



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgåve)

Kandidatnummer: 57

Leveringsfrist: 23.02.09 kl.14.00 Studenttorget

Vurderingstype: ordinær
(ordinær eller kontinuasjon)

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Helga Hauge

Å være ung og få diabetes

Februar 2009

KULL 2006

Bacheloroppgave



Kandidatnr: 57

Veileder: Helga Hauge

Antall ord: 7699



Avdeling Stord

Sammendrag

Tema i denne oppgaven er unge i alderen 12-16 år og diabetes. I Norge er det i dag ca. 130 000 mennesker med diabetes. Av dem har om lag 25 000 diabetes mellitus type 1 (Kristensen, 1998). Diabetes type 1 er den vanligste hos barn, ungdom og unge voksne. Formålet med denne oppgaven er å få en innsikt i hvordan det er å få en kronisk sykdom som diabetes i ung alder, og hvilke utfordringer den unge, pårørende og sykepleier står fremfor i opplæringen av å mestre sin nye sykdom. Videre er målet å se hva som er sykepleiers pedagogiske funksjon i møte med pasient og pårørende som nettopp har fått diabetes mellitus type 1. Jeg har derfor valgt å jobbe ut i fra denne problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleier bidra til at unge med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, kan lære å leve med sin nye sykdom?”

Abstract

The subject for this task is young people at age 12-16 and diabetes. Today there is about 130 000 people with diabetes in Norway. Of them 25 000 has diabetes mellitus type 1 (Kristensen, 1998). Diabetes type 1 is the most common amongst children, youth and young adults. The purpose of this task is to get an insight in how it's like to get a chronic disease like diabetes at young age, and what challenges the young, its relatives and nurse will be fronting teaching the young person to manage its new disease. Additionally the target is to see what will be the nurse educational purpose in the meeting with both patient and relatives who's got diabetes mellitus type 1. I've therefor chosen to approach the problem like this:

”How does nurse contribute to youngsters with newly discovered diabetes mellitus type 1, can learn to live with their new disease?”

Aldri fred å få

En livstidssykdom.

Ikke en livsstilssykdom. Og ikke en livstidsdom, selv om det kanskje kan føles slik. Men altså en sykdom på livstid. Diabetes er det.

Aldri en pause å få, ikke en eneste dag, ingen ferie. Diabetes er en sykdom uten lukkevedtekter, uten noe 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 timer 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.

(Christophersen, 2007, s.9)

Innholdsliste

1.0 Innledning	6
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	6
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	6
1.3 Avgrensninger og presiseringer i oppgaven	6
1.4 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Metode	8
2.1 Hva er metode?	8
2.2 Litteraturstudie som metode	8
2.3 Litteratursøkeprosessen	8
2.4 Litteratur og kildekritikk	9
2.5 Forskningsetiske overveielser	10
3.0 Teoridel	11
3.1 Kronisk sykdom	11
3.2 Diabetes mellitus	11
3.3 Den unge diabetikerens behov i tenårene	12
3.4 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi	13
3.5 Sykepleier sin pedagogiske funksjon i møte med en diabetiker	14
3.6 Sykepleie og utfordringer i møte med unge diabetikere	17
3.7 Løsrivelsen fra foreldrene	18
4.0 Drøfting	21
4.1 De unges opplevelse av hva de trenger av informasjon	21
4.2 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi	22
4.3 Hvordan sykepleier møter den unge	23
4.4 Utfordringer i ungdomstiden	24
4.5 Løsrivelsen – Balanse mellom omsorg, overbeskyttelse og kontroll	25
5.0 Konklusjon	27
6.0 Litteraturliste	28

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Jeg har i denne bacheloroppgaven valgt å skrive om unge i alderen 12-16 år og diabetes. Jeg har valgt å jobbe ut i fra denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier bidra til at unge med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, kan lære å leve med sin nye sykdom?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Grunnen til at jeg har valgt å jobbe med denne problemstillingen i bacheloroppgaven min er fordi at i min jobb som sykepleier, om jeg velger å jobbe i sykehus eller sykehjem, vil jeg komme bort i pasienter som har diabetes. Både unge og gamle. Grunnen til at jeg har valgt å gå inn på unge mennesker i denne oppgaven er fordi jeg føler vi har hatt lite om unge og kronisk syke på skolen, og har lyst å fordype meg i hvordan de unge reagerer på å få en sykdom de må leve med resten av livet. Påførende er også en viktig oppgave for sykepleier. De skal også ivaretas i tillegg til den unge når han eller hun blir rammet av sykdommen. Jeg har valgt å ha fokus på sykepleiers pedagogiske funksjon, da det er sykepleier som har hovedrolla i pasientopplæringen, og er en viktig komponent i pasientomsorgen. Oppgaven bygger rundt Joyce Travelbees sykepleiefilosofi. Hun sier at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Videre beskriver Travelbee kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper. Gjennom kommunikasjon blir sykepleier kjent med pasienten som person. Dette er viktig i sykepleiers videre arbeid med kartlegging av pasientens behov.

1.3 Avgrensninger og presiseringer i oppgaven

Grunnet oppgavens omfang har jeg måtte avgrense oppgaven en del. Jeg har valgt å begrense meg til unge i alderen 12-16 år. Dette er en tid der den unge er kommet til en epoke i livet der han eller hun skal begynne å klare seg mer på egenhånd og bli mer selvstendig. Da kan det være ekstra belastende å måtte akseptere en kronisk sykdom som man skal leve med resten av livet. På grunn av oppgavens begrensning med ord kommer jeg ikke til å gå direkte inn på de fire hjørnesteinene i diabetesbehandlingen, bare nevne de. Jeg kommer til å gå inn på et eksempel på hvordan et opplegg på opplæring av diabetes kan se ut i form av en sjekklister. Jeg kommer bare til å fortelle litt generelt under hvert punkt på sjekklisten. Videre vil oppgaven bygge på hva som er spesielt med å få diabetes i ungdomstiden og hva de unge

mener er viktig å legge vekt på under opplæringen av den nye sykdommen sin. I opplæring med unge med nyoppdaget diabetes kan en som sykepleier møte på ulike utfordringer som en må ta hensyn til i de ulike aldersgruppene. Som sykepleier kommer en også til å samarbeide mye med foreldrene, som også trenger informasjon. De må også lære seg å leve med sykdommen. Jeg leste i en artikkel at foreldrene hevdet at diabetes ikke er en individ, men en familiesykdom (Kristensen, 2003).

