



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**SY180H 000**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

TEMA:

Unge jenter med type 1 diabetes og spiseforstyrrelser

Kandidatnummer: 1 og 103

Antall ord: 9872



# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING.....</b>	<b>2</b>
1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN .....	2
1.2 AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	2
1.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN .....	3
<b>2.0 PRESENTASJON AV METODE.....</b>	<b>4</b>
2.1 LITTERATURSTUDIE .....	4
2.2 KRITIKK AV METODEN .....	5
2.3 LITTERATURSØK.....	5
2.4 KILDEKRITIKK.....	9
<b>3.0 TEORI.....</b>	<b>11</b>
3.1 TYPE 1 DIABETES .....	11
3.1.1 Symptomer.....	11
3.1.2 Hvem får diagnosen.....	12
3.1.3 Behandling.....	12
3.2 SPISEFORSTYRRELSER .....	13
3.2.1 Anorexia Nervosa .....	13
3.2.2 Bulimia Nervosa .....	14
3.2.3 Insulin Purging (underdosering av insulin).....	14
3.2.4 Overspisingslidelse.....	14
3.2.4 Komplikasjoner ved kombinasjon type 1 diabetes og spiseforstyrrelser .....	15
3.3 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI.....	16
3.3.1 Kommunikasjon .....	16
3.3.2 Menneske-til-menneske-forhold.....	17
3.3.3 Familien.....	18
<b>4.0 OPTIMAL BEHANDLING OG SYKEPLEIE.....</b>	<b>20</b>
4.1 PASIENTHISTORIENES PERSPEKTIVER (CASE) .....	20
4.2 HVORDAN SKAPER VI TILLITT TIL PASIENTENE? .....	22
4.3 HVORDAN KAN VI VEILEDE PASIENTENE TIL MOTIVASJON OG MESTRING?.....	24
4.4 HVA ER MÅLET MED BEHANDLINGEN VI GIR OG HVORFOR? .....	27
<b>5.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>29</b>
<b>6.0 LITTERATUR .....</b>	<b>30</b>

## 1.0 INNLEDNING

Gjennom vår praksis som sykepleierstudenter har vi møtt mange pasienter med type 1 diabetes. Noe vi har lagt spesielt merke til, er jenter som har vært inne til behandling med en kombinasjon av to sykdommer; type 1 diabetes og spiseforstyrrelser. Vi har møtt på to jenter som begge hadde type 1 diabetes og spiseforstyrrelser men med svært forskjellige historier og sykdomsforløp, men mange av de samme utfordringene i møtet med helsepersonell. Den ene jenta hadde utviklet tvangstanker i forhold til blodsukkerbehandling, og videre en anoreksi som resulterte i mange insulinsjokk. Den andre jenta utviklet spiseforstyrrelser i det hun skulle begynne å ta sin diabetes på alvor. Hun satte selv mer insulin for å holde et jevnere blodsukker. Dette resulterte i vektøkning, panikk og utvikling av bulimi og insulin purging. Hun lot være å ta sitt insulin som igjen resulterte i at hun fikk syreforgiftning. Vi ser at kombinasjonen mellom diabetes og spiseforstyrrelser kan føre til store konsekvenser for pasientene, og vi har derfor valgt å fordype oss i, og skrive om teamet.

Pasienter vi har møtt har fortalt at mye av behandlingen av diabetesen, og møtet med helsepersonell ofte preges av anstrengte forhold til leger og sykepleiere. Dette vekket en interesse i oss og vi ønsker gjennom denne oppgaven å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan møte denne pasientgruppen på en best mulig og medmenneskelig måte som kan skape et trygt og tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient.

### 1.1 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN

*”Hvordan kan vi som sykepleiere møte pasienter med diabetes type 1 og spiseforstyrrelser slik at de opplever optimal behandling og pleie”*

### 1.2 AVGRENSNING AV OPPGAVEN

Ut i fra litteraturen vi har funnet og erfaringene vi har fått gjennom vår praksis er det ofte i puberteten unge jenter utvikler en spiseforstyrrelse. Vi velger derfor å begrense oppgaven til jenter i alderen 12-19 år med diagnosen type 1 diabetes. Vi vil ikke gå særlig inn på årsakene til at de utvikler sykdommene, men fordype oss i hva vi som sykepleiere kan gjøre når de har diagnosene diabetes type 1 og spiseforstyrrelser. Vi har også valgt å begrense oppgaven til at jentene er innlagt på sykehus.

### 1.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN

Hensikten med denne oppgaven er at vi som sykepleierstudenter skal fordype oss i et emne som har interessert oss gjennom sykepleierutdanningen. Vi skal snart ut å jobbe som selvstendige sykepleiere og vi mener det er viktig med bedre kunnskap på det området vi skriver om. Vi har opplevd at det er lite fokus på kombinasjonen diabetes og spiseforstyrrelser. Mange diabetikere tenker nok ikke over faren ved denne kombinasjonen når de er unge og ”uvitende”. Hvis vi som pleiere har kunnskapene på plass og kan klare å skape en trygghet og tillit kan vi kanskje klare å hjelpe på en bedre måte.

Vi skal gjennom oppgaven lære å tilnærme oss kunnskapen ved å forske og søke etter relevant kunnskapsbasert litteratur, både gjennom pensum litteratur, selvvalgt litteratur og forskningsbaserte artikler. Vi skal kunne bruke det vi finner av litteratur til å sette sammen og drøfte problemstillingen opp mot relevant litteratur og egne erfaringer.

## 2.0 PRESENTASJON AV METODE

En metode er den fremgangsmåten og det middelet vi bruker for å løse vårt problem og tilegne oss ny kunnskap. Dette er vårt redskap i det vi ønsker å undersøke, og hjelper oss å samle inn data. Med data menes den informasjon vi trenger til det vi vil undersøke. Metoden er veien mot målet og forskerne må gjøre rede for denne veien og de valgene som er tatt underveis. Den må beskrives og man må redegjøre for metodens innvirkning på resultatet (Dalland, 2007).

Sykepleie er et fagområde underlagt vitenskapsteoretiske tradisjoner. Kvalitative og kvantitative metoder brukes ofte. Forskjellen på disse er hvordan den data som blir brukt er samlet inn på. Kvantitativ metode gir oss målbare resultater i form av for eksempel tall og den kvalitative metoden fanger mer opp meninger og opplevelse som ikke kan måles i tall (Dalland, 2007). Helt frem til 1970 var det medisinsk forskning som la grunnlaget for sykepleiefagets teori. Derfor var helsefaget påvirket av et positivistisk kunnskapsideal. Fra 1970 årene vokser det frem nye teoriretninger samtidig som sykepleiefaget selvstendigjøres og profesjonaliseres som eget fag. Hermeneutikken utgjorde et viktig alternativ og har overtatt mye av positivismens oppmerksomhet sammen med fenomenologien (Aadland, 2009). Den positivistiske metoden er det vi kan observere eller regne oss frem til. Den hermenautiske metoden handler om å forstå ting gjennom våre handlinger, ytringer og språk gjennom at man fortolker fenomener (Dalland, 2007).

## 2.1 LITTERATURSTUDIE

I all forskning starter man prosessen med en gjennomgang av den litteraturen man vil bruke. En litteraturstudie skal ha en klar fremstilling, en begrensning, et metodevalg og det må foreligge tidligere forskning. Litteraturstudie inneholder publiserte og ikke publiserte studier. Man må anvende tidligere forskning og bedømme studiets relevans og pålitelighet. For at leserne skal kunne benytte kunnskapen, må vi være nøye på hvor den kommer fra. Fremgangsmåten og valgene som tas underveis i oppgaveskrivingen må beskrives. Nøyaktig innsamling, analysing og behandling av den dataen som er samlet inn er veldig viktig slik at resultatet ikke blir avhengig av den som utførte undersøkelsen. Resultatene skal også være kontrollerbare og dataen skal være pålitelig og ha relevans for den problemstillingen som er valgt (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Evidens basert vitenskap finnes ofte allment tilgjengelig i form av publiserte artikler i vitenskapelige tidsskrifter. Tanken rundt evidensbasert sykepleie er at mennesker har rett til å motta omsorg basert på mest relevant dokumentasjon ut fra sine individuelle behov (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Det er viktig med systematiske litteraturstudier innen sykepleiefaget. Resultatene av disse kan gi grunnlaget for nyttige kliniske retningslinjer. Evidensbasert sykepleie er en prosess hvor man systematisk samler inn kvalitetskontrollerte forskningsresultater og bruker dem i praksis. I sykepleieforskning brukes både kvalitative og kvantitative metoder og den systematiske litteraturgjennomgangen bør omfatte begge typer studier. Det er viktig å understreke at evidensbasert sykepleie er basert på vitenskapelige studier og erfaringer i praksis (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

## 2.2 KRITIKK AV METODEN

Litteraturstudier har sine sterke og svake sider. Noe som kan anses som positivt er at man kan fordype seg i den nyeste forskningen innen et tema, og se utviklingen i faget. I tillegg kan man sammenligne mange artikler og se om det er samsvar mellom dem. I følge Dalland (2007) er det negative med metoden at forfatteren av artikkelen eller boken har tolket og bearbeidet sitt materiale før vi skal gjøre det.

