling, energi og viljestyrke, god omsorg og trivsel med på fremme god etterlevelse. Det blir nevnt at støtte fra foreldre, venner, sykepleiere og leger er med på å fremme en god oppfølging hos ungdom med diabetes mellitus. Hos ungdom med diabetes var det mest vanlig at følelsen av god egenomsorg bidro til å oppnå trivsel.

Diabetes education: what do adolescents want? (Chaney, Coates, Shevlin, Carson, McDougall & Long, 2011)

Hensikt: Å undersøke unges oppfatninger om behovet for strukturert diabetes utdanning og deres syn på hvordan et slikt program bør organiseres og hvilke emner må tas opp.

Metode: Artikkelen er en kvalitativ studie, der det er gjort fem fokusgrupper intervju. Fokusgruppe intervju er en gruppeprosess. I gruppen utvekslet deltakerne i studien synspunkter, handlinger og følelser vedrørende sin diabetes. Det deltok 21 ungdom mellom 13-19 år i studien.

Funn: Mange av deltakerne opplevde at veiledning og råd som ble gitt om kost og insulin kunne oppleves svært komplekst. Alle deltakerne i studien ga uttrykk for at de ønsket et strukturert utdanningsprogram som var tilpasset deres behov. Ungdommen ga uttrykk for at fokuset bør være på hva de kan gjøre, i motsetning til hva de ikke kan. Informasjonen bør legge vekt på de positive sidene da det kommer til kosthold, fysisk aktivitet, frihet samt bedre forståelse av insulin justering. Oppfølging er noe som står svært sentralt, og det var med på å skape god trygghet og støtte.

Konklusjon: Resultatene i denne studien er at ungdom ønsker et utdanningsprogram som er tilpasset behovene til den enkelte. Et slikt program bør bygge på anerkjennelse og at en har tro på den enkelte. De ønsket seg et program som var relevant for hverdagen, innholdt kort varighet og som ble bygget på positivitet, samt var praktisk for den enkelte. Ved å ikke gå igjennom et utdanningsprogram vil det resultere i dårlig diabetesbehandling, dårlig metabolsk kontroll og dårlig livskvalitet for ungdom med diabetes.

4.0 Teori

I dette kapittelet vil vi gå nærmere inn på teori som er relevant for å kunne besvare vår problemstilling.

4.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en kronisk sykdom som skyldes mangel på insulin, eller en nedsatt insulinvirkning slik at blodsukkerverdiene blir forhøyet (Møinichen, 2014, s. 31). Det finnes flere typer diabetes, men de vanligste typene er diabetes type 1 og 2. Årsaken til diabetes er ennå ikke helt definert, men man vet i dag at det skyldes en kombinasjon av arvelig disposisjon og miljøfaktorer (Jenssen, 2011). I Norge i dag har ca 230.000 personer diabetes, 28.000 av disse har diabetes type 1 (Diabetesforbundet, s.a.). Diabetes type 1 er økende og Norge er et av landene hvor det forekommer hyppigst blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2009).

4.2 Diabetes type 1

Diabetes type 1 kan opptre i alle aldre, men debuterer oftest hos barn og ungdom. Type 1 diabetes er en autoimmun sykdom der det ikke produseres insulin i bukspyttkjertelen, og dette fører igjen til kronisk forhøyet blodsukker. Kroppens eget immunforsvar danner antistoffer som angriper de insulinproduserende betacellene i de langerhanske øyer i bukspyttkjertelen. På denne måten ødelegges cellene gradvis og insulinproduksjonen svekkes mer og mer. Når produksjonen ikke lenger er tilfredsstillende for kroppens behov fører dette til at blodsukkeret øker. Man vil da få symptomer på hyperglykemi og pasienten må ha insulinbehandling for å kunne leve (Mosand & Stubberud, 2010).

Den kronisk forhøyede blodglukosen kalles hyperglykemi. Hyperglykemi oppstår ved at blodsukkerkonsentrasjonen øker og insulinproduksjonen svekkes (Jenssen, 2011). Hvis man ikke får behandlet hyperglykemi kan det oppstå ketoacidose. Ketoacidose er en alvorlig medisinsk tilstand som kan føre til diabetes koma og være livstruende (Mosand & Stubberud, 2010). Tilstanden skyldes at glukosen ikke blir tatt opp i muskelcellene, som vil føre til forhøye glukoseverdier i blodet. Fettsyrer i leveren hopper seg opp, som etter hvert omgjør seg til ketonsyrer og ketoner som igjen bidrar til at blodet blir surt. Det skjer da en syreforgiftning og det må kontaktes øyeblikkelig hjelp (Jenssen, 2011).

Hypoglykemi vil si at man har for lavt blodglukosenivå. Symptomene som pasienten merker ved lavt blodsukker benevnes i dagligtale som føling (Mosand & Stubberud, 2010). Noen

ganger kan insulinpåvirkningen bli for høy og blodsukkeret for lavt (Helsedirektoratet, 2009). Det finnes ingen nøyaktig grense for hva som regnes som hypoglykemi, men de fleste vil merke følingssymptomer ved blodsukker på 2.5-3.3mmol/l (Hanås, 2011). Symptomer ved moderat hypoglykemi kan være sultfølelse, uro, svetting og hjertebank. Ved alvorlig føling vil sentralnervesystemet påvirkes, og det kan da oppstå symptomer som tåkesyn, tunnelsyn, svimmelhet, talevansker og i verste fall kan man bli bevisstløs og havne i koma (Jenssen, 2011).

Diabetes kan gi alvorlige senkomplikasjoner hvis det ikke forebygges. De vanligste diabetesrelaterte senskadene er nevropati som vil si nerveskader, retinopati som er øyebunnsforandringer og nefropati som er nyreforandringer. Det er også en høyere risiko for å utvikle hjerte og karsykdommer ved diabetes (Skafjeld & Graue, 2011). Hvis senkomplikasjoner oppstår så er dette ofte etter flere år med sykdommen (Jenssen, 2011).

4.2.1 Symptomer og diagnostikk

Vanlige symptomer ved diabetes type 1 er redusert almenntilstand, hyppig urinlating, tørste og vekttap. Dersom en pasient med type 1 diabetes ikke oppdager eller får behandling vil det kunne oppstå alvorlige komplikasjoner og situasjonen kan bli livstruende.

Normalverdi for et blodsukker bør ligge mellom 4-7mmol/l. Kriteriene for å få stilt diagnosen diabetes er at pasienten ved minst to anledninger har fått målt fastende blodsukker på 7,0 mmol/l eller høyere. Man kan også ta en glukosebelastning av pasienten, hvis verdien viser seg å være høyere enn 11 mmol/l etter to timer har pasienten diabetes. HbA1c er en blodprøve som viser gjennomsnitt blodsukkeret over lenger tid. Ved å måle langtids blodsukker, HbA1c kan man se hvor mye glukose det er som er bundet til hemoglobinet i de røde blodcellene, de siste 6-8 uker (Jenssen, 2011).

4.3 Behandling

Målsettingen for behandlingen av diabetes type 1 er å få et så stabilt blodsukkernivå opp mot det normale som mulig. Dette for å unngå utvikling av senkomplikasjoner og forebygge hyperglykemi og hypoglykemi (Jenssen, 2011). Ved oppstart av behandling av nyoppdaget diabetes type 1 vil det være vanlig at dette foregår på sykehus. Målet med behandlingen er at pasienten skal bli sin egen behandler. I behandlingen vil det være fokus på medikamentell behandling, kosthold og fysisk aktivitet (Mosand & Stubberud, 2010).

4.3.1 Medikamentell behandling

Fra første dag hos en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 må insulinbehandling påbegynnes. Det regnes med at kroppens egen insulinproduksjon er fraværende, og det blir derfor essensielt å erstatte kroppens grunnleggende insulinproduksjon (Mosand & Stubberud, 2010). Hormonet insulin regulerer glukoseomsetningen i kroppen og stimulerer cellene til å ta opp sukker fra blodet, og deretter senke blodsukkeret. Det finnes ulike insulinformer å velge mellom, langtidsvirkende og hurtigvirkende. Disse har forskjellige innsettende effekter, hvor noen har langsommere og mer varig effekt, mens noen har raskt innsettende effekt. Insulin kan injiseres gjennom sprøyte, pumpe, eller insulinpenn. Insulin injiseres subkutan i lår eller mage, og det er helt essensielt at pasienten med nyoppdaget diabetes type 1 får god veiledning og undervisning i forhold til administrering av insulin. Ved å måle blodsukker vil man se blodets sukkerinnhold. For å kunne nå målsettingen med behandlingen og få et så stabilt blodsukker som mulig, må pasienten jevnlig måle blodsukker og eventuelt tilføre insulin (Jenssen, 2011). Det er viktig at pasienten får opplæring og veiledning i forhold til riktig blodsuktermåling. Pasienten vil med dette få bedre innsikt i sin egen sykdom, samt bedre regulering og minske risiko for komplikasjoner (Diabetesforbundet, 2015).

4.3.2 Kosthold og diabetes

Innenfor diabetesbehandlingen er et godt kosthold like viktig som medikamentell behandling (Lundestad, 2014). Hva som inntas av mat er det som påvirker blodsukkernivået, derfor vil det være sentralt at ungdom med diabetes har god kunnskap om kosthold. God kunnskap vil ha stor betydning i forhold til forebygging av senkomplikasjoner og andre sykdommer som hjerte og karsykdom (Skafjeld & Graue, 2011). Diabetikere anbefales å følge de rådene om et sunt kosthold som Helsedirektoratet (2009) anbefaler til befolkningen. Det innebærer et kosthold med frukt og grønt hver dag, fisk og grove kornprodukter, men samtidig begrenser inntak av sukker- og fettinnhold, salt og alkohol.

Karbohydratinnholdet utgjør hvor mye blodsukkernivået vil øke etter et måltid. For å få et godt kontrollert blodsukkernivå anbefales det å innta små måltider om gangen, og få en god måltidsrytme. I diabetesbehandlingen er det sentralt at pasienten lærer seg hvordan drikke og mat påvirker blodsukkeret, dette fordi pasienten er den som skal utføre behandlingstiltakene i hverdagen. For å oppnå en langsiktig kostholdsending hos pasienten vil motivasjonen og behovet for endring i behandlingen være viktig. Kostholdsendinger bør ha en gradvis endring i startfasen (Skafjeld & Graue, 2011).

4.3.3 Fysisk aktivitet og diabetes

For ungdom med diabetes type 1 gjelder det vanlige råd for fysisk aktivitet (Jenssen, 2011). Helsedirektoratet (2009) retningslinjer anbefaler for diabetikere minimum 30 minutter fysisk aktivitet hver dag. Når det kommer til diabetes og fysisk aktivitet er det viktigste at insulinbruken tilpasses aktiviteten, og hver enkelt. Hvordan aktiviteten påvirker den enkeltes blodsukker er veldig varierende (Jenssen, 2011).

Fysisk aktivitet er ikke det som vektlegges mest i behandlingen hos en med diabetes type 1, men det vil ha en positiv innvirkning på helsen og sykdommen til pasienten. Fysisk aktivitet har en betydelig innvirkning på blodsukkerreguleringen hos en diabetiker. Når man er i aktivitet bruker kroppen glukose og blodglukosen reduseres både under og etter aktiviteten. Kroppen vil få et mindre behov for insulin og insulinfølsomheten vil øke ved moderat aktivitet. Når man trener senkes blodsukkeret ved å øke opptaket av glukose til muskelceller uten at dette vil øke behovet for insulin, grunnen til dette er at musklene forbruker mer glukose under trening. Musklene vil ha økt insulinfølsomhet i 1-2 dager etter fysisk aktivitet. Det er svært viktig at pasienten får veiledning og undervisning rundt dette, slik at det oppstår økt kunnskap hos pasienten i forhold til hvordan insulin dosene skal justeres når det kommer til fysisk aktivitet, samt for å forebygge hypoglykemi, da det etter 24 timer er stor risiko for å utvikle dette (Hanås, 2011).

4.4 utfordringer hos ungdom med diabetes

Ungdomstiden kan være krevende for mange. Ungdom er i en utviklingsfase i livet hvor de er i ferd med å utvikle en voksen identitet med uavhengighet fra sin familie. Ungdom søker med dette det å oppnå selvstendighet uten innblanding av foreldrene (Hanås, 2011). Kognitivt skjer det en utvikling hvor ungdommen begynner å tenke på en helt annen måte enn tidligere. De stiller ofte høye krav til seg selv og de kan ha en følelse av å ikke være gode nok. Selvfølelsen vil ofte være utsatt, og de søker gjerne anerkjennelse hos både venner og familie (Eide & Eide, 2007 s. 372). Denne aldersgruppen ønsker ofte ikke å skille seg ut fra andre og det blir viktig for den enkelte å bli akseptert for den en er (Rajka, 2011).

Å få en diagnose som diabetes type 1 kan oppleves som vanskelig. Diabetes fører med seg krav og utfordringer til den som har det, både fysisk og psykisk. Av alle utfordringene som tilhører ungdomstiden, vil sykdommen gjøre ungdomsperioden enda mer kompleks (Hanås, 2011). Man får aldri fri fra sykdommen da den er tilstede 24 timer i døgnet. Diabetes blir en stor del av hverdagen og behandlingsmessige valg må tas mange ganger om dagen, hver eneste dag (Helsedirektoratet, 2009). Ungdom kan oppleve det å være redd for konsekvensene sykdommen kan gi. Det kan for eksempel til tider være vanskelig å kjenne igjen tidlige tegn på føling etter hvert som kroppen endres og de kan dermed utvikle følingsangst. Som ungdom er man ofte ikke moden nok til å ta fullt ansvar for sin diabetes, men i omdanningen mot selvstendighet vil sykdommen i større grad bli ungdommens ansvar. Dette medfører endring av livsstil der man må sette seg inn i sykdommens kompleksitet hvor fysisk aktivitet, kosthold og behandling blir nødvendig for å holde et stabilt blodsukker (Hanås, 2011).

I puberteten skjer det både fysiologiske og psykologiske forandringer i kroppen. På grunn av endringene i hormonbalansen vil det være et økt behov for insulin i ungdomsårene. Kroppen vil derfor trenge en større dose insulin (Mosand & Stubberud, 2010). Det kan være vanskelig å finne rett dose til unge med diabetes type 1, siden de kan ha en varierende livsstil og holdning til kosthold og fysisk aktivitet. En av utfordringene ved diabetes hos ungdom kan være at de ofte har ønsker om å være lik friske jevnaldrene og derfor vil holde sykdommen hemmelig for andre (Rajka, 2011). For å forebygge dette vil det være viktig at ungdom får en viss frihet da det kommer til sin sykdom, men ikke på en slik måte at det blir skadelig for den enkelte. Ungdom er i en tid der de ofte normalt eksperimenterer og de må få prøve seg på lik linje med friske jevnaldrene. De må ha muligheten til å kunne skille mellom hverdag og fest, og det vil derfor være nødvendig at de får god opplæring rundt insulindoseringen. De må være

klar over at det ikke går an å ta «ferie» fra sin diabetes, og at det vil få store konsekvenser dersom de lar være å behandle sykdommen (Hanås, 2011).

4.5 Krisereaksjoner/Krise

Vanskelige og alvorlige hendelser i livet kalles kriser. I Eide & Eide (2007) blir det skrevet om to typer krise, livskriser og traumatisk kriser. Det som omhandler livskriser er de påkjenninger som kommer naturlig i forhold til utviklingen hos mennesket, for eksempel ved puberteten. Da det gjelder traumatiske kriser er det påkjenninger som ikke er vanlig i et livsforløp, for eksempel ved sykdom. Det er en fysisk, psykisk eller sosial belastning som er så stor at pasienten merker det (Eide & Eide, 2007). Cullberg (2010) skiller traumatisk krise mellom fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Fasene skal ikke være en form for avgrensning siden fasene kan overlapper hverandre. Skal være et hjelpemiddel for å forstå reaksjoner og de behov pasienten har.

4.5.1 Sjokkfasen

Ved å få en tung beskjed som å få en kronisk sykdom som diabetes type 1, kan det oppstå en krisereaksjon. Den første fasen er sjokkfasen, den kan vare et kort øyeblikk til noen dager. Personer som er i denne fasen holder ofte virkeligheten fra seg, og tar ikke til seg det som har skjedd. Sykepleier bør unngå å gi for mye informasjon i denne fasen, for som regel har pasienten vanskeligheter med å huske det som har hendt og hva som blir sagt. Det at informasjonen ofte feiltolkes eller bare delvis oppfattes i denne sjokkfasen, vil det være viktig at sykepleier gjentar denne informasjonen senere (Cullberg, 2010).

4.5.2 Reaksjonsfasen

Akutfasen utgjør til sammen sjokk- og reaksjonsfasen (Cullberg, 2010). I denne fasen har pasienten startet å ta til seg de følelser og reaksjoner ved hendelsen, der en lar sannheten komme nærmere. Det kan oppleves overveldende. Hvis en krise utløses for eksempel ved nyoppdaget diabetes type 1, vil en reaksjon komme ganske raskt da personen godtar hva sykdommen innebærer. Sykepleiers funksjon vil være å gi informasjon og undervisning som er nødvendig for pasienten til å takle problemer sykdommen medfører. Det som er sentralt å vite for sykepleier da det kommer til undervisning og veiledning er at vedkommende kan være invadert av tanker og følelser i denne fasen. Derfor må informasjonen komme da pasienten er mottaglig for den. Sykepleier bør også være lyttende og støttende, gi omsorg og bidra til mestring (Eide & Eide, 2007).

4.5.3 Bearbeidelsesfasen

For at bearbeidelsen skal starte vil det være sentralt at pasienten kan dele tanker, reaksjoner og følelser, en kan si at denne fasen er mer fremtidsrettet hos pasienten. En pasient som opplever å få diabetes type 1 må i denne perioden arbeide for å erkjenne sykdommen og tilpasse seg den nye tilværelsen (Cullberg, 2010). Et kjennetegn for fasen vil være at en gir opp forsvarsmekanismen og åpner seg gradvis for reaksjoner og følelser, uten å bli overveldet. Sykepleiers funksjon vil være å gi konkret informasjon og korrigere feilaktige tolkninger, noe som vil være med på redusere unødige bekymringer (Eide & Eide, 2007).

4.5.4 Nyorienteringsfasen

Denne fasen har ikke noe med avslutning å gjøre, men der personen skal leve videre og lage seg ny kurs. En kan si det som å leve med et arr som ikke vil forsvinner, og der selvfølelsen og håpet er gjenopprettet. I denne fasen har personen klart å komme seg gjennom krisen, og har fått tilbake meningen som bidrar til motivasjon, valg og handling (Cullberg, 2010).

5.0 Dorothea Orems sykepleieteori

Vi har valgt å ta for oss sykepleieteoretiker Dorothea Orem (1914-2007) i vår besvarelse. Orem er en anerkjent forfatter som har hatt en stor innflytelse på sykepleietenkning i mange land, og hennes sykepleieteori har preget dagens sykepleiere innen utdanning og praksis (Kristoffersen, 2011). Vi har valgt Orems teori der sykepleier veileder og underviser til hvordan man kan øke eller oppnå en god egenomsorg, som en viktig faktor i vår drøftning og er relevant for problemstillingen.

Orems modell vektlegger begrepene egenomsorg og egenomsorgssvikt. Modellen tar også for seg sykepleiers kunnskap, ferdigheter og holdninger som trengs for å utføre god sykepleie ovenfor pasienten (Cavanagh, 2001). Vi vil se nærmere på hvordan vi kan bruke Orems modell i sykehus. For å besvare vår problemstilling, vil vi se nærmere på Orems egenomsorg, egenomsorgsbehov, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer.

5.1 Egenomsorg

Dorothea Orem definerer egenomsorg slik: «Individets evne og vilje til å utføre aktivitet som er nødvendig for å leve og overleve». Hva vi forstår er at egenomsorg er noe hvert individ trenger for å overleve og leve. Da det kommer til omsorg, må den enkelte ta vare på seg selv og klare å iverksette handlinger som ivaretar liv, helse og velvære (Cavanagh, 2001).

Noe som står sentralt rundt begrepet er at omsorgen må tilsiktes av individet og iverksettes frivillig. Individet må forstå sin egen helsetilstand og være i stand til å ta hensiktsmessige beslutninger om et tiltak. Egenomsorg innebærer handlinger og handlingsmønstre som er med på å fremme velvære, samt opprettholde liv og helse. Det er sentralt at handlinger som er med på å opprettholde helse og utvikling er noe som må læres. Det som er viktig for å opprettholde en god egenomsorg er at personen har evne til å bedømme egen helse, søke informasjon, tenke rasjonelt, samt normer innenfor kultur og dra nytte av personlig erfaring og kunnskap. Dette vil være til hjelp å ta en nødvendig beslutning om sin egen helsetilstand (Cavanagh, 2001).

5.2 Egenomsorgsbehov

Da det kommer til egenomsorgsbehovene, er det noe som står sentralt i Orems modell. Her beskriver hun åtte aktiviteter som er viktig da det kommer til egenomsorg, og er felles for alle mennesker. Universelle egenomsorgsbehov omfatter de vesentlige fysiske, psykiske, sosiale og åndelige egenskapene ved livet. Disse er viktige for at mennesket skal fungere. For å utøve

egenomsorg må den enkelte være i stand til å mestre de åtte universelle egenomsorgsbehovene, og at de samspiller med hverandre. Det må stilles krav til den enkelte, der en møter kravene ved å bruke de evner enn har tilegnet seg. Det er sentralt i Orems modell at det må være en balanse mellom kravene som stilles og evnen personen har. Orem har delt egenomsorgsbehovene inn i utviklingsrelaterte og helsesviktrelaterte. Der de utviklingsrelaterte går ut på alder og utviklingstrinn, og der de helsesviktrelaterte går på sykdom, skader og funksjonssvikt (Cavanagh, 2001).

5.3 Egenomsorgssvikt

Opplevelsen å få nye eller kroniske helseproblemer kan føre med seg at en ungdom må endre sine tiltak som sørger for seg selv. For å oppfylle kravene som stilles innen egenomsorgsaktiviteter må en ha evne eller kapasitet til det, og det varierer fra individ til individ. Hos en frisk person vil det som regel ikke være noe problem å mestre sin tilværelse og dekke sine daglige egenomsorgsbehov. Ved sykdom kan det være at personen bare dekker delvis av sine egenomsorgsbehov. Der egenomsorgsbehovene overgår personenes evne til å oppfylle dem, vil en eventuelt trenge støtte og hjelp med å møte behovene som stilles. Det som forklarer begrepet egenomsorgssvikt, er forholdet mellom helsesviktrelaterte egenomsorgskrav og egenomsorgsevne (Cavanagh, 2001).

Det vil være behov for sykepleie der en person opplever helsesvikt, der en ikke er i stand til å møte sine helsesviktrelaterte og universelle egenomsorgsbehov. En sykepleiers rolle blir da å hjelpe personen med å få dekke egenomsorgsbehovene, og hjelp med å gjenvinne uavhengighet. En ungdom med nyoppdaget diabetes må utvikle sin egenomsorgsevne for å kunne oppnå sine egenomsorgsbehov. Det kan gjøres ved å tilegne seg fagkunnskap om egenomsorg via råd fra sykepleier og lege, som vil være med på å utvikle kunnskapen innenfor diabetes. Det vil være behov for sykepleiertiltak, som for eksempel undervisning om sykdommen og hvordan den kan kontrolleres. Målet for en diabetiker vil være å gjenoppta egenomsorgen, så en kan takle den nye tilværelsen og ivareta behovene til den nye tilstanden (Cavanagh, 2001).

5.4 Sykepleiesystemer

Da det kommer til sykepleiesystemer defineres det som samspillet mellom sykepleier og pasienten, og hva som skjer omkring dette samspillet. Sykepleiers handlinger skal være til beste for andre og med på sikte på oppnå de mål som er bestemt. Dorothea Orem har tre sykepleiesystemer. Disse systemene går inn på i hvilken grad pasienten har av ressurssvikt, der sykepleier kompenserer for egenomsorgssvikten (Cavanagh, 2001, s. 39).

Hvis en tar for seg en ungdom med nyopplaget diabetes type 1, vil han muligens trenge hjelp i stor grad fra helsepersonell. Der pasienten ofte er i akutt fysisk eller psykisk krisetilstand kan trenge et helt kompenserende system, der sykepleier kompenserer for egenomsorgssvikten. Etter hvert som pasienten føler seg tryggere på sykdommen, kan det være aktuelt at sykepleier er delvis kompenserende i forhold til pasientens egenomsorgskrav. Da pasienten føler trygghet og omfanget av hjelp er mindre enn ved startfasen, kan det være behov for et mer støttende og undervisende system. Der sykepleier fungerer som en støtte for pasienten gjennom undervisning og tilrettelegging av omgivelsene, men det er pasienten som utfører egenomsorgen i praksis (Kristoffersen, 2011). Vi har valgt å gå nærmere inn på ”støttende og undervisende ” system da vi drøfter undervisningen og veiledningen.

5.4.1 Sykepleiers hjelpemetode

Dorothea Orem skriver om hjelpemetoder som skal være til hjelp for å gi tilstrekkelig sykepleie. Hva som avgjør hvilken metode sykepleier skal bruke, er i forhold til pasientens egenomsorgsevne og hvilke egenomsorgsbehov trengs for å kompensere for egenomsorgssvikten. De metodene som er aktuelt i forhold til ungdom med nyopplaget diabetes type 1 er der sykepleier veileder, støtter, fremmer pasientens utvikling og underviser (Kristoffersen, 2011). Vi har med dette valgt å ta for oss i oppgaven hjelpemetodene ”å veilede og rettlede en annen”, ”å undervise” og ”å sørge for fysisk og psykisk støtte”.

5.4.2 Sykepleierkapasitet

Sykepleierkapasitet bygger på mye av det samme som egenomsorgskapasitet. Det bygger på sykepleiers kunnskaper, ferdigheter og verdier, samt menneskelige egenskaper som vil være nødvendig for gjennomføre planlagte handlinger. Det som vil være en forskjell da det kommer til sykepleierkapasitet er at det utvikles og utføres til andres fordel og velvære, mens egenomsorgskapasitet er for seg selv. Sykepleierkapasitet er med å fremme utvikling av egenomsorgskapasiteten og dekke egenomsorgskravene pasienten har (Kristoffersen, 2011, s. 235-236).

6.0 Sykepleiers 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, studenter og kolleger» (Tveiten, 2008).

Dette kan for eksempel være ved at sykepleier gir informasjon, instruksjon, veiledning og undervisning. Det fokuseres i stor grad på dette med brukerens behov, egne ressurser, medvirkning og mestring. Sykepleieren må ha en pedagogisk tilnærming til pasienten, dette vil være med på å gjøre at pasienten får en bredere kunnskap, og kompetanse rundt sin helsesvikt (Tveiten, 2008).

Pedagogisk virksomhet er definert som mestringshjelp og er en del av innholdet i sykepleierens funksjon. Mennesker som har behov for mestringshjelp kan være personer som på ulike måter og områder trenger hjelp for å kunne ivareta egen helse, eller leve med egen sykdom. Oppdagelse, læring, utvikling, vekst og mestring er begreper som er med på å gi økt kompetanse til å mestre det å leve med sykdom eller mestre konsekvensene innenfor behandlingen, som for eksempel ved diabetes hvor behandlingskonsekvensen kan være å skulle måle blodsukker eller sette injeksjon på seg selv. Samt kan begrepene være med på å gjøre at pasienter med diabetes tilegner seg ny kunnskap, ferdigheter og holdninger rundt sin forståelse for sykdommen og symptomene den medbringer (Tveiten, 2008).

Ved å gi pasientene god tilstrekkelig, og tilpasset instruksjon, informasjon, veiledning og undervisning kan sykepleier ved hjelp av sin kunnskap og kompetanse tilrettelegge slik at for eksempel ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 kan tilpasse seg den nye hverdagen, konsekvenser av behandlingen, få kontroll og dermed kunne beherske sin kroniske sykdom. Dette vil igjen øke livskvaliteten og pasienten vil i større grad kunne mestre å leve med sykdommen (Tveiten, 2008).

6.1 Veiledning og undervisning

Veiledning og undervisning er begreper som er nært bundet til hverandre og som brukes sammen i forhold til oppfølgingen av ungdom med diabetes. Hos en ungdom med diabetes vil hovedmålet for veiledning og undervisning være å styrke livskvalitet og helse (Skafjeld & Graue, 2011, s. 217). Det kan foregå i ulike arenaer både individuelt og i grupper (Tveiten, 2013).

Veiledning går ut på at sykepleier bistår i den enkeltes læring og utviklingsprosess (Tveiten, 2013). Sykepleier skal ikke være der for å gi svar til pasienten, men pasienten skal være den som oppdager og lærer (Tveiten, 2008). Pasienten er den som skal bli bevisst på å oppdage og lære for å styrke sin mestringskompetanse i veiledningen. Veileder er den som tilrettelegger for istandsettingen, men det er pasienten som har ansvar for å gå videre med det som er lært. Veiledning bør ha fokus på tilrettelegging av følelser, holdninger og verdier. Dialog er noe som står sentralt i veiledning. Det er med på å bygge en relasjon mellom partene, der en lytter til behovene og møter pasienten der en er (Tveiten, 2013). Veiledning omfatter både støtte, rådgivning og konsultasjon og har hensikt med at mestringskompetansen styrkes gjennom læring. For at sykepleier skal utøve god veiledning, må sykepleier være interessert i diabetes, ha kunnskap om behandlingsmetoder og være oppdatert på forskning (Skafjeld & Graue, 2011).

Hensikten med undervisning er at sykepleier skal formidle kunnskapen sin, og det er ofte veilederstyrt og planlagt. Underviseren vet hva pasienten trenger å lære for å styrke sin mestringskompetanse. Sykepleier ser hva pasienten trenger av kunnskap, men pasienten er den som opplever å ha fått sykdommen. Det er hensiktsmessig å bruke dialog i undervisning som i veiledning. Det vil også være relevant at pasienten er aktiv og engasjert i undervisning og veiledning, dette får at det skal bli mer meningsfullt (Tveiten, 2008). Undervisning fremmer kunnskap, ferdighet og holdning (Skafjeld & Graue, 2011).

Sykepleier har et ansvar å vite når pasienten eventuelt kan trenge undervisning i veiledningen. Det å se når pasienten vil trenge informasjon for å forstå og mestre symptomer, samt behandling og konsekvenser sykdommen medbringer. Ungdom med ny oppdaget diabetes type 1 som blir innlagt på sykehus vil ha behov for å tilegne seg kunnskap og forståelse rundt sin sykdom, og hvordan kan best mulig lære seg å leve med den. Mange ungdom vil trenge kontinuerlig undervisning mens de er innlagt på sykehus, dette for at de skal lære å mestre sykdommen på best mulig måte. Det skal også være et mål at de skal klare seg selv etter utskrivelsen. Sykepleier bør samtidig være med på å tilrettelegge for menneske- til- menneske forholdet på en slik måte at undervisningen blir tilpasset den enkeltes behov. Ansvarer rundt sykepleieren er at pasienten skal på best mulig måte ta valg som er hensiktsmessig ut i fra den kunnskap og informasjon som er gitt (Tveiten, 2013).

6.2 Mestring

Å få diagnosen diabetes mellitus kan for mange oppleves belastende og mestringsevnen kan bli satt på prøve. Personen kan oppleve at ressursene og evnene blir overgått av kravene som stilles, og det kan oppleves som stress for mange. Hvordan livskvaliteten vil oppleves hos den enkelte er avgjørende på hvordan personen mestrer sykdommen (Skafjeld & Graue, 2011).

Mestring handler i stor grad om opplevelse av det å ha følelse av kontroll over eget liv, samt krefter til å møte utfordringer i hverdagen. Ved hjelp av mestring blir man i stand til å tilpasse seg den nye virkeligheten, se forskjell på det man må leve med, og det man selv kan endre (Hvinden, 2011). Da det kommer til mestring handler dette i stor grad om å ha tilgang til ressurser og evne til å utnytte disse. Ressursene kan være kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr. Med mestringskompetanse menes det at man har kompetanse til å mestre. Det vil være et mål for en kronisk syk at en skal mestre sykdommen i dagliglivet og lære seg å leve med den. En teoretiker som nevner mestring er Aaron Antonovsky. Hans teori skriver at opplevelse av mening, sammenheng, forståelse og håndterbarhet har en betydning da det kommer til mestring (Tveiten, 2008).

Beslutninger som den enkelte tar har mye å si for personens mestring. Det er hensiktsmessig at personen selv er interessert og har håp for endringer i sin hverdag, der det er med på å gi motivasjon og mestring hos den enkelte. Det kan være utfordrende for både sykepleier og pasienten selv hvis motivasjon til endring ikke er tilstede. For at en skal lære nytt trengs det motivasjon, noe som igjen vil føre til å mestre utfordringer i forhold til diabetes. Målet for en person med diabetes vil være å lære å mestre sykdommen og behandling gjennom de krav som stilles. Sykepleiers funksjon vil være å motivere pasienten til å få vilje, kunnskap og krefter for å oppnå mestring innefor sykdommen og kontroll i hverdagen (Skafjeld & Graue, 2011).

Lazarus og Folkman deler mestring inn i to strategier. Den ene er *problemorientert mestring* der personen fokuserer på den situasjonen en er i og har ønsker om å gjøre en endring i forhold til sin nåværende situasjon. For eksempel der en avgrensner ett problem, og ser på årsaken til problemet og oppsøker kunnskap og veiledning. Denne mestringsstrategien omfatter følelsesmessige bearbeiding av situasjoner som oppleves problematisk som ikke kan endres, for eksempel der en pasient har en kronisk sykdom som diabetes type 1. Da pasienten har lyktes i å mestre sykdommen på en god måte, vil det bli lettere for personen å møte de utfordringene sykdommen medbringer (Kristoffersen, 2011).

Den andre mestringsstrategien er *emosjonelt orientert mestring* der det går på personens følelser og tanker rundt situasjonen personen er i. Vedkommende som står i situasjonen må ikke endre situasjonen, men heller endre opplevelsen av situasjonen. Det er en strategi der en forsøker å flykte fra problemet, men vet at en benekter og bortforklarer realiteten. Det har som hensikt å redusere følelser som føles ubehagelig for vedkommende. Et eksempel der vedkommende bevisst forsøker å unngå følelsene ved å tenke på noe annet eller unngå informasjon og bagatelliserer alvoret. Begge strategiene blir brukt for å takle belastninger som hverdagen byr på (Kristoffersen, 2011).

6.3 Empowerment og salutogenese

Empowerment er en prosess som handler om selvkontroll, tro på egen evne til og mulighet for mestring. Muligheten for å ta egne beslutninger og oppnå større kontroll over eget liv. En forutsetning for kontroll over eget liv og helse er bevissthet og selvbevissthet i forhold til sin egen situasjon. Brukermedvirkning spiller en sentral rolle når det kommer til empowerment prosessen, pasienten som ekspert på seg selv. Det må være gjensidig respekt mellom pasient og sykepleier. Det må bygges opp en relasjon og tillitt. Prosessen innebærer relasjoner og deltakelse, og en involvering av omgivelsene rundt. Når det kommer til utviklingen av helse hos pasienten har Antonovsky utviklet salutogenesemodellen. Modellen fokuserer på helse som en utviklingsprosess, og har fokus på pasientens ressurser. Salutogenesen påvirkes for eksempel av pasienten selv og sykepleier gjennom mestringshjelp. Ved å vektlegge salutogenese i behandlingen til en ungdom med nyopplaget diabetes, gjør sykepleiere at det fokuseres på pasientens ressurser og fokuset på helse vil deretter bidra til mestring (Tveiten, 2008).

6.4 Lovverket

Som sykepleier er man pliktig til å følge lovverk og yrkesetiske retningslinjer. Vi har valgt noen lover og retningslinjer som vi synes er relevante for vår besvarelse av oppgaven.

Pasient- og brukerrettighetsloven

§ 3-1 omhandler pasientens og brukerens rett til medvirkning. Pasienten har rett til å medvirke når det kommer til undersøkelser og behandling. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-2 handler om pasientens og brukerens rett til informasjon. Pasienten har rett på nødvendig informasjon for å få innsikt i sin sykdom, helsetilstand og helsehjelp. Pasienten skal også informeres om mulige bivirkninger og risikoer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

§ 3-5 tar for seg informasjonens form. Informasjonen skal være tilpasset den individuelle forutsetninger. Det skal gis på en måte som viser hensyn og paragrafen nevner også at sykepleieren skal sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og hensikten av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Yrkesetiske retningslinjer

Punkt 2.2 omhandler at sykepleieren skal bidra til mestring hos pasienten. (Norsk sykepleieforbund, 2011). Vi ser på dette punktet som relevant for vår problemstilling, da den presiserer vår etiske plikt i forhold til å understøtte mestring hos pasienten.

Punkt 2.4. handler om å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg ved å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon, samt forsikre seg om informasjonen som er gitt er forstått (Norsk sykepleieforbund, 2011).

7.0 Hvordan kan sykepleier veilede og undervise ungdom til mestring ved nyoppdaget diabetes type 1?

I dette kapittelet vil vi ta utgangspunkt i våre funn av teori og forskning, samt sykepleieteoretiker Dorothea Orem for å drøfte og besvare vår problemstilling.

Drøftingsdelen er delt opp i fire del kapitler, der vi har valgt å ha med sykepleierens pedagogiske funksjon, veiledning, undervisning og mestring gjennom hele drøftningen. Vi mener dette er viktig i forhold til å kunne svare på vår problemstilling. I førstedel drøfter vi det å få diagnosen diabetes type 1 som ungdom, deretter samhandlingen mellom sykepleier og pasient når det kommer til undervisning og veiledning. Videre drøfter vi veiledningen og undervisningen til mestring, og til slutt veiledning og undervisning i forhold til behandling.

7.1 Det å få diagnosen diabetes type 1 som ungdom.

Som nevnt tidligere kan det å være ungdom i dagens samfunn oppleves som utfordrende for mange. Som ungdom er man i en utviklingsfase fra det å gå fra å være et barn til det å skulle utvikle en voksen identitet. Puberteten i seg selv har med seg mange forandringer da det kommer til den fysiske og psykiske utviklingen. Det skjer også store endringer da det kommer til den sosiale utviklingen. Mange ungdommer har et ønske om å skulle bli selvstendig og bli mer uavhengig av familie. Med dette løsriver mange seg fra foreldrene sine og støtter seg mer til venner. Ungdom ønsker ofte ikke skille seg ut fra vennekretsen og det blir viktig for den enkelte å bli akseptert for den en er. Vi har selv vært ungdom og husker at denne tiden kan være krevende. Det var ofte nye krav og forventninger som stiltes, og vi sammenlignet oss ofte med andre. Av alle utfordringer som tilhører ungdomstiden vil det å få en diagnose som diabetes gjøre ungdomsperioden enda mer kompleks (Hanås, 2011; Rajka, 2011).

Å få diagnosen diabetes type 1 som ungdom kan oppleves som vanskelig og det kan ofte oppstå en krisereaksjon hos pasienten. Det å aldri få fri fra sykdommen da den er tilstede 24 timer i døgnet hver eneste dag kan være krevende. Sykdommen fører med seg både fysiske og psykiske utfordringer. Det å ha en kronisk sykdom i denne perioden kan for mange ungdom resultere i identitetsforvirring, der de kan føle seg annerledes enn andre friske jevnaldrene (Skafjeld, 2002). I forskningen Huus & Enskår (2007) skriver de at ungdom opplevde det å føle seg annerledes enn de friske på samme alder, etter å ha fått diagnosen diabetes type 1. Ungdommen følte på grunn av sykdommen at de måtte utvikle seg raskere mot det å skulle bli voksen, enn hva friske jevnaldrene måtte. Mange følte også at de ble behandlet på en annen måte en tidligere, og følte ofte det kunne bli mye mas rundt sykdommen. Av erfaring fra

praksis har vi sett at det er svært individuelt hvordan pasienter tar det å få diagnosen diabetes. En del pasienter som vi har snakket med har fortalt at de ofte følte seg annerledes enn friske jevnaldrene og at de i startfasen ønsket å holde sykdommen for seg selv, på grunn av at de ikke ønsket så mye oppmerksomhet vedrørende sin sykdom. Dette fordi de ofte opplevde det som negativ oppmerksomhet og mas. Vi mener at det kan være en sikkerhet for den unge med diabetes at for eksempel foreldre, venner, lærere og andre rundt får informasjon om sykdommen og symptomer som kan oppstå ved for eksempel føling. På en annen side kan dette komme i konflikt med ønsket den enkelte har om og ikke skille seg ut fra andre friske jevnaldrene.

I omvendingen mot selvstendighet vil sykdommen i større grad bli ungdommens eget ansvar. På den ene siden har ungdommen et ønske om å bli mer uavhengig av foreldrene sine, mens på en annen side er det ikke sikkert at ungdommen er moden nok til å skulle ta vare på sin egen sykdom på egenhånd. I Huus & Enskär (2007) sin forskning nevner de dette med at ungdom med diabetes type 1 ofte føler det er vanskelig å skulle løsrive seg fra foreldrene sine på samme måte som friske jevnaldrene. En av grunnene som er nevnt er sykdommen i seg selv, men også at foreldrene synes det var vanskelig å skulle la ungdommen ta det fulle ansvaret for sin diabetes. Vi mener at det er viktig at ungdommen får medvirke og ta mer ansvar for sin egen diabetes. Dette fordi de er i en fase hvor de går mot det å skulle bli mer selvstendige og utvikle en voksenidentitet. Samtidig at de skal kunne få forståelsen for den kunnskapen og de praktiske ferdigheter som trengs for å kunne ta vare på sin egenomsorg til sykdommen. Hvis ungdommen aktivt får delta i sin behandling mener vi også at dette står i tråd med empowerment prosessen og salutogenese, hvor de vil få en bedre kontroll, bli mer bevisst på sine egne ressurser og kunne ta selvstendige beslutninger vedrørende sin situasjon. På denne måten vil ungdommen kunne utvikle sin mestringskompetanse (Tveiten, 2008).

Diabetes type 1 blir en stor del av hverdagen til ungdommen og behandlingsmessige valg må tas flere ganger om dagen, hver eneste dag. Ut fra erfaring har vi sett at det er helt essensielt med god tilrettelegging og behandling ved diagnosetidspunktet. Det som skjer i startfasen vil ha stor betydning for grunnlaget til å håndtere behandlingen i fremtiden. Diabetes medfører endring av livsstil hvor den enkelte må ha kunnskap og sette seg inn i sykdommens kompleksitet, der kosthold, fysisk aktivitet og medikamentell behandling blir nødvendig (Mosand & Stubberud, 2010). Vi mener at for å kunne gi den enkelte tilstrekkelig og god behandling må sykepleier ha kunnskaper rundt det å være ungdom, og hva slags utfordringer de står ovenfor i denne utviklingsfasen i livet. Det at sykepleier har kjennskap til at denne

fasen kan være med på å gjøre sykdommen enda mer kompleks enn den er i seg selv, vil være med på å gjøre at sykepleieren kan tilpasse veiledningen og undervisningen etter den enkeltes behov. Noe som støttes opp av Orems teori hvor hun nevner at veiledningen må tilpasses den enkeltes forutsetninger (Cavanagh, 2001). Vi tenker at dette også kan være med på å skape en bedre innsikt i pasientens situasjon og forståelse for at situasjonen kan oppleves som krevende for den det gjelder. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å møte de utfordringer den enkelte står ovenfor, slik at pasienten blir i stand til å ta kontroll over sin egen sykdom.

7.2 Samhandlingen mellom sykepleier og pasient når det kommer til undervisning og veiledning

I følge Mosand & Stubberud (2010) har undervisningen og veiledningen ungdommen får i startfasen en stor innvirkning på den fremtidige situasjonen og prognosen hos den enkelte. Vi har også sett ut fra praksis at det er stort behov for veiledning og undervisning hos pasienter som har fått nyoppdaget diabetes type 1. I følge Orems teori må det være etablert et menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten. Vi ser på det som svært viktig at sykepleier oppretter en god kontakt med pasienten. For å kunne skape en god kontakt må sykepleier se på pasienten som et likeverdig individ (Cavanagh, 2001). Vi mener det er viktig å la pasienten medvirke i samhandlingen, dette både fordi det er en plikt i følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), men også fordi det er med på skape en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient. Samtidig at pasienten skal bli selvstendig i å ta vare på sin egenomsorg. Kyngäs (2000) belyser nettopp dette i sin studie at det vil være helt sentralt med samhandling mellom ungdom og sykepleier, da det kommer til pasientens mulighet til å være med på å påvirke sin behandling. For å kunne skape en god samhandling mellom sykepleier og pasienten mener vi at sykepleieren må møte pasienten med respekt, vise empati og skape tillitt. Sykepleier skal samtidig møte pasienten aktiv lyttende, vise forståelse og sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen. Det skal tas hensyn til pasientens egne opplevelser, erfaringer og kunnskaper rundt sin egen situasjon. Vi tenker at dette er med på å bedre forståelsen av pasientens egne tanker, følelser og hvordan en reagerer på situasjonen. Jaser og White (2010) nevner at bevisstgjøring kan være med på å gjøre at ungdommen mestrer de tankene som oppleves vanskelig. Det å skape et godt innledende møte vil være med på å gi trygghet og møte pasienten der en er, samtidig være viktig for å kunne gi god veiledning og undervisning videre i forløpet.

Sykepleier skal være med på å gi pasienten størst mulig læringsutbytte av undervisning og veiledningen som blir gitt. Før en starter med veiledningen og undervisningen må sykepleier ta hensyn til reaksjoner den enkelte har etter å ha fått diagnosen diabetes type 1, og samtidig kartlegge hvor pasienten er i sin situasjon i forhold til læring. Ungdom som får en kronisk sykdom kan ofte oppleve å komme i krise. I akutfasen kan det ofte være vanskelig å ta til seg informasjon siden en ofte benekter situasjonen en er i. Vi ser det som sentralt at sykepleier på sykehuset ikke gir for mye informasjon i denne fasen, og det vil være nødvendig at informasjonen som blir gitt repeteres i det senere forløpet. Pasienten kan være invadert av tanker og følelser etter å ha fått diagnosen diabetes type 1, det vil derfor være viktig at informasjonen gis da pasienten er mer mottagelig for det (Eide & Eide, 2007). I følge Cullberg (2010) er krise en grunn til at tanke og vurderingsevnen kan være nedsatt og dermed redusere verdien av veiledningen.

Da det kommer til Orems sykepleiesystemer vil det være helt essensielt med god samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Vi har skrevet i oppgaven at pasienten skal være over akutfasen og har klart å akseptere sykdommen, og at pasienten med dette vil være mer mottagelig for informasjon og veiledning. Vi anser derfor Orems ”støttende og undervisende” system som relevant da pasienten er over denne fasen. Sykepleier vil i denne metoden fungere som en støtte for pasienten gjennom undervisningen og veiledningen, og pasienten er mer klar for å ta en aktiv del i behandlingen mot det å skulle utføre sin egenomsorg i praksis. Det er pasienten som har kapasiteten til å ivareta sin egenomsorg, men samtidig vil ha behov for assistanse fra sykepleier i en periode. Vi tenker at sykepleierens funksjon blir her å formidle kunnskap sammen med pasienten og har til hensikt å legge til rette for læring for å kunne videreutvikle egenomsorgsevnene som trengs for å håndtere de nye kravene som sykdommen medbringer (Kristoffersen, 2011).

Sykepleiekapasiteten er med på å fremme utviklingen av egenomsorgskapasiteten og dekke egenomsorgskravene pasienten har. Vi tenker her det blir sentralt med Orems hjelpemetode ”å veilede og rettlede en annen”. Hvor det vil være viktig at pasient og sykepleier har en god relasjon mellom hverandre, som igjen vil være med på å motivere pasienten til å utføre egenomsorgshandlinger og ta egne beslutninger rundt sin situasjon. I tillegg kan sykepleier ta i bruk ”å undervise” som hjelpemetode. Vi mener at ved å benytte denne metoden lærer pasienten seg nye ferdigheter, og tilegner seg ny kunnskap for å kunne mestre sin egenomsorg. På den ene siden må sykepleieren motivere ungdommen til læring, mens på den andre siden kan utfordringen være hvis pasienten ikke er motivert til å lære. Sykepleiers

funksjon trer inn der en må kartlegge hvor pasienten er i forhold til læringsbehov og samtidig motivere til læring ved at pasienten ser betydningen av det selv. Vi har også sett på hjelpemetoden ”å sørge for fysisk og psykisk støtte”, som nevnt tidligere kan det å få og ha diabetes være en psykisk og fysisk påkjenning for pasienten. Sykepleiers funksjon blir her å støtte gjennom omsorg, nærvær og gi oppmuntring. Vi mener at gjennom å benytte denne metoden bidrar sykepleier til motivasjon og trygghet for pasienten til å utøve sin egenomsorg. Dette vil være med på gi pasienten mestring i forhold til sin situasjon (Kristoffersen, 2011; Cavanagh, 2001).

7.3. Undervisning og veiledning til mestring

Da det kommer til ungdom med nyoppdaget diabetes type 1, kan sykdommen føre med seg helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Der behovene kan overgå pasientens evne til å oppfylle kravene, Orem beskriver dette som egenomsorgssvikt (Cavanagh, 2001). For at pasienten skal kunne mestre egenomsorgskravene diabetes type 1 medbringer, vil pasienten trenge veiledning og undervisning. Tveiten (2013) nevner at hensikten med veiledningen og undervisningen er å styrke pasientens mestringskompetanse, samt kombinere praktiske egenskaper og kunnskaper for å ta aktiv del i behandlingen av egen sykdom. Som nevnt tidligere da det kommer til veiledningen må sykepleier starte og kartlegge pasienten, dette for å gi pasienten best mulig utbytte av veiledningen og læringen. Vi mener at sykepleier bør starte og spørre pasienten hvordan den enkelte har det, hva han har av kunnskap, samt erfaringer om sin sykdom. Dette vil være med på å gi sykepleier et bilde om hva pasienten kan fra før og hva en bør vektlegge i undervisning og veiledningen fremover. Sykepleier skal formidle oppdatert kunnskap om sykdommen, behandling og tiltak. Vi ser det som nødvendig at sykdomslære vil være en viktig grunnleggende kunnskap for at pasienten skal lære seg å leve med sykdommen. Det vil samtidig være med på å øke pasientens forståelse om hvordan han skal ivareta egenomsorgen i forhold til sin sykdom (Skafjeld, 2002). Orem skriver at det er helt nødvendig at en har den kunnskapen som skal til for å ivareta sin egenomsorg. Vi tenker at sykepleier vil dermed ha et ansvar til å hjelpe pasienten med sin egenomsorg slik at pasienten får dekket de egenomsorgskravene han står ovenfor, til han har tilegnet seg den kunnskapen som trengs for å oppfylle kravene (Cavanagh, 2001).

Forholdene for undervisningen og veiledningen må tilpasses og på best mulig måte legges til rette for den enkeltes forutsetninger. Chaney et. al. (2011) sin forskning nevner at ungdom med diabetes type 1 ønsker seg en strukturert veiledning og undervisning, og at fokuset bør

være på deres behov til sykdommen. Dette støtter opp mot Orems teori, der hun skriver at undervisningen skal tilpasses til den enkeltes behov (Cavanagh, 2001). Vi mener også at informasjonen bør tilpasses den enkelte, og at sykepleier må ordlegge seg på en slik måte at ungdommen forstår informasjonen som blir gitt. Av erfaring har vi sett noe helsepersonell som bruker mye av det medisinske språket, dette kan bli vanskelig å forstå for pasienten som ikke innehar samme kunnskaper. Samtidig kan det være med på å skape usikkerhet og forvirring for ungdommen. Det nevnes i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 at informasjonen skal være tilpasset den individuelle forutsetninger, og sykepleier skal forsikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Det vil være helt sentralt at pasienten får medvirke da det kommer til sin egen behandling. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 sier at pasienten har rett til å medvirke i sin behandling og at det skal legges vekt på samarbeid sammen med pasienten. Vi anser det som svært viktig at brukermedvirkningen blir ivaretatt i behandlingen, da pasienten senere på egenhånd skal kunne håndtere og ta egne beslutninger rundt sykdommen. Hvis vi ser på Orems teori skrives det at de grunnleggende behovene skal være i fokus, og samtidig skal partene arbeide sammen for å oppnå selvstendighet og god egenomsorg. Orems modell har likheter med empowerment-begrepet, der pasienten skal ta del i egen situasjon så langt det lar seg gjøre (Cavanagh, 2001; Strøm & Fagermoen, 2011). Jaser og White (2010) skriver i sin studie at for at ungdom med diabetes type 1 skal oppleve mestring, håndtere stress og kunne få en økt livskvalitet vil det være sentralt å lære ungdom å bruke ulike mestringsstrategier. Vi mener at sykepleier må hjelpe pasienten til å ta i bruk de ulike mestringsstrategiene og finne en strategi som hjelper pasienten mot mestring av sykdommen. Lazarus og Folkman hevder at når pasienten har lært seg å mestre sykdommen på en god måte, vil det bli lettere for ungdommen å møte de utfordringer sykdommen medbringer (Kristoffersen, 2010). Det er sykepleiers plikt å hjelpe pasienten til mestring (Norsk Sykepleieforbund, 2011)

I følge Skafjeld (2002) kan en ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 ha mye å forholde seg til, og bør derfor tilbys individuell veiledning. Når det kommer til undervisningsmetoden vi mener er mest gjeldende vil det være å gå nærmere inn på individuell veiledning med dialog som metode. God tilrettelegging og planlegging av veiledningen og undervisningen sikrer at nødvendige temaer blir gjennomgått. Vi mener at det samtidig kan være lettere for pasienten med nyoppdaget diabetes å ha individuell veiledning i starten. Individuell veiledning vil kun omhandle pasienten og innholdet vil dermed være tilpasset den enkelte. Vi mener at dette vil være med på å gi et grunnlag for god dialog mellom sykepleier og pasient. Samtidig ved at det

kun er sykepleier og pasienten, vil det kunne være med å gjøre det lettere for pasienten å snakke om diagnosen og sin opplevelse av situasjonen. Dette er også med på å bidra til å skape tillitt og trygghet, samt at det sikrer at den enkelte får den behandlingen den har behov for (Skafjeld, 2002). Studien til Kyngäs (2000) belyser følgende at undervisning og veiledning bør individualiseres og være godt planlagt. Det at undervisningen og veiledning individualiseres er med på å bidra til økt trygghet hos ungdommen, samt er med på å kvalitetssikre undervisningen til pasienten. Vi tenker også at det kan benyttes gruppeveiledning, som har fordeler der en knytter nye bekjenskaper og kan dele erfaringer med andre som lever med samme sykdom. Det vil være viktig at en møter andre i samme situasjon og samtidig kan få tips fra andre om hvordan situasjonen kan håndteres på best mulig måte (Skafjeld, 2002).

Vi mener sykepleier på sykehus bør bidra til å gi pasienten tid og sørge for at det er ro i veiledning og undervisningssituasjonen, samt færrest mulige avbrytelser. Det å ha et tilrettelagt og godt miljø vil være med på å skape trygghet hos pasienten. Vi har selv sett da vi har vært i praksis at det kan være et stort tidspress på de ansatte i avdelingene. Mosand & Stubberud (2010) nevner at det ved særlig travle sengeavdelinger ikke har vært prioritert å sette seg ned med pasienten for å gi undervisning. Vi mener at det er et viktig sykepleieansvar å ta seg tid til pasienten, samtidig som at dette er helt essensielt for at pasienten skal kunne få den hjelpen og behandlingen den enkelte har behov for og krav på. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3.2 sier at pasienten har rett på og skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin sykdom og helsetilstand. Pasienten skal også i følge loven informeres om mulige bivirkninger og risikoer. Med dette mener vi at pasienten har krav på og at sykepleieren er pliktig til å gi pasienten tilstrekkelig med nødvendig informasjon rundt sin sykdom og behandling.

Det at sykepleiere ofte har et stort tidspress og mye ansvar i avdelingene, kan føre til at det ikke alltid er like gunstig å skulle få veiledningen og undervisningen på sykehuset. Dette kan medføre at viktig informasjon kan gå tapt for den enkelte på grunn av stress, samtidig er det pasienter som har sagt at de ikke vil bry de ansatte siden de har så mye å gjøre. Dette kan igjen føre til at ungdommen kanskje ikke tørr eller lar være å spørre de ansatte om ting de lurer på vedrørende sin behandling og sykdom. På en annen side kan fordelene ved å bli veiledet og undervist ved sykehus være at sykepleierne og legene som jobber der ofte har spesialkompetanse innenfor området (Mosand & Stubberud, 2010). Granum (2003) skriver om at mange diabetes pasienter opplever mangelfull informasjon og veiledning, og at de er

misfornøyd med det som er gitt i sykehus. Det skrives også om at pasientene ikke følte de fikk tid til å tilegne seg den kunnskapen de skulle før de ble skrevet ut fra sykehuset. Fra vår egen erfaring har vi sett på sykehus at mange av pasientene har en kortere innleggelsestid. Derfor vil det ha av betydning at pasienten har raskere kunnskapstilegnelse for at pasienten skal lære seg å mestre sykdommen utenfor sykehuset. På ene siden får ikke sykepleier gjort noe med at pasienten har en kortere innleggelsestid, men sykepleieren kan sørge for å være faglig oppdatert innenfor relevant kunnskap og forskning som blir gitt om sykdommen og behandlingen. Ved å gi pasientene tilstrekkelig og tilpasset undervisning og veiledning mener vi at sykepleier kan være med å bidra til mestringshjelp for pasienten. Samtidig ved hjelp av sin kunnskap og kompetanse tilrettelegge slik at ungdommen med nyoppdaget diabetes type 1 kan mestre sin nye livssituasjon og bli trygg på å møte den nye hverdagen. Ved å hjelpe pasienten til å se muligheter og sammenhenger, egne ressurser, mening og få forståelse rundt sin situasjon vil dette stå i tråd med hva Aron Antonovsky mener er viktig for å kunne oppnå mestring (Tveiten, 2008).

Evaluering vil være viktig. Det å spørre pasienten i for eksempel en samtale hva han har lært, forstått og oppdaget, dette for at oppfølgingen skal bli mest mulig hensiktsmessig (Tveiten, 2008). For å skape struktur bør sykepleier bruke sjekklister som et hjelpemiddel da det kommer til veiledning og undervisning, dette for å forholde seg til noen punkter som bør gjennomgås (Skafjeld, 2002). Vi mener dette er med på å gi sikkerhet til både pasient og sykepleier på at undervisningen og veiledningen er forstått og gitt. Dette står også i yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleieren skal forsikre seg om at informasjonen som er gitt er forstått (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

7.4 Veiledning og undervisning i forhold til behandling

I undervisningen og veiledningen for en ungdom med nyoppdaget diabetes mener vi at det har av stor betydning at sykepleieren tar bevisste valg rundt metoden som man benytter for at pasienten skal tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper. Undervisningen og veiledningen skal som nevnt tidligere foregå på pasientens læreforutsetning og være tilpasset den individuelle behov. Noen ungdommer kan ha behov for samtale mens andre har behov for skriftlig informasjon. Vi tenker at det kan være en god ide at disse kombineres sammen. For eksempel der sykepleier forklarer og gir informasjon, men samtidig at pasienten får brosjyrer eller faktaark som en kan se i. Dette vil være med på å fremme læring hos den enkelte, og er en sikkerhet for pasienten om det skulle dukke opp spørsmål eller at pasienten glemmer noe

av det som har blitt sagt i ettertid. Fra praksis har vi sett at det finnes mye informasjonsmaterieell som kan brukes og deles ut til pasientene på sykehuset. Annet undervisningsmaterieell som kan tas i bruk er for eksempel videoer og tegninger (Mosand & Stubberud, 2010). Tveiten (2008) skriver at når man deler ut informasjonsmateriale må dette gjøres i rett tid, vurdert ut fra hva den enkelte har behov for og er i stand til å forstå. Innholdet i informasjonsmaterialet må også være faglig vurdert og oppdatert.

Det å få en diagnose som diabetes for en ungdom kan som tidligere nevnt være utfordrende. Pasienten må tilpasse seg den nye hverdagen og behandlingmessige valg og beslutninger må tas flere ganger daglig. Ingen dag er lik og pasienten vil ha behov for god kunnskap rundt sin sykdom og behandling. Ungdommen må med dette lære seg flere praktiske ferdigheter som for eksempel å sette insulin på seg selv, og egenmåling av blodsukkeret. For at pasienten skal opparbeide seg denne kunnskapen krever det opplæring og praktiske egenskaper. Sykepleier må gi informasjon til ungdommen hva insulin er, virkning og bivirkning. Vi tenker at det kan være lurt at pasienten får et informasjonshefte om komplikasjoner ved insulinbehandlingen. Sykepleier og pasienten burde se igjennom dette sammen, slik at pasienten kan stille spørsmål og slik at det blir avdekket eventuelle mistolkninger. Ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 vil ha behov for å tilegne seg god kunnskap om riktig injeksjonsteknikk, hvor insulin skal settes og justering av insulindose i forhold til blodsukkeret, samt blodsukkerregulering og blodsuktermåling (Mosand & Stubberud, 2010; Jenssen, 2011).

Vi tenker at demonstrasjon vil være en god undervisningsmetode da det kommer til at pasienten skal lære seg de nye praktiske ferdighetene. Skafjeld (2002) skriver at demonstrasjon er en god metode for undervisningen når pasienten skal lære seg nye praktiske ferdigheter. Ved demonstrasjon kan for eksempel sykepleieren vise ungdommen hvordan en riktig blodsuktermåling skal utføres. Vi mener sykepleieren må ta nytte av den pedagogiske tilnærmingen til pasienten å forklare og vise pasienten hvilket utstyr som trengs, viktigheten av god hygiene og hvordan prosedyren skal utføres. Pasienten kan deretter selv demonstrere prosedyren med veiledning fra sykepleieren. Mosand & Stubberud (2010) nevner at å lære en ny fremgangsmåte er enklere for pasienten når pasienten har sett den demonstrert. Sykepleieren må gi undervisning og veiledning om blodsukerverdiene, og hvordan disse skal tolkes. Vi mener at for at pasienten skal kunne bli trygg på dette kan ungdommen måle blodsukkeret på egenhånd og skrive ned verdiene, for deretter å diskutere og vurdere verdiene sammen med sykepleieren.

I Skafjeld og Graue (2011) skrives det at mange kan synes at det å stikke seg selv er gruffullt og sykepleier har derfor en stor oppgave å motivere og tilrettelegge for riktig blodsuktermåling og insulinbruk. Når en ungdom skal lære seg å leve med diabetes og mestre konsekvenser av behandlingen vil det å mestre injeksjonssetting på seg selv kunne være med på å gi ungdommen en opplevelse av kontroll i egen situasjon (Tveiten, 2008). Av erfaring har vi snakket med pasienter som fikk diagnosen diabetes som ungdom. Noen av pasientene fortalte at noe av det verste med å få sykdommen, var det å skulle måtte sette injeksjoner på seg selv. Noen hadde sprøyteskrekk og opplevde dette som skummelt. Ved å få god opplæring rundt det å skulle sette injeksjoner og kunnskap rundt blodsuktermåling, samt at pasientene fikk øve seg på dette sammen med sykepleier, ble de også tryggere og følte de fikk en økt kompetanse til å mestre konsekvensene av behandlingen. Vi ser det derfor som viktig at sykepleier tar nytte av demonstrasjon da det kommer til undervisningen i startfasen av sykdommen. Sykepleieren må la pasienten prøve mer og mer selv, men være tilstede frem til pasienten føler seg trygg i situasjonen. Dette er med på å skape god oppfølging for pasienten og et godt grunnlag for mestring av sin kroniske sykdom (Skafjeld, 2002).