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består videre av en metodedel, teoridel og drøftingsdel. I metodedelen vil jeg beskrive og begrunne valgt metode. I teoridelen vil jeg starte med å gå litt generelt inn på hva en kronisk sykdom og diabetes er, før jeg kort presenterer Joyce Travelbees sykepleiefilosofi. Videre vil jeg gå inn på den unge og pårørende og deres opplevelse med det å få diabetes, og hvilke funksjon sykepleier har i møte med pasient og pårørende med nyoppdaga diabetes. I drøftingsdelen vil jeg diskutere og å se teorien fra forskjellige sider. Til slutt i oppgaven skal jeg samle trådene i en konklusjon.

2.0 Metodedel

2.1 Hva er metode?

Det finnes flere måter å definere metode på. Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2007, s. 83).

Metoden sier oss noe om fremgangsmåten vi bruker for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt type metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

Jeg har valgt å løse oppgaven ved hjelp av kvantitative og kvalitative undersøkelser gjort av andre, samt litteratur fra lærebøkene våre og andre aktuelle bøker. De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, for eksempel å finne gjennomsnittet og prosenter i større mengder. De kvalitative metodene fanger i større grad opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge disse metodene tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2007)

2.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er et litteratur studie. I en litterær oppgave er metoden en beskrivelse av hvordan du har gått frem for å finne litteratur. Det begynner med en formulering av problemstillingen, søkestrategi, innhenting av litteratur, kildekritikk og valg av litteratur og hvordan den ble brukt (Dalland, 2007).

Forutsetningen for å gjøre et litteraturstudie er at det finnes nok studier av god kvalitet som kan danne et grunnlag for oppgaven. Det finnes ingen regler for hvor mange antall studier som skal inngå i en litteraturstudie (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

2.3 Litteratursøkeprosessen

Jeg brukte følgende nettressurser, søkemotorer og databaser: Vård I Norden, SveMed+, Sykepleien.no, Tidsskriftet.no, kvasir.no og google.com.

Ordne jeg søkte på var: *Diabetes, ungdom og diabetes og kronisk sykdom.*

Ellers har jeg funnet litteratur i pensumbøkene og andre bøker som er aktuelle med tanke på problemstillingen min.

2.4 Litteratur og kildekritikk

Jeg fant mange ulike artikler om diabetes. Jeg valgte ut de artiklene jeg syntes var mest relevant for problemstillingen i oppgaven min. Bøkene jeg har valgt å bruke er bøker som er beregnet på sykepleiere og annet helsepersonell med tanke på hvordan de skal møte pasienter med diabetes, samt annen relevant pensumlitteratur.

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Med dette menes å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Jeg har hentet en god del av litteraturen min ut fra lærebøker. Lærebøker og fagbøker er et godt utgangspunkt. Det knytter deg til studie og kan gi oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innen faget. Lærebøkene er sjelden tilstrekkelig som litteratur til en større oppgave (Dalland, 2007). Noen av artiklene jeg har hentet fra internett har jeg hentet i tidsskrifter som sykepleien.no og tidsskriftet.no. Gjennom tidsskrift kan en følge med i den løpende fagutviklingen og fange opp det nye. Den ene artikkelen jeg har valgt å bruke i oppgaven min er hentet fra nettsiden Lilly.no. Dette er et forskningsbasert amerikansk legemiddelselskap som blant annet produserer insulinet Humalog. En kan stille seg litt kritiske til troverdigheten til noen av disse selskapene. Det som gjør at jeg føler at jeg kan stole på innholdet i denne artikkelen er forfatterne har hentet opplysningene fra Institutt i samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen og Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen og Seksjon for endokrinologi og metabolisme og Barneklubben Haukeland Sykehus Bergen.

Vi trenger en strategi ved utvelgelse av teori. Flere har gitt råd om dette. Blant annet Winter (1984) Furuseth og Everett (1997) har sagt: Det å bruke litteratur er som å drive feltarbeid i bøkene og tidsskriftenes verden. Når du leter etter informasjon, stiller du deg spørsmål om hvem som har noe å bidra med og hva de kan bidra med. Ulike informanter kan være pasienter, sykepleiere, leger, sosionomer, pårørende osv. De ulike informantene har ulike bidrag å komme med, det har også ulik litteratur (Dalland, 2007).

2.5 Forskningsetiske overveielser

Oppgaven er et litteraturstudie, og på denne måten har jeg ikke behandlet personopplysninger direkte. Derfor har jeg ikke lagt så mye vekt på dette. Det er imidlertid viktig å ivareta forfatterens arbeid på en god måte. En skal ikke endre eller tyde teksten til noe annet enn hva forfatteren fremstiller. Det er viktig å huske kildehenvisning, så ikke jeg tar æren for forfatterens arbeid. Det er uansett viktig å være klar over personopplysningsloven. Denne sier noe om hvordan opplysninger om oss kan og skal behandles (Dalland, 2007). Taushetsplikt og anonymisering er viktig å ivareta ved alle skriftlige oppgaver.

3.0 Teoridel

3.1 Kronisk sykdom

Å være kronisk syk betyr å ha en sykdom som man må leve med resten av livet.

Undersøkelser viser at mennesker som har kroniske sykdommer har mye til felles. Dette tross i at det er mange ulike kroniske sykdommer (Kristoffersen, 2005). Det finnes mange ulike måter å definere kronisk sykdom på. En definisjon som kan være meningsfull å bruke i diabetessammenheng, som kan ivareta et klinisk, sosial og personlig dimensjon, er denne:

”Kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelse, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (Skafjeld, 2002, s. 62).

Noen av konsekvensene av å få en kronisk sykdom er stress og belastninger innen familien, sosial isolasjon, frustrasjonen av det å bli avhengig, innvirkning på selvbilde og eventuelt økonomiske problemer. Personen som får den kroniske sykdommen og familien kan oppleve alt dette som mer belastende enn selve sykdommen (Kristoffersen, 2005).

Det er store individuelle forskjeller på mestring og tilpasning av en ny situasjon som kronisk syk. Helsearbeiderens oppgave her blir å hjelpe den syke og familien til å foreta nødvendige tilpassninger. Det er viktig å gjøre forandringene så små som mulig, slik at livet kan leves så normalt som mulig. Det er betydningsfullt å bidra til at en med kronisk sykdom opplever størst mulig kontroll over egen livssituasjon og over behandlingen av selve sykdommen (Kristoffersen, 2005).