De fleste artiklene våre er skrevet på engelsk. Derfor er feiltolkninger og feil oversettelse mulige kilder til feil i oppgaven vår. Men siden vi har vært veldig bevisste på dette siden starten har vi brukt mye tid på å unngå disse feilene. Vi har brukt Googles oversettingsverktøy for å oversette artiklene i fulltekst, og sittet med både originalen og den oversatte versjonen når vi har lest. På denne måten har vi forhåpentligvis forminskert sjansene for feil. Men det vil alltid finnes en viss fare for feiltolkning uansett når en bruker sekundærlitteratur. Vi er alle individuelle og vi har våre egne forforståelser og tolkninger ut fra det vi ønsker å skrive om (Dalland, 2007).

## 2.3 LITTERATURSØK

Da vi begynte å søke på artikler til denne oppgaven var det hovedsakelig diagnosene vi søkte på. "Type 1 diabetes", "spiseforstyrrelser", "anoreksi" og "bulimi". Søkene ble foretatt på norsk via BibSys, men vi fant etter ganske kort tid ut at vi måtte søke på engelsk også. Ord som "insulin purging", "eating disorders", "disordered eating" og "binge eating" ble tatt i

bruk. Vi begynte også å bruke andre databaser. Vi søkte i NorArt, Ovid, SweMed, PubMed, Joanna Briggs og Cochrane, men vi fant ikke så mange relevante artikler. Da vi hadde bestemt oss for å ta utgangspunkt i Joyce Travelbees sykepleie teori endret våre søk seg. Vi begynte å søke via SCOPUS som har samlet artikler fra mange databaser. Søkeordene var nå kun engelske og handlet mer om kommunikasjon og forhold mellom pasient og sykepleier. De engelske artiklene vi endte opp med til slutt ble funnet etter søk på SCOPUS med søkeordene: ”Type 1 diabetes”, ”eating disorders”, ”disordered eating”, ”communication”, ”interpersonal relationship” og ”insulin purging”. Disse søkeordene ble kombinert på forskjellige måter og vi endte til slutt opp med fire artikler vi synes var relevante for oppgaven. I tillegg til de artiklene vi fant på denne måten har vi brukt pensumlitteratur, fagbøker, artikler funnet i manuelt søk og en doktorgradsavhandling. Artiklene fra det manuelle søket ble funnet ved å søke på sykepleierforbundets sider, [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no).

Siden vi skiftet fokus underveis i arbeidet med oppgaven har vi lest mange artikler i løpet av arbeidsprosessen. I fulltekst har vi lest over 30 artikler, mens vi har lest cirka 70 utdrag fra artikler. Vi føler at fagbøkene og artiklene om type 1 diabetes og spiseforstyrrelser dekker behovet for kunnskap om hvor skadelig denne kombinasjonen er. Å finne forskning som kan bevise hva som er riktig måte å møte en pasient på har derimot visst seg å være vanskelig. Men vi føler at de artiklene vi har funnet belyser flere sentrale perspektiver på hva som er viktig å ha i tankene når man møter en pasient.

Under følger en oversikt over de artiklene som er inkludert i oppgaven og ble funnet etter søk i databasene.

<b>Søkeord:</b>	<b>Artikkelens tittel:</b>	<b>Søkebase:</b>	<b>Antall brukt:</b>
Insulin purging	Disordered Eating Behavior in Individuals With Diabetes - Importance of context, evaluation, and classification	Scopus	2
<b>Begrensninger i søket:</b>		<b>Antall treff i søket:</b>	<b>Antall lest:</b>
Årstall: 2009-2011		3	2
			<b>Antall abstrakt lest:</b>
			3

<b>Søkeord:</b>	<b>Artikkelens tittel:</b>	<b>Søkebase:</b>	<b>Antall brukt:</b>
Insulin purging	Disordered eating in girls with Type 1 diabetes: Examining directions for Prevention	Scopus	2
<b>Begrensninger i søket:</b>		<b>Antall treff i søket:</b>	<b>Antall lest:</b>
Årstall: 2009-2011		3	2
			<b>Antall abstrakt lest:</b>
			3



<b>Søkeord:</b>	<b>Artikkelens tittel:</b>	<b>Søkebase:</b>	<b>Antall brukt:</b>
Interpersonal relationships AND communication AND type 1 diabetes	Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes	Scopus	1
<b>Begrensninger i søket:</b>		<b>Antall treff i søket:</b>	<b>Antall lest:</b>
Begrensninger i søket: Årstall: 2009-2011 Kategorier: nursing + articles		1	1

<b>Søkeord:</b>	<b>Artikkelens tittel:</b>	<b>Søkebase:</b>	<b>Antall brukt:</b>
insulin purging AND diabetes	Eating disorders and diabetes	Scopus	1
<b>Begrensninger i søket:</b>		<b>Antall treff i søket:</b>	<b>Antall lest:</b>
Begrensninger i søket: Årstall: 2007-2011 Kategorier: nursing		3	2

## 2.4 KILDEKRITIKK

For å holde oppe reliabiliteten i det vi selv skriver, blir det viktig for oppgaven vår at vi alltid undersøker at kildene er pålitelige. Spørsmål vi stiller oss er ”hvem har gitt ut dette”, ”hvem har skrevet det”? Det er mulig å formulere en tekst slik man ønsker det ut fra de forutsetningene man har, og det er derfor viktig for oss å ta forbehold om at forfatteren eller utgiveren av artiklene eller bøkene muligens har vinklet den for å oppnå et bestemt resultat. Vi har prøvd å bruke primærkilder så mye som mulig. Men siden noen av artiklene vi har funnet er litteraturstudier kan man vurdere mye av det som er funnet der som sekundærkilder.

Artiklene vi har valgt å ta med i denne oppgaven er et utvalg av artikler vi har gått i gjennom mens vi har jobbet. De er inkludert fordi de har hjulpet oss mest i arbeidet med å svare på vår problemstilling. Altså at de er relevante for vår oppgave. Det vi må være forsiktig med når vi gjør en litteraturstudie er at vi tolker andres tolkninger. På den måten kan man ende opp med noe annet enn det primærkilden egentlig mente. Styrken ved litteraturstudier er at man kan bruke oppdatert forskning og finne ut hvordan utviklingen går.

Artikkelen ”Disordered eating behavior in individuals with diabetes - Importance of context, evaluation, and classification”, er en gjennomgang av forskning fra 1980-2008, altså en litteraturstudie. Styrkene ved denne artikkelen er at den har tatt for seg over 100 artikler og analysert innholdet i disse for å finne ut hvordan forskningen på området utvikler seg. Ingen interessekonflikter er meldt om denne artikkelen. Den er skrevet av Deborah L. Young-Hyman og Catherine L. Davis. De har ikke presentert noen etiske overveielser, men siden det er en litteraturstudie er ikke så mange etiske overveielser aktuelle. Svakheter med artikkelen kan være, som gjelder alle litteraturstudier, at man tolker andres forskning og deres tolkninger av funnene.

”Eating disorders and diabetes” skrevet av Khalid Ismail, er en annen litteraturstudie vi har brukt. Forfatteren tar for seg forskning fra 49 studier, men sier lite om hvorfor artikkelen er skrevet. Hun skriver også generelt lite om hvordan hun har gått fram metodemessig. Vi har derfor bare brukt denne artikkelen til å underbygge annen litteratur.

Carina Sparud-Lundin, Ingbritt Öhrn og Ella Danielson har skrevet artikkelen ”Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes”. Her presenterer de 13 jenter i ung voksen alder og foreldrene deres, som har blitt intervjuet i en kvalitativ studie. Denne artikkelen skulle undersøke betydningen av interaksjoner med og støtte for selvledelse fra

foreldre og andre viktige andre for unge voksne med type 1 diabetes. De har intervjuet både jentene og foreldrene hver for seg før de har analysert svarene. I tillegg har de brukt et samtale-forum for diabetikere på internett for å samle informasjon gjennom samtaler der. Etiske overveielser er tatt ved å innhente godkjenning fra en etikk komité. I tillegg ble det mottatt et informert samtykke fra alle intervju objektene. Forskningen har ikke mottatt noen økonomisk støtte og ingen interessekonflikter er erklært.

