



Diakonhjemmet
Høgskole

Hva er viktig kunnskap for sykepleier når det gjelder ungdom med diabetes type 1 og alkohol?

Kandidatnummer: 1054

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 10.293

13.03.14

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| INNHOLDSFORTEGNELSE | 2 |
| SAMMENDRAG: | 3 |
| 1 INNLEDNING | 4 |
| 1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING | 4 |
| 1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING | 5 |
| 1.3 AVGRENSNING | 5 |
| 2 TEORI | 6 |
| 2.1 DIABETES 1 | 6 |
| 2.2 ALKOHOL OG DIABETES TYPE 1 | 7 |
| 2.2.1 ALKOHOL..... | 7 |
| 2.2.2 ALKOHOL HOS EN MED DIABETES 1 | 7 |
| 2.3 UNGDOM..... | 8 |
| 2.3.1 KJENNETEGN I UTVIKLINGSPSYKOLOGIEN..... | 9 |
| 2.4 Å VÆRE UNGDOM MED DIABETES TYPE 1 | 10 |
| 2.5 SYKEPLEIERS PEDAGOGISKE FUNKSJON..... | 11 |
| 2.5.1 DEN DIDAKTISKE RELASJONSMODELL | 11 |
| 2.6 HELSEPSYKOLOGISK PERSPEKTIV | 13 |
| 2.7 SYKEPLEIERS ROLLE | 15 |
| 2.8 LOVER | 16 |
| 1 METODE | 17 |
| 3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE | 17 |
| 3.2 SYSTEMATISK LITTERATURSØK | 17 |
| 3.3 KILDEKRITIKK | 19 |
| 3.4 ETIKK..... | 20 |
| 4 FUNN | 21 |
| 4.1 ”EXPERIENCES AND ALCOHOL DRINKING AMONG SWEDISH YOUTHS WITH 1 DIABETES” | 21 |
| 4.2 ”ALCOHOL, DIABETES AND THE STUDENT BODY” | 22 |
| 4.3 “ALCOHOL-ASSOCIATED RISKS FOR YOUNG ADULTS WITH TYPE 1..... | 23 |
| DIABETES: A NARRATIVE REVIEW” | 23 |
| 4.4 ”SOCIAL NETWORKING AND UNDERSTANDING ALCOHOL-ASSOCIATED RISK FOR PEOPLE WITH | |
| TYPE 1 DIABETES: FRIEND OR FOE?” | 24 |
| 4.5 “TEENAGERS’ PERCEPTIONS OF FACTORS AFFECTING DECISION-MAKING COMPETENCE IN THE | |
| MANAGEMENT OF TYPE 1 DIABETES” | 24 |
| 5 DRØFTNING | 26 |
| 5.1 UNGDOMMENS ADFERD KNYTTET TIL ALKOHOL..... | 26 |
| 5.2 HVA STYRER UNGDOMMENS ADFERD? | 29 |
| 5.3 HVORDAN KAN SYKEPLEIER PÅVIRKE UNGDOMMEN?..... | 30 |
| 5.4 HVILKE UTFORDRINGER VIL SYKEPLEIER KUNNE MØTE? | 31 |
| 6 KONKLUSJON | 34 |
| 7 LITTERATURLISTE | 36 |

Sammendrag:

Oppgaven er et litteraturstudie med hensikt om å besvare problemstillingen: ”Hva er viktig kunnskap for sykepleier når det gjelder ungdom med diabetes type 1 og alkohol?”

Resultater: Ungdom med diabetes drikker alkohol tidlig. De drikker mye, og de utsetter seg for en betydelig helserisiko. De mangler relevant kunnskap, men er klar over at det er en risiko ved å drikke alkohol. De påvirkes av venner i større grad enn foreldre og helsepersonell. Funnene drøftes i lys av utviklingspsykologi og ”Teorien om planlagt atferd”.

Konklusjon: Som sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om ungdommens deltakerforutsetninger og hva det vil si og være ung med diabetes type 1. Sykepleier må også vite hvilke faktorer som påvirker deres adferd, og hvordan vi som sykepleiere kan nå inn hos den enkelte. Sykepleier bør ha tiltrekkelig kunnskap for å vurdere foreta etiske utfordringer.

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

25.000 mennesker i Norge har diagnosen diabetes type 1 (Joner 2014). Sykdommen debuterer som regel tidlig, og en stor andel av pasientgruppen er derfor ungdom. Ungdomstiden er knyttet til helt spesielle utfordringer. I overgangen fra barn til voksen, strever ungdommen etter kontroll og selvstendighet. Sammen med venner utforsker de voksenlivet og temaer som seksualitet og rusmidler (Kelly1998:96). Norsk ungdom begynner å drikke alkohol tidlig. Gjennomsnittsdebuten er på 14,5 år (Folkehelseinstituttet 2013). De drikker i gjennomsnitt ikke mer enn ungdom generelt i Europa, men når de først drikker, så drikker de mye, og det for å bli beruset (Hibell et al. 2011). Et høyt inntak av alkohol kan være skadelig (Folkehelseinstituttet 2013). For en med diabetes type 1 vil det utgjøre en enda større helserisiko. Det har vært flere episoder der ungdom har endt opp på sykehus i forbindelse med alkoholinntak. Det er også tilfeller der ungdom er blitt satt i fyllarresten fordi politiet ikke har klart å skille fyll fra akutte symptomer på et lavt blodsukker (Diabetesforbundet 2010).

Forskning viser at 20 prosent av de som innlegges på somatisk avdeling har et risikofyllt alkoholforbruk. Likevel blir temaet ofte unngått av helsepersonell. Det resulterer i at pasientene verken får veiledning eller råd. Årsaken er blant annet manglende kunnskap blant sykepleiere om sammenhengen mellom somatisk sykdom og alkohol. Det er også flere som synes at temaet er ubehagelig å ta opp. De ønsker ikke at pasienten skal føle seg krenket (Sykepleien 2008). Ettersom aldersgrensen for kjøp av alkohol er 18 år, mener jeg at nettopp konsum av alkohol vil være et utfordrende tema i møte med den unge pasienten (Folkehelseinstituttet 2013).

Ungdom med diabetes type 1 utgjør en av de største gruppene som deltar på konsultasjoner ved poliklinikk (Rajka 2011:132). Her vil sykepleier ha stor del i oppfølging og undervisning av den enkelte pasient (Njølstad, Bangstad og Hodnekvam 2006). Samtidig er dette en pasientgruppe en vil møte flere steder i helsevesenet. Det er derfor viktig at sykepleier har den kunnskapen som er nødvendig for å møte den enkelte. For å jobbe med og hjelpe ungdom bør vi kjenne til dem – som mennesker – så vel som sykdommen. Hva de gjør, hvilke utfordringer de møter og hva som betyr noe for dem. For å vite hvordan vi som sykepleiere kan nå inn til den enkelte, er det og viktig å kjenne til hva som styrer deres atferd. På bakgrunn av dette har jeg valgt å formulere min

problemstilling slik:

Hva er viktig kunnskap for sykepleier når det gjelder ungdom med diabetes type 1 og alkohol?

1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling

Ungdom er en interessant og kompleks pasientgruppe. Etter min forståelse vil de kunne møte på helt spesielle utfordringer med helt andre forutsetninger enn mennesker i andre livsfaser. Jeg har gjennom egne erfaringer, jobb og praksisperioder utviklet en spesiell interesse for den unge pasienten. Jeg har også blitt introdusert for ungdom med kronisk sykdom. En gutt på 17 år fortalte meg hvor utfordrende det kan være å "hele tiden være ansvarlig, når ingen andre er det". Alkohol, som et av mange utfordrende temaer i ungdomstiden, og fenomenet "helgefylla" er også noe som gjør meg nysgjerrig. For eksempel i russetiden, som er helt særegent for Norge, handler det i stor grad om å drikke store mengder alkohol over en lengre periode. Med diagnosen diabetes type 1, hvordan vil ungdommen handle i situasjoner der "ungdomslivet" kommer i konflikt med sykdommen? Og i møte med denne pasienten, hva bør jeg som sykepleier ha kunnskap om?

1.3 Avgrensning.

Jeg har valgt å rette mitt fokus mot relevant kunnskap for sykepleiere som møter ungdom med diabetes type 1. Jeg vil ta for meg sykepleiers pedagogiske funksjon, men presiserer at det ikke er selve undervisningen som vil bli drøftet, men kunnskapen i sin helhet og hvordan denne kan benyttes. Geografisk ønsker jeg å ta for meg kulturer tilsvarende den norske. Det vil finnes mange sub- og ungdomskulturer der både kulturelle- og geografiske forhold vil påvirke ungdommens forhold til alkohol. Dette er et spennende område, men basert på oppgavens omfang er ikke dette noe jeg vil gå dypere inn på. Alkohol er et rusmiddel som kan tilknyttes ulike psykiske lidelser og avhengighet og kombinasjonen kronisk sykdom og depresjon er også et spennende tema (Fekjær 2004). Både rusproblematikk, psykiske lidelser og komorbiditet, en tilstand der personen har mer enn én sykdom (Malt 2014), er utelatt da jeg ser at det vil bli for omfattende. Det samme gjelder for begrepet motivasjon, som også kunne vært relevant for oppgaven. Jeg vil ta for meg ungdom, gutter og jenter i aldersgruppen 10 til 21 år.

2 Teori

2.1 Diabetes 1

Hvert år får 600 mennesker diagnosen diabetes type 1. Halvparten gjelder barn under 15 år. Andelen barn med diabetes er økende, og Norge er et av landene i verden med størst forekomst av barnediabetes (Joner 2014).

Hos friske mennesker vil insulinproduksjonen tilpasses kroppens behov. Sekresjonen vil øke etter måltider, spesielt dersom måltidet inneholder mye karbohydrater (Sand et al. 2011:210). Ved Diabetes type 1 vil en autoimmun reaksjon gradvis svekke de insulinproduserende betacellene i pankreas. Denne prosessen kan enten være langsom eller relativt rask, og til slutt vil insulinproduksjonen være totalt fraværende. Etter flere år vil også glukagonproduksjonen kunne opphøre, noe som vil si at leveren ikke lenger er i stand til å produsere glukose (Jenssen 2011). Insulin er nødvendig for at kroppen skal kunne utnytte og ta opp glukose. Resultatet av opphør i produksjonen vil derfor føre til at glukosen ikke kommer inn i cellene, men forblir i blodbanen og gi det vi kaller et høyt blodsukker. For å møte dette behøver pasienten derfor behandling i form av tilført insulin, som regel gjennom injeksjon eller ved en programmerbar insulinpumpe (ibid.).