3.2 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus, eller sukkersyke, er en kronisk metabolsk sykdom der en får for høy glukosekonsentrasjon i blodet (Almås, 2001). Diabetes er vår vanligste stoffskiftesykdom. Årsaken til diabetes er mangel på produksjon av insulin, eller for dårlig virkning av insulinet (Skafjeld, 2002). I Norge er det i dag ca. 130 000 mennesker med diabetes. Av dem har om lag 25 000 diabetes mellitus type 1. I løpet av de siste 20 årene har antallet doblet seg, både i aldersgruppen under 15 år og hos de som er mellom 15 og 30 år. På verdensbasis er det ca. 135 millioner mennesker med diabetes (Kristensen 1998). Det finnes flere typer diabetes, som

deles inn i diabetes type 1, diabetes type 2, andre spesifikke typer og svangerskapsdiabetes (Almås, 2001).

Med utgangspunkt i problemstillingen min, skal jeg gå nærmere inn på Diabetes mellitus type 1. Dette er den vanligste typen diabetes hos barn, ungdom og unge voksne, men kan oppstå i alle aldre. Denne typen er den alvorligste av diabetestypene, og er den som er insulinavhengig. (Almås, 2001) Sykdommen oppstår når de insulinproduserende betacellene i bukspyttkjertelen i kroppen blir ødelagt, og slutter å produsere insulin. Vanligvis vil insulinproduksjonen stoppe opp, slik at tilførsel av insulin vil bli nødvendig for å unngå syreforgiftning og død. Ødeleggelsen av betacellene kan ta kortere eller lengre tid. Prosessen går vanligvis raskt hos barn og ungdom, mens hos voksne kan det ta noe lenger tid (Skafjeld, 2002).

Sykdommen debuterer ofte forholdsvis brått der pasienten kjenner en veldig tørste, hyppig vannlating og vekttap. Enkelte vil kanskje kjenne magesmerter, betydelig nedsatt allmenntilstand og nedsatt bevissthet. Helsepersonell og leger, pleier vanligvis ved slike symptomer å fatte misstanke ganske kjapt, og blodsukkerprøver blir tatt. Blodsukkeret vil vanligvis være ganske høyt, og de fleste legges rett inn på sykehus (Skafjeld, 2002).

I følge Norges diabetesforbund er det fire hjørnesteiner for diabetesbehandlingen. Det er motivasjon/kunnskap, kost, fysisk aktivitet og eventuelle medisiner (Ravnstad, 2003).

3.3 De unge diabetikernes behov i tenårene

Vanligvis har oppfølgingen av unge vært basert på informasjon, og kunnskapsformidling i forbindelse med den polikliniske undersøkelsen hver 3. måned. Det er nødvendig å gi opplæring om kosthold, aktivitet, injeksjonsteknikk, insulindoser og blodsukkerkontroll, men er oppmerksomheten rettet nok mot de unges behov for støtte, hjelp og oppmuntring på det følelsesmessige plan? (Graue&Søvik, 2000).

I en undersøkelse på en medisinsk poliklinikk, Haukeland sykehus ble ungdom i alderen 17-25 år spurt om hvordan de syntes de ble fulgt opp i tenårene. Det viste seg at det de unge opplevde at de trenger er informasjon, opplæring og oppfølging. I tillegg til dette trenger de frihet, trygghet, støtte og det å få ta ansvar for egen diabetes. Det nevnte også å lære det å leve

et så normalt liv som mulig med sykdommen, mosjon og insulin, at de trengte venner, både med og uten diabetes, og en familie som engasjerer seg og tar ansvar, og noen som forstår. Da ungdommen ble spurt om hva de mente en burde legge vekt på i vanlige konsultasjoner, kom det frem at de var opptatt av det å få snakke om hverdagen sin. De ønsket også å legge vekt på individuelle behov fremfor rutinekontroll. En av ungdommene sa: ”Det mangler ikke på kunnskap hos legene og sykehuset, men måten det formidles på er gammeldags” (Graue&Søvik, 2000).

3.4 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi

Travelbees sykepleiedefinisjon er velkjent og mye brukt. Den bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerter er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut fra dette består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever. Dette skjer gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold, som er et sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning. Hun sier at:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen, 2005.s 27).

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske forhold til pasientene. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Gjennom kommunikasjon blir sykepleier kjent med pasienten som person. I denne prosessen er det en utfordring å finne frem til det som skiller nettopp denne personen fra alle tidligere pasienter. Sykepleier må kunne skille mellom sine egen og pasientens behov, og ikke overføre sine egne behov på pasienten. Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med hans behov. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient står sentralt når det gjelder å sikre at tiltakene sykepleier iverksetter, samsvarer med pasientens behov (Kristoffersen, 2005).

Travelbee bruker en form for målrettet intellektuell tilnærming som sykepleier bruker for å kunne hjelpe den syke og lidende med å mestre sin situasjon, og eventuelt finne mening med den. Gjennom systematisk tilnærming til pasientens situasjon benytter sykepleieren sine

fagkunnskaper og sin innsikt til å finne frem til pasientens behov for sykepleie, og til hvordan behovene best skal møtes. Prosessen har ulike trinn. Sykepleier observerer for å kartlegge pasientens behov. Videre får sykepleier bekreftet eller avkreftet sine antakelser om hvilke behov pasienten har. Sykepleieren vurderer sin egen mulighet til å møte pasientens behov. Så legges det en plan for hvordan pasientens sykepleiebehov skal ivaretas. Planen omfatter valg av metode, tidspunkt og alternative måter å møte pasienten på. I etterhånd tar sykepleier en evaluering for å finne ut om pasienten helt eller delvis er blitt ivaretatt. Sykepleier må være i stand til å følge en slik logisk og systematisk prosess og må ha kunnskap som denne prosessen forutsetter (Kristoffersen, 2005).

3.5 Sykepleier sin pedagogiske funksjon i møte en diabetiker

”Pedagogisk” er et overordnet begrep som betyr ”undervisende”. Undervisning er en form for pedagogisk virksomhet. Pedagogisk virksomhet er imidlertid mer enn undervisning. Det er også veiledning, instruksjon og evaluering (Tveiten, 2008).

”Sykepleiers 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, studenter og kolleger”. Dette innebærer mange ulike valg og vurderinger. Vurderingene må ses i sammenheng med hvem fokuspersonen eller målpersonen er, hva som skal utvikles, læres eller mestres, hva situasjonen er og så videre (Tveiten, 2008, s.30).

De fleste unge blir lagt inn på sykehus når de får diabetes. Lengden på oppholdet varierer fra cirka 4 døgn til 14 døgn. Det finnes ingen rett svar på når man skal starte opplæringen av hvordan en skal mestre den nye sykdommen. Det er veldig avhengig av hvilke tilstand den unge er i. Er den unge veldig syk, kan det være lurt å la den unge og familien få fred og ro den første tiden. I akutfasen har de nærmeste pårørende et stort behov for oppmerksomhet fra sykepleierne. Sykepleiers jobb blir å sørge for informasjon som er lett å forstå i begynnelsen. Unngå for lange undervisningsøkter, og unngå mange og vanskelige ord og begreper. Hvordan den første behandlingen blir, er avhengig av hvordan den unges tilstand er (Skafjeld, 2002 & Almås, 2001).