Den siste artikkelen vi har brukt fra database-søkene våre heter ”Disordered eating in girls with Type 1 diabetes: Examining directions for prevention”. Den er skrevet av Karina Starkey og Tracey Wade fra Australia. De har gjort en litteraturstudie som tar for seg studier fra 1990-2009. Artikkelen er skrevet som en forespurt gjennomgang av litteraturen og forskningen og er presentert i tidsskriftet *Clinical Psychologist*.

I tillegg har vi brukt en doktorgrads avhandling av Haug (2009), kalt ”Diabetes i kropp og sinn – teorien om de spesifikke psykologiske prosessene ved type 1 diabetes”. Han er psykolog og har siden 1980 skrevet mange forskningsartikler om diabetes og har et kjent navn innenfor emnet.

Vi vil også nevne at det ikke er vi som gjør de etiske overveielserne siden vi bruker andres litteratur. Men i de to casene våre har vi hele tiden informert de vi har skrevet om hva vi kommer til å bruke og brukt reglene om taushetsplikt. Navnene er skiftet og man vil ikke kunne vite hvor man har hentet denne informasjonen.

## 3.0 TEORI

### 3.1 TYPE 1 DIABETES

Type 1 diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom som skyldes at kroppen mangler evnen til å produsere hormonet insulin. Artikkelen ”Eating disorders and diabetes” (Ismail, 2008) beskriver hvor omfattende denne sykdommen er for kroppen rent fysisk med sine mange symptomer, men også om den psykiske belastningen og at denne har fått oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. Også Haug (2009) med sin doktorgradsavhandling ”Diabetes i Kropp og Sinn” fokuserer på å forstå diabetes som mer enn en fysisk sykdom, da det er omfattende psykiske belastninger forbundet med å leve med diabetes. Denne kroniske sykdommen kan oppstå når som helst i livet men for de fleste oppstår den i barne- og ungdomsårene. Diagnosen blir vanligvis påvist ved at pasientene har opplevd økende tørste, har nedsatt almenntilstand, vekttap og økende vannlating. Urinveisinfeksjoner og soppinfeksjoner i underlivet samt syreforgiftning er andre symptomer som ofte opptrer med debut av type 1 diabetes (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes og Røyse, 2009).

Type 1 diabetes er en autoimmun sykdom, hvor de insulinproduserende cellene, også kaldt betaceller, ødelegges av kroppens eget immunforsvar. Immunforsvaret oppfatter insulincellene som fremmede og ødelegger dem. Når disse cellene ødelegges mister man de cellene i kroppen som produserer insulinet (Christophersen, 2004).

#### 3.1.1 Symptomer

Utbrudd av type 1 diabetes hos barn og unge voksne er ofte voldsomme og akutte. Det kan være vanskelig å vite om det dreier seg om type 1 eller type 2 diabetes. Betacellene ødelegges gradvis og det kan ta en tid før kroppen slutter helt med å produsere insulinet. Dermed kan kroppen enda produsere små mengder insulin når diagnosen settes hos legen (Christophersen, 2004).

Typiske symptomer er:

- Mye og ofte tissing
- Tørste selv om man drikker mye
- Generelt ubehag, dårlig appetitt og slapphet
- Vekttap
- Slørete syn
- Kløe og sopp nedentil (pga sukker i urinen)

(Christophersen, 2004, s.19)

Insulinet produseres i de langerhansker øyer i bukspyttkjertelen (pankreas). Ved mangel på insulin i kroppen kan ikke stoffskiftet fungere som det skal. Sukkerinnholdet i blodet stiger og skiller ut i urinen ved et blodsukker på over 10 mmol/l. Sukkeret drar med seg vann og nyttige salter slik at kroppen tørkes opp. Med et stoffskifte i kraftig ubalanse vil det oppstå ufullstendig forbrenning av fett. Urin og blod fylles opp med syre (ketoner). Det kan i verste fall føre til diabetisk koma med alvorlig syreforgiftning (Christophersen, 2004). Symptomer på akutt diabetisk koma kan utvikles raskt. Personen vil kunne ha magesmerter, rødlig ansiktsfarge, kvalme og brekninger, og det er vanlig at pasientene hyperventilerer. De gjør dette for å klare å kompensere for den metabolske acidosen. Grunnen til den metabolske acidosen er at ketonlegemer produseres i leveren og øker konsentrasjonen av ketoner i blodet. Det lukter ofte aceton av ånden og personen vil ha gradvis svekket bevissthet helt til han havner i koma (Jacobsen et al., 2009).

### *3.1.2 Hvem får diagnosen*

En må være genetisk disponert for å kunne få type 1 diabetes. Men selv om du er genetisk disponert betyr det ikke at du ender opp med diagnosen. "Maksimalt 13 % av barn- og ungdom som får diabetes, har foreldre eller søsken med diabetes" (Hanås, 2011, s.310). Omtrent 60- 70 % av de som får type 1 diabetes får det på grunn av risikofaktorer som infeksjoner, eller miljøfaktorer og ikke på grunn av arvelige faktorer. Noen mulige årsaker til utvikling av type 1 diabetes kan være for god hygiene i spedbarnsalder, virusinfeksjoner hos mor under svangerskapet, og hvis man gir ku melk til små barn før fylte seks måneder (Hanås, 2011).

### *3.1.3 Behandling*

Målet med diabetesbehandling er å unngå symptomer som kommer av et høyt blodsukker samt hindre utviklingen av seinkomplikasjoner. For å sikre seg best mulig mot seinkomplikasjoner anbefales det at blodsukker i gjennomsnitt ikke ligger over 10 mmol/l i løpet av døgnet. Insulinbehandling er noe alle type 1 diabetikere er avhengige av for å kunne leve med sykdommen. Jamfør Jacobsen et al. (2009), er insulin er et proteinhormon som må injiseres for å virke. Insulinet virker ved å slippe sukkeret inn i musklene hvor det forbrennes. Uten insulin blir sukkeret gående i blodbanen og dette fører til forhøyet pH-verdi i blodet, og man risikerer en syreforgiftning. Insulinet hos en diabetiker settes subkutan med egne insulinpenner eller en insulinpumpe. Det finnes to hovedgrupper insulin; hurtigvirkende som settes før hvert måltid og langtidsvirkende. Langtidsvirkende insulin finnes i flere varianter med 12 - 24 timers virkningstid.

Diabetes er en sykdom som oppfører seg forskjellig hos alle, og man må selv finne ut det som er best for seg selv. Derfor må behandlingen tilpasses den enkelte og det må samtidig være et mål å unngå for hyppige og mange insulinfølinger. Motivasjon og opplæring er en svært viktig del av diabetesbehandlingen. Personene trenger mye motivasjon og mestringsfølelse for å være i stand til å ta ansvar for sin egen sykdom. Diabetes er en kronisk sykdom der tverrfaglig samarbeid mellom flere kategorier av helsepersonell må kunne samarbeide for å gi best mulig støtte til pasienten. Målet med behandlingen er at pasientene skal mestre sin egen sykdom på en optimal måte. Opplæring og motivasjonsarbeid må starte med en gang diagnosen er satt og vare livet ut (Jacobsen et al., 2009). Artikkelen ”*Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon*” (Ravnestad, 2003) støtter det som står ovenfor om opplæring og motivasjonsarbeid. Den sier at vår rolle som sykepleiere er å formidle kunnskap til pasientene som er sentralt for diabetes. Informasjonen har som formål å hjelpe pasienten å forstå, bearbeide situasjoner, bli motiverte og starte prosessen mot bedret motivasjon og egen omsorg.

## 3.2 SPISEFORSTYRRELSER

Selv om spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse påvirker den også pasientenes kroppslige funksjoner. De som har spiseforstyrrelser utsetter kroppen sin for store belastninger som igjen gjør at spiseforstyrrelsen kan forverre seg (Skårderud, 1997). ”Psykososialt ytrer spisevegring seg som overopptatthet av kalorier, slanking og kroppens utseende” (Hummelvoll, 2004, s. 289).

### 3.2.1 Anorexia Nervosa

Anorektikerne er de vi omtaler som ”de som spiser for lite”. Jamfør Hummelvoll (2004) må disse kriteriene må være tilstede for å få diagnosen:

- a) Pasienten nekter å opprettholde sin normale vekt enda vekten er langt under det som anbefales.
- b) Intens frykt for å legge på seg.
- c) Forstyrret kroppsbilde.
- d) Ser seg selv som tykke enda de er helt avmagret.
- e) Menstruasjonen har vært borte minst tre ganger på rad.

Å ha denne sykdommen over lengre tid kan føre til mange alvorlige kroppslige komplikasjoner (Hummelvoll, 2004).