Vedvarende høyt blodsukker (hyperglykemi) vil kunne oppstå ved sykdomsdebut, eller om pasienten glemmer, eller setter en for lav dose insulin. Pasienten vil føle seg tørst, slapp og trett. Dersom tilstanden forverres og insulinbehovet blir langt større enn insulinreservene, kan det oppstå en ketoacidose/syreforgiftning. Årsaken er at mangel på insulin hindrer glukosen i å komme inn i cellene. Leveren forsøker derfor å kompensere ved å øke glukoseproduksjon. Det blir et overskudd av fettsyrer som gjør blodet så surt at pasienten står overfor en livstruende tilstand. For lavt blodsukker (hypoglykemi) vil kunne oppstå dersom pasienten setter for mye insulin i forhold til inntak av karbohydrater. Eller dersom leverens evne til å produsere glukose er nedsatt, som for eksempel som ved inntak av alkohol. Tilstanden, kalt føling, kjennetegnes av sultfølelse, svette, uro og hjertebank. Ved ytterligere fall av blodglukose kan hjertefunksjonen påvirkes. Pasienten kan oppleve synsforstyrrelser, svimmelhet og også bevisstløshet. Dersom en bevisstløse tilstanden blir varig, vil det kunne resultere i hjerneskade. Behandlingen består av å tilføre glukose enten som sukkerholdig drikke eller gel. Ved mer alvorlige tilfeller vil en kunne gi glukagon som injeksjon (ibid.).

Diabetes er en livsvarig sykdom som ved et dårlig regulert blodsukker vil kunne føre til senkomplikasjoner. Mikrovaskulære komplikasjoner vil rette seg mot øye-, nyre- og nerveskade. Makrovaskulære komplikasjoner, som aterosklerose, vil kunne øke risiko for iskemisk hjertesykdom og infarkt (ibid.).

2.2 Alkohol og diabetes type 1

2.2.1 Alkohol

I Norge er aldersgrensen for å kjøpe alkohol 18 år. Gjennomsnittsalder for debut ligger på 14,5 år og forbruket blant ungdom har økt kraftig siden slutten av 1990-tallet. 10 prosent av ungdommene på 15 år drikker alkohol minst en gang i uken, og forbruket er størst for de mellom 20 til 25 år. Alkohol er knyttet til økt risiko for en rekke sykdommer og helseskader (Folkehelseinstituttet 2013). En stor undersøkelse viser at norsk ungdom i gjennomsnitt ikke drikker mer enn andre steder i Europa. Spesielt for norsk ungdom er derimot, at de drikker veldig mye når de først drikker (Hibell et al. 2011).

Effekten alkoholen gir vil være individuelt varierende. Typisk er opp- eller nedstemthet og økt selvtillit. Opplevelsen av tid og sted svekkes, koordinasjonen reduseres og reaksjonstiden forlenges. Ved økende promille over 2, vil kvalme og oppkast forekomme, talen er utydelig og bevegelsene ukoordinerte. Koma og dødsfall kan forekomme, ofte på grunn av fremmedlegemer i form av aspirasjon av oppkast (Fekjær 2004:341).

2.2.2 Alkohol hos en med diabetes 1

Ved faste er det leveren som står for å holde blodsukkeret oppe i kroppen (Sand et al. 2011). Ved inntak av alkohol vil leveren være opptatt med å bryte ned alkoholen, og evnen til å produsere glukose vil derfor reduseres. En ”vanlig” insulindose i kombinasjon med alkohol vil derfor gi et lavt blodsukker. Konsekvensen vil variere med alkoholemengde og type alkohol (Diabetesforbundet 2011).

På diabetesforbundets informasjonsside om alkohol anbefales det derfor å spise i forbindelse med, eller etter inntak av alkohol. Det oppfordres til å måle blodsukker før man legger seg og

tidlig dagen etter fordi alkoholen forbrennes mye langsommere enn sukker. Dette vil være årsaken til at en kan oppleve at blodsukkeret er lavt dagen etter (Diabetesforbundet 2011). Dersom en dropper eller senker insulindosen, samtidig som en drikker større mengder karbohydratholdig drikke, vil resultatet bli et høyt blodsukker som raskt vil kunne falle i løpet av natten (Graue 2002). Om personen er beruset, vil det og være lettere å glemme, eller sette feil dose insulin. Symptomene på et slikt fall vil lett kunne forveksles med en rus eller bakrus. Det kan bli vanskelig å vite hva som er hva (Diabetesforbundet 2010). Et høyt alkoholinntak for en med diabetes vil øke faren for både hypo- og hyperglykemi med eventuell ketoacidose. Uten behandling kan situasjonen bli alvorlig. Spesielt om mennesker rundt hverken kjenner til sykdommen eller symptomene (Graue 2002).

2.3 Ungdom

Internasjonalt omtales ungdomstiden som alderen 10 til 21 år (Rajka 2011:136). Perioden ses på som en overgangsfase der veien fra å være barn går mot livet som en selvstendig voksen. Når og hvor raskt dette skjer vil være individuelt ut i fra kognitiv, biologisk og psykososial utvikling. Hvor en individuelt befinner seg vil kunne ha betydning for ungdommens læring og mestring (Rajka 2011). ”Begrepet mestring blir brukt om menneskers måte å håndtere en situasjon på.” (Trollvik 2011:116).

I ungdomstiden vil hjernen fortsatt være i utvikling (Sand et al. 2011:115). Dette vil påvirke ungdommens evne til å tenke abstrakt, se sammenhenger og konsekvenser for de ulike valgene de foretar seg. Ungdommen vil møte nye situasjoner. Manglende erfaring fra tidligere vil kunne gjøre at ungdommen baserer valg og beslutninger på impuls. Forholdet til familie forandrer seg, og venner inntar en større del av hverdagen. Det er ikke uvanlig å stille seg i opposisjon til autoritære roller som foreldre, lærere og/eller helsepersonell (Rajka 2011) Utfordringer kan oppstå når ansvar overføres. Områdene kosthold, søvn og aktivitet blir i større grad under ungdommens kontroll, og fokus rettes mot temaer som seksualitet og rusmidler.

Eksperimenterende atferd rundt disse temaene anses som normalt. Til tross for at slik atferd kan føre til helseskade, både kort- og langsiktig, oppfattes det i dag også som en nødvendighet for å hindre forsinkelser i utviklingsprosessen (Kelly1998:96).

Både det ytre og det indre er i utvikling. Kroppen forandrer seg, og hormonene strømmer. Det er en tid der ”alle andres” mening om deg er av høy betydning. Generelt er det viktig å føle at man er en del av gjengen og som de andre (Rajka 2011).

2.3.1 Kjennetegn i utviklingspsykologien

Med utgangspunkt i læren om den kognitive utviklingen av Jean Piaget, og Erik H. Erikssons teori om den emosjonelle utviklingen legger Kelly (1998:36) frem en forenkling av utviklingspsykologiens stadier, tilpasset den svenske kulturen. Ungdomsårene deles inn i tre stadier, men det vektlegges at overgangen mellom disse er glidende og dermed ikke absolutt. Det vil være store individuelle forskjeller i begge retninger av faseinndelingene. Jeg vil nedenfor presentere hovedpunktene i de ulike stadiene etter Kelly (1998:36-57).

Tidlig ungdomstid: 10-13 år jenter og 11-14 år gutter.

- Familien er fortsatt sentral og en viktig del i hverdagen
- Mange tanker om hvordan andre oppfatter en
- Funderer over omgivelsene
- Evne til abstrakt tenkning er under utvikling, men tidsbegrepet er ufullstendig og langsiktige trusler vil ha liten betydning

Mellom-ungdomstid: 14-17 år jenter og 15-18 år gutter.

- Venner trer inn som en vikarierende familie
- Identitetsutvikling, finne sin plass i gjengen
- Økt intellektuell kompetanse og en økt forståelse av begrepet tid
- Opposisjon mot autoriteter
- Utforsking og utprøving, til tross for at mye kun forblir som tanker
- Konsekvenser av valg står i skyggen bak tilhørighet til venner når det gjelder motivasjon

Sen ungdomstid 17-21 år

- Ny orientering mot familie (dersom de andre stadiene er gjennomgått)
- God abstrakt tankeevne og godt etablert tidsbegrep
- I større grad er en identitet formet og evnen til selv og sette grenser

- Viktighetsområdene blir ofte nære relasjoner utenfor familie, utdanning, yrkesvalg og kjæreste
- Opplevelse av press og engstelse knyttet til de ulike viktighetsområder og lav selvtilitt er ikke uvanlig

2.4 Å være ungdom med diabetes type 1

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. Ungdommen må sette seg inn i sykdommens kompleksitet der kosthold, aktivitet og behandling er avgjørende for å holde et stabilt blodsukker (Mosand og Stubberud 2012). På bakgrunn av ungdommens kognitive, fysiske og psykososiale ståsted vil synet på sykdommen og evnen til vurdering og behandling variere. I et kvalitativt studie gjort blant tenåringer med diabetes type 1 kommer det frem at graden av kunnskap i denne alderen er varierende, men at de unge er opptatt av og ønsker å lære mer om sykdommen sin. Dette gjelder spesielt temaer som fysiologi, hvordan håndtere sykdommen og akutte og langsiktige komplikasjoner (Roper et al. 2009).

Identiteten som ungdom og ønske om selvstendighet vil kunne komme i konflikt med behandlingen (Rajka 2011). Ungdom har ofte en uregelmessig livsstil og flere faktorer bidrar til at kroppens behov for insulin er økt og mer uforutsigbart. Derfor vil det være vanskeligere å oppnå et stabilt blodsukker. En dårlig blodsukkerkontroll kan bidra til usikkerhet og frykt knyttet til akutte- og langvarige komplikasjoner. Å gjenkjenne symptomer på hypo- og hyperglykemi vil kunne være ekstra utfordrende da kroppen stadig er i forandring og erfaringene er begrenset (Graue 2002).

Familien vil i varierende grad også ta del i behandlingen. Det vil kunne være utfordrende å vurdere når det er på tide å la ungdommen utforske på egenhånd (ibid.). Mange foreldre er bekymret for situasjoner med hypoglykemi, og vil lett kunne innta en beskyttende rolle. Denne rollen er ikke nødvendigvis hensiktsmessig da mas og kritikk vil kunne påvirke mestringsfølelsen hos den unge (Rajka 2011). De færreste ønsker å skille seg ut. Åpenhet om sykdommen, spesielt for venner, kan være en utfordring som gjør at ungdommen velger å holde

den skjult. At venner har kjennskap til sykdommen og hva som bør gjøres dersom uheldige situasjoner skulle oppstå er likevel viktig, fordi venner i denne perioden står sentralt (Graue 2002). Eksperimentering sammen med venner vil kunne sette en med diabetes type 1 i situasjoner med økt risiko for helseskade, særlig hvis ungdommen har mangel på erfaring og kunnskap (Rajka 2011).

2.5 Sykepleiers Pedagogiske Funksjon

Tveiten (2012:181) skriver at ”helsepedagogikken kan forstås som alt som dreier seg om læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i helsesammenheng”. Videre sier hun at:

”Sykepleieres pedagogiske funksjon handler om å bidra til og å legge til rette for informasjon, veiledning og undervisning slik at pasienter og pårørende utvikler optimal kompetanse til å ta mest mulig kontroll over faktorene som påvirker helse og mestring.” (Tveiten 2012:81).

Veiledning defineres som ”en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier.” (Tveiten 2008:79). Undervisning beskrives som en kunnskapsformidling. Denne kan ses på som grunnlag for videre veiledning, og på den måten være en forutsetning. Der undervisning kan ses på som en asymmetrisk deling av kunnskap, vil veiledning forutsette en dialog mellom veileder og den veiledede (Tveiten. 2008). Begge metodene vil ha en hensikt om ”[...] å legge til rette for å styrke mestringskompetansen, fremme helse, forebygge sykdom, mestre konsekvenser av sykdom og behandling, og for å fremme medvirkning.” (Tveiten 2012:157).

På bakgrunn av dette vil jeg derfor inkludere både veiledning og undervisning når jeg legger frem hvordan disse kan forstås gjennom den didaktiske relasjonsmodellen, som er beskrevet av Hiim og Hippe (2009).

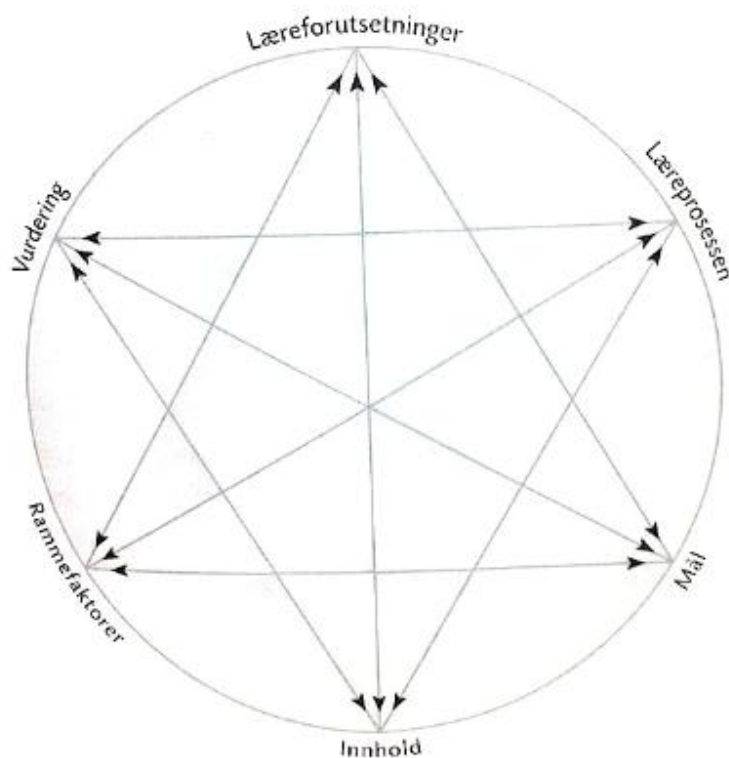
2.5.1 Den didaktiske relasjonsmodell

Didaktikk handler om kunnskap om læring og undervisning (Hiim og Hippe 2009:36). Hiim og Hippe (2009) deler feltet inn i 6 kategorier som inngår i et helhetlig system. De ulike faktorene

har ingen spesifikk rekkefølge, men de er avhengige av, og vil påvirkes av, hverandre. Derav ordet relasjon. Den didaktiske relasjonsmodellen ser på sykepleiers pedagogiske funksjon som både problemløsende og relasjonsbyggende. Alle 6 punktene er av betydning for at undervisningsprosessen skal være vellykket. Jeg vil derfor presentere modellen i sin helhet, men spesielt fremheve enkelte punkter i drøftningen: Deltakerforutsetninger, innhold, rammer og hensikt/mål. Presentasjonen av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen nedenfor, er hentet fra Hiim og Hippe (2009:32-127).

- **Deltakerforutsetninger** vil fortelle noe om forutsetningen til den eller de som skal veiledes/undervises. Hvilke psykiske, fysiske og sosiale ressurser eller utfordringer personen opplever, vil påvirke læringen. Forkunnskap, evne til læring, alder, kjønn, erfaringer og forståelse av situasjon kan være faktorer. Også hvilken betydning kunnskapen har for pasienten. Lærerforutsetningene vil også kunne hemmes dersom den lærende ikke føler seg trygg, eller at hun/han ikke mestrer de kravene som blir stilt. Det er den undervisende som må sørge for at undervisningen tilpasses den enkeltes forutsetninger.
- **Læreprosess/metoden** sier noe om formen for undervisning. Mer spesifikt vil veiledning som regel være bygget på dialog. Undervisning vil også foregå gjennom dialog, men her kan kanskje en undervisningsvideo også utforme metoden.
- **Rammefaktorer** er forhold som begrenser eller fremmer læring. Tid, rom og eventuelt utstyr vil gjelde som rammer. Lærerens ressurser, holdninger, vaner og verdier vil også kunne begrense eller fremme læring.
- **Innhold.** Avhengig av de andre punktene vil innholdet formes ulikt ut ifra hvor veiledende eller undervisende metoden er, hva som er hensikten med undervisningen og hva rammene tilsier. Innholdet kan være tydelig, punktvis satt opp som temaer, eller etter ønske fra pasient. Sykepleieren kan også, basert på sin fagkompetanse, ta tak i ønsker, mangler eller huller som blir tydelig gjennom veiledning. Med et veiledende perspektiv vil innholdet også kunne formes i samtalen.
- **Målet eller hensikten** vil være tett knyttet til innholdet og inndelt 3 områder: kunnskapsmål, ferdighetsmål og holdningsmål. Målene vil enten være langsiktige, eller gjelde for kun et møte eller en uke. Målene kan utarbeids sammen med eleven, mens underviseren har det overordnede ansvaret.
- **Vurdering/evaluering.** Vurdering kan rette seg mot målene eller hensikten med undervisningen og mot selve undervisningsprosessen. Underveis i

veiledningen/undervisningen vil det være nødvendig å få bekreftet eller avkreftet hva som er forstått eller oppdaget. Det vil og være nyttig å vite noe om hvordan eleven oppfatter undervisningen som lett, vanskelig, interessant eller kjedelig. Vurderingen vil foregå underveis, og/eller etter et møte.



Illustrasjon hentet fra boken (Hiim og Hippe 2009:35).

2.6 Helsepsykologisk perspektiv

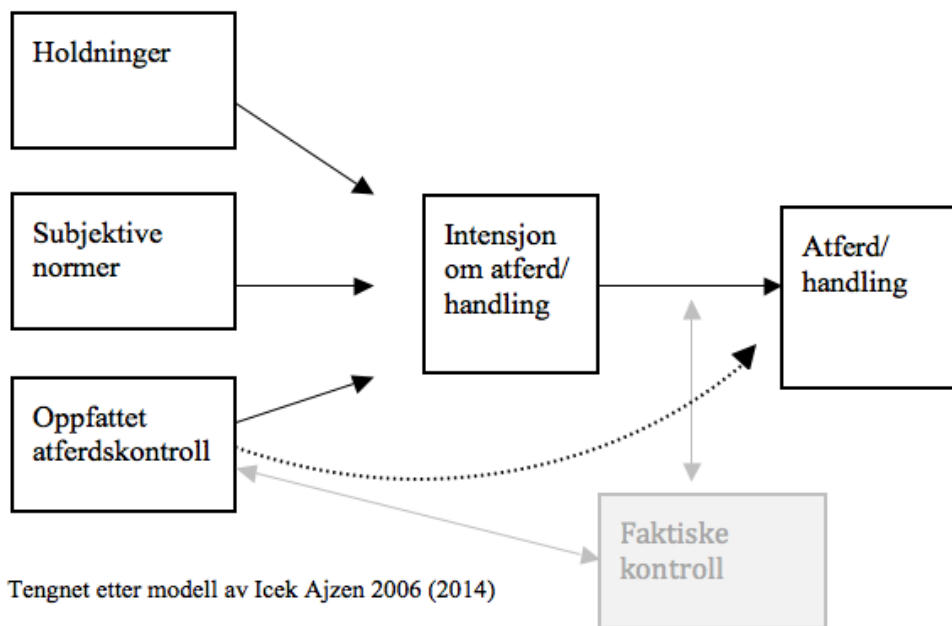
Helsepsykologi omhandler og belyser ulike perspektiver på hvordan mennesker både påvirker og påvirkes til atferdsendring. Den tar utgangspunktet i at helse er sammensatt og i påvirkning av både samfunnsforhold, tanker, følelser, biologiske forhold i kroppen og relasjoner til andre (Gammersvik 2012:144).

I helsefremmende og sykdomsforebyggende teori er det lagt mye vekt på kunnskap som utgangspunkt for endret holdning og deretter atferd. Knowledge – Attitude – Practice (KAP)-modellen tar utgangspunkt i denne tanken, men er kritisert for å være for ”enkel”. Gammersvik

(2012:147) skriver at ”kognitiv kunnskap er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å lære og mestre de ulike situasjonene en kan komme opp i”.

”Teorien om planlagt atferd” (The theory of planned behavior) er en sosialpsykologisk modell utviklet av Icek Ajzen. Modellen ble presentert i 1985, og er siden blitt en av de mest brukte modellene for å studere menneskers sosiale atferd, spesielt innen helsepsykologi (Ajzen 2011). Atferdsteorien (TPB) tar utgangspunkt i at det er en kort avstand mellom intensjon og atferd/handling. Dersom en har en intensjon om å gjøre noe, vil en mest sannsynlig gjøre det. Intensjonen om å foreta et valg er et resultat av personlig holdninger, subjektive normer og oppfattet atferdskontroll/mestringsevne (perceived behavioral control). Personlige holdninger reflekterer hva en selv mener om et forhold, enten det er positivt eller negativt. Holdningene i seg selv ses igjen på som et produkt av to forhold: Hvilken forståelse en har for de konsekvensene atferden vil føre til, og av hvilken betydning nettopp disse konsekvensene vil ha for den enkelte. De subjektive forholdene vil omhandle hva en selv tror andre mener om forholdet, men også til hvilken grad det de andre mener er av betydning for en selv (Ajzen 2014). Dette vil påvirke motivasjonen (Aarø og Klepp 2009:35). Oppfattet atferdskontroll handler om til hvilken grad individet oppfatter sin egen evne til å utføre atferden. Den oppfattede atferdskontrollen formes av summen og betydningen av tilstedeværende faktorer. Disse vil enten lette eller vanskeliggjøre utførelsen av atferden. Hvor sterkt disse oppleves som for eksempel barrierer, vil også ha betydning. Opprinnelig er modellen satt opp uten faktoren ”faktisk kontroll”. På undervisningsnettsiden til Ajzen selv har han likevel valgt å ta den med, da mye kritikk har blitt rettet mot denne delen av modellen i senere tid. Den faktiske atferdskontrollen inkluderer også faktorer som kompetanse, ressurser og andre forutsetninger som er nødvendig for å utføre en bestemt atferd (Ajzen 2014).

Ved å forutsette at det er kort avstand mellom intensjon og atferd, ekskluderer modellen muligheten for at en ikke alltid handler slik en hadde tenkt. Dette er blant annet en av grunnene til at modellen er blitt kritisert i etterkant (Aarø og Klepp 2009:34).



2.7 Sykepleiers rolle

At diabetes type 1 er en av de vanligste sykdommene blant barn og unge i dag, innebærer at sykepleier vil kunne treffe på denne pasientgruppen i ulike områder av helsevesenet. Ved akutte hendelser og ved sykdomsdebut vil en kunne møtes på intensivavdeling eller ved annen somatisk avdeling. Først og fremst vil sykepleier møte ungdom med diabetes ved poliklinikk for de med diabetes (Graue 2002:161). Oppfølging av ungdom skjer vanligvis hver tredje måned. Hyppigere eller sjeldnere ved dårlig eller godt regulert diabetes. Generell veileder i pediatri (Njølstad, Bangstad og Hodnekvam 2006) legger frem at opplæring og undervisning til ungdom med diabetes er et tverrfaglig samarbeid, men at diabetessykepleier spiller en sentral rolle i oppfølgingen av pasienten. Sykepleie til ungdom vil også inkludere foreldre. Undervisningen og behandlingen rettes mot generelle målsettinger som inkluderer akseptable blodglukoseverdier, fravær av insulinsjokk (ketoacidose) og hyppige følinger (ibid.). Sykepleiers rolle vil omfatte insulinbehandling og formidling av kunnskap om alle sider ved sykdommen. ”Hos ungdom bør man diskutere fest og alkohol, røyking og eventuelt svangerskap og prevensjon.” (Helsedirektoratet 2009).

2.8 Lover

I henhold til ”pasientens rett til medvirkning og informasjon” §3-2 til §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999), vil informasjon som regel gis til både ungdom og foreldere. Frem til ungdommen er 16 år har sykepleier likevel muligheten til å holde tilbake opplysninger for foresatte dersom ungdommen ønsker dette. Fra 16 år er taushetsplikten absolutt.

”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn [...] Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene”(ibid.).

I helsepersonelloven § 10 (1999) står det at ” Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.”

1 Metode

Metoden vil være selve fremgangsmåten som blir anvendt for å innhente og analysere kunnskapen som best vil besvare oppgavens hensikt eller problemstilling (Bjørk og Solhaug 2008:97). Det er altså den ønskede kunnskapen som vil bestemme metode som bør benyttes. I idéfasen av denne oppgaven ønsket jeg å finne ut mer om forholdet mellom ungdom med diabetes type 1, alkohol og undervisning. I planleggingen av forskningsprosessen og valget av metode, er faktorer som tid og ressurser betydningsfulle for hvor omfattende en bør legge opp prosjektet (Bjørk og Solhaug 2008:56). Problemstillingen styrte meg derfor i retning av et litteraturstudie. Årsaken var at jeg ønsket å se temaet fra ungdommens perspektiv. Dette krever en kvalitativ tilnærming der målet er å innhente data om enkeltmenneskers meninger og opplevelser fremfor høy generaliserbarhet (Bjørk og Solhaug 2008:113). Etersom vi selv ikke har lov til å intervju pasienter, valgte jeg å utforske hva som eksisterer av forskning på temaet.

3.1 Litteraturstudie som metode

Et litteraturstudie har en teoretisk tilnærming. Det vil si en gjennomgang av litteratur med formål om å innhente eksisterende kunnskap, og/eller avdekke eventuelle mangler ved et forskningsområde (Bjørk og Solhaug 2008:55). Måten man gjennomfører litteratursøket på vil ha betydning for hva en finner, og hvorvidt det har validitet. Med validitet mener jeg om metoden faktisk måler fenomenet som studeres (Coolican 1999). For å finne frem til litteratur med høy relevans, og samtidig ekskludere det som er irrelevant, vil det være nyttig med en god søkestrategi.

3.2 Systematisk litteratursøk

Et systematisk litteratursøk vil innebære å finne passende søkeord og kombinasjoner, slik at en til slutt sitter igjen med et håndterbart utvalg av relevante artikler (Bjørk og Solhaug 2008:57). Mitt søk tok utgangspunkt i problemstillingen, og nøkkelord for temaet ble brukt for å finne frem til de rette artiklene. Temaet viste seg å være noe snevert og ofte del av en bredere forskning. Jeg så det derfor som nødvendig å utvide søket til å lete i hele forskningsartikler fremfor kun titler. Dette resulterte i at jeg i databaser som CINAHL, fikk opp mange treff. Ved å starte søket bredt vil en redusere sjansen for at relevante artikler blir utelatt (Bjørk og Solhaug

2008:57). Andre databaser som ble anvendt var PubMed og ScienceDirect. Gjennom søket prøvde jeg meg frem med ulike synonymer og begreper og tilpasset dem etter hvert som jeg fikk en større forståelse for temaet. Søkeordene som ble brukt: Alcohol, drinking, diabetes, type 1 diabetes, youths, teenagers, adolescents, risk, risk behavior, self-care, decision making, nurse, knowledge, Intervention, norway, education. Ut fra overskrifter og sammendrag plukket jeg ut 24 artikler. Disse gikk jeg gjennom i sin helhet da de fleste av artiklene var mulig å laste ned. En av de inkluderte artiklene ble også bestilt på bakgrunn av sammendrag. Av de 24 valgte jeg ut de fem jeg anså som mest relevante for oppgaven. Fremgangsmåten for de valgte artiklene har jeg satt opp i et skjema:

| Database | Søkeord | Begrensning | Treff | Valgte artikkel | Tittel og forfatter |
|----------|--|--|-------|-----------------|---|
| CINAHL | Alcohol AND type 1 diabetes AND alcohol NOT substance abuse. | Utgivelse etter 2007; Engelskspråklig; Peer Reviewed; Forskningsartikkel; Europa som geografisk område; adolescents | 314 | 1 | Experiences and alcohol drinking among Swedish youths with type 1 diabetes. Leger, A., Stölten, C. og Bolmsjö, I. (2009) |
| CINAHL | Adolescents AND alcohol AND consumption AND type 1 diabetes AND risk AND self-care NOT abuse | Utgivelse etter 2007; Engelskspråklig; Peer Reviewed; Forskningsartikkel; Europa som geografisk område; adolescents | 306 | 5 | Alcohol, diabetes and the student body. Balife, M (2007) |
| PubMed | Adolescents AND alcohol AND young AND type 1 diabetes AND risk NOT abuse | Reserch; review, senest utgitt 10 år siden | 15 | 5 | Alcohol-associated risks for young adults with Type 1 diabetes: a narrative review. Barnard, K. et al. (2012) |

| | | | | | |
|--------|--|--|-----|---|---|
| PubMed | Adolescents AND alcohol AND young AND type 1 diabetes AND risk NOT abuse | Reserch; review, senest utgitt 10 år siden | 15 | 3 | Social networking and understanding alcohol-associated risk for people with type 1 diabetes: friend or foe? Jones, E. et al. (2013) |
| CINAHL | Adolescents AND type 1 diabetes AND decision making AND factors | Utgivelse etter 2006; Peer Reviewed; Research Article; Adolescent; Pediatric Care | 123 | 1 | Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes Viklund, G. og Wikblad, K. (2009) |

3.3 Kildekritikk

I begynnelsen av prosessen søkte jeg etter titler som nevnte alkohol, diabetes type 1 og ungdom. Jeg ønsker hovedsaklig studier utført i land med tilnærmet lik drikkekultur som i Norge, og jeg ønsket å vite noe om de under 18 år. Dette var det veldig vanskelig å finne da også forskningen (Leger et al. 2009) nevner at dette er et sensitivt tema. For det første fordi alkohol har en aldersgrense på 18 år i Norge, for det andre fordi det er spesielle retningslinjer som gjelder for intervju av barn. Jeg ble derfor nødt til å utvide søket mitt ved å inkludere studier av de over 18 år. To av artiklene som omhandler tema alkohol, diabetes og ungdom gjelder derfor kun de over 18. Dette vil svekke studiens overførbarhet, ettersom funnene ikke nødvendigvis vil være representative for tidlig- og mellom-ungdomstid. Da jeg ikke fant norsk forskning på temaet, vil funnene i varierende grad være overførbare til norske forhold. En av hovedstudiene er svensk. At drikkekulturen i Norge og Sverige er tilnærmet lik gjør at jeg anser dette som en god kilde (Hibell et al. 2011). Alkoholforbruket blant unge i Storbritannia generelt er høyere enn Norge, noe som tilsier at funnene er noe mindre overførbare. Likevel ser vi en likhet i den store mengden alkohol som konsumeres blant britisk og norsk ungdom, noe som skiller oss fra andre europeiske land (ibid.). På bakgrunn av dette valgte jeg derfor å inkludere den britiske artikkelen. All litteratur, både faglitteratur og forskningsartikler som er brukt i

oppgaven er publisert i kvalitetsdatabaser eller gjennom anerkjente forlag. Jeg vil derfor ikke gå dypere inn og vurdere disse kildene. Dersom en annen person hadde gjennomført mine søk, ville funnene muligvis vært tilnærmet de samme, da temaet er såpass begrenset. Fremstillingen derimot, vil kunne være helt annerledes. Ved gjennomgang av litteratur vil en ikke kunne legge skjul på egne holdninger, forutsetninger og hensikt. Dette vil prege hvordan jeg forstår, velger ut og legger frem litteratur.