Sykepleier sin oppgave i møte med diabetes pasienter er å formidle kunnskap som er viktig å vite i forbindelse med sykdommen. Informasjonen har som formål å hjelpe pasienten å forstå,

bearbeide situasjonen, bli motivert og starte prosessen mot bedre mestring og egen omsorg (Ravnstad, 2003). Før en kan begynne på opplæringen av diabetes, må sykepleier kartlegge pasienten. Blant annet pasientens psykiske tilstand og motivasjon, hvilke kunnskap pasienten har fra før, og hva pasienten trenger av ny informasjon, hvilke ferdigheter pasienten har, hvilke behandling en kan tilby pasienten, om pasienten har lærevansker og ikke minst hvilket behov pårørende har for informasjon og opplæring. Opplæringen må med andre ord individualiseres og kartlegges etter den enkeltes behov og ressurser (Skafjeld, 2002).

For å tilrettelegge informasjon til den enkelte pasient, har det mye å si hvordan sykepleier møter pasienten. En må bruke tid på å bli kjent med pasienten for å se hvilke forutsetninger vedkommende har for å kunne motta og forstå informasjon. Å bli innlagt på sykehus kan være en stor påkjenning både for pasienten og pårørende. Pasienten får en ny rolle i et ukjent miljø, med mange nye ansikter å forholde seg til. Det kan være lurt at få av personalet har ansvar for hver enkelt av pasientene, så de på den måten kan lære hverandre å kjenne (Ravnstad, 2003).

Sykepleier bør bruke en sjekklister som utgangspunkt for opplæringen. Denne inneholder en rekke punkter som sykepleier bør gjennomgå med den unge som har fått diabetes. Kunsten er å tilpasse opplæringen slik at den blir individuell. Sjekklister er et hjelpemiddel som kvalitetssikrer opplæringen, og bør også legges ved til grunn for sykepleiedokumentasjon. Eksempel på hva en sjekklister bør inneholde er: Undervisning om sykdomslære, undervisning om behandling og undervisning om annen relevant informasjon (Skafjeld, 2002).

I delen *undervisning om sykdomslære* informerer sykepleier kort om hva diabetes er. Målet ved å formidle sykdomslære er at den unge skal ha anvendbar kunnskap om diabetes som kan brukes i hverdagen. Kunnskapen øker en forståelse av hvordan en skal ivareta egenomsorgen for sin sykdom. Sykepleier underviser i hva forskjellen på diabetes type 1 og 2 er, der det blir lagt spesiell vekt på den typen vedkommende har. Ulike hjelpemidler, som for eksempel illustrasjoner, kan være nyttige å bruke. Undervisningen må også omfatte informasjon om hypoglykemi og hyperglykemi. Det er veldig viktig å lære om symptomer og tiltak når det gjelder begge deler. Sykepleier må da bruke tid på opplæring i å justere medisin i forhold til blodsukkernivået, og å motivere den som har diabetes til å tilegne seg kunnskap om hvordan de ulike faktorene påvirker blodsukkernivået. I undervisningen av sykdomslære må senkomplikasjoner bli belyst. Det er ikke alltid like lett å informere om senkomplikasjoner,

men riktig og nødvendig. En skal ikke bruke risikoen til å skremme den enkelte til bedre blodsukkerregulering (Skafjeld, 2002).

Målet med å undervise i *behandling* er at den unge med diabetes skal kunne kombinere kunnskap og praktiske ferdigheter, for deretter å kunne ta aktivt del i behandlingen av sykdommen sin. Når det gjelder kostveiledning må en ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon. Type 1 pasientene kan justere insulindosen sin etter hva han eller hun spiser. Dette er blitt enklere etter at de hurtigvirkende insulinanalogene kom i bruk. Det er viktig å sette av tid til å se på de ulike blodsukkerapparatene sammen med den unge, slik at vedkommende kan finne et apparat han eller hun liker. Under opplæring med blodsukkerapparat er det viktig med motivasjon, tålmodighet og informasjon om nytteverdien av målingene. Sykepleier må undervise og lære hver enkelt rett injeksjonsteknikk og hvor insulinet skal injiseres. Det må også settes av tid til å hjelpe vedkommende med å velge riktig hjelpemiddel for å sette insulinet (Skafjeld, 2002).

Der er en del *annen relevant informasjon* den unge bør får av sykepleier. Målet med denne undervisningen er at vedkommende skal ha kunnskap om hvordan ulike forhold og aktiviteter virker inn på reguleringen og hvilke forhåndsregler som bør tas. Sykepleier informerer om hvordan blodsukkeret virker inn på fysisk aktivitet, ferie og fritid, alkohol, forhåndsregler ved bilkjøring, sex/samliv, svangerskap og yrkesvalg (Skafjeld 2002).

Læringsmiljøet må legges best mulig til rette, uavhengig av hvem diabetikeren er. En bør ha et eget rom der sykepleier, pasient og pårørende kan sette seg uforstyrret ned å snakke sammen. Et firesengsrom bak et forheng er ingen god plass for læring. Opplæringsmiddel som litteratur, brosjyrer og utstyr til demonstrasjon bør være tilgjengelig. Det er viktig at tidspunkt og lengden for informasjon blir tilpasset individuelt etter hvordan tilstanden og konsentrasjonsevnen til pasienten er. Sykepleier sin pedagogiske og praktiske kunnskaper om diabetes er avgjørende for læringsutbytte (Ravnstad, 2003).

At foreldrene får tilstrekkelig og god informasjon om den unges tilstand er viktig. Det bør settes av god tid til samtale med pårørende. Det er ofte behov for å kartlegge hvilke holdninger og kunnskap om sykdommen pårørende har. Pårørende trenger også tid til å bearbeide den nye situasjonen. Som foreldre til en ung diabetiker blir en stilt fremfor mange og spesielle utfordringer. Når den unge får diabetes, er det en utfordring for hele familien, og

den unge kan trenge mer oppmerksomhet, hjelp og støtte en mange andre på samme alder (Skafjeld, 2002).