### 3.2.2 *Bulimia Nervosa*

Bulimikerne er de vi omtaler som ”de som spiser kaotisk”. Jamfør Hummelvoll (2004) er vanlige trekk hos denne pasientgruppen:

- a) Ofte gjentatte episoder hvor de overspiser.
- b) Følelse av å miste kontroll.
- c) Unngår å gå opp i vekt ved å kaste opp.
- d) Bruker avføringsmidler, dietter, trening og vanndrivende.
- e) Uregelmessig menstruasjon
- f) Lavt blodsukker
- g) De har ofte syreskader på tennene, skader på spiserør og stemmebånd og magekatarr på grunn av hyppige episoder oppkast. Menstruasjonen blir uregelmessig.

Bulimikerne er ofte opptatte av mat, utseende og kanskje trening, og preges av en tilbakevendende enorm trang til å spise masse mat for så å finne måter å kvitte seg med maten på (Hummelvoll, 2004).

### 3.2.3 *Insulin Purging (underdosering av insulin)*

Insulin purging er en spiseforstyrrelse som bare ses hos personer med insulinbehandlet diabetes. Når en diabetiker unnlater å ta, eller reduserer kraftig på insulindosene sine, vil sukkeret som nevnt ovenfor ikke forbrennes i musklene men gå i blodbanene, og blodsukkeret blir svært høyt. Dette reduserer appetitten. Ved økt utskillelse av sukker i urinen vil urinmengden øke og gi en vanndrivende effekt. Denne slankemetoden gir et raskt vekttap og en betydelig forstyrret regulering av diabetesen. Når insulin purging blir kombinert med perioder av overspising kan det anses som en form for bulimia nervosa. (Frostad et al., 2005).

### 3.2.4 *Overspisingslidelse*

Denne typen spiseforstyrrelse kan medføre overvekt, og/eller blodsukkersvigninger. Overspisingslidelse kan også brukes som en beskrivelse på det som skjer når en diabetiker har lavt blodsukker og instinktivt spiser helt til følingsssymptomene gir seg. Når kroppen endelig kjenner at symptomene på det lave blodsukkeret har gitt seg, har man ofte spist for mye da kroppen bruker tid til å ta opp alt sukkeret i maten. Alt man har spist etter at kroppen egentlig fikk nok mat, men ikke enda har tatt opp sukkeret fra, er overspising. Man kan altså

dermed si at man har overspist hvis man ikke har gitt maten tid til å virke underveis. Hos enkelte diabetikere kan kicket fra å spise ukritiske mengder mat ved føling bli en vond sirkel, hvor man oppsøker episoder med lavt blodsukker for å få fri fra det strenge regimet man i utgangspunkt lever i (Frostad, Abrahamsen, Mjøsund, Jensen og Liavaag, 2002). Jamfør Haug (2009) føler mange at det er så krevende å leve med kostholdsregulering, at de føler en uimotståelig trang til å ta seg fri fra dette i form av overspising, når man er alene og ikke under andres påsyn.

#### *3.2.4 Komplikasjoner ved kombinasjon type 1 diabetes og spiseforstyrrelser*

I følge artikkelen "Disorder eating in girls with Type 1 diabetes: Examining directions for prevention" (Starkey & Wade, 2010), har jenter med type 1 diabetes en økt risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse. Det understrekes at kombinasjonen av diagnosene er svært alvorlig og kan fremskynde mortalitet. Omkring 10 % av unge kvinner med diagnosen type 1 diabetes har eller har hatt en form for spiseforstyrrelser. Subkliniske spiseforstyrrelser er en benevnelse på at man sliter med et anstrengt forhold til mat og dette er ofte forstadiet til spiseforstyrrelser. Dermed kan en si at en fjerdedel av alle jenter mellom 12 og 19 år med diagnosen type 1 diabetes har enten kliniske eller subkliniske spiseforstyrrelser og er i fare for komplikasjoner (Frostad et al., 2002).

Jamfør Jacobsen et al. (2009) er de vanligste komplikasjonene ved kombinasjonen type 1 diabetes og spiseforstyrrelser:

- Diabetisk retinopati – En alvorlig tilstand i øyet som kan true synet. Utviklingen kan hindres ved god blodsukkerregulering eller laserbehandling.
- Nefropati – Det skilles ut små mengder eggehvite i urinen. Det kommer av en lekkasje i glomerulusnøstet slik at eggehvitestoffer slipper ut, noe de normalt sett ikke skal gjøre. Ved proteinuri har diabetikeren utviklet en diabetisk nyreskade. Ved videre utvikling vil nyrenes funksjon svekkes, blodtrykket kan stige, og det kan resultere i en nyresvikt. diabetes er en stor og viktig årsak til nyresvikt, og det må behandles med dialyse. Og blodsukkerkontroll kan redusere faren.
- Kronisk autonomi – Hvis autonome nerver skades kan det oppstå rask puls, menn kan bli impotente, mage tarm funksjonen forstyrres og de endrer gjerne svettmønstre.



- Nevropati – Er en alvorlig nerveskade som kan ramme en diabetiker på flere måter. Det kan gi nedsatt følelser i føtter og hender. Muskelfunksjonen i små muskler i føtter og hender kan svekkes og de kan lett få sår. Disse sårene gror ikke siden de hele tiden utsettes for stor belastning.

I følge Frostad et al.(2002) viser det seg at kombinasjonen spiseforstyrrelser og diabetes gir en økt forekomst av komplikasjoner, seinkomplikasjoner og mortalitet. Blodsukkerreguleringen vil bli dårlig ved både alvorlige og moderate spiseforstyrrelser og det ender ofte med hyppige sykehusinnleggelseser. Akutte komplikasjoner som hyperglykemi (høyt blodsukker) og hypoglykemi (lavt blodsukker) oppstår ofte. Kombinasjonen diabetes og spiseforstyrrelser kan føre til at seinkomplikasjoner opptrer tidligere.

### 3.3 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI

Vi har tatt utgangspunkt i Joyce Travelbee sin sykepleierteori i vår oppgave. Hun definerer sykepleie slik;

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee (1999) sier at sykepleie alltid dreier seg direkte eller indirekte om mennesker. Sykepleiere hjelper andre enten de er pasienter eller pårørende, men Travelbee mener at dette ikke er godt nok. Hun mener at en god sykepleier skal ha kunnskaper om smerter og lidelse, og være flink til å kommunisere og skape tillit. Hun understreker også at det ikke bestandig er mulig å hjelpe pasienter til helbredelse. Da blir det enda viktigere å kunne hjelpe de som trenger det til å mestre sin situasjon. Med hjelp til mestring og motivasjon vil det åpne seg muligheter for pasienten å komme seg videre i livet.

#### 3.3.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon handler om en samhandling mellom to eller flere individer. Man har en sender, en mottaker og et budskap. Dette er de tre elementene som må til for å kommunisere. Senderen og mottakeren kan veksle mellom hvem som sender og hvem som mottar informasjon. Hver gang man møter ett menneske skapes det en form for kommunikasjon. Enten de er verbal eller non verbal. Er kommunikasjonen verbal er den med ord og er den non verbal er den uten ord (Travelbee, 1999).

Travelbee sier videre at all samhandling mellom den som trenger hjelp og den som gir hjelp åpner en mulighet for å bli bedre kjent med den andre personen. Gjennom denne samhandlingen skaper man et menneske-til-menneske-forhold. Videre sier hun at all samhandling mellom to mennesker er ulike og det er derfor umulig å lage egne klare prosedyrer for hvordan man møter mennesker. Men man vet at det er viktig med kommunikasjon og det er derfor viktig at sykepleiere utvikler evner til kommunikasjon og relasjonsbygging. Det er igjennom kommunikasjon sykepleieren gjør seg kjent med den syke, fastslår og ivaretar sykepleiebehovene og oppfyller sykepleiens mål og hensikt. Kommunikasjonen er ikke målet, men virkemiddelet for å oppfylle sykepleiens mål og prinsipper. Det å gjøre seg kjent med den syke er grunnlaget for å kunne gi individuell behandling til pasienter. Ikke alle har de samme behovene og ønskene. Hjelpen vi gir oppfattes forskjellig fra pasient til pasient. Non-verbal kommunikasjon innebærer ansiktsuttrykk, gester, bevegelser og lyder uten ord. Det er en kontinuerlig prosess som er tilstede sammen med den verbale kommunikasjonen, og når du ikke snakker. Det er derfor veldig viktig å være bevisst på hvordan du bruker kroppen i møte med den du skal pleie, når du prater men også når du er sammen med pasienten uten å prate (Travelbee, 1999).

### *3.3.2 Menneske-til-menneske-forhold*

Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien innebærer at man deler opplevelser og erfaringer sammen med pasienten. Travelbee (1999) sier at menneske-til-menneske-forholdet bygges opp gjennom fem faser. Det ”innledende møtet”, ”fremvekst av identiteter”, ”empati”, ”sympati og medfølelse” og ”gjensidig forståelse og kontakt”.