3.4 Etikk

På grunn av spesielle hensyn og retningslinjer, som informert samtykke når det gjelder intervju og forskning med barn, var det vanskelig å finne informasjon om alkohol. Ved informert samtykke mener jeg "[...] å respektere informantenes rett til selvbestemmelse ved å informere om sentrale aspekter ved studien før en innhenter samtykke til å begynne [...]" (Behnke 2004). Det kan diskuteres hvorvidt det er etisk korrekt å trekke slutninger fra litteratur som omhandler de over 18 år til yngre ungdom, da aldersgrensen for alkohol er 18 år. Funnene konkluderer med at sykepleier bør hjelpe ungdommen til å mestre alkohol, noe som også diskuteres senere i drøftningen. Det er en risiko for at oppgaven kan tolkes i den retning at den fremmer alkoholforbruk hos yngre, til tross for at dette ikke er tilfelle. En må i oppgaven ta i betraktning hva som er, og ikke er sykepleiers ansvar, samt de etiske utfordringene dette medfører. Dette vil jeg komme tilbake til i drøftningsdelen.

4 Funn

4.1 "Experiences and alcohol drinking among Swedish youths with 1 diabetes"

Forfattere: Leger, A., Stölten, C. og Bolmsjö, I. (2009)

Hensikten med studien var å utforske individuelle erfaringer rundt alkohol blant ungdom med diabetes type 1, samt å identifisere ulike strategier ungdommen benytter når de drakk alkohol.

Metoden er kvalitativ og baserer seg på semistrukturerte intervjuer av 10 ungdom, alder 18 år. Både gutter og jenter var med i studien, alle hadde Diabetes type 1. Intervjuene er stukturert etter "Burnard's content og analysis method." Intervjuene ble utført av førsteforfatter og foregikk over 60 minutter. De ble spilt inn på båndopptaker og informantene fikk mulighet til å godkjenne funnene i etterkant.

Resultatene viser at alkoholkonsumet blant ungdom med diabetes type 1 ikke avviker fra annen "frisk" ungdom, der alkoholkonsumet er stort (binge drinking). Informantene forteller om hendelser der høyt inntak av alkohol har utgjort en helserisiko, og flere hadde opplevd sykehusinnleggelse. Det kommer frem at symptomer på ketoacidose, blant flere, ble forvekslet med bakrus eller andre fysiologiske årsaker. Alle informantene uttrykte et behov for kontroll, uavhengighet og trygghet. De hadde et sterkt behov for å bli oppfattet som normale, samtidig som en frykt for hypoglykemi gikk igjen, spesielt ved leggetid. Det kommer frem at mange manglet aldersadekvat kunnskap om alkohol og dets innvirkning på blodsukkeret. Informasjon som var gitt av diabetessykepleier omhandlet hovedsakelig fare for hypoglykemi, råd om redusering av insulin og inntak av mat før natten. Denne samtalen ble som regel gitt flere år etter ungdommen hadde debutert med alkohol. Kunnskapen ungdommen hadde var i stor grad basert på egne erfaringer som de hadde opparbeidet seg når de "festet".

Det var i hovedsak tre strategier som viste seg å gå igjen blant ungdommen når det gjaldt situasjoner der de drakk alkohol. Strategiene ble sett på som en måte å bevare sin identitet som "normal" samt gi trygghet.

1. Lavkonsum strategi (low-consumption strategy). Det var bare én som oppga denne type strategi, som gikk ut på å minimere inntak av alkohol.

2. Ambisiøs strategi (Ambitious strategy). Få informanter hadde selv prøvd seg frem ved å variere dose insulin på ulike tidspunkter, matinntak og alkoholmengde. Målet var å unngå

hypoglykemi, men resulterte i frustrasjon da informantene måtte godta høye blodglukoseverdier.

3. Heller høyt enn farlig- strategi (high-rather-than-dead strategy). Majoriteten av informantene viste til denne strategien. Ved å benytte denne strategien valgte informantene å føle seg beskyttet mot faren om å utvikle hypoglykemi mens de ”festet”. Dette gjorde de ved å droppe eller redusere insulindose, spise mye og/eller drikke søte drikker. Informantene valgte å ha et høyt blodsukker gjennom kvelden for så å rette opp dagen etter.

4.2 ”Alcohol, diabetes and the student body”

Forfatter: Balife, M. (2007)

Formålet med studien var å utforske hvordan faktorer som tid, sted og sammenheng påvirker unge studenter med diabetes og deres risikofylte alkoholatferd.

Metode: Artikkelen er et resultat av en større studie gjort på fire universiteter i Storbritannia. Metoden er basert på semistrukturerte intervjuer av studenter med diabetes og bygger videre på tidligere kvalitativ forskning. 17 studenter deltok på intervjuer, alle i alderen 18 til 25. Intervjuene varte i en time og ble fulgt opp og gjentatt etter 4 til 6 måneder. Notater ble tatt for hånd, og alle deltakerne fikk en kopi.

Resultatene er delt inn i fire kategorier:

1. ”Årsak for risikofylt drikking”: Behov og ønske om å være ”normal student” er et av hovedfunnene i studien. Å drikke alkohol var nært knyttet til studentidentiteten. Avholdenhet ble ansett som en større trussel for deres identitet enn for helsen. Behovet for ikke å bli kontrollert av sykdommen både for en selv og for andre, var også fremtredende. Oppfattede forventninger fra andre ble også nevnt som betydningsfullt. Dette gjaldt i størst grad de yngste studentene.

2. ”Engstelse knyttet til drikking”: Varierende med alder ble frykt nevnt i forhold til hypoglykemi, identitet og senkomplikasjoner. Engstelse knyttet til hypoglykemi gjaldt både fysiologiske- og sosiale konsekvenser. Ambivalens og skyldfølelse forekom spesielt blant de yngste fordi studentidentiteten lett kom i konflikt med god etterlevelse.

3: ”Mestringsstrategier”: For å mestre en livsstil eller situasjoner som involverte alkohol oppga informantene ”balanse” som en viktig faktor. Å oppnå kontroll ved å spise, enten sammen med alkoholinntak og/eller sunt resten av uken, for å kompensere for den dårlige etterlevelsen i helgene. Valg av type drikke og bruk av måleinstrumenter ble også nevnt som måter å oppnå kontroll.

4: ”Holdningsendring.” Funnene viser at det var tydelig variasjon knyttet til informantenes alder. For alle var ”identitet” en avgjørende faktor. De eldre hadde ikke et like risikofylt alkoholkonsum da dette ble sett på som flaut og ødeleggende for deres identitet. Ytterligere kunnskap og et mer fremtidsrettet syn på helse, viste seg i større grad hos disse. De eldre var i større grad åpne om sykdommen og opplevde og mer støtte fra venner.

4.3 “Alcohol-associated risks for young adults with Type 1 diabetes: a narrative review”

Forfattere: Barnard, K., Sinclair, J. M. A., Lawton, J., Young, A. J. og Holt, R. I. G. (2012)

Hensikten ved studien er å oppnå en bedre forståelse for ”alkoholvaner/adferd”(patteren of alcohol consumption) blant unge med diabetes type 1 , samt å utforske motivasjon og konsekvens av slik atferd.

Metode: En review vil si at studien er et sammendrag av flere tidligere studier.

Med et utgangspunkt på 321 artikler ble 8 inkludert i denne studien. Inkluderingskriteriene var: aldersgruppe: 14 til 25 år, tema: diabetes type 1, alkoholkonsum, atferd, konsekvens og intervensjoner. Alle skulle være engelskspråklig og peer – reviewed. Databasene som ble brukt: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, The Cochrane Library, Web of Science. Utvalgt litteratur ble også benyttet.

Resultat: Av de 8 artiklene, derav 6 forskningsartikler, omhandlet hovedfunnene: mengde alkohol, atferd/vaner (pattern), effekt og konsekvens av alkoholkonsum, påvirkning av metabolsk kontroll og effekt av intervensjoner for denne målgruppen. Studien viser at alkoholkonsum blant ungdom med diabetes er vanlig og utgjør en helserisiko. Det viste seg å være begrenset med bevis på intervensjoner for å minimere denne risikoen.

Konklusjon: Uavhengig av foreldre og helsepersonell vil ungdom drikke alkohol. Det er derfor viktig for helsepersonell å hjelpe de unge til å utvikle strategier både for å mestre situasjoner der det drikkes alkohol og for å styrke metabolsk kontroll.

4.4 "Social networking and understanding alcohol-associated risk for people with type 1 diabetes: Friend or foe?"

Forfattere: Jones, E., Sinclair, J.M.A., Holt, R.I.G og Barnard, K. (2013)

Hensikt: Å identifisere hvilke og til hvilken grad sosiale nettsteder og forum benyttes av mennesker med diabetes type 1 for å diskutere risiko assosiert med diabetes og alkoholkonsum.

Metode: En systematisk litteraturgjennomgang gjennom databasene MEDLINE, EMBASE, PubMed og The Cochrane Library ble gjort for å innhente referanser om alkoholkonsum. Kriteriene gjaldt aldergruppen: under 25 år, relevans for diabetespasienter, sosiale nettsteder (networking), og engelskspråklig. Videre ble søket rettet mot ulike sosiale nettsteder og forumer der temaet alkohol og diabetes ble diskutert. 10 stykker ble inkludert, samtalen ble analysert, kodet og kategorisert.

Resultat: Av litteratursøket ble 6 artikler inkludert. Litteraturfunnene viser at majoriteten av unge med diabetes aktivt bruker media for å kommunisere, innhente og dele informasjon. I en studie ville 86 prosent bruke internett for å søke etter helseinformasjon. En annen studie viste at kun 50 prosent av sidene ble identifisert som gode kilder. Gjennom de ulike nettstedene og forumene ble funnene relatert til alkohol delt inn i 6 temaer: Søk etter informasjon, bekymring for risiko i relasjon til deres diabetes, tidligere erfaringer, praktiske råd, fysiologiske forklaringer og sammenhenger og generelle meninger og anbefalinger fra andre med diabetes. Resultatene viste så at deler av informasjonen, både råd og fysiologiske forklaringer, ikke var korrekt, og også potensielt skadelig. Personlig meninger og dømmende utsagn ble også identifisert.