3.6 Sykepleie og utfordringer i møte med unge diabetikere

Det er i hovedsak to faktorer som karakteriserer ungdomstiden og overgangen fra barn til voksen. Den fysiologiske utviklingen med de hormonelle endringene som følger puberteten og den kognitive utviklingen der de unge kan begynne å tenke abstrakt og analysere teoretiske problemer på en annerledes måte enn tidligere. Når det kommer til oppfølgingen av den unge med diabetes og deres familier må behandlingstilbudet i tenårene tilpasses den enkeltes behov. Vi må bruke den kunnskapen vi har om normal vekst og utviklingen i ungdomstiden, psykologiske og sosiale forhold i familien og omgivelsene (Skafjeld, 2002).

Det er en utfordring å utvikle hensiktsmessige oppfølgings- og behandlingsopplegg som ivaretar alders- og modningsmessige behov hos den unge. Med bakgrunn i Piagets teori om kognitiv utvikling og Eriksons teori om emosjonell utvikling kan ungdomstiden deles inn i tre stadier: Tidlig ungdomstid; jenter fra 10-13 og gutter fra 11-14, mellom ungdomstid; jenter fra 14-17 og gutter fra 15-18 og sen ungdomstid; fra 17-18 og opp mot 20. Det er glidende overgang mellom stadiene og store individuelle forskjeller (Skafjeld, 2002).

Siden jeg har avgrenset meg til unge i alderen 12-16 år, vil jeg her gå litt mer inn på tidlig ungdomstid og mellom ungdomstid. I stadiet tidlig ungdomstid, pågår pubertetsutviklingen for fullt. Kroppsutviklingen og den kognitive utviklingen fører til økt oppmerksomhet for kroppslige signaler, og mange er misfornøyde med egen kropp. Usikkerhet og selvkritikk er vanlig. En psykologisk løsriving fra familien begynner. Seksualiteten utvikles, blant annet gjennom undersøkelse av egen kropp og det å sammenligne med andres kroppsutvikling. Det er viktig å snakke om hva som er normal kroppsutvikling i puberteten om hormonelle forhold, sammen med den unge. De kroppslige signalene endrer seg, og det er vanlig at den unge engster seg for å ikke være som andre. For unge med diabetes kan blodsukkerverdiene bli vanskelig å tolke. Gjennom en samtaleteknikk hvor en møter den unge med konkrete spørsmål om hvordan de opplever at kroppen endrer seg, kan en rette fokus mot det den enkelte finner vanskelig. Det er også viktig å støtte foreldrene i autoritetskonflikter gjennom undervisning i ungdomstidens psykologi i denne fasen av den unges liv (Skafjeld, 2002).

I mellomungdomstiden utvikler den kognitive forståelsen seg ytterligere. De har fokus på identitetsutvikling. Den perioden preges av frigjøring fra familien. Den unge prøver ut sin seksualitet og sin seksuelle rolle. Dette er en viktig del av identitetsutviklingen. I denne perioden kan en som sykepleier gjennom støtte og veiledning fokusere på realistiske overgangsrutiner i forbindelse med frigjøringen fra familien. En skal ikke bruke diabetesen som vikarierende motiv. Det er viktig å lytte til de unge og være åpen for diskusjon om sykdomsprognose, arv, yrkesvalg og sykdommens betydning for seksualitet. Det kan være riktig å trekke de unges venner inn i veilednings- og behandlingsarbeidet for noen. I denne perioden kan det være aktuelt å opprette behandlingskontrakt, der begge parter oppgaver blir konkretisert (Skafjeld, 2002).

Ungdomstiden er preget av uregelmessig livsførsel, med mer behov for å være impulsiv, løsrive seg fra foreldrene og ta avstand for å etablere, fornuftige ”voksne” prioriteringer. Frigjøringen skjer ofte ujevnt, første med en litt barnslig preget tilknytning, og deretter med en tilbaketrekning og avvisning av det foreldrene står for. Puberteten kan derfor bli utfordrende for mange unge og pårørende som nylig har fått diabetes. Enkelte får store problemer med å leve med sykdommen i det daglige, og de kan slite med dårlig blodsukkerregulering, gjerne over flere år (Skafjeld, 2002).

For ungdom med diabetes er det å ha god helse det å ha overskudd og energi i hverdagen, og det å klare å mestre de daglige utfordringene diabetes sykdommen stiller dem overfor. Noen av utfordringene den unge selv og familien står over for er justering av behandlingen knyttet til hormonelle forhold i puberteten, hvordan reguleringen skal ivaretas hjemme, på skolen eller i fritiden. Dette uten at den unge skal oppleve å skille seg for mye ut fra de andre på samme alder. Viktige behandlingsmål hos den unge er at de har god metabolsk kontroll, normal psykososial utvikling og en positiv opplevelse av det å mestre diabetesen, både den unge selv og familien (Graue&Søvik, 2000 & Skafjeld, 2002). For at en skal ha god metabolsk kontroll i ungdomsårene, forutsetter det at den enkelte har kunnskaper, evner, tilstrekkelig informasjon, tilstrekkelig motivasjon og vilje til å vurdere situasjonen og å gjøre nødvendig justering i behandlingen. Det er derfor viktig å informere den unge om blant annet fysisk aktivitet, røyk og alkohol, prevensjon og yrkesvalg (Skafjeld, 2002).

God diabetesomsorg er når personer med diabetes opplever å få et godt behandlingstilbud, samtidig som den enkelte og familien får tilbud om kontinuerlig undervisning og veiledning

etter deres eget ønske og behov. Den unge skal i ungdomsårene i stadig større grad ta over ansvaret for behandling og kontroll over diabetesen sin. For foreldrene kan det bli vanskelig å finne balanse mellom omsorg, overbeskyttelse og kontroll (Graue&Søvik, 2000).

3.7 Løsrivelsen fra foreldrene

Dersom den unge er i tidlig ungdomstid, vil foreldrene i stor grad styre diabetesreguleringen. Etter hvert som den unge vokser til vil han eller hun ta over mer av ansvaret og styringen, og selv bestemme over sitt liv og sin diabetes. Foreldrene etter hvert miste kontrollen i takt med at de unges livsmønster forandrer seg. Den sosiale radiusen øker og de unge får flere og nye venner og interesser. Kommunikasjonen mellom de unge, foreldrene og helsepersonell kan bli vanskeliggjort. Å bli voksen innebærer blant annet å lære seg selv å kjenne og det å prøve ut sine muligheter og begrensninger. Mange unge søker derfor spenning og eksperimenterer med ulike livsstiler som forbindes med det å bli voksen. Dette er en normal atferd og en viktig del av frigjøringsprosessen og utviklingen i puberteten. Dersom ungdommen ikke prøve ut ting på lik linje med annen ungdom på samme alder, kan den emosjonelle pubertetsutviklingen forsinkes. For ungdom med diabetes blir det viktig å klare å unngå det som er farlig å eksperimentere med, men ikke hindre det å eksperimentere i seg selv. Utfordringen er å finne en balanse mellom å gi informasjon, for eksempel om hvordan alkohol virker inn på blodsukkerreguleringen, uten at en skal oppfordre direkte til alkoholbruk (Graue&Søvik, 2000 & Skafjeld, 2002).