Det innledende møtet er den første fasen hvor sykepleieren møter pasienten for første gang. Sykepleieren vil her observere, bygge seg opp antakelser og skape meninger om pasienten, og pasienten vil gjøre det samme om sykepleieren. I denne fasen vil sykepleieren se pasienten som ”den syke” og pasienten vil se sykepleieren som en sykepleier. Sykepleierens største oppgave i denne fasen er å bryte ned inntrykket for å kunne se mennesket bak sykdommen. Den neste fasen kalles fremvekst av identiteter. Her bryter man ned tankene om at pasienten er syk, og begynner å se det unike med denne personen. Man fanger opp hva personen føler og tenker, men ikke hvordan man oppfatter pasienten. I empatifasen tar man som sykepleier del i pasientens psykiske tilstand. Man opplever å ha forstått pasienten og er i stand til å forutsi pasientens atferd. Dette er en bevisst prosess, man er klar over at man setter seg inn i

den andres tilstand. Man kan si at man som sykepleier bevisst går inn for å prøve å forstå pasientens tanker og atferd slik at man videreutvikler forholdet mens man hjelper pasienten.

Nå har man lært den andre å kjenne og fasen hvor man viser sympati og medfølelse har startet. I denne fasen tar man med seg det man har lært om og fra pasienten. Og som sykepleier starter man ut fra dette arbeidet med å lindre plagene til ” den syke”. Den siste fasen i menneske-til-menneske-forholdet er gjensidig forståelse og kontakt. Nå har man oppnådd målet. Vi kan se på hverandre ut fra hvem vi er og hvilken rolle vi har. Sykepleieren gjør sin jobb for å lindre plagene til pasienten ved å bruke seg selv terapeutisk. For å klare å bruke seg selv terapeutisk må sykepleieren ha selvinnsikt og evne til å tolke sin egen og andres atferd. Når man har nådd dette undermålet mener Travelbee at man har det redskapet som skal til for å nå det endelige målet; Å hjelpe til med forebygging eller mestring av sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Med menneske-til-menneske-forholdet som kontekst kan sykepleieren gå inn med den hjelp som trengs. Når hun har oppnådd dette forholdet bør hun kunne forutsi noen av problemene den syke vil stå ovenfor og hvordan han bør håndtere disse. I denne undervisningen kan gjerne familien være til stede. Det er ofte de små utfordringene pasienten vil møte på som kan være lurt å fortelle om og hvordan de kan håndteres. Travelbee (1999) sier også at sykepleiere hele tiden må være villige til å bruke nyeste teknologi og forskning for å kunne hjelpe så godt som mulig.

### *3.3.3 Familien*

Det er ikke bestandig bare den syke som trenger hjelp av sykepleierne. Ofte vil sykdom av et familiemedlem påvirke familien. Travelbee (1999) sier at det er viktig at man ikke tenker på familien som en byrde. Man må heller gå inn for å bli kjent også med de pårørende. Da kan man lettere hjelpe dem med det de lurer på rundt den syke. Man kan være behjelpelig med å informere om tilbud som finns for den enkeltes sykdom og om nødvendig hva tilbudene går ut på. Det er også viktig hele tiden å huske at sykdom kan være tungt for familien både fysisk og psykisk, og at hver gang man hjelper familien hjelper en også den syke. Denne teorien støttes også av artikkelen ”Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes”(Sparud-Lundin, Öhrn & Danielson, 2009) som fremhever foreldrenes rolle ovenfor barna sine langt ut i livet. Artikkelen sier mye om foreldrenes rolle som løsningsorientert og

med den riktige nødvendige forståelsen for både diabetikeren, og diabetesen i seg selv. Dette er ofte unikt for familien som de nærmeste til den det gjelder.

## 4.0 OPTIMAL BEHANDLING OG SYKEPLEIE

### 4.1 PASIENTHISTORIENES PERSPEKTIVER (CASE)

Som nevnt i innledningen er det to historier som har lagt grunnlaget for vårt ønske om å skrive om diabetes og spiseforstyrrelser. Vi vil gi et lite innblikk i hver av disse da de er så forskjellige, og trekke elementer fra disse til drøftingen av teorien. Historiene belyser at utfordringene for oss sykepleiere gjerne ikke handler direkte om kunnskaper rundt diagnosene type 1 diabetes og spiseforstyrrelser, men om det mellommenneskelige møtet med pasientene.

Case 1 handler om Kari; ei jente som fikk diabetes som liten. Det var hennes mor som tok seg av behandlingen. Hun følte at diabetesen tok fra henne friheten og det følte urettferdig. Hun utviklet også en kraftig sprøyteskrekk. Hun ville bare hjem da hun var på kontroller og valgte å melde seg helt ut av situasjonen. Det verste var at de bestandig fortalte henne at HbA1c'en ikke var bra nok. Den fikk en slags rolle for hvor flink hun var. Når hun skulle begynne å sette insulinet selv syntes hun det var fryktelig vondt, og lot i lange perioder være å ta sitt insulin. Dette førte til mange syreforgiftninger. Det var først da seinkomplikasjonene begynte å melde seg at hun fant motivasjon for å sette insulinet slik hun burde. Hun var flink i begynnelsen, men det førte til en kraftig vektøkning og verdenen hennes raste fullstendig sammen. Hun utviklet bulimi, lot være å ta sitt insulin, og det endte til slutt med innleggelse på psykiatrisk institusjon. Hun har alltid følt at leger og sykepleiere har pålagt henne et liv hun ikke trivdes med, og har utviklet et negativt forhold til alt helsepersonell.

Siste gangen hun ble innlagt var noe annerledes. For første gang ble hun lyttet til, noen hadde tid til å høre hvordan hun hadde det uten å nevne tall og medisiner. Hun husker spesielt godt en sykepleier som lot henne snakke ut i fra hennes perspektiver, uten å fortelle hvordan det burde være. Det skapte tillit mellom dem og hun så seg selv i et annet perspektiv. Livet hennes dreide seg ikke lengre bare om sprøytetikk. Hun nevner dette møte som et vendepunkt i hennes liv, etter 15 år med en diabetes hun hatet og ikke ville forholde seg til.

Hun har enda store problemer med motivasjonen. I vanskelige perioder velger hun nå å ta kontakt med sin diabetessykepleier for å få råd når ting blir vanskelige. Før hun opplevde å få et tillitsfullt forhold til sykepleiere ville hun ikke gjort dette. Hun ville latt være å ta insulin. Hun ønsker så gjerne å få det til. Hun sier også at for henne er det helt avgjørende at kontakten med helsepersonell går ut på forståelse og respekt rundt det at det ikke er lett å leve

med diabetes. For henne nytter det ikke med bedrevitere. Hun nevner at støtte er viktig for at hun skal klare å finne en indre motivasjon og at ting ikke bestandig trenger å dreie seg om tall.

Case 2 handler om Hilde, som aldri hadde hatt syreforgiftning, men mange insulinsjokk. Ved alle insulinsjokkene har sykepleiere og leger vært behagelige og hjelpelige med alt, men en ting savner hun og det er at hun aldri har fått hjelp til å komme seg ut av å måtte ha overkontroll på både vekt og blodsukker samtidig. Hun utviklet etter hvert anoreksi, men målte samtidig 30- 40 blodsukker per dag og hadde voldsom trang til å ha blodsukkeret på 3 mmol/l. Dette behandlingsmålet er ikke lett å forene med et godt liv. Det var ingen som reagerte, selv med tre insulinsjokk i halvåret. Møtene med helsepersonell ble negative for Hilde. Etter at hun hadde hatt diabetes i 20 år uten syreforgiftning, var dette noe hun så på som svært skremmende.

En natt ramlet insulinpumpen hennes av, hun var dårlig og med uflaks falt også insulinpumpen ut påfølgende natt. Morgenen etter våknet hun med hodepine og oppkast. Hun trodde hun skulle dø, og fikk hjelp til å komme seg på legevakten. Der målte de blodsukkeret til 24 mmol/l. De lurte på om det var en syreforgiftning. Hilde forklarte at hun vanligvis ligger på et blodsukker mellom tre og fem. Med bakgrunn av almenntilstand og et normalt lavt blodsukker fikk hun diagnosen syreforgiftning og ble kjørt på sykehuset.

På sykehuset viste de lite omtanke, slik hun var vant til fra alle insulinsjokkene. Det var en alvorlig stemning og hun følte seg redd og urolig og fryktelig dårlig fordi blodsukkeret ble satt så sakte ned. Den første samtalen hun hadde satt seg som et negativt minne. En sykepleier satt på sengekanten og så på henne og spurte, ” Hvorfor har du ikke tatt insulinet ditt, passer du ikke på”? Hun var i sjokk over spørsmålet. Med hele hennes historie, med anoreksi, et manisk forhold til lavt blodsukker, med all den jobben for aldri å ha høyt blodsukker. Hun klarte ikke å forsvare seg.