4.5 "Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes"

Forfattere: Viklund, G. og Wikblad, K. (2009)

Hensikt: Å utforske hvilke faktorer som påvirker beslutningskompetanse (decision-making competence) i håndtering av diabetes type 1 blant ungdom.

Metode: En utforskende kvalitativ metode med intervju ble foretatt blant 31 ungdom i alderen 12 til 17 år, både gutter og jenter. Intervjuene foregikk to uker etter et fullført empowermentbasert undervisningsprogram gjennom en diabetesklinikk i Sverige. Resultatene av programmet viste ingen forandring i metabols kontroll, ulikt fra samme program utført blant voksne. Årsaken, som knyttes til mangel på kognitiv modning blant de yngre, ble utgangspunktet for studien.

Resultater: Faktorene som ungdommen mente hadde innvirkning på deres beslutningskompetanse ble kategorisert under: Modenhet; evne til å tenke abstrakt, tillit til en selv og selvinnsikt i sykdommen. Personlige kvaliteter; fleksibilitet og intuisjon. Erfaring; egen og andres. Sosialt nettverk; samarbeid med andre og sosial setting i relasjon til trygghet. Foreldres rolle; både konstruktiv og destruktiv. Hovedfunn: For stort ansvar og vanskelige oppgaver vil påvirke beslutningskompetansen negativt. Konstruktive tilbakemeldinger fra foreldre og sosialt nettverk påvirker positivt.

Konklusjon: For å redusere risikofylt atferd trenger ungdommen respekt og støtte til tross for mangel på modenhet og beslutningskompetanse.

5 Drøftning

Hensikten med oppgaven var å utforske problemstillingen ”Hva er viktig kunnskap for sykepleier når det gjelder ungdom med diabetes type 1 og alkohol?”. Med utgangspunkt i funnene jeg har gjort vil jeg nå drøfte denne opp mot teorien som er presentert.

”Å drikke” i denne konteksten vil omhandle et inntak av alkohol som fører til beruselse.

5.1 Ungdommens adferd knyttet til alkohol

Ungdom i Norge drikker alkohol både tidlig, hyppig og på et nivå som anses som helseskadelig (Hibell et al. 2011 og Rossow og Klepp 2009). Funnene viser at ungdom med diabetes type 1 også drikker alkohol på et nivå tilsvarende annen ”frisk” ungdom (Leger et al. 2009, Balfe 2007, Barnard et al. 2012). I lys av tidligere forskning om kombinasjonen diabetes type 1 og alkohol, vil dette kunne føre til akutte komplikasjoner som hypo- og hypoglykemi (Graue 2002). Dette bekreftes av studien til Leger et al. (2009), der flere av ungdommene hadde erfart episoder med hypo- og hyperglykemi i forbindelse med alkohol. Enkelte hadde også opplevd sykehusinnleggelse. Årsaken til dette vil ikke nødvendigvis kun være relatert til leverens nedsatte funksjon hos en meddiabetes type 1. Ved sterk beruselse kan ungdommen glemme måle blodsukker, sette insulin, eller sette for mye. Beruselsen vil også kunne gjøre det vanskeligere å oppdage symptomer (Diabetesforbundet 2010). Forskning viser til en sammenheng mellom alkohol og dårlig regulert blodsukker (Barnard et al. 2012). Det er kjent at et dårlig regulert blodsukker vil være en sentral faktor i utvikling av senkomplikasjoner (Jenssen 2011). I lys av dette vil en kunne si at ungdom med diabetes type 1 som drikker større mengder alkohol utsetter seg for en risiko.

Mulige årsaker til at ungdommen utsetter seg for denne risikoen vil kunne være flere. Én årsak kan være at ungdom drikker for å være lik andre ungdom, noe som kommer tydelig frem i studiene til Balfe (2007) og Leger et al. (2009). Dette vil vi kunne gjenkjenne i utviklingspsykologien der tilhørighet og ønske om å ikke skille seg ut vil være spesielt typisk i mellom-ungdomstiden (Kelly 1998). Dersom ungdommen er av den oppfatningen at andre jevnaldrende drikker, vil han eller hun selv kunne kjenne et press til å drikke. Det er ikke gitt at denne oppfatningen tilsvarer hva som er reelt. Ungdom vil ofte ha overdrevne forestillinger om hvor ofte og hvor mye venner og jevnaldrende drikker. Dette vil oppleves som et fiktivt normpress og kan påvirke ungdommens drikkeatferd (Rossow og Klepp 2009:173). På en

annen side vil atferden (å drikke alkohol) kunne ses som en form for opposisjon, noe som Graue (2002) hevder ikke er en unormal reaksjon for en ungdom med diabetes. Forskning viser at denne atferden er en måte ungdommen selv kan vise at sykdommen ikke får styre livet deres, både for seg selv og andre (Leger et al. 2009 og Balfe 2007). Dette kan også forstås som en naturlig del av en selvstendigjøring og også en nødvendighet for videre utvikling slik Kelly (1998) fremhever. Spenningen ved å utforske nye, fremmede temaer vil også kunne være en faktor som gjør at ungdommen velger å drikke alkohol. At ungdommen velger å drikke så mye, vil også kunne ses i lys av alkoholens effekt på kroppen (Diabetesforbundet 2011). Det kan tenkes at beruselsen vil bryte ned eventuelle barrierer og trusler, og dermed svekke ungdommens evne til egenomsorg. Til tross for at flere av ungdommene hadde opplevd symptomer og akutte komplikasjoner i relasjon til alkohol, vil ikke nødvendigvis alle ha opplevd dette. Mange av informantene nevnte en generell frykt og redsel for slike episoder. Enten fordi de hadde opplevd ubehagelige hendelser, eller fordi de var klar over risikoen (Leger et al. 2009 og Balfe 2007). Dersom ungdommen ikke har erfart slike episoder, vil en kunne spekulere i hvorvidt atferden vil oppleves som en trussel. Mangel på kunnskap om kombinasjonen alkohol og diabetes, vil også kunne indikere at ungdommen ikke vil oppleve noen konkrete barrierer for å drikke alkohol. Hvordan mangel på korrekt informasjon vil kunne være en forklaring på hvorfor unge med diabetes drikker alkohol, vil jeg komme tilbake til.

At det ses en sammenhengen mellom alkohol og et dårlig regulert blodsukker vil ikke nødvendigvis si noe om eller hvordan disse påvirker hverandre (Barnard et al. 2012). Det er viktig å huske at ungdomstiden generelt er en periode med mange utfordringer, og at et dårlig regulert blodsukker er ”vanlig”, sammenliknet med andre faser i livet. Kroppen er i utvikling, kroppens insulinbehov er økt, livsstilen er uregelmessig og symptomer kan være vanskelig å oppdage (Graue 2002). Hvilken spesifikke rolle alkohol har i en helsesammenheng med diabetes type 1, er enda ikke fullstendig avklart (Barnard et al. 2012).

Vi vet at alkoholforbruket er stort blant de under 18 år (Hibell et al. 2011). I lys av at ungdom med diabetes drikker på samme nivå som annen ungdom, vil en kunne anta at funnene til Balfe (2007) også er representative for den yngre aldersgruppen. Dette støttes av Leger et al. (2009) hvor samtlige av representantene oppga at de begynte å drikke lenge før de fylte 18 år. I en annen studie var alkoholforbruket vesentlig større hos de yngste representantene (Balfe 2012). Igjen kan dette forklares både ved behov for å leve opp til andres forventninger, behovet for å

være normal, kognitiv utvikling og kunnskap (Balfe 2007, Leger et al. 2009, Viklund og Wikblad 2009, Kelly 1998).

Symptomer på ketoacidose og hypoglykemi er lett å forveksle med andre fysiologiske eller alkoholrelaterte symptomer (Diabetesforbundet 2011). Symptomene vil også kunne være spesielt vanskelig å gjenkjenne hos ungdom (Graue 2002). I henhold til Leger et al. (2009) og Balfe (2007) hadde flere av ungdommen erfart slike symptomer uten å relatere disse til diabetesen. Dermed hadde de heller ikke fått rett behandling. Dette kan tilsa at ungdom trenger kunnskap om diabetesrelaterte symptomer og alkoholens innvirkning på kroppen. Flere av ungdommene manglet relevant kunnskap, missoppfatninger ble også identifisert (Leger et al. 2009 og Joner et al. 2013). Årsakene til dette kan diskuteres. Én forklaring vil kunne være at ungdommen ikke har blitt gitt informasjon, eller at den er blitt gitt for sent. Dette kom frem i studien til Leger et al. (2009), der samtlige av informantene sa at informasjonen de hadde fått var blitt gitt flere år etter de hadde begynt å drikke. Et gjennomgående funn i artiklene er at kunnskapen de unge hadde i stor grad bygget på egenerfaring. Ut i fra disse hadde de hadde utviklet ulike mestringsstrategier (Balfe 2007, Leger et al. 2009 og Barnard et al. 2012). I lys av Joner et al. (2013) vil deler av denne erfaringen også kunne bygge på kunnskap og informasjon fra internett. Store deler av denne informasjonen er både mangelfull og direkte feil (ibid.). Om informasjonen som var blitt gitt av sykepleier, oppga informanten at denne i stor grad rettet seg mot faren for hypoglykemi og at det er viktig å spise før man legger seg hvis man har drukket. De fleste tok til seg denne informasjonen uten noen videre refleksjon. ”Man lærte at man skulle spise før og etter man drakk, uavhengig av blodglukosenivå. Så man har da veldig høyt blodsukker gjennom hele kvelden og natten, men tør aldri ta insulin når man fester” var det en av informantene som sa (Leger et al. 2009). I lys av utviklingspsykologien vil dette kunne forklares ved at den abstrakte tankeevnen, forutsetninger for ta til seg og forstå informasjon, ikke enda er ferdig utviklet (Kelly 1998). På en annen side vil en kunne se på dette som at sykepleier ikke har tatt høyde for ungdommens deltakerforutsetninger når informasjon er blitt gitt (Hiim og Hippe 2009). En annen årsak til at kunnskapen blant ungdommen ble ansett som mangelfull, til tross for at de hadde fått informasjon, vil kunne være at ungdommen ikke har ”gidet” å høre på det som har blitt sagt. Dersom ikke informasjonen anses som nyttig vil dette svekke forutsetningene og motivasjonen for å lære (ibid.). Det kan og spekuleres om råd og anbefalinger, både fra nettet og helsepersonell, tar høyde for den store mengden alkohol som konsumeres hos ungdommen når de først drikker.