Å være foreldre til en ung med kronisk sykdom innebærer bekymring, noe som kan gjøre frigjøringsprosessen i tenårene vanskeligere. Uro for fremtiden og undring for hvorvidt den unge kan klare seg på egenhånd gjør det vanskelig for foreldrene å "slippe taket". Foreldrene må få anledning til å snakke om og bearbeide det nødvendige fokusskiftet: fra oppdragerrollen til en rolle som støttespiller og samtalepartner. Helsepersonell kan bidra i denne prosessen, slik at den unge gradvis får mulighet til å ta over ansvar for egen liv og helse. Et overordnet mål er at den unge med diabetes skal få lov til det de ville fått lov til om de ikke hadde hatt diabetes (Skafjeld, 2002). Til tross for en kronisk og livslang sykdom fremstår unge med diabetes som friske, da diabetes ikke er en særlig synlig sykdom for omgivelsene. For den unge kan dette være bra, så han eller hun slipper å skille seg ut fra jevnaldrede. For foreldrene kan dette føre til manglende støtte og forståelse blant sine nærmeste i nærmiljøet. I en kvalitativ forskning av hvordan foreldrene takler hverdagslivets utfordringer i samspill med den unge med diabetes understrekes det at et kronisk sykt familiemedlem involverer hele

familien. Undersøkelsen handler videre om hvordan foreldrene må omprioritere innarbeide mønstre og vaner i dagliglivet, og en særlig vanskelig utfordring er diabetes og pubertet. Det kommer frem interessante perspektiver på mors og fars ulike måter å takle diagnosen på, og at tradisjonelle kjønnsrolle i samfunnet gjenspeiles i hvordan foreldrene følger opp de unge hjemme (Kristensen, 1998 & Skafjeld, 2002).

4.0 Drøfting

4.1 De unges opplevelse av hva de trenger av informasjon

Å få en kronisk sykdom vil si å få en sykdom man må leve med resten av livet. Diabetes er en kronisk sykdom (Kristoffersen, 2005). Å være ung å få diabetes kan være ekstra belastende, da de unge er kommet til en epoke i livet der det allerede skjer store endringer i den hormonelle balansen. Den unge er også i et stadie der han eller hun skal klare seg mer på egenhånd og bli mer selvstendige. Når den unge får en kronisk sykdom som diabetes, rammer dette på en måte hele familien. Som sykepleier skal en hjelpe diabetikeren og familien å mestre den nye sykdommen og hvordan de skal tilpasse seg sin nye situasjon (Kristoffersen, 2005). Å lære den unge å leve med sin nye livssituasjon kan by på utfordringer både for den unge selv, de pårørende og sykepleier.

Det er nødvendig at sykepleier gir den unge opplæring om kosthold, aktivitet, injeksjonsteknikk, insulindoser og blodsukkerkontroll. En kan stille seg spørsmål om oppmerksomheten er rettet nok mot de unges behov for støtte, hjelp og oppmuntring på det følelsesmessige plan. I undersøkelsen til Graue&Søvik (2000) i punkt 3.3, kommer det frem at de unge var opptatt å få leve et så normalt liv som mulig og at de var interessert i å få snakke om hverdagen sin. Det er viktig at sykepleier ikke glemmer dette med å høre på hva den unge trenger å snakke om. Det er en viktig del av videre kartlegging av hva pasienten trenger av informasjon og veiledning. De ønsket også mer ansvar for egen diabetes. Etter som de unge er i et stadi i livet de skal begynne å klare seg mer selv, gjelder dette også diabetesen. De skal ikke føle at dette hindrer de i å leve så normal som mulig.

Videre i undersøkelsen til Graue&Søvik (2000) kom det frem fra en av ungdommene at måten kunnskapen ble formidlet på var gammeldags. Dette er en liten tankevekker. Det er kanskje på tide å bytte ut behandlingsopplegget med noe nytt. For å finne et opplegg som er passer de unge må en legge vekt på det den unge mener han eller hun trenger av informasjon og veiledning. Da er det viktig at sykepleier setter seg ned og lytter til det den unge har å si. Som nevnt flere plasser i teoridelen er det veldig ulikt hva og hvilken informasjon den unge trenger. Sykepleier bør sette seg ned sammen med den unge, der de kan snakke sammen og lage en liten plan for hva som skal skje videre. Det er viktig at sykepleier møter den unge med en god tone, så de tørr å spørre om det de eventuelt skulle lure på. Sykepleier må være engasjert i det som skal formidles. Da vil det også bli lettere for den unge å ta del i det som

skal læres. Hver enkelt av den unge lager på en måte sitt eget opplegg for læring, sammen med sykepleier.

Ved innleggelsen til den unge i sykehus, varierer det hvilke og hvor mye informasjon som skal gis i starten. Alt etter hvilke tilstand den unge er i. De pårørende til den unge har også et stort behov for informasjon og oppmerksomhet fra sykepleierne i starten. En må likevel huske på at de pårørende også trenger tid til å bearbeide den nye situasjonen de er havnet i. Det er veldig viktig at pårørende får god og tilstrekkelig informasjon sykdommen til den unge så de kan sette i gang nødvendige tiltak dersom det trengs (Skafjeld, 2002). Foreldrene til unge diabetikere står fremfor mange og spesielle utfordringer. Når den unge får diabetes, rammer dette, som tidligere nevnt, hele familien. Den unge vil trenge mer oppmerksomhet, hjelp og støtte enn hva andre jevnaldrede ville trengt. Dette er det viktig at sykepleierne gjør foreldrene oppmerksomme på.

4.2 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi

Travelbee mener at før en kan begynne på sykepleien til pasienten må sykepleier og pasient bli kjent med hverandre først. Som skrevet i teorien, kan det være lurt at pasienten har minst mulig sykepleiere å forholde seg til. Dette for å slippe å bli kjent med så mange nye sykepleiere på en gang. Det blir slitsomt for den unge å hele måtte fortelle en ny sykepleier om seg selv og hva han eller hun kan fra før diabetes. Det skal godt gjøres å skape tillit til alle sykepleierne på avdelingen. Dessuten er det å skape tillit ikke gjort over natten for alle. Mange unge vil nok bruke litt tid på dette. Travelbee påpeker at kommunikasjon er et viktig redskap når en skal bli kjent med hverandre. Kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Uten kommunikasjon vil ikke sykepleier kunne formidle sin kunnskap til pasienten, og pasienten ikke kunne formidle sine tanker til sykepleier. Det er gjennom kommunikasjon sykepleier og pasienten blir kjent med hverandre. Det er på denne måten sykepleier kan kartlegge og planlegge videre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2005).