Sykehusoppholdet ble preget av en motstand inne i henne til det som ble sagt og gjort. Legene hadde kunnskaper om diabetes, og sa at hun skulle ligge mellom seks og tolv i blodsukker. Dessverre var sykepleierne så redde for føling at de la henne på mellom 17 og 19 i blodsukker og ba henne spise. Hun forsøkte å forklare at i alle årene hun hadde hatt diabetes hadde hun aldri spist med et blodsukker på over tolv, men når de ikke ville høre sluttet hun å prøve. Hun ga opp å møte noen som forsto, og det var ingen vits å fortelle. Hun endte opp som den ”vanskelige diabetikeren ” som ikke ville spise.

Da nattevakten kom møtte hun på en sykepleier som forsto, som reagerte på det hun sa og la handlinger i ordene hennes. Hun var ikke opptatt av å overtale, men lyttet isteden og respekterte at hun måtte ha blodsukkeret ned for å kunne klare å spise. Hun beskriver det som å få et nytt liv de timene nattevakten var på jobb.

#### 4.2 HVORDAN SKAPER VI TILLITT TIL PASIENTENE?

Jamfør artikkelen til Starkey & Wade (2010) viser det seg at unge jenter med type 1 diabetes og spiseforstyrret atferd er dobbelt så vanlig som blant ikke-diabetikere, og i artikkelen tror de grunnen til denne utviklingen skyldes at jenter med diabetes er mer misfornøyde med sin vekt og har en vekt fokusert atferd. Hos Haug (2009) finner vi i tillegg til denne klassiske årsaksforklaringen imidlertid også en annen svært viktig argumentasjon, hvor han påpeker at en ”spiseforstyrrelse utløst av diabetes kan derimot ha sitt utspring i behandlingskravene, og i den forstand bli initiert av anbefalinger knyttet til levesett og kostbegrensninger”(s.79). Med bakgrunn i denne viktige distinksjonen i årsakssammenheng, kan vi se at det er sentralt for tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient, at helsepersonell er åpen for å lære hva som er det egentlige problemet. Det er fristende å påstå at det er avgjørende for et åpent tillitsfullt forhold, at pasienten ikke føler at helsepersonell er forutinntatt eller mangler kunnskap om hva som kan ligge bak spiseforstyrrelsen. Å se skillet mellom misnøye med vekt, og det å drukne i behandlingskrav er viktig. Det kan forandre mye av forståelsen i forhold til hva som plager noen, dersom du velger det ene av disse to alternativene over det andre.

Jentene vi har møtt påpekte kunnskap som noe de ønsket at sykepleierne burde ha som grunnlag, og dette kjenner vi igjen i Travelbee sin sykepleierteori (Travelbee, 1999). Et annet argument fra jentene var at dersom man manglet kunnskap, så var holdningene til sykepleierne desto mer sentrale for hvordan man opplevde møtet. Med bakgrunn i Travelbee (1999), og det hun sier om kommunikasjon kjenner vi igjen dette. Vi kan trekke frem non-verbal kommunikasjon som et godt eksempel. Begge jentene oppgir å lese mye bare ved å se hvordan sykepleierne har kommet inn i rommet, og oppfattet deres kroppsspråk, blikk, og gester underveis i behandlingen. Vi som sykepleierstudenter kjenner oss igjen i forhold til å vurdere seg selv i rommet, da vi har følt en del på dette når vi har vært i praksis. At en vet hvordan en står og beveger seg i rom hvor noen får en alvorlig beskjed er ingen selvfølge. Dette er det viktig å tenke over, og kanskje ekstra viktig når det gjelder ungdom og unge voksne, som er i en fase av livet hvor man tolker seg selv mye ut i fra omgivelsene og er ekstra sårbare i møtet med nye mennesker. Sykepleierne har også en viktig rolle i å skape tillit til familien, det er ikke bare pasienten selv man må ha en god relasjon med. For å hjelpe

sykepleiere til å skape tillit til pasienter velger vi å trekke inn Travelbee (1999) og hennes fire første stadier i skapelsen av et menneske til menneskeforhold. Det første møte med en pasient er vel i praksis det viktigste møtet. Det er her man gjennom observasjoner skal klare å bygge opp antakelser og skape meninger rundt situasjonen. Dette gjelder også andre veien. Det er ikke bare sykepleieren som observerer pasienten, men pasienten observerer måten vi sykepleiere oppfører oss og ter oss på, på akkurat samme måte som vi ser på dem. Så måten vi møter pasienten på er avgjørende for et godt første inntrykk. Dessuten så er vel det første møtet unikt da dette bare kan skje en gang. Man kan møte mennesker mange ganger men bare en første gang. Ravnestad (2003) sier i sin artikkel at det å være pasient i mange tilfeller er preget av å måtte gi fra seg kontrollen uten å få være delaktig i behandlingen. I case 2 som handler om Hilde sier hun noe om akkurat dette. Hun fikk ikke selv ha kontroll over sitt blodsukker hun måtte overlate behandlingen til noen som ikke inkluderte henne i det dem gjorde. Det var jo hennes kropp og hun visste jo best hvordan blodsukkeret hennes burde ligge. Til og med legen hadde jo sagt at hun kunne ligge der hun brukte å ligge.

Travelbee (1999) sier at vi må våge å møte pasienten ansikt til ansikt. Og at det er vesentlig for at vi skal kunne klare å hjelpe dem på en best mulig måte. Det er dette møtet som i følge Travelbee kan være med på å bryte ned forskjellene på rollene pasient og sykepleier. Det at sykepleieren i møtet med Hilde ikke klarte å møte henne på en god måte er dessverre ikke så uvanlig. Vi har gjennom vår praksis som sykepleierstudenter sett flere mulige årsaker til at det innledende møte ofte ikke blir så godt som det burde være. Avdelingen kan være preget av et høyt tempo som fører til at sykepleierne i mange tilfeller kan føle seg under press. Gjennom vår praksis har vi hørt at mange sykepleiere sier at de har det for travelt. Hvordan er det da mulig å klare å skape et godt menneske til menneske forhold? Det er jo som nevnt tidligere i oppgaven noen kriterier som skal til for å klare å oppnå et optimalt tillitsforhold. Dette trenger ikke ta så langt tid, men er avgjørende i møte med pasienter. Hvis man bare klarer å få til de minuttene det tar har man et mye bedre utgangspunkt for å bygge videre på forholdet.

Hvis man er bevist på kommunikasjon både verbalt og non verbalt kan det fremstå som vi har godt tid, selv om vi er stresset inne i oss selv. Dette er en utfordring for oss som sykepleiere. Samtidig kan man si at det er nødvendig at man må ha en god kommunikasjon hvis man skal klare å bygge videre på menneske til menneskeforholdet. Hvis man ikke gir pasienten tid til å snakke vil man aldri fange opp hva denne personen føler og tenker. Dette er nødvendig for å komme seg til den fasen hvor man kan begynne å fange opp pasientens tanker og følelser. Hvis sykepleieren i møtet med Hilde hadde gjort dette kunne kanskje spørsmålet ” Hvorfor



har du ikke satt insulinet ditt” vært unngått. For Hilde var dette spørsmålet helt vanvittig. Hun hadde jo ikke hatt insulinsjokk noen gang altså på 20 år. Det var jo ikke henne, det var jo insulinpumpen som ramlet ut. Hun var jo den flinke som hadde et manisk forhold til å holde nede sitt blodsukker. Hun møtte gjennom sin innleggelse på en sykepleier som var villig til å lytte til henne istedenfor å overtale. Hun gjorde det Hilde ba om og stolte på hennes kompetanse i forhold til sin egen sykdom. Hun gav henne ansvaret for å regulere sitt eget blodsukker slik at hun til slutt klarte å spise. I dette tilfelle er det kun den siste sykepleieren som har klart å oppnå et godt menneske til menneskeforhold og kommet seg til det stadiet der man viser sympati og medfølelse. Hun har tatt med seg det hun har lært av pasienten gjennom å lytte og startet arbeidet med å lindre plagene til den syke.

Hvis man tar seg denne tiden i starten kan dette føre til at vi klarer å skape et menneske til menneskeforhold. I følge Travelbee (1999) er dette vesentlig for å kunne gi best mulig behandling, der det endelige målet er å hjelpe til med forebygging eller mestring av sykdommen. Det at vi kan gi pasientene en bedre behandling, kan føre til at vi trenger å bruke mindre tid hos pasienten i ettertid. Altså har vi muligens spart tid på å bruke tid tidligere i behandlingen.

#### 4.3 HVORDAN KAN VI VEILEDE PASIENTENE TIL MOTIVASJON OG MESTRING?

I følge flere av artiklene vi har brukt sies det at motivasjon og opplæring er en svært viktig del av diabetesbehandlingen. Personene trenger mye motivasjon og mestringsfølelse for å være i stand til å ta ansvar for sin egen sykdom. For motivasjonen trenger vi indre psykiske og ytre psykiske og fysiske faktorer. Det er viktig at den fysiske diabetesbehandlingen fungerer optimalt for å oppleve mestring (Haug, 2009). Vi tror at et tverrfaglig samarbeid mellom psykiatri og somatikk er viktig i møte med kombinasjon av disse diagnosene. For en diabetiker med en spiseforstyrrelse vil man kunne oppleve en del motsetningsforhold når det gjelder å bygge motivasjon og det å oppleve mestring. For å understreke motsetningsforholdet vil vi dra inn et sitat fra Christophersen (2004, s.112);

Jeg husker godt den følelsen. Følelsen av sult. Jeg måtte ha mat. Jeg bare måtte ha det. Den følelsen stikker innom en diabetikers liv, av og til. Særlig gjenkjenner jeg den i føling. For da svikter tankeevnen, og jeg styres av primitive instinkter. Må ha noe søtt, bare må ha det. Ikke bare noe søtt, men mye søtt. Fort. Dyrisk.

I sitatet kan man se hvordan tankeevnen svikter og behovet føles instinktivt. Hvordan kan man da finne motivasjon til ikke å overspise? En motivasjon sterk nok til å overvinne dyriske behov? Sykepleieren har her en solid jobb foran seg i arbeidet med pasienten, og her blir Travelbee (1999) sitt femte stadium om gjensidig forståelse og kontakt sentralt, for det er i dette stadiet sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk. Gjennom å ha skapt et tillitsfullt forhold til pasienten skal sykepleieren nå kjenne pasienten så godt å ha en viss forståelse for hvorfor pasienten viser den atferden han gjør. Sykepleieren måtte i dette tilfelle gått inn for å prøve å forstå pasientens tanker og gjennom denne forståelsen starte arbeidet med å lindre de plagene det medfører at tankeevnen sviktet og behovet for mat følte instinktivt.

Motivasjon og mestringsfølelse er i følge Travelbee (1999) avgjørende for en god behandling, og hva kan vel da være bedre en å lære dem ulike mestringsstrategier de kan bruke når utfordringene blir store. Det kan brukes både for å mestre kommende problemer men også allerede oppståtte problemer. Pasienter med en kronisk sykdom som i tilfellet med diabetes type 1, har nok nytte av å lære disse mestringsstrategiene. Det er vel ikke uvanlig å bli lei i perioder. Friske mennesker kan for eksempel bli lei av å måtte stå opp flere ganger om natten når de har fått små barn. Men ettersom barna blir større vil de sove hele natten og friske mennesker har fått friheten til å sove en hel natt tilbake. Denne friheten får eller kan aldri en diabetiker oppleve. De må leve med sykdommen konstant og kan som Haug (2009) sier; aldri ta fri.

Jamfør Ravnestad (2003) finnes det to ulike former for mestringsstrategier. En problemfokuseret og en emosjonsfokuseret mestring. I den problemfokuserete mestringsstrategien prøver man å påvirke omgivelsene. Man definerer problemer, vurderer alternative løsninger og konsekvensene av disse. Så velger man en løsning og starter behandlingen. Den emosjonsfokuserete mestringsstrategien retter seg mer mot det å forsøke å påvirke egne oppfatninger av situasjonen, og hvordan psykologiske mekanismer påvirker tanker og følelser. Når man er bevisst sine egne mekanismer er det lettere å hjelpe seg selv gjennom de vanskelige følelsene som kan oppstå ved kronisk sykdom.

Det er viktig at vi viser dem at vi forstår at det er vanskelig å være i deres situasjon, og at det er lov å ha det vanskelig, være en hjelper og en veileder. Vi ser dette tydelig også i case 1 som handler om Kari, hvor målsetningen om bedret insulinbehandling vil virke mot andre mål om vektkontroll. Jamfør Young – Hyman & Davis (2010) er en vanlig konsekvens av bedret diabetes behandling at vekten øker i takt med dette og for jenta i vår case 1 er dette åpenbart

en stor utfordring, ettersom hun selv sier at selv om hun er motivert for å ha bedre HbA1c så er hun tilsvarende aldri motivert for vektøkning. For henne å oppnå motivasjon og mestringsfølelse måtte man unngå dette, eller finne en måte for henne å forsone seg med et av alternativene. For å kunne være en støttespiller i dette kreves solide kunnskaper om hvordan diabetesbehandlingen virker på kropp og sinn, og samtidig en god porsjon kunnskaper om hvordan man bygger en gjensidig forståelse i menneske til menneske forholdet.

Sykepleieren må for å skape en bedre tillit til ungdom vise en forståelse for alderen pasienten er i, og hvordan både spørsmålet om identitet men også de hormonelle påvirkningene denne alderen har for diabetesbehandlingen. I følge Sparud-Lundin et al. (2010) er ungdomsperioden generelt preget av dårlig glykemisk kontroll og at disse årene også preges av vansker med motivasjonen. Perioden er utpreget vanskeligere for diabetikeren selv, for familie og venner. Men også for sykepleieren som skal gjøre seg kjent med så mange perspektiver for å kunne utføre en optimal sykepleie, på en måte som føles tillitsfull ovenfor pasienten.

Jamfør Frostad et al. (2005) sies det at den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient er helt avgjørende for en vellykket behandling. Opplæring av det tekniske og det medisinske er viktig men uten et tillitsfullt forhold er ikke forholdene for oppriktighet og ærlighet til stede. Det at Kari utviklet sprøyteskrek og hadde problemer med å takle at jo mer insulin hun satte jo mer gikk hun opp i vekt kunne kanskje vært unngått hvis hun hadde hatt noen å snakke om problemet sitt med. Frostad et al. (2005) sier videre at en insulinpumpe kan hjelpe for å unngå en vektøkning når insulinet skal økes. Men hva hjelper vel det hvis pasienten selv ikke ønsker dette. Uten et godt samarbeid er det lite vi sykepleiere kan gjøre. Men er samarbeidet til stedet er det få begrensninger eller protester rundt det vi foreslår av behandlingalternativer. De fleste er villige til å prøve så lenge forholdene føles trygge og inkluderende. I case 1 forteller Kari om et vendepunkt da hun for første gang ble lyttet til og noen forsto henne og lot henne prate ut fra hennes perspektiver. Gjennom dette møte skapte de et tillitsfullt menneske-til-menneske-forhold. Kari vil i ettertid ta kontakt hvis noe blir vanskelig og har som Frostad et al. (2005) nevner fått til et samarbeid med sin primærsykepleier. Gjennom dette samarbeidet kan de sikkert klare å bli enige om et behandlingalternativ som kan hjelpe henne med det hun sliter med. Vi ser at nok en gang underbygges Travelbees sykepleierteori om at et menneske-til-menneske-forhold bør ligge til grunn i behandlingen av pasienter.

Ofte er det vanskelig for unge jenter å være ærlige på konsultasjoner. I følge Frostad et al. (2005) er det viktig i møtet med ungdom at man bruker tid på å ta opp teamet

spiseforstyrrelser, da dette er et utbredt tema. Vi vil ut fra erfaringer i møte med ungdom fra vår praksis si at det ikke bestandig er like lett å få dem til å forstå, og ville samarbeide med oss. Det kan i disse tilfellene være lurt å kunne trekke inn andre fra familien i behandlingen. Kanskje kan en mor eller en far nå inn til ungdommen. Jamfør Sparud-Lundin et al. (2009) er foreldrene, spesielt mødre, den viktigste støttespilleren i behandlingen også etter at pasientene har flyttet hjemmefra. Med dette som utgangspunkt ser vi viktigheten i at familien blir inkludert i opplæring og veiledning som angår sykdommen. En annen ting som kanskje kan være nyttig er å ta opp temaet i grupper.

#### 4.4 HVA ER MÅLET MED BEHANDLINGEN VI GIR OG HVORFOR?

Sykehusene er lovpålagt å gi opplæring til pasienter og pårørende, og det ansees som like viktig med opplæring som en god medisinsk behandling. Det er nødvendig med opplæring av kronisk syke for at de skal kunne mestre livet og for å forhindre forverring av sykdommen (Sosial- og helsedepartementet, 2008). Denne opplæringen er svært viktig i arbeidet med å hjelpe diabetikeren til å skape et sunt forhold til kontroll over egen kropp, og et greit forhold til ansvaret for eget liv som følger med diabetesbehandlingen. Haug (2009) beskriver hvordan en diabetiker aldri kan ta fri fra sykdommen sin, og hvordan man lever med et konstant forhold til det korte skillet mellom liv og død, døgnet rundt. Rent fysiologisk kan man si at målet med behandlingen vi gjør er å minske plager og unngå symptomer både i forhold til diabetes og spiseforstyrrelsen. Som vi har nevnt i teoridelen er en viktig del av behandlingen vi gir å forebygge seinkomplikasjoner.

Det må være et mål å hjelpe pasientene i forebyggingsarbeidet. Det finnes mange seinkomplikasjoner knyttet til diabetes. Disse kan utvikles tidligere ved kombinasjonen type 1 diabetes og spiseforstyrrelser. Hvis man ikke klarer å holde fokuset på en god diabetes behandling, vil man bli liggende på et blodsukker over eller under det som er anbefalt. Derfor har vi som sykepleiere en viktig oppgave i å gi individuell insulinbehandling, ut fra den enkelte pasient og hva legene har foreskrevet. I tilfellet med Hilde i case 2, ser vi at det er viktig å vurdere pasienter individuelt. Da hun kom til legevakten med symptomer på syreforgiftning, ble de først i tvil om det var det. Hun hadde et blodsukker på 24 mmol/l men ut fra det hun selv sa; at hun brukte å ligge mellom 3-5 mmol/l, ble det diagnostisert som syreforgiftning. Diagnosen ble ikke bare satt ut fra tallene, men ut fra symptomer og hennes normale blodsukker Verdi. Her understrekes nok en gang hvor viktig det er å lytte til pasienten

og gi individuell behandling. Hadde ikke Hilde blitt sendt til sykehuset kunne det fått alvorlige følger.

Ut fra det vi har skrevet tidligere om sykepleieres møte med pasienter forteller Hilde at de på legevakten viste henne tillitt og respekt. Fra dette tillitsforholdet fikk de viktig informasjon fra henne, i motsetning til hva de gjorde på sykehuset. Der virket det som at de var mer opptatte tallene enn Hildes allmenntilstand. De lyttet ikke, og lot henne ikke forklare hvorfor hun hadde fått så høyt blodsukker. Istedenfor å få høre hva hun hadde å si, ”bestemte” de at hun hadde slurvet med insulinbehandlingen. Vi tenker at dette er en konsekvens av dårlig bruk av kommunikasjon. Uten å kommunisere godt er det vanskelig eller nesten umulig å gi en god individuell behandling. Noe som igjen er grunnlaget for en god insulinbehandling. Det er fristende å påstå at uten den gode insulinbehandlingen som kan være en utfordring i seg selv, og en enda større utfordring i kombinasjonen med spiseforstyrrelser, vil det være umulig for oss sykepleiere å unngå eller forebygge seinkomplikasjoner. Med dette som bakgrunn kan vi si at et naturlig mål for behandlingen er at pasientene får en individuelt utarbeidet behandling.

Et annet mål vi som sykepleiere må ha i møte med pasienter som har Type 1 diabetes og spiseforstyrrelser er at de skal ha et fullverdig liv, fysisk og psykisk. Jamfør Haug (2009) vil avvik fra optimale balanseverdier i kroppen, slik som dårlig regulert blodsukker, føre til at kroppen registrerer en ubalanse. Kroppen vil ha behov for å stabilisere denne ubalansen. Dette gjør en diabetiker gjennom sin insulin behandling. Det at kroppen ikke klarer å regulere seg selv, gjør at det blir en kognitiv regulering. Man må bruke sin forståelse og kunnskap for å regulere kroppen. Dette gjør at intellektuelle vurderinger må gjøres hele døgnet. Haug (2009) sier videre at på grunn av dette har man en utfordring både fysiologisk og psykologisk. Først når de fysiologiske og psykologiske prosessene er i balanse, har man oppnådd en balanse mellom kropp og sinn.

Ut fra det Haug (2009) sier, ser vi at det er viktig ikke bare å behandle diabetesen som en somatisk sykdom. Men at vi også ser på det som en psykisk påkjenning. Diabetesen er i seg selv komplisert og det samme gjelder spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er en psykisk diagnose, men den har konsekvenser for somatikken. På den måten kan vi si at begge disse diagnosene er både somatiske og psykiske, og at de begge er kompliserte sykdomsbilder. For å kunne leve et fullverdig liv må man altså forberede pasientene på hvilke problemer de kommer til å møte på. Slik kan de være forberedt til å mestre utfordringer man vet vil komme. Dette kan hjelpe dem til å finne motivasjon for best mulig livskvalitet ut fra forutsetningene.

## 5.0 KONKLUSJON

Kombinasjonen type 1 diabetes og spiseforstyrrelser er komplisert. Sykdommene er gjensidig forsterkende og begge påvirker både somatikken og det psykiske. Vi tror at Travelbees teori er et godt utgangspunkt i møte med denne pasientgruppen. Fordi diabetes er en kronisk sykdom som ikke kan helbredes, trenger disse pasientene å ha noen de kan rådføre seg med. Hvis vi har skapt et menneske-til-menneske-forhold til dem, kan vi hjelpe dem med å finne mening med sin sykdom og lindre plagene. Vi kan med dette som utgangspunkt bidra med behandlingen sammen med pasienten, noe vi ser på som et nødvendig samarbeide, slik at de oppnår en behandling som er individuelt tilpasset.

Familien er den viktigste støttespilleren for de fleste diabetikere og vi mener at de derfor bør inkluderes i behandling og opplæring. Dette er spesielt viktig siden de fleste får diagnosen i ung alder, og at spiseforstyrrelsene gjerne melder seg i puberteten. Ut fra det vi har sett i praksis mener vi at det bør bli et bedre samarbeide mellom somatiske og psykiatriske avdelinger ved sykehus. På den måten kan vi hente inn ekspertise fra de spesifikke problemområdene for å gi en bedre sammensatt behandling.

Den litteraturen vi har funnet sier at tillitt, kommunikasjon, kunnskap og god opplæring er viktige elementer i behandlingen. Det finnes ingen fasit, men disse ordene går igjen i litteraturen vi har lest, og stemmer med de erfaringene vi selv har gjort oss gjennom vår sykepleierpraksis.

## 6.0 LITTERATUR

### Pensum:

Aadland, E. (2009). *"Og eg ser på deg..." – Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dallan, O.(2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Hummelvoll, J. K.(2004). *HELT- Ikke stykkevis og del – Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. og Røise, O. (2009). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal.

### Selvvalgt pensum:

Christophersen, Y., (2004). *Diabetes for livet – aldri fred å få?* Otta: AIT trykk Otta AS  
s.17-26

Forsberg, C & Wengstrøm, Y., (2008). *Att göra systematiske litteraturstudier*. Stockholm:  
Natur och Kultur s.21-39

Frostad, S., Abrahamsen, R., Mjøsund, N.H., Jensen, M, J, F. og Liavaag, A.M. (2002).  
*Diabetes og psykiske lidelser*. Oslo: Norges Diabetesforbund. s.14-15

Frostad, S., Haug, J., Mostad, L, I., Eggen, E, B., Bangstad, J, H., Rø, Ø., Hanestad, R, B.,  
Aanderud, S. (2005). *Spiseforstyrrelser ved diabetes- forekomst, diagnostikk og  
behandling*. Oslo: Norges diabetesforbund. s.11-12

Hanås, R. (2011). *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne - bli ekspert på din egen  
diabetes*. Oslo: Cappelen Damm. s.309-312

Haug, Jon(2009). *Diabetes i kropp og sinn*. Oslo: Unipub AS. s.11-208

Ismail, K., (2008). Eating disorders and diabetes. s.179-182 I: *Psychiatry*. Volume 7, Issue 4,  
April 2008

Ot.prp. nr. 10 1998-99. *Om lov om spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Sosial- og  
helsedepartementet. 1998.

Ravnestad, M., (2003). Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. s. 42-46 I: *Sykepleien* 2003  
nr. 7 (91)

Skårderud, F., (1997). Vekten av et selv. – Spiseforstyrrelser og selvpsykologi s.228-265 I:  
Monsen, J. T. (red.). *Selvpsykologi – Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal

Sparud-Lundin, C., Ingbritt Öhrn, I. og Danielson, E., (2009). Redefining relationships and  
identity in young adults with type 1 diabetes. s.128-138 I: *Journal of Advanced  
Nursing*. Volume 66, Issue 1, January 2010

Starkey, K., Wade, T., (2010). Disordered eating in girls with type 1 diabetes: Examining  
directions for prevention. s. 2–9. I: *Clinical Psychologist*. Volume 14, Issue 1, March  
2010

Travelbee, J., (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.  
s.29-217

Young-Hyman, D., L., og Davis, C., L., (2010). Disordered eating behavior in individuals  
with Diabetes - Importance of context, evaluation, and classification. s. 683-689. I:  
*Diabetes Care*. vol. 33 no. 3 February 27, 2010