



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4BACH

Carine Solveig Hagen og Denise Liseth Meyer Øksendal

Veileder: Anne Grethe Kydland

Hvorfor meg?

Why me?

Antall ord: 12 197

Bachelor i sykepleie, BASY 2012  
2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket      JA     NEI   
Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage      JA     NEI

## Sammendrag

**Tema:** God sykepleie til pasienter med nyoppdaget diabetes mellitus type 1.

**Formål:** Vi ønsker med denne oppgaven å få økt kunnskap om sykdommen fordi forekomsten av diabetes type 1 øker med årene. Samtidig vil vi finne ut av hva god sykepleie er til pasienter med nyoppdaget diabetes.

**Problemstilling:** «Hva er god sykepleie til unge diabetikere med nyoppdaget diabetes type 1?»

**Metode:** Oppgaven er en fordypningsoppgave som bygger på fag- og forskningslitteratur, annen relevant litteratur og tidligere erfaringer.

**Konklusjon:** Som sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om diabetes type 1 og hvilke utfordringer ungdom står ovenfor ved diagnostisering. En hver sykepleier må ta utgangspunkt i den enkeltes behov ved en kronisk sykdom og tilpasse behandlingen individuelt. For å utøve god sykepleie til unge med nyoppdaget diabetes, bør behandlingen inneholde en strukturert diabetesopplæring som de kan dra nytte av på daglig basis. Ungdom foretrekker struktur når det gjelder opplæring av sykdommen, samtidig som sykepleiere er en støttespiller som bidrar til økt egenomsorg.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valgt tema .....	6
1.2 Problemstilling med presisering og avgrensning .....	7
1.3 Oppgavens disposisjon .....	8
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>9</b>
2.1 Litteraturstudie .....	9
2.2 Søkestrategi .....	9
2.2.1 Bøker .....	9
2.2.2 Artikler .....	10
2.3 Kildekritikk .....	11
2.4 Ethiske overveielser .....	12
<b>3.0 DIABETES</b> .....	<b>12</b>
3.1 Diabetes type 1 .....	12
3.1.1 Symptomer og diagnostikk .....	14
3.2 Medikamentell behandling .....	14
3.2.1 Blodsuktermåling .....	14
3.3 Kosthold og diabetes .....	15
3.4 Fysisk aktivitet og diabetes .....	15
3.5 Alkohol og diabetes .....	16
<b>4.0 DOROTHEA OREM</b> .....	<b>16</b>
4.1 Egenomsorg .....	17
4.2 Egenomsorgsbehov .....	17
4.3 Egenomsorgssvikt .....	18
4.4 Sykepleiesystemer .....	18
4.4.1 Sykepleiekapasitet .....	19

4.4.2 Sykepleierens hjelpemetoder.....	19
<b>5.0 Å LEVE MED DIABETES.....</b>	<b>19</b>
5.1 En pasienthistorie som vekker interesse.....	21
5.2 Følingsangst .....	22
5.3 Opplæring, veiledning og undervisning .....	23
5.4 Sykepleiernes pedagogiske funksjon .....	24
<b>6.0 KRISE OG KRISEREAKSJONER .....</b>	<b>24</b>
6.1 Sjokkfasen .....	25
6.2 Reaksjonsfasen .....	25
6.3 Bearbeidelsesfasen .....	26
6.4 Nyorienteringsfasen .....	26
<b>7.0 FUNN AV FORSKNING.....</b>	<b>26</b>
<b>7.0 DRØFTING .....</b>	<b>29</b>
7.1 Det første møte .....	30
7.2 Opplæring og veiledning .....	31
7.3 Mestring .....	33
7.4 Pasientsituasjon nr.1 .....	33
7.5 Pasientsituasjon nr.2.....	35
<b>8.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>38</b>
<b>9.0 REFERANSELISTE.....</b>	<b>39</b>

## ALDRI FRED Å FÅ

*Aldri en pause, ikke en eneste dag, ingen ferie. Diabetes er en sykdom uten lukkevedtekter, uten noen arbeidsmiljølov. Livet er fullt av viktigere ting. Som forelskelse, som å få barn, ta eksamener eller være sammen med gode venner. Men selv da er den der, sykdommen. Kanskje noen timers pause, men så er det igjen på tide med en ny dose, eller en blodprøve fra fingeren. Vi har diabetes. På livstid. Styr selv, eller bli styrt – du må selv velge. For lykke kommer ikke an på hvordan du har det, men på hvordan du tar det. Og det blir aldri fred å få.*

*- Yngvar Christophersen, 2004.*

## 1.0 INNLEDNING

Diabetes øker både nasjonalt og internasjonalt, skriver Vaaler (2002). En slik påstand vekker bekymringer, men også interesse. I dag ligger Skandinavia på verdenstoppen i diabetes type 1 og årsaken til dette antas å være av genetiske årsaker. Antall diabetikere har økt i løpet av de siste 20 årene, og det har skjedd en fordobling av antall diabetikere under 15 år og opp til 30 år (Vaaler, 2002).

Situasjonen i Norge i dag viser om lag 130 000 mennesker som lider av sykdommen diabetes. Av disse 130 000, har om lag 20 000 mennesker diabetes type 1 (Vaaler, 2002). Som fremtidige sykepleiere er det viktig å ha kunnskap om diabetes, både type 1 og type 2. Sykepleierne bør ha kompetanse innenfor symptomer og hvilken behandling som kan iverksettes. Samtidig er undervisning og opplæring en sentral rolle i utførelsen av god sykepleie når det gjelder diabetes type 1 (Vaaler, 2002). Vi har selv vært ungdommer, og vet at ungdomstiden kan være nokså utfordrende og hektisk. Å få bekreftet at man har en kronisk sykdom som man aldri blir kvitt, er trolig tungt for mange å ta innover seg. Hverdagen snus på hodet der kosthold og fysisk aktivitet må planlegges og tilrettelegges for å leve et så normalt liv som mulig (Vaaler, 2002). Sykepleiernes oppgave blir å gi pasientene tilstrekkelig informasjon og sørge for at informasjonen som er gitt er forstått, ved hjelp av veiledning og oppfølging.

### 1.1 Bakgrunn for valgt tema

Vi har valgt å skrive om diabetes mellitus type 1 og hvordan sykepleierne kan gi god sykepleie til unge med nyopplaget diabetes. Vi vet at flere mennesker vil få diabetes i fremtiden og ønsker med denne oppgaven å bli dyktige sykepleiere innenfor diabetesomsorgen. I løpet av vår treårige studie har vi hatt lite undervisning om diabetes og vil derfor benytte anledningen til å lære mer om denne sykdommen. Vi har begge praksis - og arbeidserfaringer som ligger til grunn for oppgavens tema. Ut i fra egne erfaringer har vi fått et innblikk i hvilke ferdigheter og kunnskaper som kreves av en sykepleier i møte med pasienter med nyopplaget diabetes. Vårt ønske med denne bacheloroppgaven er å bruke det vi har lært og utøve god sykepleie i praksis når vi skal ut i arbeidslivet.

## 1.2 Problemstilling med presisering og avgrensning

Med bakgrunn i det overnevnte har vi valgt følgende problemstilling:

*«Hva er god sykepleie til unge diabetikere med nyoppdaget diabetes type 1?»*

Vi har valgt denne problemstillingen, med tanke på hvilke kunnskaper vi må inneha som fremtidige sykepleiere i møte med unge med diabetes type 1. I oppgaven fokuserer vi på det første møte med unge diabetikere som blir lagt inn på sykehus på grunn av hyperglykemi. Vi tar utgangspunkt i at den unge diabetikeren har kommet over akuttfasen, der sykdommen er akseptert og læringsforutsetningen er passende for å motta videre informasjon, veiledning og opplæring av sykdommen.

Pasientgruppen vi har valgt er pasienter mellom 16-20 år med nyoppdaget diabetes type 1. Vi har valgt å rette fokuset mot selve pasienten og dermed utelater vi foreldre samt annet nettverk, selv om vi vet at pårørende er en stor ressurs for både pasienten og sykepleieren.

Å bli innlagt på sykehus og få diagnosen diabetes er for mange skremmende. De er i en startfase av en lidelse de må leve resten av livet med og de utfordringer det fører med i hverdagen. Sykepleiernes oppgave er å gi pasientene god sykepleie, det vil si å se hele pasienten og ivareta pasientenes grunnleggende behov. Videre vil vi diskutere Orems modell opp mot relevant forskning, å komme frem til hva god sykepleie er for unge diabetikere med nyoppdaget diabetes type 1.

### 1.3 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 inneholder innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstilling med presisering og avgrensning.

Kapittel 2 omhandler valg av metode, litteraturstudie, søkestrategi, presentasjon av bøker, artikler, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3, 4 og 5 er oppgavens teorikapittel og handler om diabetes, valgt sykepleieteoretiker, hvordan det er å leve med diabetes og en pasienthistorie.

Kapittel 6 omhandler krisereaksjoner og om akutt krisereaksjon ved kronisk sykdom.

Kapittel 7 presenterer funn fra forskning.

Kapittel 8 består av drøfting av problemstilling opp mot teori, forskning og jobberfaringer. Presentasjon av ulike tiltak som sykepleieren kan iverksette for pasienten med diabetes type 1.

Kapittel 9 er en oppsummering av hvilke funn vi synes er mest relevant til vår oppgave og avslutter med en konklusjon.



## 2.0 METODE

Vilhelm Aubert sier dette om metode:

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2012, s.111).*

Når vi vil undersøke noe bruker vi metode som et redskap. Det gir oss den dataen vi behøver til å samle den informasjonen vi trenger for å gjøre en undersøkelse (Dalland, 2012). Vi har valgt både kvantitativ og kvalitativ metode for å besvare problemstillingen vår. Vi bruker kvantitativ metode for å få ønsket data i forhold til målbare enheter, som for eksempel statistikk over antall diabetikere i Norge. Ved å bruke kvalitativ metode får vi fanget opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle, for eksempel pasienthistorier og opplevelser. Disse opplevelsene har verdifull informasjon som bidrar til hvordan enkeltindivider, institusjoner og grupper samhandler. Begge metodene er orienterte og bidrar til det samfunnet vi lever i med bedre forståelse (Dalland, 2012).

### 2.1 Litteraturstudie

Alle studentoppgaver har opphav fra litteratur og er et viktig grunnlag for oppgaveskriving. Litteraturen gir oss den kunnskapen som er nødvendig for oppgavens utgangspunkt, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Utvalget må tydeliggjøres i form av *hvorfor* en type litteratur er valgt og *hvordan* det er gjort. Forfatteren må gjøres rede for, samtidig som faglighet og troverdighet av kildeutvalget er godt begrunnet og beskrevet. De kriterier som er brukt ved valgt litteratur har leseren krav på (Dalland, 2012).

### 2.2 Søkestrategi

#### 2.2.1 Bøker

For å søke faglitteratur har vi brukt skolens søkemonitor Oria. Søkeord som er benyttet er diabetes type 1, sykepleie, kosthold, blodsukker, undervisning, alkohol, omsorg, veiledning, helsepersonell, mestring og fysisk aktivitet. Ved å kombinere disse søkeordene fant vi frem til ulike bøker, der flere av bøkene var relevante. Hovedsakelig har vi brukt bøker som omhandler diabetes type 1, symptomer, behandling, fysisk aktivitet og generell sykepleie.

For å beskrive Dorothea Orems sin sykepleieteori, har vi brukt *Generell sykepleie 1* (Kristoffersen, 1996) og *OREMS- sykepleiemodell i praksis* (Cavanagh, 2001). Bøkene tar for seg Orems sykepleieteori om å dekke terapeutiske egenomsorgskrav ved egen eller andres hjelp, der sykepleieren kompenserer for misforholdet mellom egenomsorgskrav og ressurser. I følge Dalland bør ikke litteraturen være eldre en ti år, men vi har likevel valgt noen bøker av eldre utgave på grunn av valide og reliable kilder (Dalland, 2012).

Vi har brukt studiehefte fra Helsedirektoratet, *Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling* som er utviklet av Helsedirektoratet og beregnet for helsepersonell. Hftet er skrevet av forfattere med fagkunnskap innenfor diabetes. Tor Claudi (redaktør) med flere forfattere og professorer har stått for utgivelse av heftet; *Nasjonale faglige retningslinjer – Diabetes, forebygging og diagnostikk*.

Vi har også brukt boken *Diabetes – håndboken* som omhandler de viktigste temaene innenfor diabetes og diabetesomsorg. Boken er beregnet for helsearbeidere, men også for en del mennesker med diabetes fordi boka er lettfattelig uten mange kompliserte figurer og fremmedord (Vaaler & Møinichen, 2014).

Besvarelsen er bygget på obligatorisk pensumlitteratur og minst 400 sider selvvalgt litteratur inkludert forskningsartikler. Litteraturen vi har brukt består blant annet av pensumlitteratur som *metode og oppgaveskriving* av Olav Dalland (Dalland, 2012). Selvvalgt litteratur som *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* og *Diabetes- håndboken* er funnet i Høgskolens arkiv og anses derfor som pålitelig og troverdig litteratur.

### 2.2.2 Artikler

Ved søk etter forskningsartikler brukte vi søkemonitoren SveMed+ og egen refleksjon. For å finne relevante artikler benyttet vi oss av høgskolens nettverk slik at vi fikk tilgang på ulike søkedatabaser.

Databaser som er benyttet er Oria, SveMed+, Ebscohost via Cinahl & Cinahl. Artikkelinnholdet i databasene var varierende og omhandlet for det meste diabetes type 1, sykepleie og helse. Noen av artiklene kom ikke opp i fulltekst, så vi brukte Google Scholar for å få hele tekster. Søkeordene vi har brukt er «nursing care, self- management, coping, resilience,

diabetes type 1, education, adolescents, illness, self-care, alcohol, risk og young adults». Ved å kombinere søkeordene på ulike måter fikk vi varierende treff i de ulike databasene. For å dokumentere artikkelsøkene har vi laget en søkehistorikk (se vedlegg 1).

For å belyse valgt problemstilling har vi funnet fire relevante forskningsartikler, hvorav 3 er kvalitative og 1 er kvantitativ studie. Alle artiklene omhandler diabetes type 1. Den første artikkel omhandler mestring og resiliens hos ungdom med diabetes type 1. Den andre artikkelen dreier seg om omdefinering av relasjoner og identitet hos unge voksne med type 1 diabetes. Den tredje artikkelen tar for seg unge voksnes ledelse av type 1 diabetes i løpet av livets overganger. Den fjerde og siste artikkelen dreier seg om diabetes utdanning og hva ungdom ønsker av diabetesopplæring.

### 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er å karakterisere og vurdere den litteraturen som benyttes i oppgaveskriving. For å finne troverdige kilder må de først vurderes. Vi har brukt både primær og sekundærkilder i denne oppgaven. Primærkilden vil si den opprinnelige kilden, mens kilden som bygger på en primærkilde kalles sekundærkilde (Dalland, 2012).

Kriterier for valgte artikler var at de skulle være fagfellesvurdert, det vil si at de er vurdert ut ifra eksperter innenfor fagfeltet (Dalland, 2012). Et annet søkekriterium var at artiklene skulle inneholde en introduksjonsdel, metodedel, resultat og en konklusjon. Ved å følge IMRAD-prinsippet: I - introduksjon, M - metode, R - resultat, A - (og), D - diskusjon, ble forskningsartiklene vurdert kritisk.

Sykepleiefaget er et yrke under stadig vekst, der kunnskap om å utøve sykepleie må stå i samspill med oppdatert litteratur. Dalland skriver at kildene ikke bør være eldre enn ti år for at de skal være oppdaterte. Kildene bør også være reliable og valide. Det vil si at kildene er pålitelige og gyldige (Dalland, 2012). Vi har hovedsakelig benyttet oss av oppdatert litteratur og forskning fra 2005 til 2015, fordi vi mener at nyere forskning er mer troverdig og aktuell for å besvare vår oppgave. Generell sykepleie 1 er fra 1996, men er et unntak på grunn av dens validitet og reliabilitet. Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell, 2002 er også nøye vurdert og brukt i denne besvarelsen.

## 2.4 Etiske overveielser

Dalland skriver at man skal ha respekt for den som har skrevet teorien man benytter i egen oppgave. En skal ikke utgi seg for å ha skrevet andres arbeid, noe som kalles plagiat. Korrekt forfatter skal henvises, avskrift skal refereres og sitater skal utdypes og forklares (Dalland, 2012). Med dette forstår vi at vi skal være tro mot forfatteren, unngå kopiering av andres utførte verk og oppgi de kilder som benyttes i egen oppgave. Ved kildehenvisning har vi fulgt APA-standarden som er retningslinjene for oppgaveskriving for Høgskolen i Hedmark.

## 3.0 DIABETES

Diabetes mellitus er en kronisk sykdom med forhøyet blodsukker. Sykdommen skyldes nedsatt insulinvirkning eller total mangel på hormonet insulin (Allgot, 2002). Diabetes betyr «å gå igjennom» og mellitus betyr «honningsøt». Sykdommen karakteriseres ved økt urinutskillelse og har en søtlig smak på urinen (Diabetesforbundet, 2008). Årsaken bak selve sykdomsprosessen er ennå uklar, men vi vet at diabetes skyldes en kombinasjon av miljøfaktorer og arvelig disposisjon (Allgot, 2002). Diabetes hos unge, voksne og eldre øker med årene og mellom 6000-8000 mennesker får beskjed om at de har diabetes hvert år (Allgot, 2002). I dag kan vi dele inn diabetes i flere grupper, men felles for alle typene er forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet (Vaaler, 2002).

### 3.1 Diabetes type 1

Diabetes type 1 skyldes at det ikke produseres insulin i bukspyttkjertelen, og kalles for insulinavhengig diabetes mellitus. Type 1 er en autoimmun sykdom, det vil si at kroppens eget immunforsvar går til angrep på egne celler. De insulinproduserende cellene også kalt betaceller, produserer insulin i de langerhanske øyer i bukspyttkjertelen. Av ukjente grunner oppfattes betacellene som fremmedlegemer og ødelegges av forsvarsapparatet (Allgot, 2002). Insulinproduksjonen avtar etter hvert som cellene brytes ned og det kan ta flere måneder til år før dette skjer.

Hyperglykemi utvikles dersom insulinproduksjonen er sviktende og glukosekonsentrasjonen øker. Insulin er et hormon som regulerer sukkeromsetningen i kroppen. Insulin stimulerer cellene til å ta opp glukose fra blodet, og dermed senker blodsukkeret. Sukkeret (glukosen) brukes som «drivstoff» for cellens mange oppgaver. Insulin har også evnen til å påvirke

leverens produksjon av glukose. Når insulinet i blodet er for høyt og blodsukkeret øker, vil insulinet bremse leverens frigivelse av glukose. Det motsatte vil skjer når blodsukkeret blir for lavt, da vil leverens frigivelse av glukose øke. Type 1 er den vanligste formen av diabetes og kan ramme alle aldersgrupper fra barn til eldre voksne, men rammer ofte de under 18 år (Jensen, 2011).

Et normalt blodsukker bør ligge mellom 4-7 mmol/l. Når blodglukosen overstiger 7 mmol/l, har personen hyperglykemi og trenger insulin for å senke blodsukkeret (Jensen, 2011). Hvis blodsukkeret når høyere verdier og ikke får behandling med insulin, kan det oppstå en metabolsk acidose. Ketoacidose er en alvorlig medisinsk tilstand og kan være livstruende. Tilstanden skyldes altfor høye glukoseverdier, noe som fører til nedsatt opptak av cellene i muskulaturen. Det vil lukte aceton av pusten til pasienten fordi det skjer en opphoping av ketoner og ketonsyrer i leveren som gjør at blodet blir surt. Ved en slik syreforgiftning trenger personen umiddelbar hjelp, hvis ikke kan personen stå i fare for å miste livet. Symptomer på en slik forgiftning er acetonlukt, tørste, magesmerter og oppkast. På grunn av redusert glukosetilførsel til hjernen kan det føre til redusert bevissthet (Jensen, 2011).

Hypoglykemi, også kalt føling forekommer når blodglukosen er for lav (2.5-3 mmol/l). Når blodsukkeret er for lavt, vil kroppen prøve å kompensere med å frigjøre en rekke hormoner som kortisol, adrenalin og glukagon. Symptomer å se etter ved lett til moderat føling er blekhet, skjelving, svetting og kvalme. Ved alvorlig hypoglykemi kan symptomer som talevansker, voldsom oppførsel, dobbeltsyn og koma forekomme. For mye insulin eller tabletter i forhold til behovet og uregelmessige måltider er ofte årsaker til hypoglykemi (Helsedirektoratet, 2009).

Diabetes type 1 er en livslang sykdom som kan gi alvorlig senskader hvis det ikke forebygges. De vanligste diabetesrelaterte komplikasjonene er øyebunnsforandringer (retinopati), nerveskader (nevropati) og nyreforandringer (nefropati). Komplikasjoner ses ofte etter flere år med sykdommen (Jensen, 2011). For å forebygge senskader bør sykepleier oppfordre pasienten til økt fysisk aktivitet, røykestopp og unngå ytterligere vektøkning (Vaalder, 2002).

### 3.1.1 Symptomer og diagnostikk

Symptomer på diabetes type 1 er ofte klare og kommer tidlig, men oppdages gjerne for sent der ketoacidose (syreforgiftning) har oppstått. Likevel er de vanligste symptomene på diabetes type 1 kraftig tørste, økt urinutskillelse, dårlig allmenntilstand, slapphet og vekttap (Vaaler, 2002). Videre kriterier for å få stilt en diabetesdiagnose er at blodglukosen er over 7 mmol/l eller høyere ved fastende blodsukker (Vaaler, 2002). Ved å måle HbA1c, også kalt langtids-blodsukker kan det vise hvor mye glukose som er bundet til hemoglobin i de røde blodcellene, de siste 6-8 ukene. Et fastende blodsukker som ligger mellom 4-7mmol/l er ofte godt regulert, og tilsvarer 7 % eller lavere i HbA1c (Jensen, 2011).

## 3.2 Medikamentell behandling

Diabetes type 1 krever kontinuerlig insulintilførsel i form av injeksjoner, da insulinet blir ødelagt i mage-tarm og kan derfor ikke tas i tablettform (Diabetesforbundet, 2008). Målet med behandlingen av diabetes type 1 er å få en stabil blodsukkerkurve, det vil si å unngå hypoglykemi og hyperglykemi (Helsedirektoratet, 2009). For å oppnå dette er tilførsel av insulin helt nødvendig. Insulin finnes i ulike typer, men de mest anvendte er hurtigvirkende og langtidsvirkende insulin. Hurtigvirkende insulin gis ofte ved inntak av måltider, pga rask effekt og kort virketid. Insulinet injiseres i fettvevet rett under huden, hovedsakelig i magen. Langtidsvirkende insulin injiseres også i fettvevet, men hovedsakelig i låret på grunn av lengre virketid. Et annet alternativ er insulinpumpe. Den forsyner kroppen kontinuerlig med insulin og er det nærmeste man kommer kroppens egen fysiologi (Jørgensen, 2014).

### 3.2.1 Blodsuktermåling

For å oppnå et stabilt blodsukker må personen måle blodsukker jevnlig og få insulin tilført. For å måle blodsukkeret trenger du å stikke et stikk på siden av fingertuppen med en stikkpenn. Deretter holdes testtrimmelen mot bloddråpen, blodsukkerapparatet vil så telle ned og vise testresultatet (Diabetesforbundet, 2014). Et stabilt blodsukker vil vise mellom 4-7 mmol/l. For å nå behandlingsmålet med et stabilt blodsukker, er det viktig at pasienten har forståelse for hvordan insulinet virker, hvor lenge effekten av ulike insulin varer og hvordan behovet for insulin variere ved inntak av mat, alkohol, stress og fysisk aktivitet (Jørgensen, 2014).

### 3.3 Kosthold og diabetes

Et sunt kosthold er en viktig del av behandlingen av diabetes type 1. Ved kostholds-anbefalinger er det viktig at sykepleieren gjør gradvise endringer, slik at pasienten er motivert og at det ikke krever en total omlegging av kostholdet. Kostrådene bør tilpasses individuelt slik at livsstilsendringene er noe pasienten trives med. På sikt kan disse rådene sikre langsiktige kostholdsendringer hos pasienten (Lundestad, B, 2014).

En viktig del av diabetesbehandlingen er at diabetikerne selv får erfare hvordan de ulike matvarene påvirker blodsukkeret og hvordan de kan gjøre justeringer i kosten. Diabetikere bør følge de norske kostrådene som anbefales av helsedirektoratet. Matvarer som inneholder mye fiber vil gi en langsommere blodsukkerstigning enn matvarer med karbohydrater av lavt fiberinnhold. For å sette sammen et måltid er tallerkenmodellen et nyttig hjelpemiddel. Hovedmåltidene frokost, lunsj, middag og kveldsmat bør bestå av proteiner (kylling, egg, meieriprodukter) karbohydrater (potet, grovt brød, korn) og antioksidanter som bær, frukt eller grønnsaker. Diabetikere bør innta mer grønnsaker enn frukt, da søte frukter kan gi rask stigning i blodsukkeret. Det kan være hensiktsmessig for diabetikere som behandles med insulin å holde en jevn måltidsrytme for å unngå episoder med lavt blodsukker (Lundestad, B, 2014).

### 3.4 Fysisk aktivitet og diabetes

Fysisk aktivitet 30 minutter daglig er anbefalt av helsedirektoratet og har betydelig effekt på blodsukkerreguleringen hos diabetikere. Å være i fysisk aktivitet kan forhindre utviklingen av senkomplikasjoner som fedme, høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer (Bævre, 2014).

Trening har en rekke innvirkninger på blodsukkeret. Det gir økt absorpsjon av insulin fra stedet du injiserer insulin, for eksempel låret hvis du løper eller spiller fotball. Trening øker forbruket av glukose uten at man behøver å øke insulindosen, men det er likevel viktig å ha noe insulin i kroppen slik at muskelcellene kan ta opp glukose under og etter trening (Hanås, 2011). Insulinresistens vil øke ved inaktivitet hos unge med diabetes type 1, samtidig som overvekt vil gi dårligere blodsukkerregulering. Det å være i fysisk aktivitet har mange fordeler som at blodsukkeret senkes, samtidig som opptaket av sukker til muskelcellene øker uten at man trenger insulin (Hanås, 2011).

### 3.5 Alkohol og diabetes

I dagens ungdomskultur er det ikke så uvanlig at det inntas store mengder med alkohol. Alkohol påvirker leveren slik at sukkerproduksjonen reduseres og blodsukkernivået senkes. Kombinasjonen av alkohol og insulinbehandling hos diabetikere kan gi alvorlige episoder med lavt blodsukker (B. Lundestad, 2014). Ved inntak av alkohol kan symptomer på lavt blodsukker være vanskelig å tolke for diabetikere. Dersom ungdom skal innta alkohol, bør de unngå å drikke på tom mage og drikke tørre viner eller nøytral brennevin. Diabetikere bør også begrense mengden, men kan nyte alkohol av og til (B. Lundestad, 2014). Å fortelle venner og omgivelsene om hvordan følingssymptomer kan forveksles med beruselse kan være en utfordring for mange unge (Graue, 2002). Venner kan tolke symptomene på lavt blodsukker og tro at du er «full» og dermed ignorerer nødvendige tiltak for å heve blodsukkeret. Dersom en ung diabetiker har dårlig metabolsk regulering, er det større risiko for å utvikle ketoacidose i forbindelse med alkohol og festing (Graue, 2002).

### 4.0 DOROTHEA OREM

I dette kapitlet presenteres sykepleieteoretikeren Dorothea Orem, sykepleiernes veiledende og undervisende funksjon og hvordan sykepleierne kan utføre god sykepleie til sine pasienter. Orem beskriver sykepleiernes mål om tilrettelegging av sykepleien, etter pasientens behov for å oppnå egenomsorg (Kristoffersen, 1996).

Dorothea Orem er født i 1914, ble utdannet sykepleier i 1939 og 6 år senere avla hun eksamen i sykepleievitenskap. Dorothea har hatt stor innflytelse i mange land, blant annet i Norge for sin markante sykepleietenkning (Cavanagh, 2001). Hun har arbeidet med å utvikle sykepleiemodellen om egenomsorgssvikt og egenomsorgstenkning siden 1959, og fikk utgitt boka *Nursing: Concepts of Practice* i 1971. Orem's sykepleiemodell blir ofte benyttet som rammeverk i utdanning og har vunnet popularitet verden over. Modellen brukes som et middel til å organisere de holdninger, ferdigheter og kunnskaper som en sykepleier behøver for å utføre god sykepleie ovenfor pasienter (Cavanagh, 2001).

Bob Price sier dette om Orem's sykepleiemodell: «Sykepleiemodellen fremhever seg som en innsiktsfull tolkning av sitt tema, og som et arbeid med stor verdi for sykepleiere» (sitert i Cavanagh, 2001, s.10).



## 4.1 Egenomsorg

Dorothea Orems definerer egenomsorg slik: «*Individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve*» (Cavanagh, 2001). Ut ifra vår forståelse er egenomsorg en nødvendighet som hver enkelt behøver å utføre for å overleve og leve. Vi mennesker er nødt til å utføre nødvendig omsorg ovenfor oss selv for å kunne utføre de aktiviteter som dagliglivet byr på.

Sentralt for Orem er begrepet egenomsorg, og det at omsorgen er tilsiktet av individet og frivillig. Dorothea sier at egenomsorg er tillærte handlinger som tar sikte på å opprettholde helse og liv, samt fremme velvære. Kultur, alder og modning er ulike faktorer som spiller inn på hvordan aktiviteter og handlinger må læres, for å opprettholde helse og utvikling (Cavanagh, 2001). For å utføre hensiktsmessige beslutninger og forstå sin helsetilstand fornuftmessig betraktes egenomsorg som et aktivt fenomen. Det bør ikke ses som et sett av rutinemessige handlinger som utføres uten å tenke seg om. Det som hviler på den enkelte er kunnskaper om helse, seg selv og om hvilke kulturbestemte forventninger som gjelder for å ha evne til egenomsorg. En viktig grunnleggende forutsetning for Orems egenomsorgsmodell er at pasienten har et bevisst ønske om å dekke egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 2001).

## 4.2 Egenomsorgsbehov

Egenomsorgsbehovene står sentralt i Orems modell og er delt inn i åtte universelle egenomsorgsbehov, som er felles for alle mennesker. Disse behovene er aktiviteter som omfatter de vesentlige psykiske, fysiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet. Egenomsorgsbehovene er en viktig del av datasamlingen om pasienten og er uavhengig av individets helsetilstand, omgivelser, alder eller utviklingsnivå (Cavanagh, 2001). For at et menneske skal fungere er hvert aspekt viktig. Grunnleggende livsprosesser er tilstrekkelig tilførsel av luft, mat og vann, samt muligheten til å kvitte seg med avfallsstoffene. De åtte egenomsorgsbehovene står i samspill med hverandre og må ikke ses isolert fra hverandre. For eksempel å forebygge skade må ses i sammenheng med de andre behovene som luft, mat og vann, samtidig rette oppmerksomheten på mulige skadelige og giftige stoffer (Cavanagh, 2001).

Orem har delt inn egenomsorgsbehovene inn i utviklingsrelaterte og helsesvikrelaterte behov. De utviklingsrelaterte behovene er knyttet til alder og utviklingstrinn, mens de helsesvikrelaterte behovene er knyttet opp mot skade, funksjonstap, utviklingstrinn, alder og sykdom (Cavanagh, 2001). De helsesvikrelaterte egenomsorgsbehovene er mest relevant i forhold til vår oppgave. Når en ung pasient får diabetes, oppstår det forandringer i helsetilstanden som gjør at de må tilpasse seg en ny og endret livssituasjon. Når en pasient ikke er i stand til å dekke sine egne egenomsorgsbehov, må de søke råd og veiledning av noen som har kompetanse og kunnskap på det aktuelle området (Cavanagh, 2001).

#### 4.3 Egenomsorgssvikt

Teorien om egenomsorgssvikt dreier seg om hvordan utviklingen av egenomsorgsevne skjer hos hvert individ, og hvordan forhold og faktorer virker inn på utviklingen. Evnen til å kunne ivareta egne egenomsorgsbehov er individuelt fra individ til individ. Ved sykdom kan pasienten komme i ubalanse og det oppstår en svikt i egenomsorgen. Effekten av en sykdom kan påvirke pasienten på ulike nivåer (Cavanagh, 2001). Pasienten som opplever for eksempel forkjølelse, evner selv å søke hjelp eller tilegne seg kunnskap for å ivareta sine egenomsorgsbehov. Pasienten som opplever endringer i helsetilstanden, og som er ute av stand til å møte sine egne helsesvikrelaterte og universelle egenomsorgskrav, får et behov for sykepleie. For å få dekket pasientens egne omsorgsbehov helt eller delvis er han/hun avhengig av hjelp fra andre. En sykepleier går derfor inn for å dekke de egenomsorgsbehovene som er sviktende hos pasienten, slik at uavhengigheten kan gjenvinnes (Cavanagh, 2001).

Pasienter som har fått diabetes må utvikle egenomsorgsevne for å klare å ta seg av sine egne egenomsorgsbehov. For å utvikle egenomsorgsevne må pasienten mestre å tenke rasjonelt og tillære seg kunnskap, slik at beslutninger kan foretas. For at unge som har fått diabetes skal kunne gjenoppta egenomsorg, behøver de ny kunnskap om hvordan de skal takle sin nye tilværelse (Cavanagh, 2001).

#### 4.4 Sykepleiesystemer

Dorothea Orem viser til et sykepleiesystem der sykepleieren kompenserer for sviktende egenomsorg i ulik grad av pasientens avhengighet av hjelp og omfanget av hjelp. En pasient som nylig har fått diagnostisert diabetes type 1 er trolig avhengig av hjelp i stor grad og trenger mye hjelp fra helsepersonell. Etter hvert som pasienten blir tryggere på sin egen

sykdom, vil sykepleieren være delvis kompenserende i forhold til pasientens egenomsorgsbehov. Når pasienten føler ytterligere trygghet er omfanget av hjelp i mindre grad enn i startfasen. Pasienten har ikke lenger behov for et helt kompenserende system, men behøver i mindre grad et støttende og undervisende system (Kristoffersen, 1996).

#### 4.4.1 Sykepleiekapasitet

Et målrettet og kompleks handlingsmønster som bygger på sykepleiernes ferdigheter, kunnskaper og verdier er det Orem kaller sykepleiekapasitet. Sykepleiekapasitet er utviklet for å utøve til andres velvære og fordel. I teorien må sykepleieren bruke sin fulle sykepleiekapasitet når en pasient har svikt i egenomsorg. Sykepleieren er med på å fremme pasientens utvikling av egenomsorgskapasitet og tilfredsstillende terapeutiske egenomsorgskrav. Orem legger også ved kunst og klokskap som kjennetegn ved utøvelse av god og individuell sykepleie (Kristoffersen, 1996).

#### 4.4.2 Sykepleierens hjelpemetoder

Gjennom Orem's hjelpemetoder kan unge med nyopplaget diabetes type 1 få hjelp av en sykepleier til veiledning, støtte, undervisning samt tilrettelegging for å fremme pasientens evner. Sykepleieren bruker ulike metoder i forhold til pasientens egenomsorgsevne og hvilke egenomsorgsbehov for å kompensere for sviktende egenomsorg (Kristoffersen, 1996).

## 5.0 Å LEVE MED DIABETES

«Din oppgave som diabetikere av type 1 er å passe på at det alltid er nok insulin i kroppen, uansett hva du velger å spise eller hvor aktiv du vil være» (Wilhelmsen - Langeland, 2014). Med en slik livsoppgave kan det være lett å føle at kontrollen over eget liv, ligger utenfor en selv. At kontrollen ligger i maten, i insulinet, i fysisk aktivitet eller hos helsepersonellet. Hos friske mennesker regulerer kroppen selv glukose og insulinnivået i blodet, men ved diabetes må reguleringsystemet utvikles manuelt. Insulinbehovet påvirkes av ytre faktorer som mat og aktivitet, men også av indre prosesser som vi ikke har kontroll over. For eksempel: Hvis en med diabetes blir nervøs vil kroppen automatisk pumpe adrenalin ut i blodet, som igjen frigjør glukose fra leveren og gir økt insulinbehov. Opplevelser som dette blir en del av hverdagen til

den som har diabetes type 1 og krever tilpasning, samt struktur ut livet (Wilhelmsen - Langeland, 2014).

Med diagnosen diabetes følger utfordringer og krav til den det gjelder, både fysisk og psykisk. På toppen av alle utfordringene som tilhører ungdomstiden, vil sykdommen gjøre situasjonen enda mer kompleks. I overgangen til selvstendighet vil også sykdommen i større grad bli ungdommens ansvar. Dette medfører en endring av livsstil der hyppige blodglukosemålinger og administrering av insulin må utføres flere ganger daglig (Mosand & Stubberud, 2012).

Ungdommen må sette seg inn i sykdommens kompleksitet der kosthold, aktivitet og behandling er avgjørende for å holde et stabilt blodsukker. Det skjer store endringer i hormonbalansen i ungdomsårene der man får et økt behov for insulin, og kroppen vil derfor trenge en større dose (Mosand & Stubberud, 2012). Mange ungdommer i dag kan ha en uregelmessig livsstil i forhold til skiftende fysisk aktivitet og en appetitt som er varierende. Derfor kan det være vanskelig å finne rett dose med insulin til unge med diabetes type 1 (Graue, 2002).

Som tenåring er man ofte ikke moden nok til å ta fullt ansvar for diabetessykdommen sin og de fleste tenåring er ønske å klare seg selv, uten innblanding av foreldrene. Den fysiologiske utviklingen og de hormonelle endringene er faktorer som følger med puberteten, og er spesielt for ungdomstiden da barn går over til å bli voksen (Graue, 2002). Den kognitive utviklingen er og en viktig faktor som betyr at ungdommene begynner å tenke på en helt annen måte enn tidligere. De kan begynne å tenke abstrakt og analysere problemer på andre måter enn før. En stor del av livet er tenårene og man ønsker ikke å skille seg ut blant venner. Å la de unge få delta på sine vanlige aktiviteter og eksperimentere med insulindoser er en viktig del av ungdomstiden. Behandlingen og oppfølgingen til unge må tilpasses ut i fra hvert enkelt behov (Graue, 2002).

Som sykepleier er kartlegging en viktig del av sykepleierrollen i møte med pasienter i forhold til alder, resurser etc. I startfasen er det ønskelig at pasienter kommer til konsultasjonstimer alene, slik at de har muligheten til å uttrykke seg og stille spørsmål de lurer på. En av sykepleieoppgavene er å forsikre pasienten om hvilke plikt vi har ovenfor dem i forhold til taushetsplikt (Hanås, 2011) og viser til helsepersonelloven der § 21 sier at «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» sier helsepersonelloven (2015).

## 5.1 En pasienthistorie som vekker interesse

For å gi oppgaven et lite løft har vi valgt å ta med historien til en medelev som lever med diabetes type 1

Hun starter å fortelle at symptomene på diabetes var tidlig tilstede, men at hun ikke skjønnte helt hvorfor og bare godtok det. Hun hadde symptomer som økt tørste, der hun drakk opp til 3 halvliter med vann før leggetid og hadde hyppig vannlating. Hun var ofte sliten, slapp og orket lite eller ingenting når hun var sosial. Etter en biltur fra Oslo stoppet moren for å kjøpe is til Helene og søsknene, der Helene takket nei til is. Moren fikk derfor en mistanke om at noe var galt og så sammenhengen mellom tidligere symptomer og fryktet det verste. Da de kom hjem, dro de rett til legen og fikk målt blodsukkeret. Blodsukkeret viste HI, over 30 mmol/l. Helene glemmer aldri morens bekymrende ansiktsuttrykk da verdiene ble opplest. Helene spurte hva som var galt, men fikk ikke svar. Etter litt fortalte moren at hun trodde Helene hadde den samme sykdommen som onkel Morten. Det første spørsmålet som slo Helene var; kan jeg aldri mer spise sjokolade?

På sykehuset ble det igjen målt forhøyet blodsukker og Helene fikk konstatert diagnosen diabetes type 1. Hun var bare ti år da hun fikk denne diagnosen og følte at det var mye hun måtte sette seg inn i, i så ung alder. Hun ble fortalt at hun kunne spise akkurat hva hun ville, inkludert sjokolade. Dette er noe Helene fortsatt er irritert over og stiller spørsmålet; finnes det ingen mellomting? Greit at hun kan spise hva hun vil, men det er ikke uten konsekvenser. Hun mener at sitt ustabile blodsukker den dag i dag, skyldes tidligere feil. Helene mener at sykehuset gjorde en feil ved å informere om at hun kunne spise hva som helst, og ikke fortelle om konsekvensene av det. Hun tok dette mindre seriøst og så ikke problemene med å spise ubegrensede mengder med mat. Hun forteller at den største utfordringen trolig var alderen, der hun var for liten til å ta del i det hele, men heller ikke stor nok til å forstå hva som foregikk (personlig kommunikasjon, 19. februar, 2015).

Vi valgte å ta med denne pasienthistorien for å fremheve viktigheten av god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Vi mener at sykepleieren må gi informasjon som er tilpasset

pasienten uavhengig av alder og kunnskapsnivå, samtidig sikre at pasienten forstår den informasjonen som er gitt. Helenes opplevelse av å få diabetes er en interessant og viktig del, som kan bidra til økt kompetanse og forståelse for oss fremtidige sykepleiere. Denne historien har gjort oss mer bevisst på hva vi bør tenke på i møte med pasienter, og hvordan vi kan unngå en slik behandling av pasienter med nyoppdaget diabetes type 1.

## 5.2 Følingsangst

Diabetikere har ofte frykt for å få føling fordi det kan oppleves som ubehagelig, farlig og inntreffer gjerne på feil tidspunkt. Når en person får føling vil kroppen reagere fysiologisk og sette i gang en rekke adrenerge responser som skjelvninger i armer og ben, svimmelhet og kaldsvetting (Wilhelmsen - Langeland, 2014). Ved føling, reagerer kroppen på samme måte som den ville gjort ved en krise. Diabetikere som har føling kan oppleve angst av å frykte at hun/han skal besvime eller miste kontrollen ved føling. Ved å assosiere føling med angst/frykt symptomer, kan det være lett å forstå at personer med diabetes kan gå over til å utvikle en spesifikk eller generalisert angst for føling (Wilhelmsen - Langeland, 2014). Dersom en med diabetes type 1 har angst for føling, kan det bety unngåelse av det man er redd for. Diabetikeren kan dermed ta mindre insulin enn det som trengs og på lang sikt øke risikoen for senkomplikasjoner.

Som sykepleier er det viktig å fokusere på angstfølelsen ved føling, slik at personen kan unngå utvikling av alvorlig angst og finne strategier for å håndtere insulindoseringsfeil (Wilhelmsen - Langeland, 2014). Det er viktig at unge diabetikere lærer å jobbe med å akseptere at blodsukkerverdiene kan variere fra høyt til lavt, og at det vil bli vanskelig å leve et liv uten å takle disse svingningene. Unge med diabetes blir tvunget til å treffe viktige valg hver eneste dag i forhold til planlegging av insulin og å ha med seg følingsmat til en hver tid. Vår oppgave som sykepleiere er å forsikre oss om at personer med insulinavhengig diabetes lærer seg ulike mestringsstrategier, og vet hva som må iverksettes ved symptomer på føling (Wilhelmsen - Langeland, 2014).

### 5.3 Opplæring, veiledning og undervisning

Som sykepleier står man ovenfor en rekke utfordringer i opplæring av personer med diabetes, der det stilles krav til sykepleiernes kunnskap og innsikt om sykdommen (Selle, 2002). Hvert enkelt individ har ulike behov for opplæring på grunn av ulike livssituasjoner. Sykepleiernes oppgave er å individualisere opplæringen, det vil si å bygge på data rundt hver enkel pasient. For å sette realistiske mål, er det viktig at sykepleieren kartlegger pasientens behov og ressurser, slik at opplæringen tilpasses diabetesbehandlingen (Selle, 2002). Lov om spesialhelsetjenester § 3-8 (1) sier noe om pasientopplæring og sykehusets fire lovpålagte oppgaver (Skafjeld & Graue, 2011). Pasientopplæring ligger på lik linje som viktigheten av behandling og legemidler.

Pasientopplæring handler om å bedre helsestatusen til pasienten ved veiledning og undervisning. For en optimal pasientopplæring trenger pasienten kunnskap om selve sykdommen, behandling og symptomer, det holder ikke og bare informere om sykdommen og tro at pasienten ordner resten selv (Skafjeld & Graue, 2011). Kunnskapen pasientene får av en sykepleier er viktig og nyttig informasjon som de kan bruke videre i livet. Et eksempel kan være at det ikke holder å forklare hvordan man måler blodsukkeret og setter insulin, men at det er helt nødvendig å vise eller utføre på pasienten hvordan det skal utføres. Sykepleierne må forsikre seg at pasienten er trygg på sin egen sykdom og behandling før han/hun reiser hjem. Mange pårørende trenger også opplæring og veiledning, spesielt til unge med nyoppdaget diabetes type 1 (Skafjeld & Graue, 2011).

Veiledning handler om sykepleierens evne til å bistå pasientene i læring og utviklingsprosessen. Det handler ikke om å dele mest mulig kunnskap eller gi mest undervisning, men å legge til rette slik at pasienten kan bli mer selvstendig og føle mestring. Hensikten med undervisning er å fremme pasientens kunnskaper, ferdigheter og holdninger til den som skal lære. Ved hjelp av systematisk og planlagt påvirkning kan pasienten oppnå gode behandlingsresultater i samarbeid med sykepleieren (Skafjeld & Graue, 2011). Forutsetningen for å utøve god veiledning, er at sykepleieren har interesse for tema diabetes, kunnskap om behandlingsmetoder og er oppdatert på nye forskningsresultater (Graue, 2011). Å ha en god relasjon til pasienten spiller og en viktig rolle når en sykepleier skal veilede. Relasjon er den kontakten to parter skaper når de møtes. Som sykepleier er det viktig å ha kjennskap til den enkeltes behov

i form av kunnskapsnivå og hvilke evner pasienten har til å forstå det som blir formidlet (Eide & Eide, 2007).

#### 5.4 Sykepleiernes pedagogiske funksjon

Sykepleiernes pedagogiske funksjon er å gi veiledning, læring, undervisning, utvikling og oppdragelse i helsesammenheng (Tveiten, 2012). Videre sier hun at: «Sykepleiers pedagogiske funksjon handler om å bidra til og legge til rette for informasjon, veiledning, undervisning slik at pasienter og pårørende utvikler optimal kompetanse til å ta mest mulig kontroll over faktorene som påvirker helse og mestring» (Tveiten, 2012). Når man møter unge pasienter med nyoppdaget diabetes er det viktig at vi som sykepleiere har en god og riktig måte og formidle informasjon til pasienten. I forhold til mestring skal vi hjelpe pasienten til å lære å mestre det å leve med diabetes, konsekvenser av behandling og lære dem å måle blodsukkeret sitt, og sette insulin (Tveiten, 2001).

## 6.0 KRISE OG KRISEREAKSJONER

Vanskelige og alvorlige hendelser i livet kalles for kriser. Eide & Eide skiller mellom to typer kriser, livskriser og traumatiske kriser (Eide & Eide, 2007). Livskriser er påkjenninger som kommer og går som følge av endringer i livssituasjonen. Det kan for eksempel være ekteskap, puberteten, få barn, eller overgangsalder. Traumatiske kriser brukes når det oppstår fysisk, psykisk eller sosiale belastninger som påvirker personen i kortere eller lengre perioder. Det kan være sykdom, ulykke, vold eller skilsmisse (Eide & Eide, 2007). I følge Cullberg inndeles den traumatiske krisens forløp inn i fire naturlige faser. Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen. Det er ikke et klart skille mellom fasene, men de kan være integrert i en annen. De fire ulike fasene har likevel sine egne terapeutiske problemer og egenskaper. Disse krisefasene er kun et hjelpemiddel til å orientere seg i krisens forløp, de er ikke en fast modell (Cullberg, 2011).

I følge Skafjeld er det forsket lite på følelsesmessige reaksjoner knyttet til personer som får en kronisk lidelse. Funn fra forskning viser at beskjeden om å få diabetes var en stor overgang, og følelser som sinne, tristhet og forvirring kunne oppstå. Deltakerne av studien fortalte at sykdommen ikke bare angikk dem selv, men også familien ble involvert (Rasmussen, Ward, Jenkins, King & Dunning, 2010).



Mennesker med kroniske lidelser kan leve i en slags krisereaksjon, der følelsene ofte ikke kommer frem på overflaten slik de vanligvis gjør ved en krisereaksjon. Det å få en kronisk sykdom bør ses som en sammenhengende prosess, der følelsene ikke avsluttes slik som i Cullbergs teori (Sjøvoll, 2002). Ved å studere hans teori, har vi kommet frem til at den ikke er optimal for en med kronisk sykdom. Derimot er Schuchardt's teori basert på en spiral med åtte ledd innenfor krisearbeid ved kronisk krisearbeid. Spiralen dreier seg om ulike følelsesstadier den kriserammede går igjennom, der følelser kan forsvinne og komme tilbake igjen. De ulike følelsene er sårbarhet, gryende visshet, sinne, forhandling, sorg, aksept, aktivitet og normalitet (Sjøvoll, 2002).

## 6.1 Sjokkfasen

Når et menneske har fått en tung beskjed kan det ofte føre til en krisereaksjon, dette kalles for sjokkfase. Dette kan for eksempel være det å få vite at man har en kronisk sykdom som diabetes type 1. Denne fasen kan vare fra et kort øyeblikk til flere dager, uavhengig om personen klarer å ta til seg det som har skjedd eller ikke. Har pasienten et familiemedlem som har diabetes type 1, kan sjokket være noe mildere (Cullberg, 2011). De har ofte tilegnet seg kunnskap om sykdommen og har forberedt seg på at de selv kan bli rammet en dag, siden diabetes type 1 er arvelig. Litt lengre ut i krisen kan personen ha vanskeligheter med å huske det som har skjedd. Derfor er det svært viktig at vi som sykepleiere ikke gir for mye medisinsk fakta om diabetes, men heller avventer til den akutte fasen er over. Diabetikere i sjokk kan også miste bevisstheten og bli uklar i sjokkfasen (Cullberg, 2011). I denne fasen er det viktig at sykepleieren er støttende, lyttende og viser omsorg slik at pasienten kan slippe følelsene til. Med begrepet omsorg menes det i dette perspektivet å vise omtenkksomhet, eller bry seg om (Eide & Eide, 2007).

## 6.2 Reaksjonsfasen

Når denne fasen begynner, er akutfasen ferdig. Reaksjonsfasen kan vedvare fra et halvt år til ett år etter det traumatiske sjokket. I denne fasen kan pasienten være besatt av sjokket og fortiden, men begynner å godta sin kroniske sykdom (Cullberg, 2011). Det er viktig med profesjonell hjelp dersom personen blir stående fast i sorgen, benekter situasjonen eller ikke er i stand til å komme seg videre (Hanås, 2011).

### 6.3 Bearbeidelsesfasen

Når akutfasen er over begynner bearbeidelsen av sjokket. Fasen kan vare fra et halvt år til ett år etter en traumatisk hendelse eller opplevelse. I et tidligere stadium av krisen var pasienten helt besatt av sjokket og fortiden, men har ved dette tidspunktet begynte å godta sitt «handikap» (Cullberg, 2011).

### 6.4 Nyorienteringsfasen

Den siste fasen har ingen avslutning og individet lever med et arr som ikke forsvinner. De uoppfylte håpene har blitt bearbeidet og livet går fremover, selv om følelser fra tidligere opplevelser kan kjennes som et stikk i hjertet resten av livet. Forutsetningen for å komme i nyorienteringsfasen er at den rammede har klart å komme seg igjennom de tre foregående krisefasene (Cullberg, 2011).

## 7.0 FUNN AV FORSKNING

I dette kapittelet presenterer vi funn av valgt forskning.

### **Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes (S. Lundin et al, 2009).**

**Hensikt:** Ungdomsårene og tidlig voksen alder er kjent for å være en vanskelig periode. Hvis man i tillegg får en sykdom som diabetes type 1, kan årene bli ekstra vanskelige. Mennesker som lever med diabetes type 1 må daglig måle sitt eget blodsukker flere ganger, samt sette insulin. Støtte fra familie og venner kan være svært viktig i en slik periode når man går fra å være ungdom til ung voksen.

**Metode:** For å finne ut om hvordan ungdommer opplever støtte, intervjuet de 13 unge voksne og deres foreldre. Måten de unge med diabetes kommuniserte på, foregikk over nettet og ble senere analysert. Dette er en kvalitativ studie.

**Resultat:** Foreldrene ble oppfattet som de mest pålitelige støttespillerne, sammenlignet med partnere, søsken og andre pårørende. Andre personer som var en viktig støtte, var de med samme sykdom som de fikk kontakt med gjennom ulike diabetes nettverk.

**Konklusjon:** Videre forskning er nødvendig for å finne ut hvordan man best mulig kan gi god støtte rundt den unge som får diabetes. Både for pårørende og for at vi som sykepleiere får kunnskap om hvordan vi best kan hjelpe pasienten ved å gi kunnskap, veiledning, undervisning og støtte.

### **Diabetes education: what do adolescents want? (Chaney et al, 2010).**

**Hensikt:** Studien ønsker å finne ut om ungdom har behov for strukturert diabetes veiledning, hvordan det bør organiseres og hvilke temaet som bør tas opp. Bakgrunnen er at når ungdom skal begynne å ta større ansvar for egen behandling kreves hensiktsmessig egenomsorg, kunnskap og ferdigheter for at de skal kunne ivareta en god diabetesomsorg.

**Metode:** Denne studien er en utforskende kvalitativ studie. Det ble foretatt fem fokusgruppeintervjuer fra tre ulike akutte helseforetak i Nord-Irland. Av 80 deltagere var det totalt 21 unge mellom 13-19 år som ble intervjuet.

**Resultat:** Alle deltakerne uttrykte et behov for et strukturert utdanningsprogram spesielt tilpasset deres behov. Kompleksiteten av eksisterende diabetesregimer og brakte med seg følelser av frustrasjon og skyldfølelse for de fleste ungdommene. Mange følte seg isolert og alene. Insulinjustering ble sett på som svært kompleks.

**Konklusjon:** Deltakerne favoriserte et strukturert diabetesutdanningsprogram som hadde kort varighet, praktisk i naturen og var relevant for dagliglivet.

### **Young adult`s management of Type 1 diabetes during life transitions (Rasmussen et al, 2010).**

**Hensikt:** Mental helse og fysisk helse henger sammen. Livets overganger fra barn til ungdom og ungdom til voksen kan by på store endringer som kan være forbundet med stress. Spesielt

hvis man får påvist diabetes type 1. Dette kan påvirke blodsuktermålingene til pasienter med diabetes type 1 og deres evne til å takle sykdommen.

**Metode:** Semi- strukturerte intervjuer ble brukt som metode i denne studien, der de intervjuet 20 unge voksne med type 1 diabetes. Dette er en kvalitativ studie.

**Resultat:** Livets utvikling handler om oppvekst, utdanning, nye relasjoner, flytting samt det å bli diagnostisert med diabetes type 1. Diabetes relaterte overganger inkluderer å få diagnosen stilt, utvikle diabetes komplikasjoner, lære å sette insulin eller forstå insulinpumpe samt dra på diabetes-leirer. Deltakerne klarte overganger ved hjelp av "strategisk tenkning og planlegging" med strategier for å håndtere og minimere risikoen av diabetes, ved hjelp av tidligere erfaringer.

**Konklusjon:** Flere strategier benyttes for å håndtere diabetes i løpet av overganger. Tenkning og strategisk planlegging var integrert i glykemisk kontroll og styring av overganger. Virkningen av overganger på diabetes må utforskes i større og longitudinelle studier for å identifisere konkrete strategier som hjelper diabetikere med omsorg under livets overganger.

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

**Hensikt:** Studien ønsker å undersøke om spesifikke mestringsstrategier påvirker livskvalitet, kompetanse og metabolsk kontroll (glukose kontroll) hos ungdom med diabetes type 1. De spesifikke mestringsstrategiene de omtaler i denne studien er primær mestringsstrategi (problemløsning, emosjonelle uttrykk, som påvirker målet), sekundær mestringsstrategi (tilpasser seg miljøet, der en forandrer veien til målet) og tilslutt utkobling mestringsstrategi (fornektelse, tilbaketrekking).

**Metode:** Undersøkelsen er gjort med 30 ungdom mellom 10-16 år og deres mødre fra en diabetesklinikk. Alle ungdommene skulle svare på ulike spørreskjemaer relatert til egen oppfattelse av livskvalitet og sosialkompetanse. Deretter å koble det opp mot de ulike mestringsstrategiene de benyttet for å mestre diabetesrelatert stress. Mødrene skulle svare på spørreskjema der de skulle vurdere sin oppfattelse av barnas sosiale kompetanse. HbA1c verdier ble innhentet fra ungdommenes pasientjournal. Dette er en kvantitativ studie.

**Resultat:** Det viste seg i denne studien at økt bruk av primær mestringsstrategier var assosiert med bedre diabetesrelatert livskvalitet, økt sosial kompetanse var rapportert fra både mødre og av egen oppfatning, samt bedre metabolsk kontroll. Bruk av sekundær mestringsstrategi var relatert til høyere rapportert kompetanse fra mødre, men ikke fra selv- rapporterte sosialkompetanse. Sekundærstrategien var ikke assosiert til bedret diabetesrelatert livskvalitet, men ga bedre metabolsk kontroll. Til slutt viste studien at økt bruk av utkoblings strategi var assosiert med dårlig sosial kompetanse, dårligere oppfatning av livskvalitet og dårligere metabolsk kontroll.

**Konklusjon:** De fleste ungdommene i denne studien benyttet sekundær mestringsstrategi etterfulgt av primær mestringsstrategi, og de færreste benyttet frikoblingsstrategien for å håndtere diabetesrelatert stress. Bruk av primær mestringsstrategi viste seg å gi best diabetesrelatert livskvalitet, økt metabolsk kontroll og best sosial kompetanse hos ungdom med diabetes type 1.

## 7.0 DRØFTING

### *«Hva er god sykepleie til unge diabetikere med nyoppdaget diabetes type 1?»*

Vi vet av erfaring at det er mangelfull kompetanse blant sykepleiere når det gjelder diabetes type 1. På grunnlag av egen praksiserfaring, erfarte vi mangel på rutine ved innkomst av diabetespasienter og at de ikke hadde diabetessykepleiere på avdelingen. På bakgrunn av dette ønsker vi å finne ut hva som er viktig i det første møte, og fremme viktigheten av å ha en strukturert behandlingsplan. Hensikten med denne oppgaven er å styrke vår kompetanse som sykepleiere, slik at vi er i stand til å møte pasienter med diabetes type 1 når vi skal ut i arbeid. Vi mener diabetes er et viktig tema som alle sykepleiere bør ha kompetanse innenfor, for å sikre god ivaretagelse og behandling av pasientene våre.

Vi vil ta utgangspunkt i sykepleieteoretiker, Dorothea Orem og se på litteraturen vi anvendte i teoridelen for å drøfte vår problemstilling. Vi vil ta utgangspunkt i to ulike pasientsituasjoner, der ungdommene har ulik bakgrunn og kunnskaper om diabetes. Vi tar utgangspunkt i at ungdommene har kommet over akutfasen der sykdommen er akseptert, og forutsetningen for å motta videre informasjon, veiledning og opplæring er aktuelt. Som nevnt tidligere har vi valgt å fokusere på det første møte mellom sykepleier og pasient, fordi vi vet at all kommunikasjon starter med en god relasjon. Deretter vil vi drøfte viktigheten av veiledning

og undervisning hos ungdom med nyoppdaget diabetes type 1. Videre vil vi drøfte hvordan sykepleiere kan gi god sykepleie til unge diabetikere. Deretter vil vi rette fokuset mot opplæring og tiltak som en kvalitetssikring av diabetesbehandlingen. Tilslutt vil vi komme frem til en konklusjon som er basert på besvarelse av problemstilling og hvilke funn fra forskning som kan brukes i praksis når vi skal ut i jobb.

## 7.1 Det første møte

I det første møte er det viktig at sykepleieren møter pasientene der de er. Det som ligger til grunn for å utøve god sykepleie er å se mennesket som helt og unikt (Kristoffersen, 1996). Det er viktig at sykepleieren forstår hvilken situasjon pasienten er i og viser respekt ved å lytte og sette seg inn i pasientens reaksjoner og følelser. I følge forskning fortalte en av deltakerne viktigheten av at sykepleieren tok seg tid til å bli kjent med han under det første møte. For å vise tillit og skape trygghet hos pasienten, ga sykepleieren mail og telefonnummer som han kunne nå henne på, hvis det skulle dukke opp spørsmål underveis. Ved å gi denne tryggheten, følte han at sykepleieren var med han på "reisen" (Rasmussen, Ward, Jenkins, King & Dunning, 2010).

I det første møte, skaper sykepleieren en relasjon til pasienten der de møtes person til person. For å skape en god relasjon til hverandre er det viktig at sykepleieren og pasienten forstår at de har ulike forventninger og krav til hverandre. Sykepleiernes væremåte og holdning skal bidra til at pasienten opplever respekt og aksept i møte med sykepleier (Kristoffersen, 1996). Begge individer tar med seg egne erfaringer og kunnskaper inn i det første møte og det må respekteres fra begge sider (Eide & Eide, 2007). For at pasienten skal føle seg sett og ivaretatt må sykepleieren ta hensyn til pasientens reaksjoner og følelser som kan ha oppstått under diagnostiseringen.

For å kunne planlegge veiledning til pasienten er det viktig å samle data, slik at behandlingen blir tilpasset den enkeltes behov. Ved å bruke Orems sykepleiemodell kan sykepleieren kartlegge pasienten ut ifra hvilke egenomsorgsbehov pasienten trenger, hvilke egenomsorgsevne pasienten har og om det foreligger en egenomsorgssvikt (Cavanagh, 2001). Sykepleiernes veiledende rolle bør ikke skje på en autoritær måte, men gi pasienten rett til medvirkning og respektere dens verdier. I følge de yrkesetiske retningslinjene er det viktig at

sykepleieren tilpasser den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, slik at pasienten har mulighet til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Hvordan pasienten opplever utførelse av sykepleie, er avhengig av sykepleierens væremåte (Kristoffersen, 1996). I følge Orem er egenomsorg en stor del av menneskets evne til å leve og overleve på. Vi forstår det slik at egenomsorg krever at den syke er i stand til å forstå sin helsetilstand og foreta hensiktsmessige handlingstiltak for å leve (Cavanagh, 2001). Vi mener dermed at egenomsorg har en sentral plass i diabetesomsorgen og har stor betydning for ungdom med diabetes type 1. For å utøve god sykepleie dreier sykepleieprosessen seg om avgjørelsen av hvorfor en person trenger sykepleie (Kristoffersen, 1996). Sykepleieprosessen bygger på tre faser, der fase 1 avgjør om sykepleie er nødvendig ved å analysere og fortolke data. Fase 2 dreier seg om en utarbeidelse av et sykepleiesystem og en plan for hvordan sykepleien skal utøves. Den siste fasen handler om hvordan sykepleierne skal iverksette og lede sykepleiesystemene.

## 7.2 Opplæring og veiledning

Opplæring av personer med diabetes er i følge Claudi helt sentralt (Claudi, 2014), men av erfaring vet vi at opplæring av diabetes ikke alltid lar seg gjennomføre i praksis. Vi vet av erfaring at det er mangel på kompetanse blant sykepleiere og mangel på sykepleiere med spesialkompetanse innenfor diabetes. Videre hevder Claudi at det ofte krever en mer strukturert opplæring blant ungdom, der oppfriskningskurs og pumpekurs (kurs i karbohydrattelling) bør stå i fokus (Claudi, 2014). Forskning har samme oppfatning som Claudi, der ungdom foretrekker en mer strukturert diabetesopplæring som er relevant å ta i bruk på daglig basis (Chaney et al, 2010). Videre sier den samme studien at et strukturert diabetesprogram bør innebære insulin-terapi, opplæring, problem-løsning og ferdighets-mestring for å mestre sykdommen. Slike programmer har vist seg å være egnet til ungdom med tanke på bedret metabolsk kontroll og livskvalitet (Chaney et al, 2010).

Videre sier forskning til Chaney et al at ungdom får et større ansvar ovenfor seg selv når de skal inn i voksenlivet. Et gjennomgående funn viser at ungdom med diabetes møter mange utfordringer ved overgangen til voksenlivet (Lundin, Øhrn & Danielson, 2009). De må inneha egenomsorg som er hensiktsmessig ved å tilegne seg kunnskap og ferdigheter om sykdommen diabetes. Nye bevis tyder på at ungdom ikke mottar den nødvendige utdanningen som er

viktig for å møte deres behov (Barlow & Ellard, 2004). Mange av ungdommene som deltok i studien til Chaney et al utalte hvordan de slet med kompleksiteten av behandlingsregimet, der de følte seg ute av stand til å søke veiledning av helsepersonell og av foreldre. Ungdommene mente likevel at et strukturert diabetesprogram var med på å redusere angst og uro tilknyttet diabetesbehandlingen (Chaney et al, 2010).

Oppfølging av ungdom etter behandling var like viktig og ble sett på som en type forsikring med tanke på videre veiledning og støtte. Måten oppfølgingen gikk ut på var å ta hensyn til hva ungdommene ønsket, med tanke på hvordan de ville bli kontaktet. Ungdommene foretrakk ikke å bli kontaktet når de var med venner eller under skoletiden, så deltagelsen foregikk ved å sende tekstmeldinger. Med denne type kommunikasjon kunne ungdommene være mer åpne og ærlig i samtale med helsepersonell i oppfølgingen (Chaney et al, 2010). Å kommunisere via tekstmeldinger var det mest aktuelle i forhold til ungdommene. Dette understreker viktigheten og behovet for at helsepersonell kanskje bør tilpasse seg ungdommen, selv om det kan være en utfordring for helsevesenet. Helene Engevik, medelev ved Høgskolen i Hedmark forteller at tekstmeldinger er en hensiktsmessig og god måte å kommunisere med sykepleieren på. Hun har selv følt et større utbytte av oppfølgingen via telefon, enn ved personlig fremmøte. Hun føler seg sett og ivaretatt, selv om hun ikke har direkte personlig kontakt med sykepleieren (personlig kommunikasjon, 19. februar 2015).

Ungdommene mente at diabetesprogrammene måtte møte deres behov og at det kunne tas i bruk på en realistisk måte, samtidig som det kunne brukes daglig. For å opprettholde selvstendigheten hos de unge, måtte foreldrenes engasjement forhandles slik at de følte mindre angst vedrørende ungdommens diabetesbehandling (Chaney et al, 2010). Alle deltakerne i studien uttrykte et stort behov for et strukturert diabetesprogram, spesielt tilpasset kravene til ungdom. Videre sier forskning at ungdom trenger mer enn bare kunnskaper om diabetes, de har også et behov for psykomotoriske og problemløsende ferdigheter (Chaney et al, 2010).

I Norge er diabetesbehandlingen karakterisert som mangelfull når det gjelder kunnskap om diabetes, antall personer med diabetes, omfang av behandling, valg av behandlingsstrategi og behandlingsresultater (Claudi, 2014). Av erfaring vil vi si oss enig at kunnskap om diabetes er mangelfull og at dette må prioriteres. Kvaliteten på diabetesbehandlingen fins det ingen nasjonal data på, men tilgjengelig data viser allikevel at ca. 140 000 mennesker får blod-



sukkersenkende behandling. For å få til en kvalitetsforbedring, er innsamling av data en sentral rolle for å sikre kvaliteten på diabetesomsorg (Claudi, 2014). Per i dag er det utviklet diabetesjournaler som både spesialist og primærhelsetjenesten kan benytte seg av. Vi ser på dette som et nyttig tiltak som kan bidra til økt kunnskap om diabetesbehandling og et verktøy for fremtidig kvalitetssikring.

### 7.3 Mestring

Ungdom med diabetes type 1 bør lære seg å mestre vedvarende stress med tanke på livslang diabetesbehandling. Det er derfor viktig at ungdom lærer seg ulike mestringsstrategier som er best egnet for seg selv (Jaser & White, 2010).

I følge Lazarus og Folkman (referert i Jaser & White, 2010) finnes det to ulike mestringsstrategier; problemfokuset og emosjonsfokuset. Problemfokuset mestring går ut på handlinger og væremåter som rettes mot konkrete utfordringer i dagliglivet. Et eksempel på dette kan være å få hjelp til blodsuktermåling, da dette kan være utfordrende i startfasen. Den andre strategien er emosjonsfokuset mestring og omhandler tanker og følelser. Ved hjelp av bevisstgjøring kan pasienten mestre vanskelige tanker, å oppleve en bedre egenomsorg i forhold til sin diabetes (Jaser & White, 2010). Et eksempel på dette kan være at pasienten lærer seg å føle og tenke at diabetes type 1 er en livslang sykdom, som han/hun må leve resten av livet med. Når sykdommen er diagnostisert, må pasienten lære å leve med den eller dø av å ignorere den. Ved å erkjenne sykdommen, kan pasienten lage egne mestringsstrategier for å takle hverdagen best mulig.

### 7.4 Pasientsituasjon nr. 1

For å gi oppgaven et løft har vi valgt å belyse to pasientsituasjoner, der vi går nærmere inn på hvilke rolle sykepleieren og pasienten har i de ulike sykepleiesystemene og hvilke behov pasienten har.

#### **Pasientsituasjon 1**

Jente på 16 år som driver med regelmessig aktivitet, spiser sunt og drikker lite alkohol. Hun har en mor med diabetes, og vet derfor en del om sykdommen og hvordan det er å leve med den. Moren har opplyst datteren gjennom hele livet at hun kan være arvelig disponibel av

diabetes type 1. Hun bearbejder diagnostiseringen nokså greit og føler seg trygg med tanke på at moren er i samme situasjon.

Ved å se nærmere på pasientsituasjon 1, kan det støttende og undervisende systemet være aktuelt for denne pasienten. Pasienten har moren som ressurs, men trenger hjelp til å ivareta sine terapeutiske egenomsorgskrav på grunn av omstilling av en ny livssituasjon. I følge Orem er *Terapeutiske egenomsorgskrav* nødvendige handlinger som pasienten utfører selv for å oppfylle egenomsorgsbehov relatert til helsesvikt. Selv om moren til jenta er en stor ressurs, er det likevel viktig at sykepleier tilpasser behandlingen etter hennes behov. Figur 6.12 viser ivaretagelsen av terapeutiske egenomsorgskrav innenfor de ulike systemene, der sykepleieren og pasienten har ulike roller (Kristoffersen, 1996). I denne situasjonen blir sykepleien planlagt hensiktsmessig slik at sykepleieren kompenserer for pasientens ressurssvikt. Ved hjelp av det støttende og undervisende system utfører pasienten egenomsorg selv, men får tilpasset utøvelsen av egenomsorgskapasitet og utviklingen av den i samarbeid med sykepleieren (Kristoffersen, 1996).

Det er viktig å huske at datteren trenger å bli kjent med egen kropp og få grunnkunnskaper om diabetes, selv om moren er kjent med sin kropp og sykdom. I dette tilfelle er sykepleiernes oppgave å hjelpe pasienten til egenomsorg ved å fylle tomrommene med kunnskap om sykdommen. Forskning kan underbygge dette, der kunnskap bidrar til økt egenomsorg (Rasmussen et al, 2010). For at sykepleieren skal kunne kompensere for ressurssvikt, er kartlegging en vesentlig del av behandlingen. Som tidligere nevnt er moren en stor ressurs for pasienten, men endringer i helsetilstanden kan gjøre at pasienten blir helt eller delvis avhengig av andre (Kristoffersen, 1996). Det støttende og undervisende system bidrar til at pasienten utfører egenomsorg, der sykepleieren tilpasser utøvelsen av egenomsorgs- kapasiteten og utviklingen av den (Kristoffersen, 1996).

For å yte god sykepleie kan en sjekkliste være et godt utgangspunkt i opplæringen av pasienten. Sjekklisten bør inneholde punkter som sykdomslære, behandling og annen relevant informasjon. Listen brukes som en kvalitetssikring i opplæringen og ligger til grunn for god sykepleiedokumentasjon. Ved å gå nærmere inn på sjekklisten dreier opplæringen seg hovedsakelig om; hva diabetes er, informasjon om hypo og hyperglykemi samt senkomplikasjoner. I valgt pasientsituasjon må sykepleieren kartlegge hva jenta vet om selve sykdommen og kompensere for det hun ikke vet. For å utøve god sykepleie må sykepleier

undersøke hvilke kunnskaper pasienten har om hypo og hyperglykemi, blod-sukkermåling, insulin og kosthold (Selle, 2002). Pasienten har kunnskap om det overnevnte, men har manglende kunnskaper om balansen mellom aktivitet og blodsukker. Sykepleieren må inn å kompensere for misforholdet mellom jenta og den manglende kunnskapen. God sykepleie vil i dette tilfelle være å informere jenta hvordan blodsukkeret og insulinet påvirker kroppen ved fysisk aktivitet. Insulinets virkning er tidligere beskrevet i teorikapittelet i sammenheng med diabetes og fysisk aktivitet.

Som tidligere nevnt er kunnskap om senkomplikasjoner en viktig del av en helhetlig behandling, slik at pasienten kan danne gode rutiner i tidlig alder. Vår personlige kilde presiserer nettopp dette og kunne ønske at informasjon om komplikasjoner ble gitt da diagnosen ble stilt. Hun har i senere alder slitt med å stabilisere langtidsblodsukkeret grunnet manglende informasjon fra sykepleier og lege (personlig kilde, 19. februar 2015). Som fremtidige sykepleiere ser vi på kunnskapsformidling som en viktig del av god sykepleieutøvelse.

## 7.5 Pasientsituasjon nr.2

### **Pasientsituasjon 2**

Gutt på 16 år som er inaktiv, er mye med venner og drikker alkohol regelmessig. Han har ingen bekjente eller familie som har diabetes fra før og vet lite eller ingenting om sykdommen. Han er svært frustrert og oppgitt over diagnostiseringen, men har kommet over akutfasen og er i stand til å motta informasjon, veiledning og opplæring fra sykepleier.

Pasientsituasjon nr. 2 passer innunder det delvis kompenserende system, der pasienten selv kan være aktiv i egenomsorgen, og ha ressurser til å utføre deler av egenomsorgen. På grunn av manglende ressurser i form av familie eller bekjente som har kunnskap om diabetes, vil han stå ovenfor terapeutiske egenomsorgskrav som krever nye ferdigheter og kunnskaper. Pasienten må selv utføre det han mestrer av egenomsorg, og la sykepleieren kompensere for det som er sviktende. Hensikten med det delvis kompenserende system er at pasienten selv utvikler tilstrekkelig ressurser for å ivareta egenomsorg i fremtiden (Kristoffersen, 1996). I dette tilfellet har pasienten fått diagnosen diabetes, og trenger assistanse av sykepleier til å ivareta krav som er knyttet til sykdomsforståelse, opplæring av blodsukkermåling og insulinsetting, samt råd og veiledning.

Forskning viser at personer som får en kronisk sykdom har god helseeffekt ved å ivareta egenomsorg. I forhold til diabetes type 1 handler dette om å ta gode valg som holder blodsukkeret stabilt, som igjen senker risikoen for senkomplikasjoner (Jaser & White, 2010). Orem underbygger dette i sin sykepleieteori, der egenomsorg er et fundament for å leve og overleve (Cavanagh, 2001).

For å utøve god sykepleie til denne pasienten er det grunnleggende å øke kunnskapen og forståelse for hvordan han kan ivareta egenomsorg for sin sykdom. Dette innebærer god veiledning, undervisning og opplæring fra sykepleier, slik at pasienten får forståelse og tilegner seg nødvendig kunnskap om diabetes. På grunn av manglende ressurser, trenger pasienten mer støtte fra sykepleierne angående nødvendig behandling. Det første pasienten trenger, er å forstå hvordan blodsukkeret påvirker kroppen og lære seg hvordan han kan unngå hypo og hyperglykemi. Videre trenger han en grundig innføring i blodsukkermåling, insulinsetting og informasjon om eventuelle senkomplikasjoner. Under bearbeidelsen av disse faktorene, bør sykepleieren hele tiden observere og kartlegge guttens behov for sykepleie.

Innledningsvis står det at gutten er glad i å drikke alkohol. Det kan være en utfordring dersom han ikke tar diabetesen på alvor, og ignorerer symptomene alkoholen gir kroppen. Det er viktig at sykepleieren informerer pasienten om alkoholens virkning og hvordan det påvirker blodsukkeret hans. Alkohol er en del av ungdomstiden, der ungdom vil drikke uavhengig av sykepleiernes anbefalinger eller ikke. I dette tilfellet er det viktig at sykepleieren går sammen med pasienten og finner gode løsninger som pasienten kan bruke ved alkoholinntak. Som nevnt i teoridelen, kan tørre viner og nøytral brennevin være et bedre alternativ enn å innta øl og drinker (Lundstad, B. K. 2014). Pasienten bør heller ikke innta alkohol på tom mage, men spise næringsrik mat før alkoholinntaket. Sykepleiernes hensikt med rådene er at pasienten selv må justere livsstilen sin etter eget behov og tempo. Det er ikke en sykepleiers hensikt å overstyre livet til pasienten, men bistå ved livsstilsendringer.

Sykepleieren går inn i det delvis kompenserende system ved å iverksette individuelle egenomsorgshandlinger, kompenserer for svikt i pasienten egenomsorg, assistere pasientens behov og tilpasse egenomsorgskravene der det blir opp til han å gjennomføre de. Videre bør sykepleieren informere pasienten om viktigheten av å ha et balansert kosthold. Pasienten bør fokusere på å spise mat som inneholder langsomme karbohydrater for en tregere blod-

sukkerstigning, enn matvarer med raske karbohydrater som gir en rask blodsukkerstigning. Ved å spise ulik mat, får pasienten selv kjenne på hvilke virkning det gir blodsukkeret og på denne måten lære hvilke matvarer som egner seg best. Vårt råd til denne pasienten er å ta sykdommen på alvor, lytte til egen kropp og de signaler den viser.

Vi ønsker å komme med konkrete tiltak til unge med nyoppdaget diabetes type 1, uansett alder, kjønn, ressurser og behov. Vår anbefaling er at pasienten først kommer i kontakt med en annen pasient i samme situasjon. Ved å delta på diabetesleirer kan unge diabetikere dele erfaringer med hverandre og bli inspirert til å leve et rikere liv med sykdommen. På denne måten kan de styrke egenomsorgen sin, samtidig som de er en støttespiller for andre. Med tanke på teknologien i dagens samfunn kan nettbasert informasjon være en god kilde til økt kunnskap og minke følelsen av ensomhet blant ungdommene.

## 8.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å komme frem til hva god sykepleie er til unge diabetikere med nyoppdaget diabetes type 1. Oppgaven gikk ut på styrke vår kompetanse som fremtidige sykepleiere i møte med denne pasientgruppen. Gjennom denne oppgaven har vi fått økt interesse og kunnskap om diabetes. Ved å inneha kompetanse om denne sykdommen, vil vi som sykepleiere være med på å sikre kvaliteten av diabetesbehandling i fremtiden.

For at ungdom med nyoppdaget diabetes type 1 skal kunne ivareta en god diabetesomsorg er det nødvendig med grunnleggende kunnskap, støtte, opplæring og erfaring. Erfaring opparbeides gjennom tid ved å prøve og feile. Gjennom kunnskap og støtte kan sykepleieren bistå med veiledning, undervisning og opplæring. Når en sykepleier skal veilede ungdom er det helt nødvendig å skape en god relasjon med pasienten. Det er også en forutsetning at sykepleier tar utgangspunkt i den enkelte ungdoms opplevelse, samt kartlegge hva som oppleves som utfordrende.

Vi har kommet frem til at en strukturert diabetesopplæring er det ungdommene vil ha. De ønsker et strukturert opplegg som de kan bruke i hverdagen, og som hjelper de til å mestre ulike aspekter ved sykdommen. For å imøtekomme ungdommene er sykepleierne nødt til å vise forståelse, la pasienten medvirke til egen behandling og veilede til egenomsorg. Vi mener at egenomsorg er pasientens grunnfundament i veien mot et stabilt blodsukker, mestring og det å kunne leve med en kronisk sykdom.

## 9.0 REFERANSELISTE

\*Allgot, B. (2002). Diabetes og samfunnet. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (1. utg., s.20-26). Oslo: Akribe.

\*Barlow, J.H. & Ellard, D.R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview and the research evidence base. *Child: care, health and development*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00591.x>

\*Bævre, H. (2014). Diabetes, fysisk aktivitet og idrett. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Diabetes- håndboken* (4. utg., s.77-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Cavanagh, S.J. (2001). *OREMS sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Chaney, D., Coates, V., Shevlin, M., Carson, D., McDougall. & Long, A. (2010). Diabetes education: what do adolescents want?. *Journal of Clinical Nursing*.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03692.x>

\*Christophersen, Yngvar. (2004). *Diabetes for livet - Aldri fred å få?*. AIT Otta AS

\*Claudi, T. (2014). Diabetes – håndboken. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Helsevesenets rolle – spesialisthelsetjenesten* (4. utg., s. 19-22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Diabetesforbundet (2014). *Blodsuktermåling*. Lokalisert på:  
<http://www.diabetes.no/Blodsukterm%C3%A5ling.9UFRLGY2.ips>

\*Diabetesforbundet (2014). *Diabetes type 1*. Lokalisert på:  
<http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>

\*Eide og Eide (2007). *Krise og mestrings teori*. Oslo: Gyldendal Norske forlag AS.

\*Graue, M. (2002). *Sykepleie til ungdom*. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (1. utg., s.152-169). Oslo: Akribe.

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

\*Helsepersonelloven, LOV- 1999-07-02-64. § 21. (2015).

\*Jaser, S.S & White, L.E. (2010). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x>

\*Jensen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (s. 379-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Jørgensen, A. (2014). Diabetes – håndboken. I S. Vaaler & T. Møinichen (Red.), *Behandling av type 1- diabetes* (4. utg., s.83-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kristoffersen, N.J. (Red.). (1996). *Generell Sykepleie 1* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer, ICN`s etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

\*Ludin, S.C., Øhrn, I. & Danielson, E. (2009). Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal of advanced nursing*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05166.x>

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

\*Mosand, R.D. & Stubberud, D-G. (2012). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 507-536). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.



\*Rasmussen, B., Ward, G., Jenkins, A., King, J. S. & Dunning, T. (2010). Young adult`s management of Type 1 diabetes during life transitions. *Journal of Clinical Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03657.x>.

\*Selle, H. (2002). Opplæring av voksne med diabetes – bruk av sjekkliste. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (1. utg., s.96-108). Oslo: Akribe.

\*Sjøvoll, N. (2002). *Følelsesmessige reaksjoner på kroniske somatiske lidelser*. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (1. utg., s.70-84). Oslo: Akribe.

\*Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.). (2011). *Diabetes – Forebygging, oppfølging og behandling* (1. utg.). Oslo: Akribe Forlag.

\*Tveiten, S. (2001). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

\*Vaaler, S. (2002). Sykdomslære. I A. Skafjeld (Red.), *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* (1. utg., s.26-42). Oslo: Akribe.

\*Vaaler, S. & Møinichen, T. (Red.). (2014). *Diabetes – håndboken* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

## SØKEHISTORIKK

Database	Søkeord	Dato	Års-tall	Begrensinger	Type søk	Antall treff	Utvalgte artikler	Bedømmelse av kvalitet
Ebscohost	Diabetes type 1, coping and resilience	21.01.15	2012		Fulltekst	1	Nr.1: Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes.	Ok, relevant for oppgaven.
Ebscohost	Self-management, young adults and diabetes type 1	21.01.15	2014 2011		Fulltekst	54	Nr.1: Young adults management of type 1 diabetes during life transitions.  Nr. 2: Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes.	Bra. Relevant for oppgaven.
Oria	Diabetes, education, adolescents	05.02.15	2012	2010-2015	Fulltekst	395	Nr.1: Diabetes education: what do adolescents want?	God, relevant for å underbygge temaet i problemstillingen.