Travelbee har videre en god beskrivelse av hvordan en kan gjennom en systematisk tilnærming til pasientens situasjon benytter sykepleierens fagkunnskaper og innsikt til å finne frem til pasientens behov for sykepleie. Travelbee og teorien Skafjeld presenterer, har mye samme måte å tilnærme seg pasientene på. Som en kan se i teoridelen møter sykepleierne pasienten mye på samme måte som Travelbee mener en skal tilnærme seg pasientens

situasjon. Nettopp dette med kartlegging av pasienten, hvilke behov pasientens har og sykepleiers plan for å møte pasientens behov på en tilfredsstillende måte. For å kunne kartlegge og lage hensiktsmessige oppfølgings- og behandlingsopplegg, må sykepleier bli kjent med pasienten først, og danne seg et bilde av hva pasienten trenger av informasjon (Skafjeld, 2002).

4.3 Hvordan sykepleier møter den unge

I sykepleiers pedagogiske funksjon ligger det mer enn bare informasjon til pasienten. Som en kan lese i teoridelen, er pedagogisk virksomhet mer enn undervisning. Det er også veiledning, instruksjon og evaluering (Tveiten, 2008). Det vil med andre ord si at i tillegg til å informere om for eksempel bruken av blodsukkerapparat og insulin, bør sykepleier vise relevant utstyr, eventuelt bilder og brosjyrer om hvordan en skal bruke utstyret og hvor insulin skal sette. På denne måten stimulerer sykepleier flere sanser hos den unge, og læringen blir mer interessant (Ravnestad, 2003). Det er ekstra viktig at læringen blir interessant og spennende når en skal informere og veilede unge, da unge har lett for å miste konsentrasjonen viss undervisningen blir for ensformig og kjedelig.

Å bruke sjekklister som er presenter i teoridelen under punkt 3.6, kan ha både positive og negative sider. Det positive med slike lister er at den blant annet kvalitetssikrer arbeidet. Det er en slags oppskrift sykepleier kan bruke for å sikre at pasienten har fått den informasjonen han eller hun har bør få for å skjønne sin nye sykdom. Videre blir det en slags dokumentasjon på det som er informert om, slik at eventuelt andre som kommer på vakt vet noen om hvilke informasjon som er gitt. Det negative er at det er lett for å henge seg opp i denne listen. Kunsten med sjekklisten er å tilpasse opplæringen slik at den blir individuell. Den kan lett bli for generell, og ta fokuset bort fra det pasienten virkelig trenger opplæring i. (Skafjeld, 2002). Sykepleier må være flink å lytte og høre etter hva den unge ønsker å lære og hva han eller hun føler at hun trenger svar på. Slik at de får et behandlingsopplegg som er best egnet for han eller henne.

Å sette av god tid til noen av punktene på listen er viktig. Spesielt de punktene den unge selv føler han eller hun trenger mest informasjon om. Det er viktig at sykepleier setter av tid til dette med blodsuktermåling og nytteverdien av målingene. En må informere den unge om hvorfor det er farlig å gå med høyt blodsukker over lang tid og hvilke senkomplikasjoner dette kan gi (Ravnestad, 2002). Mange av de unge skjønner nok ikke alvoret i hvor stor skade dette

med høyt blodsukker kan gi over tid. Det er derfor veldig viktig at det skjønner hvor farlig det kan være. Dette uten at en skal skremme den unge. De skal ikke gå rundt å være redde for å miste en fot, eller bli blind. Samtidig som det er viktig at de skjønner alvorret med det.

Tilrettelegging er viktig dersom den unge skal få best mulig ut av læresituasjonen sin. Under dette inngår blant annet et godt læringsmiljø. Det kan være en utfordring i en sykehusavdeling. Å finne et eget rom til sykepleier, pårørende og den unge uten forstyrrende lyder og andre personer rundt en, er nødvendig, men kan være vanskelig. Det beste er å ha et eget rom som en kun bruker til opplæring og veiledning i avdelingen. Det som er synd er at ofte disse rommene glir over til å bli brukt til andre ting også. Før en vet ordet av det er disse rommene brukt til helt andre ting enn hva som var meningen i utgangspunktet. Og sykepleier sitter igjen uten rom å undervise pasientene på. Det er flere grunner til å ha et slikt rom. For det første er ikke et flersengsrom noe godt sted å lære på da dette kan være et veldig forstyrrende miljø med andre pasienter på rommet. Den unge tørr kanskje ikke å spørre så mye om ting han eller hun lurer på fordi vedkommende er redd for at dette er et dumt spørsmål, og at de andre pasientene skal høre dette. Som sykepleier skal en også ha dette med taushetsplikten i bakhodet. Denne er ikke så lett å holde på et flersengsrom der mange trækker inn og ut. En annen grunn til å ha et eget rom til informasjon og veiledning er at sykepleier her kan ha opplæringsmiddel som litteratur, brosjyrer og utstyr til demonstrasjon tilgjengelig (Ravnestad, 2003). Det kan være lurt å ha slike ting samlet på en plass, så slipper sykepleier løpe frem og tilbake for å hente utstyr hun eventuelt har glemt. Slike ting kan forstyrre undervisningen. Det kan være greit å ha undervisningsmateriale innen kort rekkevidde når en underviser for å få en flyt i det en underviser i. Da kan sykepleier bruke bøker, brosjyrer og utstyr for å vise bilder og demonstrer hvordan ulikt utstyr brukes.

4.4 Sykepleie og utfordringer i ungdomstiden

Som sykepleier kan en møte en del utfordringer når det er unge mennesker som nettopp har fått diagnosen diabetes. Dette fordi de i tillegg til å få en kronisk sykdom, går gjennom ulike stadier i puberteten som gjør diabetes reguleringen vanskelig, samtidig som han eller hun skal bli mer selvstendige. Dette innebærer blant annet ansvar for egen diabetes og løsrivelse fra foreldrene som gjerne vil ha kontroll. Unge diabetikere vil trenge ekstra god oppfølging, med god og riktig informasjon. Dersom en gir foreldrene god informasjon og opplæring, kan de være med å hjelpe den unge til å forstå diabetesen sin. Det kan hjelpe sykepleier litt dersom foreldrene kan være med på å repetere ting hun har fortalt, innimellom undervisningsøktene.