5.2 Hva styrer ungdommens adferd?

Ungdommen vet at det medfører en risiko å drikke alkohol, likevel velger de å gjøre det (Leger et al. 2009, Balfe 2007, Barnard et al. 2012, Jones et al. 2013). I følge Viklund og Wikblad (2009) oppfatter ungdommen at beslutningskompetansen formes av modenhet, erfaring, personlig kvaliteter, sosialt nettverk og hvordan foreldre er involvert i sykdomsprosessen. Forskningen viser at sosialt nettverk og de subjektive normene er hva som blir avgjørende for atferden. Dette vil vi og gjenkjenne i utviklingspsykologien, spesielt i mellom-ungdomstiden (Kelly 1998). Vi kan se drikkingen som selve atferden i lys av ”Teorien om planlagt atferd” (TPB). I følge Ajzen (2014) er det tre faktorer som påvirker intensjonen om å drikke: holdninger, subjektive normer og opplevd atferdskontroll. Med utgangspunkt i de ulike funnene har jeg valgt å konstruere et eksempel på hvordan vi kan se funnene i lys av teorien. Fremfor å skrive ”en ungdom med diabetes”, vil jeg bruke navnet Petter, av hensyn til leser.

Eksempelvis vil en *holdning* for Petter være at alkohol ikke er bra for kroppen. Igjen har ikke Petter tilstrekkelig kunnskap, han tror at så lenge han ikke utvikler hypoglykemi bør det være greit (Leger et al. 2009). Konsekvensene oppleves altså ikke ”viktige nok”. De *subjektive normene* er vennene til Petter, som alle ”drikker”, etter Petters oppfatning. Han har ikke turt å si at han har diabetes, da han tenker at de andre vil se på han som annerledes (Balfe 2007, Viklund og Wikblad 2009, Kelly 1998). For Petter oppleves det viktig å bli sett på som normal. Siden han allerede føler seg annerledes, oppleves det spesielt viktig å passe inn (Balfe 2007). Han føler seg også veldig usikker fordi han nettopp har startet på ny skole. Han ønsker å gjøre et godt førsteinntrykk. Her ser vi hvordan de *subjektive normene* både består av Petters opplevelse av at det er forventet at han drikker, og at de andres mening oppleves viktig. Petter vet at han bør ta på seg diabetesarmebåndet og ta med blodsukkerapparatet, men tenker at dette bare blir flaut. Han er også litt engstelig for å drikke da han kjenner til hva som kan skje. Han har hatt føling før og det var virkelig ubehagelig (Leger et al. 2009, Balfe 2007, Jones et al. 2013) Ifølge Ajzen (2014) vil dette bli hindre for Petters *opplevde atferdskontroll*. At Petter til dels vet at han kan unngå hypoglykemi ved å drikke sukkerholdig drikke og spise før han legger seg, vil være en faktor som bidrar til økt opplevd atferdskontroll (Leger et al. 2009, Ajzen 2014 og Viklund og Wikblad 2009).

Et viktig poeng i denne teorien er at disse komponentene ikke nødvendigvis trekker i samme retning. Hadde atferden kun blitt styrt av holdningene, ville Petter latt være å drikke. Men de subjektive normene veier så sterkt at Petter velger å drikke likevel. Han opplever både positive og negative faktorer som påvirker opplevelsen av atferdskontroll (Ajzen 2014).

5.3 Hvordan kan sykepleier påvirke ungdommen?

Som sykepleier vil det kunne være vanskelig å gå inn og påvirke de *subjektive normene*.

Barnard et al. (2012) konkluderer at unge med diabetes vil drikke alkohol og utøve en risikofylt atferd uavhengig av hva foreldre og helsepersonell sier. Så fremfor å forsøke å hindre denne atferden vil det være mer hensiktsmessig å hjelpe de unge til å utvikle bedre strategier når de drikker alkohol (Leger et al. 2009, Barnard et al. 2012). Hensikten, som er en av de avgjørende komponentene i den didaktiske relasjonsmodellen, vil da bli å styrke ungdommens opplevelse av *atferdskontroll*. På én side vil en slik sykepleietilnærming kunne styrke den unges opplevelse av mestring i situasjoner der det drikkes alkohol. Dersom den unge vet hvordan han/hun skal drikke, vil dette kunne forebygge alvorlig helseskade. På en annen side vil dette ”lette” atferden. Sykepleier vil potensielt ha brutt ned en barriere som tidligere støttet at holdningen om at alkohol kan være farlig. Barrieren, som kan være en følelse av frykt, vil nå kunne være dempet. Dette er komponenter som veier imot en intensjon om å drikke alkohol. At dette kan drøftes i henhold til etiske utfordringer vil jeg ta for meg under et eget punkt. Leger et al. (2009) påpeker og at det vil være nødvendig å styrke beskyttende faktorer ved å bygge opp den unges selvtillit. Etter TPB kan dette også påvirke opplevelsen av de subjektive normene. Disse består av to forhold: Én, hva andre viktige relasjoner mener, og to, i hvilken grad dette er av betydning for en selv. Den første vil sannsynligvis forbli uforandret, men dersom den enkelte opplever en større grad av selvsikkerhet vil andres meninger kunne anses som mindre betydningsfulle (Viklund og Wikblad 2009).

Sett ut i fra den didaktiske relasjonsmodellen vil ungdommenes kunnskap om alkohol fortelle oss noe om deres deltakerforutsetninger. For at sykepleier skal kunne gå inn og undervise eller veilede er en nødt til å ha en forståelse om hva ungdommen vet og hva han eller hun trenger å vite mer om. At ungdommen i studien til Leger et al. (2009) hadde lite aldersrelevant kunnskap, vil kunne være et resultat av at deltakerforutsetningene ikke er tatt med i forutsetningen for undervisningen. Selv om informasjonen var gitt, indikerer funnene at den ikke nødvendigvis

var forstått, da ungdommen kun tok den til seg uten videre refleksjon. Her ser vi hvordan både deltakerforutsetninger, innhold og evaluering henger sammen, noe som er nødvendig for at hensikten med undervisningen skal lykkes (Hiim og Hippe 2009). I følge Roper et al. (2009) ønsket ungdommen å lære, og de hadde mange spørsmål tilknyttet sin egen sykdom. Sistnevnte konkluderte med at det i møte med denne pasientgruppen bør være åpenhet for at ungdommen selv kan stille spørsmål. Likevel var det ingen som i studien tok opp temaet alkohol. Funnene som jeg nå har gjort, forteller oss likevel at ungdom med diabetes drikker (Leger 2009, Bernard 2012 og Balfe 2007). Det er altså ikke sikkert at ungdommen vil ta opp dette på eget initiativ selv om de skulle ønske mer kunnskap. Når vi kjenner til hvilken risiko alkohol kan innebære for den enkelte, kan det tenkes at det i slike tilfeller vil være sykepleier som må ta ansvar for å ta opp temaet. Fremfor å informere vil sykepleier kunne åpne med å innhente informasjon om hvilke holdninger eller tanker ungdommen selv har. Med et slikt utgangspunkt vil sykepleier få innsikt i pasientens deltakerforutsetninger. Om informasjonen er relevant, blir en skjønnsmessig vurdering, da verken retningslinjer eller lover sier noe konkret om dette. Dette vil kunne gjøre temaet sårbart ettersom alle sykepleiere er forskjellige. Det blir opp til den enkelte sykepleier å vurdere temaet som aktuelt. Sykepleiers kunnskap om temaet, erfaringer og holdning kan tenkes å påvirke denne vurderingen. Det er også etiske aspekter som vil kunne gjøre dette til et utfordrende tema. Det vil jeg gå inn på i neste avsnitt.

Å ha kunnskap om utfordringer knyttet til det å ha en kronisk sykdom vil også fortelle noe om pasientens deltakerforutsetninger. Som flere av ungdommene ga uttrykk for var ønsket om å være lik og selvstendig være viktig. Det var også viktig å vise at de hadde kontroll, både for seg selv og for andre (Leger 2009 og Balfe 2007). Sistnevnte påpeker også at ungdom med diabetes tilhører en gruppe som er spesielt sårbar for sosiale normer. I følge TPB blir dette de subjektive normene. Å kjenne til faktorer som påvirker valg hos den enkelte, og i hvilken grad disse er av betydning, vil være nyttig i undervisning og veiledning av ungdom med diabetes (Viklund og Wikblad 2009).

5.4 Hvilke utfordringer vil sykepleier kunne møte?

Som Graue (2002) skriver, vil foreldre i varierende grad være delaktig i behandlingen. Når og om det er nødvendig å inkludere foreldre, når det gjelder alkohol er et utfordrende spørsmål. I henhold til helsepersonelloven (1999) Vil det være opp til sykepleier å bedømme hva foreldre

trenger å vite fra frem til ungdommen er 16 år. Flere foreldre inntar en veldig aktiv rolle i behandlingen (Graue 2002). En vil derfor kunne anta at behovet for delaktighet i behandling kan komme i konflikt med ungdommens behov for selvstendighet og privatliv. Det er og sannsynlig at ungdommen vil føle det ubehagelig dersom foreldre skal delta i en samtale om alkohol, og at dette derfor er noe som bør tas opp med ungdommen alene. At foreldre også har kunnskap om alkohol og dets innvirkning hos de med diabetes vil likevel være en fordel. Fordi ungdom under 18 år ofte bor hjemme, vil foreldre kunne være en trygghet. Noen av ungdommene i studien til Leger et al.(2009) hadde gjort avtaler med foreldre om alltid melde fra når de kom hjem, noe som bidro til trygghet for begge parter. Viklund og Wilblad (2009) fant ut at foreldres rolle kunne ha positiv eller negativ innvirkning på beslutningskompetansen hos ungdommen. Studien konkluderte derfor med at undervisning til foreldre også er viktig og bør ha fokus på å snu destruktiv involvering til konstruktiv støtte (ibid.).

Kelly (1998) fremhever i sin presentasjon av de forskjellige utviklingsstadiene, at vil det være store individuelle forskjeller blant ungdommen. At gjennomsnittsalderen for alkoholdebut er 14,5 år tilsier at mange også vil være både yngre og eldre (Folkehelseinstituttet 2013). En utfordring for sykepleier vil kunne være å bedømme når denne informasjonen bør gis. At et flertall av ungdom med diabetes velger internett for å søke etter informasjon om alkohol tilsier at dette er noe de lurer på, men ikke nødvendigvis tar opp med helsepersonell (Joner et al. 2013). Leger et al. (2009) konkluderer i sin studie at temaet bør tas opp med ungdommen allerede i 11 til 12 års alderen. Som diskutert, vil ikke dette nødvendigvis hindre den unge i å drikke, men en vil kunne øke den unges kontroll. På den måten vil en potensielt redusere risiko for alvorlig helseskade (Leger et al. 2009, Barnard et al. 2012). På en annen side er det en mulighet for at den unge vil oppfatte denne informasjonen som en aksept. At det er greit å drikke alkohol så lenge en holder seg til visse ”retningslinjer” (Graue 2002). Dersom sykepleier skulle vente med å ta opp temaet, vil ungdommen selv kunne velge å søke opp informasjonen på sosiale nettsteder (Joner et al. 2013). Funnene viser at store deler av informasjonen som eksisterer på sosiale nettsteder er skrevet av andre unge med diabetes. Både informasjon og råd ble identifisert som feil og også potensielt skadelig (Joner et al. 2013). Det kan og tenkes at ungdommen vil bruke slike nettsteder uavhengig om informasjon blir gitt av sykepleier i forkant. Ut i fra hva vi vet om både tidlig- og mellom-ungdomstid, vil venner og jevnaldrende kunne ha en større påvirkning enn helsepersonell (Kelly 1998).

Sykepleier vil ha stor frihet når det gjelder om, når, hvordan og for hvem alkohol som tema er aktuelt å ta opp. I møte med utfordringer og etiske vurderinger vil det være viktig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om ungdommens situasjon. Hva som styrer deres atferd, til hvilken grad de er mottakelige for informasjon, og hvordan denne informasjonen bør gis. Sykepleier må ha kunnskap om risikoen ved inntak av alkohol, og hva som kan redusere denne. I møte med den enkelte pasienter er det og viktig å huske at hva som er typisk for ungdom eller ungdomstid ikke vil være aktuelt for hver pasienten. Selv om mange ungdom drikker alkohol, vil ikke dette gjelde alle. Det samme vil gjelde alt som er ”typisk”. Utviklingspsykologien og atferdsmodeller kan være fine retningslinjer, men det er så langt de rekker. Selv om en sykepleier bør ha rikelig med kunnskap, vil det kanskje være vel så viktig å vite når kunnskapen er aktuell som når den ikke er det.

6 Konklusjon

Hensikter med denne oppgaven var å utforske hva som er viktig kunnskap for sykepleier når det gjelder ungdom med diabetes type 1 og alkohol.

For å kunne hjelpe ungdom med diabetes til å mestre hverdagen, er det viktig for sykepleier å kjenne til ungdommen så vel som sykdommen. Ungdommen drikker alkohol, til tross for at det helseskadelig. Årsakene er flere, men kan ses i lys av både utviklingspsykologien og teorien om planlagt adferd. Ungdommen er i en sårbar situasjon, både psykisk og fysisk. I Relasjon til alkohol er det derfor viktig at ungdommen har kunnskap om symptomer og sammenhengen mellom alkohol og diabetes type 1. Informasjon tilhører sykepleiers rolle. Sykepleier må vurdere hvordan, når, hvor og til hvem denne informasjonen skal gis. Vi må kjenne til pasientens deltakerforutsetninger for å kunne vurdere deres behov for undervisning og veiledning. Hovedfunnene tilsier at ungdom vil drikke alkohol uavhengig av hva foreldre og helsepersonell måtte mene og si. Dette kan forklares ved at ungdommens atferd styres av de subjektive normene, og venner. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om ungdommens atferd og hva som vil ha betydning for deres beslutningskompetanse. På denne måten vil sykepleier få innsikt i hvordan vi kan nå inn hos den enkelte. Dette bør påvirke innholdet, rammer og hensikt i den pedagogiske settingen. Sykepleier trenger derfor kunnskap om hvilke komponenter som er nødvendig for at sykepleiers pedagogiske funksjon skal være hensiktsmessig. Ungdommen er kompleks og ingen vil være hverandre lik. De vil og i varierende grad være klare for ansvar og kontroll. Foreldre bør derfor, i ulik grad, være en del av behandlingen. De vil og kunne ha behov for informasjon og veiledning for å optimalisere deres involvering i behandlingen.

Det kan være mange utfordringer i møte med temaet. Spesielt etiske overveielser i henhold til når denne informasjonen bør gis, og hvordan. Det er og viktig å formidle innholdet på en måte der den unge ikke oppfatter informasjonen som en aksept, eller oppfordring til alkohol. Dette stiller krav til sykepleiers egen vurderingsevne og skjønn. Det kan tenkes at sykepleiers egne erfaringer og holdninger også vil kunne påvirke den pedagogiske konteksten og relasjonen til den unge. Det er derfor viktig å være bevisst dette slik at sykepleier ikke blir en begrensende rammefaktor. Ettersom det ikke er noen spesifikke lover eller retningslinjer om hvordan dette temaet bør angripes er det derfor viktig at sykepleier har den nødvendige kunnskapen for å selv kunne vurdere og veilede den unge på en måte som er hensiktsmessig. Som funnene tilsier er dette er lite utforsket område. Det sier seg selv at denne oppgaven heller ikke kan gi et

tilstrekkelig representativt bilde av relasjonen mellom sykepleier, den unge med diabetes og temaet alkohol.

7 Litteraturliste

- Aarø, L.E og Klepp, K.I. (2009) Helserelatert atferd og livsstil i kontekst I: Klepp, K.I. og Aarø, L.E (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* Oslo: Gyldendal akademiske
- Anne, T. (2011) Barn som har astma I: Lerdal, A., Fagermoen, M.S. (red.) *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag (105-130)
- Balife, M. (2007) Alcohol, diabetes and the student body. *Health, Risk & Society* 9(3): 241 – 257. doi: 10.1080/13698570701488951
- Barnard, K., Sinclair, J. M. A., Lawton, J., Young, A. J. og Holt, R. I. G. (2012) Alcohol-associated risks for young adults with Type 1 diabetes: a narrative review. *Diabetic Medicine*. 2012 Apr; 29(4):434-40. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03579.x.
- Behnke, S. (2004). Informed Consent and APA's new Ethics Code: enhancing client autonomy, improving client care. *APA's Ethics Rounds*, 35, 6, 80
- Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok*. Oslo: Akribe
- Coolican, H. (1999). *Research Methods and Statistics in Psychology*. London: Hodder & Stoughton Educational
- Diabetesforbundet (2010) Alkohol. Hentet 11. Mars 2014 fra: (http://www.diabetes.no/Alkohol.b7C_wlnK2p.ips)
- Diabetesforbundet (2011) *Diabetes og alkohol*. Hentet:28. Januar 2014 http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Faktaark/Faktaark/Diabetesogalkohol_2011.pdf
- Fekjær H.O. 2004 *RUS* Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Folkehelseinstituttet (2013) *Alkoholforbruk i Norge*. hentet: 25. Januar 2014 fra:http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5736:1:0:0:::0:0&MainContent_6263=6464:0:25,5737:1:0:0:::0:0&List_6212=6218:0:25,5751:1:0:0:::0:0
- Gammersvik, Å. Og Larsen, T. (red.)(2012) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Graue, M. (2002) Sykepleie til ungdom I: Skafjeld, A. (red.) *Diabetes -Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell* Oslo: Askibe forlag
- Helsedirektoratet (2009) *Nasjonale kliniske retningslinjer. Diabetes Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsepersonelloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.* Hentet: 11. Mars 2014 fra: Lovdata
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2011) The 2011 ESPAD Report- Substance Use Among Students in 36 European Countries. *ESPAD – the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* Hentet: 17.februar 2014 fra: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf
- Hiim, H. Og Hippe, E. (2009) *Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Jenssen, T. (2011) Diabetes mellitus I: Ørn s., Mjell, J. Og Bach-Gransmo, E. (red.) *Sykdom og behandling.* Oslo: Gyldendal norske forlag
- Joner, G. (2014) Diabetes type 1. *Diabetesforbundet.* Hentet: 9. februar 2014 fra: <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ipsSand, O.,>
- Jones, E, Sinclair, J.M.A., Holt, R.I.G. og Barnard, K. (2013) Social networking and understanding alcohol-associated risk for people with type 1 diabetes: Friend or foe? *Diabetes technology & therapeutics.* 15(4):308-14. doi: 10.1089/dia.2012.0327
- Kelly, K.B. (1998) *Ungdomsmedisin.* Stockholm: Liber AB
- Larsman, P., Eklöf, M. og Törner, M. (2012) Adolescents' risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: A literature review. *Safety Science.* 50 1740–1748. Hentet fra ScienceDirect.
- Leger, A., Stölten, C. og Bolmsjö I. (2009) Experiences og alcohol drinking among Swedish youths with 1 diabetes. *European Diabetes Nursing* 6 (1): 10-16. Hentet fra Cinahl.
- Malt, U. (2014) *Store medisinske leksikon.* Hentet: 27. Februar 2014. Fra: <http://sml.snl.no/komorbiditet>
- Mosand, R.D., Stubberud, D-G. (2012) Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grøseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1.* 4. Utgave Oslo: Gyldendal Norske forlag
- Njølstad, P.R., Bangstad, H-J. og Hodnekvam, K (2006) 2.17 diabetes mellitus. I: Klingenberg, C., Möller, T., Nilsen, C.N., Døllner, H. og Rajka. T. (2011) *Generell veileder I pediatri.* Hentet: 28. februar 2014 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/endokrinologi/diabetes-mellitus>

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 64 om helsepersonell m.v.*
Hentet: 11. Mars 2014 fra: Lovdata

- Rajka, L-G. K. (2011) Bare du ikke ligner læreren min! I: Lerdal, A., Fagermoen, M.S. (red.) *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag (131-159)
- Rossow, I. Og Klepp, K-I. (2009) Rusmiddelforebyggende arbeid. I: Klepp, K.I. og Aarø, L.E (red.) *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* Oslo: Gyldendal akademiske
- Roper, S. O., Call, A., Leishman, J., Ratcliff G.C., Mandleco, B.L., Dyches, T.T. Og Marshall E.S. (2009) Type 1 diabetes: Children and adolescents' knowledge and questions. *Journal of Advanced Nursing* 65(8), 1705-1714. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05033.x
- Sjaastad, Ø.V., Haug, E. Og Bjålie, J.G. (2011) *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi.* 2. Utgave. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Sykepleien (2008) *En av fem pasienter drikker for mye.* Hentet: 4. Mars 2014 fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/116662/en-av-fem-pasienter-drikker-for-mye>
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* Bergen: Fagbokforlaget
- Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Gammersvik, Å. Og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Viklund, G. og Wikblad K. (2009) Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing.* 18, 3262–3270 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02963.x