Pasienten vil også ha behov for kostholdsveiledning og hvordan kosten påvirker blodsukkernivået. Det blir viktig at pasienten får gode kunnskaper rundt insulindosejustering i forhold til blodsukkeret ved måltider. Sykepleier må informere pasienten om nødvendigheten av å måle blodsukkeret jevnlig. Før sykepleier skal starte veiledning da det kommer til kosthold, er det viktig at en kartlegger pasientens kostvaner. Ved kosthold for ungdom med diabetes type 1 vil det legges vekt på kunnskap om mengde karbohydrater i mat som påvirker blodsukkernivået, og hvordan insulindosene skal reguleres i forhold til dette. Chaney et. al. (2011) skriver i sin studie at ungdom med diabetes type 1 opplevde at opplæringen og råd som ble gitt om kost og insulin kunne oppleves som svært kompleks. Vi mener med dette at som nevnt tidligere at det er viktig at sykepleier dermed tilpasser informasjonen til ungdommen, og sikrer seg at pasienten har tilegnet seg kunnskapen rundt behandlingen. Vi tenker at sykepleier kan gi pasienten hefter og brosjyrer i forhold til kosthold og diabetes type 1, da vi mener at dette kan være nyttig for pasienten i det videre forløpet. Sykepleieren må informere om senkomplikasjoner, og forklare pasienten om nødvendigheten av å ta behandlingen på alvor. Det er viktig for pasienten at det også legges vekt på hypoglykemi og føling i undervisningen og veiledningen. Pasienten må få informasjon rundt symptomer og tiltak som kan gjøres. Sykepleier må informere pasienten om hvordan man kan forebygge

føling og oppmuntre pasienten til å fortelle sine nærmeste om tilstanden (Skafjeld & Graue, 2011).

Som nevnt tidligere er de fleste ungdommer spontane og mange spiser det de har lyst på. Det er viktig at ungdommen får bevissthet rundt at matvarer med sukkerholdig innhold har en ugunstig effekt på blodsukkeret og at ved større mengder kompensere for dette med å øke insulindosen. Når sykepleier underviser og veileder ungdommen rundt kostholdet er det nødvendig å presisere at pasienten fremdeles kan spise sjokolade eller is sammen med venner så lenge pasienten justerer insulindosen, så lenge ungdommen har en ukomplisert diabetes og mestrer å justere insulindosen etter inntak av mat er ikke behovet for å snakke om kosthold så sentralt. Vi ser på det som nødvendig å få frem at god blodsukkerregulering hjelper lite hvis det skal gå på bekostning av ungdommens livskvalitet (Skafjeld, 2002).

I følge Hanås (2011) er mange ungdommer fysisk aktive på fritiden og kan trenge veiledning om dette, og hvordan det kan påvirke blodsukkeret. Når det kommer til diabetes type 1 og fysisk aktivitet må insulinbruken tilpasses aktiviteten, men også hver enkelt. Vi anser det som svært viktig at pasienten får økt kunnskap i forhold til hvordan insulindosen skal justeres når det kommer til fysisk aktivitet, og at pasienten er informert i forhold til å forebygge hypoglykemi da det er stor risiko for å utvikle dette etter aktiviteten. Vi tenker at siden pasienten er innlagt på sykehuset vil det være begrenset hvor utdypende veiledningen og undervisningen vil være ved innleggelsen. Vi mener at sykepleieren allikevel må informere og gi ut hefter som omhandler fysisk aktivitet og diabetes. Samtidig kan sykepleieren informere om eventuelle tilbud i de forskjellige kommunene. Det er pasienten selv som skal utføre endringene både på kort og langsikt, og det vil være like essensielt at motivasjonen er tilstede som å gi råd og informasjon om kosthold og fysisk aktivitet (Skafjeld & Graue, 2011).

Sykepleier bør undervise og veilede i slik betydningen at pasienten kan planlegge for å være i stand til å håndtere uventede situasjoner. Forskning fra Chaney et. al. (2011) skriver at sykepleier bør ha fokus på de positive sidene da det kommer til kosthold, fysisk aktivitet og insulin behandlingen. Ungdom er i en tid der de ofte er spontane og ikke ønsker å skille seg ut fra vennegjengen. Ved at ungdom med diabetes får tilstrekkelig med informasjon og opplæring rundt sin sykdom og behandling vil de kunne leve mest mulig normalt sammen med friske jevnaldrene. Dette støtter opp mot Huus & Enskär (2007) sin studie, der ungdom med diabetes ønsket å føle seg mest mulig normal i forhold til friske jevnaldrene. Vi mener

ved at sykepleier veileder og underviser ungdom med nyopptaget diabetes type 1 i behandlingen vil være med på å gi pasienten et godt grunnlag til å kunne mestre sin sykdom.

8.0 Konklusjon

Hensikten med denne fordypningsoppgaven var at vi ønsket å øke vår kompetanse og kunnskap rundt hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan veilede og undervise ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 til å kunne mestre sin sykdom og nye livssituasjon.

Ut i fra de funn vi har gjort gjennom oppgaven mener vi det er helt sentralt at sykepleier har nødvendig kunnskap og kompetanse om diabetes type 1. Sykepleier må ha kjennskap til hvilke utfordringer ungdommen står ovenfor ved å få sykdommen og sette seg inn i pasientens opplevelse av å få diagnosen. For at ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 skal kunne oppnå mestring, er det helt essensielt at sykepleier bidrar til at pasienten opparbeider seg grunnleggende kunnskaper og ferdigheter vedrørende sin sykdom og behandling. Sykepleier må ha en pedagogisk tilnærming til pasienten og benytte seg av veiledning og undervisning som metode. Det må skapes et menneske-til-menneske forhold slik at det blir en god samhandling mellom sykepleier og pasient. Det vil være viktig at pasienten får medvirke i sin behandling for å få en bedre kontroll, bli mer bevisst på sine egne ressurser og kunne ta selvstendige beslutninger rundt sin egen situasjon. På denne måten vil ungdommen utvikle sin mestringskompetanse. Undervisningen og veiledningen til pasienten bør være strukturert og planlagt, samt tilpasses den enkeltes behov. Ved at pasienten får hjelp og støtte fra sykepleier vil det være med på å bidra til at ungdommen ser en sammenheng og får en forståelse for sykdommen og behandlingen. Noe som igjen vil bidra til at pasienten ivaretar sin egenomsorg, oppnår mestring og lærer seg å leve med sykdommen som en del av seg.

Litteratur

- * Cavanagh, S. J. (2005). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Chaney, D., Coates, V., Shevlin, M., Carson, D., McDougall, A. & Long, A. (2012). Diabetes education: what do adolescents want? *Journal of Clinical Nursing*, 21(1/2), 216-223. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03692.x>
- * Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Diabetesforbundet (2015). *Blodsuktermåling*. Lokalisert på <http://diabetes.no/leksikon/b/blodsuktermaling/>
- * Diabetesforbundet (s.a.). *Hva er diabetes?* Lokalisert på <http://diabetes.no/om-diabetes/>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- * Hanås, R. (2011). *Type 1 Diabetes hos barn, ungdom og unge voksne: Bli ekspert på din egen diabetes* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- * Helsedirektoratet, (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer Diabetes: forebygging, diagnostikk og behandling*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/415/Nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes-fullversjon-IS1674.pdf>
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21 (2016).
- * Huus, K. & Enskär, K. (2007). Adolescents' experience of living with diabetes. *Paediatric Nursing* 19(3), 29-31. Lokalisert på www.ebscohost.com
- Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 54). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s.227-241). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kyngäs, H. (2000). Compliance of adolescents with chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 9(4), 549-556. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00368.x>

* Jaser, S. S. & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, health and development*, 37(3), 335-342. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x>

Jenssen, T. (2013). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 379-389). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Lundestad, K. B. (2014). Diabetes og mat. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 71-75). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2013). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (s. 507 – 535). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Møinichen, T. (2014). Hva er diabetes? I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 31-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Pasient–og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3. (2015).

Rajka, L.-G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg., s. 131- 141). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Skafjeld, A. (2002). *Diabetes – Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribe.

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

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

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2013). *Veiledning – mer enn bare ord...* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

*Wilhelmsen- Langeland, A. (2014). Å leve med diabetes. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 235-239). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

PICO skjema

Beskriv den typen pasienter du er interessert i.	Hvilke tiltak er det jeg vurderer?	Hvilke(t) alternativ(er) fins til dette tiltaket?	Hvordan kan dette tiltaket påvirke ulike utfall? Hvilke endepunkter eller utfall er du interessert i?
Diabetes mellitus type 1, Chronic disease	Adolescents, Youth, Teenagers, Nursing, Guidance, Teaching Instruction, Self-care		Coping Stress, Quality of life Experience Resilience Compliance
Pasienter med diabetes type 1, Pasienter med kronisk sykdom	Ungdom, Tenåring, Sykepleie, Undervisning Veiledning		Mestring, Stress, Livskvalitet, Resiliens, Oppfølging