Samtidig skal en ikke gå på i ett med undervisning, da de unge trenger litt pauser til å fordøye det de har lært. Det er ikke sagt at foreldrene er den rette til å gjøre denne jobben. En skal huske på at de også kan få reksjoner på at deres sønn eller datter har fått diabetes. Enkelte foreldre kan til og med reagerer sterkere enn de unge selv. De vil også trenge tid å bearbeide sjokket, før de kan ta fatt på læringen. Ingen, verken den unge selv eller foreldrene vil reagere likt på og takle situasjonen på samme måte. Som sykepleier må en føle seg litt frem her. Noen er frempå, andre er mer stille og innesluttet og sier ikke så mye. Det er veldig individuelt når den enkelte er klar for å begynne på opplæringen (Skafjeld, 2002).

4.5 Løsrivelse – Balanse mellom omsorg, overbeskyttelse og kontroll

Det er veldig viktig at foreldrene gir den unge mulighet til å ta ansvar for egen diabetes. Av og til kan foreldrene være til mer hinder for den unge enn til hjelp. Som nevnt i teoridelen kommer det frem i en undersøkelse gjort av Graue & Søvik (2000) at flere av ungdommene ønsker nettopp dette med mer ansvar for egen diabetes. Frigjøringen og mer ansvar for egen helse er en del av puberteten. Som sykepleier må en sørge for at foreldrene skjønner hvorfor dette er viktig, og hvilke konsekvenser det har dersom foreldrene holder igjen den unge. At foreldrene hindrer den unge i å være med på ulike aktiviteter er uheldig på flere måter. Det kan blant annet være med på å bremse den unges utvikling. Det er heller ikke bra for den unge å bli holdt hjemme for å ha kontroll på sykdommen til den unge. Dette kan føre til at han eller hun begynner å isolere seg. Dette kan igjen føre til depresjoner hos den unge, og en dårligere livskvalitet. Sykepleiers utfordring er å lære foreldrene å finne balansen mellom omsorg, overbeskyttelse og kontroll (Graue&Søvik, 2000).

Mange foreldre opplever det vanskelig å få en sønn eller datter med diabetes fordi de ikke føler at menneskene rundt dem i nærmiljøet forstår. Diabetes er en skjult sykdom, og menneskene rundt en kan ikke vite at noen har diabetes uten at de blir fortalt det. (Skafjeld, 2002) Sykepleier bør oppfordre de voksne til å snakke åpent om det. Spesielt med mennesker de omgås med i dagliglivet. Mye av bekymringen til foreldrene kunne nok vert unngått dersom flere visste om diabetes til sønnen eller datteren deres. Det hadde kanskje vert lettere og mindre bekymringsfullt for foreldrene å sende den unge på overnatting hos andre dersom de visste om den unges diabetes. Det som kan skjer er at dette kan komme litt i konflikt med at de unge ikke vil at andre skal vite om det, fordi de ikke vil føle seg annerledes. Det er derfor viktig at sykepleier oppfordrer den unge til å være åpen om det og at den unge skjønner hvorfor foreldrene snakker åpent om det. Det er viktig at mennesker en omgås med vet om

sykdommen da de kan være til stor hjelp dersom noe skulle skje. En må også påpeke at det ikke er noe skam å ha diabetes, og at den unge ikke kunne gjort noe til eller fra for å ha forhindret at han fikk sykdommen.

5.0 Konklusjon

Å få en kronisk sykdom betyr å ha en sykdom man må leve med resten av livet. Når noen får en kronisk sykdom, rammer dette ofte hele familien, og ikke bare den som får sykdommen. Sykepleiers oppgave i møte med unge diabetikere som nettopp har fått diabetes type 1 å formidle kunnskap som er viktig i vite i forbindelse med sykdommen. Det er veldig individuelt hvilke informasjon den unge og pårørende trenger ved sykdomsdebut, og sykepleier må tilrettelegge informasjon til den enkelte. Å bruke en sjekklister for hva en skal gå gjennom med pasient og pårørende kan være lurt å bruke, da den kvalitetssikrer opplæringen. Kunsten er å tilpasse opplæringen slik at den blir individuell.

I møte med unge står sykepleier over for en del utfordringer. Hvordan sykepleier møter den unge har mye å si for hvordan de tilpasser seg sin nye situasjon. Noen av utfordringene den unge selv og familien står over for er justering av behandlingen knyttet til hormonelle forhold i puberteten, hvordan reguleringen skal ivaretas hjemme, på skolen eller i fritiden. Viktige behandlingsmål hos den unge er at de har god metabolsk kontroll, normal psykososial utvikling og en positiv opplevelse av det å mestre diabetesen, både den unge selv og familien. For at den unge skal ha god metabolsk kontroll i ungdomsårene, må den enkelte ha kunnskaper, evner, tilstrekkelig informasjon, tilstrekkelig motivasjon og vilje til å vurdere situasjonen og å gjøre nødvendig justering i behandlingen.

Det er en utfordring for sykepleier å utvikle hensiktsmessige oppfølgings- og behandlingsopplegg som ivaretar alders- og modningsmessige behov hos den unge. Ungdomstiden er preget av uregelmessig livsførsel, har mer behov for å være impulsive, løsrive seg fra foreldrene og ta avstand for å etablere, fornuftige ”voksne” prioriteringer. Å ha god diabetesomsorg er når personer med diabetes opplever å få et godt behandlingstilbud, samtidig som den enkelte og familien får tilbud om kontinuerlig undervisning og veiledning etter deres eget ønske og behov. Den unge skal i ungdomsårene i stadig større grad ta over ansvaret for behandling og kontroll over diabetesen sin. For foreldrene kan det bli vanskelig å finne balanse mellom omsorg, overbeskyttelse og kontroll.

6.0 Litteraturliste

Almås, H. (2001) *Klinisk sykepleie. Bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Christophersen, Y (2007) *Diabetes for livet – Aldri fred å få*. AIT Trykk Otta AS

Dalland, Olav, (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: Scandbook.

Graue, M & Søvik, M. (2000) Ungdom og diabetes – pedagogiske utfordringer i behandlingen. Institutt for samfunnsmedisinske fag, seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen. *Pediatrisk Endokrinologi* 2000; 14:54-60.

Kristensen, F. (1998) *Mellom tiltro og frihet – bekymring og kontroll*. Hentet i Vård I Norden.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug E. A. (2005) *Grunnleggende sykepleie. Bind 1 og 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ravnestad, M. (2003) Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. *Sykepleien*, nr.7/2003.

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

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS