

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

God livskvalitet med hypotyreose



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021



Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Abstrakt

Bakgrunn

Hypotyreose er en sykdom som flere kvinner og menn lider av i Norge. Flere pasienter opplever at hypotyreose kan påvirke deres livskvalitet. Sykepleier har en viktig rolle i å tilegne seg kunnskap og veilede denne pasientgruppen så de mestrer ivaretagelse av egen helse.

Hensikt

Hensikten med oppgaven var å se hvordan pasienter med hypotyreose opplever at sykdommen påvirker deres livskvalitet, og hvordan sykepleier kan veilede denne pasientgruppen slik at egenomsorgen blir ivaretatt, og de opplever mestring av sin livssituasjon.

Metode

Metoden som ble brukt i denne oppgaven bygger på en systematisk litteraturoversikt som baserer seg på fem vitenskapelige forskningsartikler.

Resultater

Resultatene viste at flere pasienter opplever at hypotyreose påvirker livet deres på forskjellig vis, og at det er flere faktorer som medvirker til dette. Manglende kunnskap og ulik medisinsk behandling er viktige faktorer som påvirker livskvaliteten til pasienter med hypotyreose.

Nøkkelord: Hypotyreose, livskvalitet, fysisk helse, psykisk helse, seksuell helse, sykepleier, kunnskap, informasjon.

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensning	3
2.0 TEORI	4
2.1 Teoretisk perspektiv på hypotyreose	4
2.1.1 Symptomer og tegn	4
2.2 Å leve med hypotyreose	5
2.2.1 Behandling av hypotyreose	6
2.2.2 Psykisk helse og fysisk aktivitet	7
2.2.3 Seksualitetens betydning for helse og livskvalitet	8
2.3 Helse i ett sykepleie perspektiv	9
2.3.1 Helse og livskvalitet	9
2.3.2 Stress og mestring	10
2.3.3 Sykepleiers ansvar og funksjonsområde	10
2.3.4 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem	11
3.0 METODE	12
3.1 Litteraturstudie som metode for datainnsamling	12
3.2 Litteratursøk	13
3.2.1 Valg av databaser	13
3.2.2 Valg av søkeord	13
3.3.3 Valg av artikler	14
3.4 Dataanalyse	16
4.0 RESULTATER	17
4.1 Informasjon og kunnskap	17
4.1.1 Mangelfull informasjon	17
4.1.2 Medikamentell behandling	18
4.2 Livskvalitet	18
4.2.1 Psykisk helse	19
4.2.2 Fysisk helse	20
4.2.3 Seksuell helse	20
5.0 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon	22

5.1.1 Land og arena for studiene	22
5.1.2 Forskernes bakgrunn	23
5.1.3 Studienes deltakere	23
5.1.4 Kvantitativ tilnærming som metode	23
5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode	25
5.2 Resultatdiskusjon	26
5.2.1 Informasjon og kunnskap	26
5.2.2 Livskvalitet	28
5.2.3 Konklusjon	32
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS.....	34
LITTERATURLISTE	36
VEDLEGG 1. Oversiktstabell over analyserte artikler	43

Antall ord: 10 161

1.0 INNLEDNING

En stor andel av verdens befolkning lever med sykdommen hypotyreose. Hypotyreose blir også kalt lavt stoffskifte. Dette er en sykdom som skyldes for lav mengde stoffskiftehormon fra skjoldbruskkjertelen i blodet og alle cellene i kroppen. Kroppen går i sparemodus, og den mentale og fysiske funksjon påvirkes (Berg, 2016, s. 378). Globalt går man ut ifra at 16,6% kvinner og 5,9% menn av den voksne befolkningen har en eller form for stoffskifteproblematikk (Taylor et al., 2018, s. 307). Den store norske helseundersøkelsen utført i Nord-Trøndelag viste at 5,8% av kvinnene og 1,3% av mennene i den norske befolkningen hadde kjent lavt stoffskifte (Bakke, 2011, s. 21).

Helsekonsekvensene kan bli alvorlige dersom en ikke får en tidlig diagnose og blir optimalt behandlet for stoffskiftesykdommen. Økende tretthet er ett eksempel på hvordan hypotyreose kan sette sitt preg på hverdagen til denne pasientgruppen (Bakke, 2009, s.23). Nedsatt livskvalitet som følge av hypotyreose har fått mye omtale i både media og tidsskrifter den senere tid, og Hegge (2000) retter i sin bok kritikk til helsevesenet om deres møte med denne pasientgruppen og hvor lite kunnskap de har om hypotyreose.

Seksuell helse blir i dagens samfunn integrert i folks generelle helse. Dette innebærer et krav til sykepleiere om å imøtekomme dette. Seksualitet anses som privat og er derfor vanskelig å snakke om. Seksualitet er et relevant tema som berører flere sykdommer, også pasienter med hypotyreose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 10).

Når pasienter blir møtt av helsepersonell med liten kunnskap om hypotyreose kan det resultere i at pasienten ikke føler han blir tatt på alvor og sett. Dersom en føler at den hjelpen man trenger uteblir, kan den vanlige hverdagen fungere dårlig og livskvaliteten blir nedsatt som følge av dette (Almås & Martinsen, 2001, s. 952).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hypotyreose er en kronisk lidelse, noen er født med dette, andre utvikler det over tid (Berg, 2016, s. 378). Dette er en folkesykdom, ikke bare i Norge, men også på verdensbasis (Thorstein, 2009). Etter mine år som sykepleier i primærhelsetjenesten har jeg opplevd at det har vært lite fokus på denne sykdommen. Flere av mine kollegaer i hjemmesykepleien stiller

spørsmål om denne diagnosen og sier de har hørt og kan svært lite om den. Hypotyreose behandles med medisinen levotyrosin (Berg, 2016, s. 379). Samtlige stiller seg undrende når de blir informert om at levotyrosin bør tas fastende på grunn av interaksjon med mat og medisiner. De fleste er av den oppfatning at når man tar medisinen levotyrosin skal pasienten føle seg frisk (Bakke, 2011, s. 47).

Flere unge voksne i min omgangskrets har denne diagnosen, både menn og kvinner. De blir overrasket når de hører at det fins annen medisinsk behandling enn levotyrosin (Berg, 2016, s. 379). De har fått lite informasjon fra fastlegen og opplever at de er overlatt til seg selv. Det kan være vanskelig for en pasient når verken helsepersonell eller familie har noe forhold til denne sykdommen. Uten kunnskap vil en ikke ha forutsetning til å forstå hvordan pasienten har det og de utfordringene pasienten kan møte i hverdagen (Bakke, 2011, s. 55).

Jeg ønsker økt kompetanse på dette området og se på hvilken måte hypotyreose kan påvirke livskvaliteten til denne pasientgruppen, og hvordan jeg som sykepleier kan veilede denne pasientgruppen slik at egenomsorgen blir ivaretatt og de mestrer sin livssituasjon. Det er flere pasienter som ikke opplever symptomfrihet til tross for optimal medikamentell behandling. Deres livskvalitet er redusert, og ikke alle opplever å bli forstått og møtt med den lidelsen de har (Bakke, 2011, s. 22).

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å se hvordan pasienter med hypotyreose opplever at sykdommen påvirker deres livskvalitet, og hvordan sykepleier kan veilede denne pasientgruppen slik at egenomsorgen blir ivaretatt og de opplever mestring av sin livssituasjon.

1.3 Oppgavens oppbygning og avgrensning

Oppgaven består av 6 kapitler. Innledning utgjør kapittel 1. Kapittel 2 omhandler en teoretisk presentasjon av hypotyreose, samt relevant sykepleieteori. I kapittel 3 blir oppgavens design og metode omtalt. Studienes funn blir presentert i kapittel 4. Metode- og resultatdiskusjon med konklusjon kommer i kapittel 5. Anvendelse i praksis i kapittel 6.

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter i primærhelsetjenesten da det er her denne pasientgruppen primært blir funnet (Helsedirektoratet, 2015). Jeg har valgt å ta for meg voksne kvinner og menn i alderen 18-70 år. Barn kan bli født med hypotyreose, sykdommen kan utvikles under og etter graviditet, og som følge av annen sykdom eller medikamentell behandling. Risikoen for å utvikle hypotyreose øker med alderen (Berg, 2016, s. 378). Selv om også disse tilfellene er interessante, vil jeg ikke komme inn på disse områdene, på grunn av oppgavens begrensede størrelse. For å tilegne meg nødvendig kunnskap i henhold til tema i oppgavens hensikt er det benyttet relevant faglitteratur. Jeg har valgt å bruke Almås (2001) i deler av denne oppgaven, fordi kapittelet som omhandlet “sykepleie til pasienter med forandret funksjon i skjoldbruskkjertelen” i klinisk sykepleie bind 2 var fjernet i Stubberud et al. (2016).

2.0 TEORI

2.1 Teoretisk perspektiv på hypotyreose

Like nedenfor strupehodet, foran på halsen, ligger tyreoida. Den er formet som en sommerfugl og er kroppens største hormonproduserende kjertel. Skjoldbruskkjertelen blir regnet som den viktigste kjertelen i kroppen. Det er i denne kjertelen hormonene Thyroxin (T4) og Trijodthyronin (T3) blir produsert (Bjålie et al., 2000, s. 150). Stoffskiftehormonene er helt avgjørende for helsen og velbefinnende fordi de påvirker hver celle i kroppen (Forbes & Thomsen, 2018, s. 20).

Hypotyreose er en sykdom som skyldes nedsatt produksjon av tyreoidahormon. Den vanligste årsaken er autoimmun tyreoiditt, også kalt Hashimotos tyreoiditt, som er en kronisk inflammasjonsreaksjon i tyreoida (Bjålie et al., 2000, s. 152). Det er omtrent 80 % som får den autoimmune varianten, og årsaken til dette er ikke fullt ut kjent. Arvematerialet vårt gjør enkelte mer sårbare for denne tilstanden enn andre. Større belastninger, kriser, stress, jodmangel og graviditet kan også være medvirkende årsaker til at en får hypotyreose (Helsenorge, 2018).

2.1.1 Symptomer og tegn

Symptomene på hypotyreose er variable, og utviklingen kan være langsom og nesten umerkelig før symptomene dukker opp fra ulike organer i kroppen. De presenteres da med et betydelig mangfold av plager og tegn. De vanligste symptomene er bradykardi, forverring av eventuell angina pectoris, depresjon, tretthet og apati, økt søvnbehov, frossenhet, heshet, håravfall, tørr og deigaktig hud, obstipasjon, vektøkning og appetittløshet (Almås & Martinsen, 2001, s. 952). I Bente Bakke (2011) sin bok nevnes flere symptom og de er som følger: lav kroppstemperatur, ukonsentrert, hukommelsessvikt og demenslignende symptomer, humørsvingninger, vekttap, trang til søtsaker, tørre slimhinner, nedsatt svetteing, allergier, tap av hår på ytre del av øyenbryn, tynne og sprø negler, et stivt ansiktsuttrykk, hevelser i ansiktet, snakker langsomt, svelgproblemer, uregelmessige og harde hjerteslag, høyt eller lavt blodtrykk, økt kolesterol, insulinresistens, muskel stølhet og kramper, leddsmerter og hovne ledd, nedsatt hørsel, tinnitus, anemi, overfølsomhet for lyd og lys, liten

toleranse for alkohol, menstruasjonsproblemer, spontanaborter, nedsatt fruktbarhet og nedsatt libido (Bakke, 2011, s. 40-42).

2.2 Å leve med hypotyreose

Å leve med en hypotyreose betyr at man har en kronisk sykdom. Kronisk sykdom blir i praksis sett på som sykdom som har pågått over et halvt år (Hem, 2020). Sykdom i thyreoidea er vanlig, men hver enkelt pasient har sine individuelle "normalverdier" for at en skal føle seg frisk og være symptomfri (Bakke, 2011, s. 22). Alle kroppens celler påvirkes av thyreoideahormonene og de har en rekke forskjellige virkninger. Ved hypotyreose har organene lavere oksygenforbruk enn normalt. Hjertet får langsommere slagfrekvens og nedsatt blodvolum. Konsekvensen kan bli at pasienten får forhøyet kolesterolinnhold i blodet, med fare for aterosklerose. Anstrengelser kan da føre til anfall med angina pectoris, og i verste fall hjerteinfarkt og hjertesvikt (Almås & Martinsen, 2001, s. 953).

Hypotyreose påvirker også sentralnervesystemet. Tanken blir langsommere, det blir vanskelig å engasjere seg i mentale og fysiske aktiviteter, oppfattelsen blir dårlig og hukommelsen blir nedsatt. De psykiske endringene skjer som regel veldig sakte og merkes kanskje ikke før det skjer en personlighetsendring. Noen føler seg ofte veldig trette, og noen sovner lett og kan sove mye. Søvnbehovet kan fordobles sammenlignet med et friskt menneske (Almås & Martinsen, 2001, s. 953).

Pasienter med hypotyreose har langsomme reflekser og langsomme muskelkontraksjoner. Muskelaktiviteten kan medføre at pasienten raskt blir sliten. Pasienten må oppmuntres til daglig mosjonering, selv om han føler seg kraftløs, og legge inn hvilepauser ved behov (Almås & Martinsen, 2001, s. 953). Den lave metabolismen gjør at varmeproduksjonen blir nedsatt. Pasienten fryser lett og har behov for høyere temperatur for å ha det behagelig. Tarmperistaltikken reduseres hos pasienten med hypotyreose og de har lett for å bli obstipert. Vektøkning er vanlig hos pasienter med hypotyreose. Dette skyldes at forbruk av næringsstoffer går ned og lavt aktivitetsnivå. Hos kvinner med hypotyreose kan menstruasjonssyklusen bli forstyrret og både menn og kvinner kan oppleve at de seksuelle behovene blir redusert (Almås & Martinsen, 2001, s. 954).

Symptomene kan være underkarakteristiske og pasienten ser derfor ikke grunn til å kontakte legen. Pårørende og andre i pasientens omgangskrets kan oppfatte pasienten som hypokonder og ikke ta ham på alvor. For pasienten kan det være en lettelse å få diagnosen fordi det da gir en naturlig forklaring på alle de kroppslige og mentale forandringene pasienten har (Almås & Martinsen, 2001, s. 952)

2.2.1 Behandling av hypotyreose

For å kunne stille diagnosen hypotyreose tar fastlegen blodprøver for å sjekke stoffskiftet. TSH, T4 og T3 er de blodprøvene som viser om stoffskifte er lavt. Dersom pasienten har forhøyet antistoffer i blodet (anti-TPO) betyr det at han har en autoimmun stoffskiftesykdom (Thomsen & Forbes, 2018, s. 49). Pasienten må informeres om viktigheten ved å gå til jevnlig kontroll for å kontrollere blodverdiene (Almås & Martinsen, 2001, s. 952). Behandlingen av hypotyreose er livslang og den behandles med levotyrosin tabletter. Målet med behandlingen er at en skal føle seg frisk. Stoffskiftet skal normaliseres og symptomer og plager forårsaket av sykdommen skal fjernes (Bakke, 2011, s. 47). Det er viktig at pasienten informeres om at behandlingen er livslang, slik at pasienten ikke stanser behandlingen når han føler seg frisk. Til tross for tyrosinbehandling er det fremdeles en del pasienter som sliter med en rekke plager selv om blodprøvene er normalisert (Almås, 2001, s. 952). Undersøkelser har vist at minst 20% som behandles for hypotyreose synes de har dårlig livskvalitet (Bakke, 2011, s. 46).

Som nevnt tidligere behandles pasienter som har hypotyreose med levotyrosin. Levotyrosin er et syntetisk fremstilt legemiddel og fås på blå resept. Det kan ta opptil 6-12 måneders behandling før pasienten føler seg bedre (Bakke, 2011, s. 48-50). Forskning viser at enkelte fremdeles har symptomer til tross for at TSH-verdien er fin og da kan kombinasjonsbehandling være et alternativ. Liotyrosin er et registrert medikament i Norge som inneholder ren T3 og fås også på blå resept. En liten dose liotyrosin brukes i kombinasjon med levotyrosin (Berg, 2016, s. 379).

T3-tilskudd kan også fås gjennom preparater laget av tørket svin. NDT er en fellesbetegnelse for preparater av tørket skjoldbruskkjertel fra svin som inneholder både T3 og T4. Denne medisinen har ikke markedsføringstillatelse i Norge, men legen kan skrive ut NDT på registreringsfritak. Denne medisinen må betales selv (NHI, 2020).

Soya, kaffe, fiber, jern og kalsium hemmer opptaket av stoffskiftemedisin og medisinen bør derfor tas 30 min før mat og drikke (Bakke, 2011, s.55). Det er også viktig at pasienter med stoffskiftesykdom får i seg tilstrekkelig med vitaminer og mineraler. D-vitamin virker forebyggende på depresjon og er med på å styrke immunforsvaret. Flere pasienter med stoffskifte sykdom har også behov for B-12 tilskudd (Bakke, 2011, s. 258-259).

2.2.2 Psykisk helse og fysisk aktivitet

Å være i aktivitet er et middel som er med på å fremme helse og forebygge sykdom. Fysisk aktivitet beskytter mot flere somatiske sykdommer, samt forebygger og reduserer depresjon og angst (Skaug, 2011, s. 272). Trening er med på å bedre kroppens generelle funksjoner, hjernen våkner, hjertet blir sterkere og blodgjennomstrømningen blir bedre. Fysisk aktivitet kan påvirke flere aspekter av et menneskes liv. Det kan være en kilde til glede, livsutfoldelse og positive mestringsopplevelser. Humøret påvirkes positivt og gir mer energi og mer overskudd i hverdagen. Trening reduserer stress og gir bedre selvbilde og selvtillit. Søvnkvaliteten blir bedre og gjennom trening kan en få et sosialt fellesskap og bedre livskvalitet (Helsenorge, 2021). Det er også dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet kan føre til økt seksuell nytelse og sexlyst hos kvinner, mens menn som trener regelmessig har mindre sannsynlighet for å utvikle potensproblemer og erektil dysfunksjon enn menn som ikke trener (Fysionett, 2018). Forskning bekrefter at fysisk aktivitet har stor betydning når det gjelder å fremme helse og forebygge sykdom (Wernec et al., 2018, s. 530).

Fysisk aktivitet har en positiv effekt på hjertet, det øker kroppens motstandskraft mot sykdom, og det forebygger og reduserer depresjon (Skaug, 2011, s. 272). Skaug (2011, s. 198) skriver at fysisk inaktivitet er en medvirkende årsak til overvekt og at det er flere faktorer som påvirker livsstilen. Livsstilsendringer som omlegging av kosthold og endring av aktivitetsnivå er viktig for å forebygge sykdom og unngå helsesvikt (Kristoffersen, 2011). Tverrfaglig samarbeid med andre helsefaglige yrkesgrupper er en viktig del av sykepleiers rehabiliterende funksjon. Det dreier seg om å forebygge komplikasjoner som overvekt og fysisk inaktivitet kan gi (Nortvedt & Grønseth 2016, s. 22). Frisklivssentralen er et eksempel på en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste, som sykepleier kan henvise til. Frisklivssentralen kan hjelpe pasienten til å sette konkrete mål, finne aktiviteter og tilbud

som passer for seg, og gi pasienten støtte til å gjennomføre det som er planlagt (Helsenorge, 2019).

2.2.3 Seksualitetens betydning for helse og livskvalitet

God helse er sammensatt og handler om mer enn fravær av sykdom. Hvordan hverdagens utfordringer mestres og hva livet gir oss, påvirker vår opplevelse av egen helse. Vårt forhold til egen seksualitet er vår personlige ressurs som er med på å påvirke vår helse (Gamnes, 2011, s. 72). Helse og omsorgsdepartementet (2016) har laget en strategi for seksuell helse og definerer seksuell helse slik:

Seksuell helse kan defineres som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelses faktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. Seksualitet omfatter følelser, tanker og handlinger, i tillegg til det fysiologiske og fysiske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7).

Bente Bakke (2011, s. 36) skriver i sin bok hvordan hypotyreose er bidragsyter til at følelseslivet kan være i ubalanse og at sexlivet kan skranke på grunn av manglende lyst. Forskning viser at både kvinner og menns seksuelle helse kan påvirkes av hypotyreose og kan gi redusert livskvalitet (Romero et al., 2020, s. 2).

2.3 Helse i ett sykepleie perspektiv

2.3.1 Helse og livskvalitet

God helse har til alle tider vært en sentral verdi for menneskeheten (Kristoffersen, 2011, s. 32). Verdens helseorganisasjon sier at helse er mer enn fravær av sykdom og svakhet. Helse defineres som fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende (Mæland, 2016, s. 26). Denne definisjonen må forstås som en idealbeskrivelse, der fysisk og mentalt overskudd blir vektlagt, en skal oppleve harmoni og velvære, ha gode relasjoner til andre mennesker, og få brukt seg selv. Helse blir på denne måten forstått som et positivt begrep og ligger nær det som nå gjerne omtales som livskvalitet (Mæland, 2016, s. 27).

Livskvalitet er det moderne uttrykket og har i den senere tid erstattet helse som det overordnede begrepet. Livskvalitet er betegnelse på velferd eller å ha et godt liv. Livskvalitet blir forstått på den måten at menneske har både subjektive og objektive aspekter, og at begge disse er viktige for å opprettholdelse av det gode liv (Barstad, 2019). Kristoffersen (2011, s. 58) definerer livskvalitet i den forstand at livskvaliteten er høy dersom en persons bevisst kognitive og affektive opplevelse er høy og lav der personens bevisste kognitive og affektive opplevelse er negativ. Livskvalitet har å gjøre med enkeltmenneskets psykiske velvære. Det forstås som følelsen eller opplevelsen av å ha det godt, og er en grunnstemning av glede. Det er personens individuelle vurdering av sitt liv og sin livssituasjon som gjelder (Kristoffersen, 2011, s. 59).

Livskvalitet har mange betydninger og det er ulike meninger om hva det “gode liv” er. Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som “en persons oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser” (Kristoffersen, 2011, s. 57). Begrepet livskvalitet blir brukt i forskning både innen medisin og sykepleie. Begrepsinnholdet blir da gradvis forskjøvet til spesifikt å omhandle menneskers funksjon, velvære og oppfatning av egen helse. Begrepet livskvalitet blir betegnet som helselatert livskvalitet (health related quality of life, HRQL) og det helselaterte livskvalitetsbegrepet avgrenses til den påvirkningen sykdom og behandling har på livskvaliteten (Kristoffersen, 2011, s. 59). For å kunne måle helselatert livskvalitet i befolkningen er det utviklet spørreskjema som kombinerer mål for livslengde og livskvalitet, også kalt kvalitetsjusterte leveår. En metode går ut på å måle

livskvalitet knyttet opp mot sykdom og behandling. Andre er rettet mot å kartlegge hvordan livskvaliteten påvirkes av en bestemt sykdom, for eksempel hypotyreose (Kristoffersen, 2011, s. 59).

2.3.2 Stress og mestring

Stress er et begrep som i dagliglivet benyttes svært ofte og blir gjerne assosiert med noe negativt. Stress kan knyttes til helse og sykdom og kan utløse flere reaksjoner hos pasienter. Mestring betyr at en behersker noe, at en har tak på og klarer å være herre over sin egen situasjon. Stress og mestring ses ofte i sammenheng (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 40). Kronisk sykdom karakteriseres av svingninger, med både gode og dårlige dager. Et trekk som fremheves er at sykdomsutviklingen avhenger av hvordan det enkelte individ lærer å leve eller mestre sin livssituasjon, og hvilke ressurser en har for mestring. Faktorer som kan oppleves som stressende eller belastende, må den enkelte mestre og lære å leve med for å få best mulig livskvalitet til tross for sykdommen (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 48). Det er mange aspekter ved kronisk sykdom som kan føre til opplevelse av stress. Empowering blir benyttet av sykepleiere som en sentral strategi for å hjelpe pasienter til mestring av stress ved kronisk sykdom. En vesentlig oppgave sykepleier har er å bidra til at pasientene utvikler krefter, kunnskap og vilje til selv å mestre og få kontroll over sykdommen sin (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 48).

2.3.3 Sykepleiers ansvar og funksjonsområde

Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon innebærer å fremme helse ved å styrke pasientens egne ressurser. Ved å tidlig identifisere symptomer og tegn, kan en sette i gang reelle tiltak og forbygge en potensiell helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Sykepleierens lindrende funksjon handler om at pasienten får mulighet til å uttrykke hvordan sykdommen og behandlingen oppleves og hvordan livsutfoldelsen påvirkes. Sykepleierens oppmerksomhet må rettes mot pasientens livskvalitet, erfaringer og opplevelser knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth 2016, s. 22). Sykepleiers rehabiliterende funksjon handler om at pasienten tilegner seg nødvendig kunnskap for å kompensere for sykdom og funksjonssvikt. Sykepleier skal motivere, støtte, tilrettelegge og forebygge funksjonssvikt.

Tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper er en sentral del av denne funksjonen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

Sykepleierens undervisende funksjon handler om å informere, undervise og veilede pasient og pårørende. Sykepleieren skal fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sykdommen og behandlingen en får. Helsepersonelloven plikter sykepleier å gi informasjon til den som har krav på det (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

Pasientrettighetsloven gir pasienten en lovfestet rett til informasjon, og denne oppgaven kan derfor ikke velges bort (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sykepleieren må lage gode rutiner slik at pasientens deltakelse sikres gjennom hele sykdoms- og behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

2.3.4 Sykepleieteoretiker Dorothea Orem

Dorothea Orem (1914-2007) har hatt stor innflytelse på tenkningen innen sykepleie. Teorien hennes omhandler egenomsorgstenkning og egenomsorgssvikt. Menneske, omgivelser, helse og sykepleie er Orem's teoretiske grunnlag (Kristoffersen, 2005, s. 227). Egenomsorg betegnes som den enkeltes håndtering av fysisk eller psykisk funksjonssvikt eller helsemessige problemer. Egenomsorg handler om den enkeltes innsats for å fremme egen helse og forebygge sykdom (Nylenna & Braut, 2020).

Sykepleierens mål blir å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, velvære og helse (Kristoffersen, 2005, s. 229). Det er fem hjelpemetoder som Orem beskriver som sykepleier kan bruke for å møte terapeutiske egenomsorgskrav: Å gjøre noe eller handle for en annen, å veilede og rettlede en annen, å sørge for fysisk og psykisk støtte, å sørge for omgivelser som fremmer utvikling og undervisning (Kristoffersen, 2005, s. 237).

3.0 METODE

Metode i forskningsarbeid er det verktøyet som brukes for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 52). Dalland beskriver metode som en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 51).

Det skilles mellom to ulike metoder for datasamling: Kvantitativ og kvalitativ metode. Ved bruk av kvantitativ metode ønsker en å tilegne seg breddekunnskap, man kan spørre mange og dermed få et representativt utvalg av brukere. Den kvantitative metoden presenterer data i form av tallfestede, målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52). Kvalitativ metode har som formål å gå i dybden på et mindre utvalg, der det hentes subjektive meninger, opplevelser og andre ikke-målbare funn. Denne metoden brukes når man leter etter beskrivelser av følelser eller ulike fenomener (Dalland, 2017, s. 53).

3.1 Litteraturstudie som metode for datainnsamling

Denne bacheloroppgaven bygger på en systematisk litteraturoversikt som baserer seg på fem vitenskapelige forskningsartikler. En integrativ litteraturstudie kjennetegnes ved at en danner seg en oversikt over tidligere forskning gjort på et avgrenset fagområde. Relevante forskningsartikler velges ut og blir analysert og kvaliteten evalueres. Funn fra de analyserte artiklene sammenstilles, og sammen med relevant teori settes det sammen til en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). Fribergs systematiske tankemodell og arbeidsmåte ligger til grunn for min metodiske tilnærming i denne oppgaven. Innsamling av data består i å gå igjennom publiserte artikler fra tidligere gjennomførte studier som handler om hypotyreose og livskvalitet. Ved å sammenligne denne dataen kommer en frem til ny kunnskap om dette temaet (Friberg, 2017, s. 150).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av databaser

I søkeprosessen ble det i det følgende anvendt databaser som er relevant for helsefag for å finne forskning som er aktuelt for oppgaven. Cinahl, British Nursing Index, MEDLINE og Oria er databaser som er blitt brukt for å finne aktuelle artikler. Cinahl, MEDLINE og Oria gav gode resultater og samtlige artikler er hentet i fra disse tre databasene. Cinahl er en helsefaglig database som inneholder artikler innen sykepleie og tilgrensende fag. Man vil her ha tilgang til artikler fra over 3000 tidsskrift. MEDLINE er også en database innen helsefag og biomedisinsk forskning, og dekker primært medisin og sykepleie. Denne databasen ble brukt via Cinahl.

3.2.2 Valg av søkeord

For å finne forskningsartikler relevant til mitt problemområde, ble søket avgrenset ved hjelp av aktuelle søkeord. Jeg gikk først bredt ut ved kun å bruke ordet hypotyreose. Fikk da et høyt antall treff på artikler. Jeg ville undersøke hvordan hypotyreose kan påvirke livskvaliteten til pasienter med denne diagnosen, og hvordan sykepleiere kan veilede denne pasientgruppen til å ivareta egenomsorgen og oppleve mestring i hverdagen. “Hypotyreose” og “livskvalitet” ble dermed nøkkelord i mitt søk for å snevre antall treff inn. Siden Cinahl ble brukt som søkedatabase, ble engelske søkeord brukt for å utvide søket. Det ble forsøkt flere kombinasjoner av ulike søkeord. “Treatment”, “combination therapy” og “BMI” er nøkkelord på artikler som jeg hadde fra før, og de ble brukt i ulike kombinasjoner, for å avgrense søket ytterligere. Det ble vanskelig å finne aktuelle artikler når kombinasjonene ble brukt sammen med “nurse” og jeg valgte dermed kun å bruke de søkeordene som er vist i (tabell 1 og 2). Under vises søkehistorikken presentert på en oversiktlig måte.

Tabell 1: søk i Oria, 01.April

Søk (s)	Søkeord	Antall treff
S 1	Hypothyroidism	56.975
S 2	Quality of life	3038779
S 3	S 1 AND S 2	28

Tabell 2: Søk i cinahl, 01.April

Søk (s)	Søkeord	Antall treff
S 1	Hypothyroidism	23.988
S 2	Quality of life	522.836
S 3	S 1 AND S 2	739
S 4	Treatment	3526420
S 5	S 3 AND S 4	343
S 6	Combination therapy	336533
S 7	S 5 AND S 6	15

3.3.3 Valg av artikler

Treff på aktuelle artikler varierte med søkeordene, og flere av artiklene ble ekskludert på grunn av lite relevans. Det ble benyttet strukturert litteratursøking og eksklusjonskriterier var med på å avgrense søkeresultatet (Friberg, 2017, s. 146).

Valg av artikler ble avgrenset til å ha med følgende kriterier:

- Artiklene skulle være publisert etter 2011
- Artiklene skulle være fagfelleurderte
- Artiklene skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk
- Artiklene skulle vises i fulltekst
- Skulle ikke omhandle barn eller eldre

Endring i livskvalitet var det som ble mest vektlagt i søk etter artikler og dette kommer frem ut ifra hvilke artikler som ble valgt. Forskning er ferskvare og kunnskap kan derfor bli utdatert (Dalland, 2017, s. 162). Artiklene som brukes i denne oppgaven er ikke eldre enn 10 år og relevante for å møte utviklingen i dagens samfunn og for den videre drøftingen i oppgaven. Jeg ønsket å finne artikler som omhandlet pasienter med hypotyreose, og hvordan hypotyreose kan påvirke livskvaliteten til denne pasientgruppen. Artiklene skulle ikke omhandle barn eller eldre og flere av artiklene ble derfor ekskludert som følge av feil

fokusgruppe eller feil tematikk. To av artiklene har kun kvinner med i studien, men er allikevel inkludert på grunn av relevans til oppgavens hensikt og at majoriteten med denne diagnosen er kvinner. Artiklenes holdbarhet og kvalitet ble sjekket med sekundærsøk for å avgjøre om de kom fra en troverdig kilde. Det ble i utgangspunktet søkt etter både kvalitative og kvantitative studier, men da det var lite kvalitative studier å finne på dette problemområde, ble det valgt ut fem kvantitative studier som korresponderte godt med mitt utgangspunkt.

Oversikt over de utvalgte artiklene blir videre presentert under i (tabell 3).

Tabell 3: Oversikt over analyserte artikler

Tittel,forfattere, årstall:	Tema	Perspektiv	Metode	Database
Kelderman-Bolk, N., Visser. T.J., Tijssen. J, P and Berghout. A (2015)	Livskvalitet til pasienter med hypotyreose relatert til BMI	Pasient	-Kvantitativ studie -90 deltakere	MEDLINE
Gomez, B.R., Alonso, P.G., Torres, C.J.M., Carrascosa. D.P. P., Aguilera. J, A.L., Cuenca.A.I.C (2020)	Helserelatert livskvalitet til kvinner som behandles for hypotyreose	Pasient	-Kvantitativ, Case-kontroll studie -152 kvinner	MEDLINE
Mitchell, A.L., Hegedüs, L., Žarković, M., Hickey, J.L., Perros, P (2020)	Pasienttilfredshet og livskvalitet til pasienter med hypotyreose	pasient	-kvantitativ studie -969 deltakere	Academic Search Premier
Ellegård. L; Krantz. E; Trimpou. P; LandinWilhelmsen. K (2021)	Helserelatert livskvalitet til pasienter med hypotyreose.	Pasient	-Kvantitativ studi -Populasjons basert studie -414 deltakere	MEDLINE
Krysiak, R., Szkróbka, W., Okopień, B (2018)	Seksuell helse og depressive symptomer til kvinner som mottar levotyroksin-behandling	Pasient	-Kvantitativ, quasi-randomized single-blind studie -39 deltakere	MEDLINE

3.4 Dataanalyse

Analyse blir av Friberg beskrevet som en bevegelse fra en helhet til deler og deretter til en ny helhet. Den nye helheten blir skapt fra den beskrivende sammenhengen fra de ulike delene, og derved blir ett nytt resultat skapt i form av en ny helhet (Friberg, 2017, s. 135). De utvalgte artiklene ble lest og innholdet analysert. Det ble skrevet ned en oppsummering av resultatene. For å lettere se likheter og ulikheter og for å få en god oversikt fra studiene, ble resultatene satt inn i en tabell. Det ble foretatt en reduksjon av data. De resultatene som validerte med oppgavens hensikt, ble trukket ut for videre analysering. De utvalgte resultatene ble sammenlignet for å finne felles karakter og mønster. Gjennom dette analysearbeidet kom jeg frem til 2 hovedfunn og 5 underkategorier som var mest relevante og svarte på hensikt og problemområdet i min oppgave. Dette blir videre presentert i (tabell 4).

Tabell 4:

Hovedfunn	Underkategori
Informasjon og kunnskap	Medikamentell behandling Mangelfull informasjon
Livskvalitet	Psykisk helse Fysisk helse Seksuell helse

4.0 RESULTATER

Hensikten med denne oppgaven er å se hvordan hypotyreose kan påvirke livskvaliteten til pasienter med hypotyreose, og hvordan sykepleier kan veilede denne pasientgruppen til å ivareta egenomsorgen og oppleve mestring av sin livssituasjon. Resultatet av de analyserte artiklene vil bli presentert i det påfølgende kapittelet.

4.1 Informasjon og kunnskap

4.1.1 Mangelfull informasjon

Mitchell et al. (2020, s. 515) avdekket at bare et fåtall av pasientene var fornøyd med den informasjonen de hadde mottatt. Kun 22,4% stadfestet at de var fornøyde med den pleien og behandlingen de hadde fått. “Only a few responders (14,4%) regarded themselves as being fully informed by their GP on hypothyroidism and 89,2% found other sources of information more valuable (mainly internet, media, patient organizations or other patients)” (Mitchell et al., 2020, s. 515). Videre avdekket de at nesten halvparten av testgruppen, 46,9%, hadde oppsøkt fastlegen mer enn tre ganger med symptomer på hypotyreose før de fikk diagnosen (Mitchell et al., 2020, s. 515).

Romero et al. (2020, s. 8) avdekket at ved å forbedre pasientopplevelsen og avklaring av forventninger ved diagnosetidspunktet ville tilfredsheten og livskvaliteten øke blant pasienter med hypotyreose.

Tre av de analyserte artiklene avdekket mangel på intervensjon på forskjellige nivåer. Deres studier viste at pasienter har behov for fullstendig og individuelt tilpasset informasjon både når det gjelder behandling, sykdom og livsstil (Romero et al., 2020, s. 7; Bolk et al., 2015, s. 513; Mitchell et al., 2020, s. 515).

4.1.2 Medikamentell behandling

Romero et al. (2020, s. 7) avdekket at selv om kvinner behandles med levotyroksin har de lavere helse relatert livskvalitet enn friske kvinner. Videre avdekket de at monoterapi med LT4 ikke alltid er tilstrekkelig for å redusere symptomene på hypotyreose. "Hypothyroid woman under LT4 treatment showed significant lower scores in SF-12v1 physical and mental components than the general Spanish population" (Romero et al., 2020, s. 6).

Mitchell et al. (2020, s. 513) avdekket at hele 77,6 % var misfornøyd med den behandlingen de mottok. Kombinasjonsbehandling ble assosiert med bedre livskvalitet enn de som ble behandlet med monoterapi alene. I denne studien forventet 93,1% av pasientene symptomfrihet etter 3 måneder, til tross for at det kan ta inntil 6 måneder før symptomene er borte (Mitchell et al., 2020, s. 518).

Ellegård et al. (2021, s. 3) avdekket at majoriteten av pasientene som behandles med levotyroksin ikke klager på residiverende symptom etter behandlingsstart. Denne studien viser likevel at noen pasienter ikke føler seg vel og fremdeles plages av ulike symptomer, både på det mentale og sosiale aspekt.

Krysiak et al. (2018, s. 1580) avdekket at omtrent 5-10 % pasienter som ble behandlet med levotyroxin opplevde kliniske symptomer på svikt i skjoldbruskkjertelen. Forskningen deres viste at behandling alene med levotyroxin ikke bedret kvinners seksuelle helse, men kombinasjonsbehandling med liotyronin hadde en positiv effekt på kvinners seksuelle helse og depressive symptom.

4.2 Livskvalitet

Bolk et al. (2015) avdekket at livskvaliteten til pasienter med hypotyreose var markant lavere enn kontrollgruppen uten hypotyreose. "SF-36 scores in hypothyroid patients were markedly lower than in controls in all eight subscales, indicating a worse general QOL" (Bolk et al., 2015, s. 512).

Helse relatert livskvalitet og kostnadseffektivitet er viktige variabler i klinisk praksis både for pasienten og samfunnet. Det ble avdekket en redusert helse relatert livskvalitet hos pasienter med hypotyreose sammenlignet med dem uten hypotyreose (Ellegård et al., 2021, s. 3).

4.2.1 Psykisk helse

Romero et al. (2020, s. 6) avdekket at kvinner med hypotyreose skårer lavere enn resten av befolkningen både fysisk og psykisk. Denne studien viste en høyere prevalens av angst og depresjon sammenlignet med kvinner uten hypotyreose (Romero et al., 2020, s. 8).

Bolk et al. (2015, s. 509) brukte HADS spørreskjema i sin studie, og det avdekket høyere skår på depresjon, ikke angst. Det ble samtidig oppdaget en forbedring i de depressive symptomene ved høyere SHBG nivå. MFI-20 spørreskjema avdekket økt fatigue ved en høyere BMI og viste at livskvaliteten sank ved en økning i kroppsvekt (Bolk et al., 2015, s. 510).

Ellegård et al. (2021, s. 8) avdekket at mennesker med hypotyreose skårer lavere på helse relatert livskvalitet særlig på to felt, søvn og sosial isolasjon. Studiens resultater viste at de mentale og sosial aspektene ikke nødvendigvis blir bedre selv om en får levotyrosintilskudd (Ellegård et al., 2021, s. 11). “Subjects with hypothyroidism scored lower on HRQoL than subjects without hypothyroidism in two questionnaires, NPH sleep and NHP social isolation. The statistical power for these calculations were 93% and 67% respectively “(Ellegård et al., 2021, s. 8).

Romero et al. (2020, s. 5) brukte SF-12 spørreskjema for å måle de mentale komponentene. Pasienter med og uten hypotyreose ble sammenlignet og det ble avdekket at 67,75% av personene med hypotyreose hadde redusert livskvalitet relatert til psykisk helse. Videre avdekket studien at hypotyreose øker risikoen for redusert helse relatert livskvalitet på det mentale og det fysiske plan (Romero et al., 2020, s. 6).

4.2.2 Fysisk helse

Pasienter med hypotyreose har større risiko for vektøkning enn den generelle befolkningen. Det ble også avdekket at overvekt og økning i BMI kan relateres til redusert livskvalitet (Romero et al., 2020, s. 7).

Bolk et al. (2015, s. 509) avdekket at BMI var høyere hos pasienter med hypotyreose enn dem uten. De anvendte et SF-36 spørreskjema som avdekket flere problemer med den fysiske helsen, rollebegrensning på grunn av fysiske problem, vitalitet, smerte og generell dårligere helse ved høyere BMI. Studien avdekket at en økning i SHBG responderte med en reduksjon i BMI (Bolk et al., 2015, s. 512).

A higher SHBG, a marker of hepatic TH status, corresponded with a better QOL in nine out of the 15 subscales. An improvement in QOL was seen in physical functioning, role limitation due to emotional problems, vitality, pain and general health, according to the SF-36 questionnaire (Bolk et al., 2020, s. 511).

Ellegård et al. (2021, s. 10) avdekket at pasienter med hypotyreose brukte mer medisiner enn de uten hypotyreose, noe som indikerer flere symptomer og/eller samtidig sykdom, hovedsakelig kardiovaskulære.

4.2.3 Seksuell helse

På samme måte som diabetes og overvekt kan svikt i skjoldbruskkjertelen relateres til seksuell dysfunksjon. Det ble avdekket at levotyrosin administrert sammen med liotyronin forbedret den seksuelle helsen, samt en tendens til å øke den totale FSFI skåren (Female Sexual Function Index), sammenlignet med gruppen som kun brukte levotyrosin (Krysiak et al., 2018, s. 1579-1581).

Neither the total FSFI score nor the domain scores changed throughout the study in woman who continued levothyroxin treatment. At the end of the study, there were differences between the groups in desire and arousal, as well as insignificant differences between both groups in the total FSFI score (Krysiak et al., 2018, s. 1582).

Krysiak et al. (2018, s. 1583) avdekket at kombinasjonsbehandling med levotyrosin og liotyronin er overlegen når det gjelder å påvirke unge kvinners seksuelle funksjon. Videre avdekket de at seksuell funksjon og depressive symptom er gjensidig relatert til hverandre.

5.0 DISKUSJON

I det påfølgende kapittelet vil integrativ litteraturstudie som metode bli diskutert for å belyse hensikten med oppgaven. Diskusjonskapittelet er todelt. I metodekapittelet vil søkestrategiens styrker og svakheter, kvalitetsvurdering og analyse bli diskutert. Resultatdiskusjonen kommer avslutningsvis. Her blir resultatene diskutert og satt i sammenheng opp mot teori og en ny helhet blir dannet.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Land og arena for studiene

De utvalgte studiene ble utført i Spania, Storbritannia, Polen, Nederland og Sverige. Behandlingen av hypotyreose er den samme uavhengig av land og dermed presenterer de utvalgte artiklene et bredt område med pasienter som lever med denne diagnosen (Romero et al., 2020, s. 2). Levemåte, kosthold og klima kan påvirke stoffskifte, og siden samtlige av artiklene kommer fra andre land kan de bli sett på som mindre relevante og trekke oppgaven ned fordi det ikke kan føres direkte over til norske forhold. Styrken med de utvalgte artiklene er at noen av forskningsartiklene er i fra Norden og vil være relevante for den videre drøftingen i oppgaven da de lettere kan overføres til norske forhold.

Jeg ønsket å innhente forskningsartikler som viste hvordan hypotyreose kan være med på å påvirke livskvaliteten til pasienter med hypotyreose. Valg av arena falt på pasienter fra primærhelsetjenesten som mottar behandling for hypotyreose og mulige årsaker til at pasienter med denne diagnosen opplever redusert livskvalitet. Primærhelsetjenesten er en arena der sykepleiere ofte kommer i kontakt med denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2015).

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Forskernes faglige bakgrunn og kompetanse ble undersøkt for å kunne vurdere artiklens gyldighet. Alle artiklene er forfattet av forskere med medisinskfaglig bakgrunn, og samtlige av forskerne er endokrinologer. Dette er en styrke i oppgaven fordi endokrinologer er spesialister innen endokrine sykdommer, og har erfaring med denne pasientgruppen (NHI, 2020).

5.1.3 Studienes deltakere

Alle deltakerne i studiene representerte pasienter med hypotyreose. Tre av fem studier plukket ut deltakere via primærhelsetjenesten. En studie inviterte deltakere fra pasientorganisasjonen British thyroid foundation til å delta via internett og siste studie inviterte et tilfeldig utvalg i befolkningen. Inklusjonskriteriene i fire av de fem studiene var medisinsk behandling i minimum 6 måneder med samme dose og med aktuelle blodprøveverdier innen normalområdet. Antall deltakere i studiene varierte mellom 39-969 og alder varierte mellom 18-70 år. Både inklusjonskriteriene og antall deltakere ser jeg på som en styrke da de gir et bredt utvalg av representanter til å svare på problemstilling og hensikt med oppgaven. Romero et al. (2020) og Krysiak et al. (2018) har kun kvinnelige deltakere i studien. Jeg har valgt å ta med disse to artiklene da majoriteten av pasienter med hypotyreose er kvinner. Grunnen til at jeg valgte å ta med studien til Krysiak et al. (2018) er at den viser hvordan seksualitet kan påvirke livskvaliteten til pasienter med hypotyreose. Jeg mener dette er med på å styrke oppgavens hensikt og problemformulering. Alle forskningsartiklene er adekvat utvalgt med tanke på oppgavens hensikt.

5.1.4 Kvantitativ tilnærming som metode

Hensikten med denne oppgaven er å se hvordan hypotyreose kan påvirke livskvaliteten til pasienter med denne diagnosen, og hvordan sykepleiere kan veilede denne pasientgruppen til å ivareta egenomsorgen og oppleve mestring i hverdagen. Alle de utvalgte studiene har benyttet seg av kvantitativ metode for å besvare problemstillingene sine. Kvantitativ forskning ønsker å undersøke årsakssammenhenger og på denne måten få en bredere

forståelse innen et valgt område. Samtlige av de utvalgte studiene har til hensikt å undersøke nettopp dette. Et eksempel er studien til Krysiak et al. (2018) som ønsker å kartlegge kvinners seksuelle helse mellom kvinner som mottar levotyroksin, opp mot kvinner som mottar kombinasjonsbehandling, og se på årsakssammenhenger mellom disse to gruppene. Mitchell et al. (2020) har til hensikt å kartlegge potensielle bidragsyttere til hvorfor pasienter er misfornøyde med den behandlingen og pleien de mottar, og på denne måten få en bredere forståelse på dette området.

Fire av de fem utvalgte studiene har brukt ikke-sannsynlighetsutvelgelse ved å inkludere den pasientgruppen som er lettest tilgjengelig. En svakhet ved bruk av denne metoden er at utvalget kan avvike fra populasjonen ved at relevante grupper ikke blir inkludert, eller at en gruppe blir over- eller underrepresentert. Det kan da oppstå en skjevhet i utvalget som kan svekke generaliserbarheten til resultatet (Bjørnnes og Gjevjon, 2019).

Ellegård et al. (2021) er den eneste studien som har brukt populasjonsstudie som forskningsmetode der et tilfeldig utvalg er plukket ut til å delta. Dette kan være en styrke i studien da den kartlegger livskvaliteten til den generelle befolkningen med hypotyreose. Samtidig kan det være en svakhet i studien da de ikke fokuserer på en utvalgt gruppe, men på befolkningen generelt.

Samtlige av de utvalgte artiklene er kvantitative og har pasientperspektiv. Det mener jeg er en styrke i denne oppgaven da de representerer en stor andel gruppe pasienter som opplever redusert livskvalitet som følge av hypotyreose. Samtidig kan det være en svakhet da denne type forskning fokuserer mer på årsakssammenhenger enn det kvalitativ forskning gjør. Den kvalitative metoden fokuserer mer på hvordan vi mennesker oppfatter verden og hvilke relasjoner som betyr noe for oss. Kvalitativ forskning gir en dypere forståelse, som store kvantitative undersøkelser ikke kan få med seg (Hoffmann, 2013).

Bruk av kvantitativ metode i de utvalgte artiklene, mener jeg, har vært tilfredsstillende for å belyse studienes hensikt og for å besvare problemformuleringen. Som tidligere nevnt fant jeg ingen kvalitative undersøkelser på dette området, og derfor har jeg kun anvendt kvantitative forskningsartikler. Det kunne med fordel blitt utført flere kvalitative studier for å utvikle en dybdeforståelse på dette området og derav få en helhetlig forståelse av hvordan det er å leve med hypotyreose.

De etiske forholdene ble ivaretatt i alle studiene. Deltakerne fikk skriftlig informasjon om studiet de deltok i, de deltok frivillig og de ble anonymisert.

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Jeg mener at integrativ litteraturoversikt som metode, med fem forskningsartikler, har vært tilstrekkelig for å besvare min hensikt. Det var en tidkrevende prosess å analysere de utvalgte artiklene og det ville vært utfordrende å gjennomføre analyse på flere, som følge av den begrensede tiden som var til rådighet. Ved å avgrense utvalget til fem artikler, kan det likevel tenkes, at forutsetning for å kunne besvare min hensikt ble begrenset, på bakgrunn av det komplekse fagområdet. Relevant data og informasjon kan ha blitt oversett til tross for ulike søkestrategier og databaser, og andre kan ha kommet frem til andre resultater ved bruke av de samme artiklene.

En svakhet ved bruk av denne metoden er den begrensede tilgangen til relevant forskning som grunnlag for oversikten. Det vil ikke være mulig å inkludere all forskning som er gjort på et fagområde, og det blir desto viktigere å stille seg kritisk til forskningsartiklene som blir inkludert i den integrative litteraturoversikten. En annen kritikk er at utvalget av artikler kan bli selektive, siden artiklene som blir inkludert i studiet passer best med forskernes hensikt, og at motstridene artikler blir ekskludert (Friberg, 2017, s. 143).

Styrken med denne metoden er at det blir dannet en oversikt over fagområdet og at kunnskapen blir organisert på en plass. Kunnskapen blir mer tilgjengelig fordi den blir systematisert på en oversiktlig måte. Denne metoden er mindre tidkrevende enn empiriske studier, fordi det ikke er behov for deltakere på samme måte som i kvalitativ forskning. Det er lettere å gjennomføre en flervalgsundersøkelse, enn for eksempel en rekke intervjuer (SurveyMonkey, u.å). Samtlige av forskningsartiklene var på engelsk, og det er derfor en mulighet for at jeg kan ha gitt en annen fortolkning enn originalmaterialet da jeg har oversatt de til norsk.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hvordan pasienter opplever at hypotyreose kan påvirke livskvaliteten deres. Videre er hensikten å belyse hvordan sykepleier kan veilede disse pasientene til å ivareta egenomsorgen og oppleve mestring av sin livssituasjon. I det følgende delkapittelet vil mine hovedfunn bli diskutert opp mot sammenheng med teori og min egen refleksjon.

5.2.1 Informasjon og kunnskap

Mine funn viser at pasienter opplever manglende informasjon fra helsepersonell om hypotyreose, og dette kan påvirke deres livskvalitet (Bolk et al., 2015, s. 513; Mitchell et al., 2020, s. 515; Romero et al., 2020, s. 7). Studien til Mitchell et al. (2020, s. 515) viser at bare ett fåtall av pasientene som diagnostiseres med hypotyreose får den informasjonen som de har behov for. Pasientene må innhente informasjon fra andre kanaler enn helsepersonell (Mitchell et al., 2020, s. 515; Romero et al., 2020, s. 8). Når det gjelder sykepleier og veiledningsrollen, er det både et lovpålagt og et yrkesetisk ansvar for å imøtekomme pasientens informasjonsbehov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleier skal, etter loven, gi pasienten tilstrekkelig informasjon om hypotyreose (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999). Informasjonen skal også individualiseres og tilpasses slik at den blir forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). I tillegg skal sykepleier forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det handler om at sykepleier formidler informasjonen på en slik måte at pasienten kan tilegne seg og forstå den informasjonen som blir gitt. Pasienten vil da kunne oppnå større kapasitet og mulighet til å skaffe, anvende og forstå informasjonen, som kan bidra til økt livskvalitet.

Videre viser mine funn at pasienter opplever at kvaliteten på informasjonen som blir gitt av helsepersonell er dårlig, og dette kan påvirke tilfredsheten og livskvalitet deres (Bolk et al., 2015, s.513; Mitchell et al., 2020, s. 517; Romero et al., 2020, s. 8). Når det gjelder sykepleier og den veiledende funksjonen, handler dette om å bidra til læring, utvikling og mestring. I tillegg er den veiledende funksjonen knyttet opp mot behovet for kunnskap og forståelse som grunnlag for å kunne foreta valg forbundet med ivaretagelse av egen helse

(Kristoffersen et al., 2011, s. 19). Studien til Mitchell et al. (2020, s. 518) viser at flertallet av pasientene hadde en forventning om å være symptomfrie innen tre måneder etter at de hadde startet medisinsk behandling, og at forventningen om å bli symptomfri, påvirket deres livskvalitet. Når det gjelder sykepleiers kunnskapsgrunnlag og hvordan yte sykepleie ved ulike sykdomstilstander, er dette en viktig del av klinisk sykepleie. For å kunne styrke pasientens kompetanse i å selv mestre sykdommen, må en ha kunnskap om hypotyreose og kjennskap til forskning og pasientopplevelser knyttet til hypotyreose (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 24). Det vil si at sykepleier må ha kunnskap om hypotyreose for at hun skal kunne gi informasjon av god kvalitet. Med andre ord, dersom pasienten mottar kunnskapsbasert informasjon av god kvalitet gitt av helsepersonell, vil pasienten ha en reell forventning til den behandlingen han mottar, som kan bidra til økt tilfredshet og bedre livskvalitet. Totalt sett når pasienten får god og kunnskapsrettet informasjon om sykdom og behandling, vil han også ha større forutsetning til å ivareta egenomsorgen og oppleve mestring av sin livssituasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 21).

Videre viser mine funn at det er flere ikke-farmakologiske og rimelige inngrep som kan forbedre behandlingstilfredsheten til pasienter med hypotyreose, og hvordan dette kan påvirke deres livskvalitet (Mitchell et al., 2020, s. 517; Romero et al., 2020, s. 8). Mitchell et al. (2020, s. 517) og Romero et al. (2020, s. 8) påpeker i sin forskning at helsepersonells håndtering av pasientens forventninger på diagnosetidspunktet har mye å si for pasientopplevelsen og påvirkning av livskvalitet. Sykepleier har, i tillegg til en veiledende funksjon, også en helsefremmende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Når det gjelder å fremme helse innebærer det å styrke pasientens egne ressurser ved å forebygge nye helseproblemer hos pasienter med kronisk sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 27). Med hensyn til dette kan kronisk sykdom berøre hele personens tilstedeværelse og følges av ulike krisereaksjoner (Kristoffersen, 2011, s. 162). Videre kan kronisk sykdom skape stress i form av at en skal lære seg å leve med symptomer, tilpasning av endret kroppsopplevelse og forebygging av sosial isolasjon (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 48). Når det gjelder sykepleiers veiledende rolle kan hun benytte Orems fem hjelpemetoder for å imøtekomme pasientens egenomsorgskrav. Ved å gjøre noe eller handle for en annen kompenserer sykepleier for pasientens ressursvikt ved å både ta initiativ til og å utføre handlinger som er i samsvar med pasientens terapeutiske egenomsorgskrav (Kristoffersen, 2011, s. 236). Gjennom veiledning får pasienten hjelp til å planlegge og utføre egenomsorgshandlinger. Ved å bruke veiledning som metode forutsetter det at det er kommunikasjon mellom pasient og sykepleier

(Kristoffersen, 2011, s. 237). Det vil si at når sykepleier etablerer god kommunikasjon med pasienten vil behandlingstilfredsheten bli bedre. Når pasienten mottar, bearbeider og bruker informasjonen han får av helsepersonell vil han ha større kapasitet til å ivareta egenomsorgen. Totalt sett betyr det at pasienten opplever mestring av sin livssituasjon og livskvaliteten bedres (Kristoffersen, 2011, s. 237).

Angående sykepleiers lindrende funksjon innebærer det at pasienten får mulighet til å uttrykke hvordan sykdommen og behandlingen oppleves og hvordan livsutfoldelsen påvirkes.

Sykepleieren må rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet knyttet til sykdommen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Med hensyn til dette bør sykepleier veilede pasienten og komme med råd, også når det gjelder medikamentell behandling og hvilke alternativer som finnes, særlig når pasienten gir uttrykk for vedvarende symptomer og nedsatt livskvalitet som følge av sykdommen (Bakke, 2011, s. 59). Det vil si at når sykepleier veileder og underviser pasienten slik at pasienten tilegner seg nye ferdigheter og ny kunnskap, klarer pasienten å ivareta egenomsorgen og oppleve mestring av sin livssituasjon. Når det gjelder sykepleiers mulighet til å veilede og undervise pasienten er økt kunnskap og bevissthet om begrepene helse og livskvalitet viktig. Nettopp fordi det kan være med å bidra til at en lettere vil kunne lytte og forstå pasientens behov på bakgrunn av deres erfaring med sin kroniske sykdom (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 36). Det handler om at sykepleier må lytte og sette seg inn i pasientens livssituasjon, og evne å se hans egenomsorgskrav. Pasienten vil da kunne motta undervisning og utvikle kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for at pasienten skal kunne gjennomføre varig og effektiv egenomsorg (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 36). Med andre ord kan sykepleier bidra, gjennom undervisning, at pasienten ivareta egenomsorgen, opplever mestring og får bedre livskvalitet (Kristoffersen, 2011, s. 237).

5.2.2 Livskvalitet

Mine funn viser at pasienter med hypotyreose har generelt lavere livskvalitet enn den normale befolkningen (Bolk et al., 2015, s. 513). Samtlige av mine utvalgte studier viser at hypotyreose kan ha en negativ innvirkning på livskvaliteten (Ellegård et al., 2021, s. 10; Bolk et al. 2015, s. 509; Krysiak et al., 2018, s.1582; Mitchell et al., 2020, s. 515; Romero et al., 2020, s. 6). Når teorien beskriver livskvalitet handler det om personens oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet det lever i (Kristoffersen et al., 2011,

s. 57). Videre er livskvalitet knyttet til helse og sykdom, og favner både det fysiske, psykiske og sosiale begrep av velvære (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 31). Angående sykepleiers rolle har hun et overordnet mål og det er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Kristoffersen, 2011, s. 229). For å klare det må sykepleier først identifisere pasientens egenomsorgskrav, og kartlegge hvilke handlinger som er nødvendige for å ivareta pasientens krav til egenomsorgen (Kristoffersen, 2011, s. 236). Mine funn viser at flere pasienter som mottar medisinsk behandling med levotyrosin fremdeles har symptomer på hypotyreose, og at dette påvirker deres livskvalitet (Ellegård et al., 2021, s.1; Bolk et al., 2015, s. 507; Krysiak et al., 2018, s. 1579; Mitchell et al., 2020, s. 515; Romero et al., 2020, s. 1). Romero et al. (2020, s. 2) og Ellergård et al. (2021, s. 8) viser i sin studie at flere pasienter har vedvarende symptomer som fatigue, kognitiv dysfunksjon, seksuell lidelse, stemningsforstyrrelse, nedsatt arbeidsminne og motoriske læringsvansker selv om de blir riktig behandlet med levotyrosin. På den annen side viser Romero et al. (2020, s. 7), Krysiak et al. (2015, s. 1581) og Ellegård et al. (2021, s. 9) i sin studie at de pasientene som mottar kombinasjonsbehandling har høyere livskvalitet enn de pasientene som kun mottar levotyrosin. Videre viser annen forskning at det er det flere pasienter som sliter med plager som hypotyreose påfører dem, fordi de ikke kjenner til kombinasjonsbehandling (Bøe, 2019). Med tanke på dette viser imidlertid teorien at behandling med levotyrosin er standard internasjonal behandling av hypotyreose, men at kombinasjonsbehandling kan forsøkes dersom pasienten fremdeles har symptomer (Haug, 2002, s. 936). For øvrig finnes det dessverre ikke mange pasientstudier på kombinasjonsbehandling, og det gjøres generelt lite forskning på denne type behandling. Utfordringen er todelt. For det første er tyreoidea-ekstrakt (NDT) en ikke registrert behandling i Norge, og det må søkes om fritak for hver enkelt pasient. For det andre kan ikke medisinen fås på blå resept og behandlingen blir derfor kostbar for pasienten (Stoffskifteforbundet, u.å). Dette betyr at enkelte pasienter utelukkes fra denne behandlingen fordi de ikke har økonomi til å betale for behandlingen selv (Thyroidea u.å).

Videre viser mine funn at pasienter med hypotyreose har større risiko for overvekt enn den generelle befolkningen (Romero et al., 2020, s. 7), og dette kan påvirke deres livskvalitet. Studien til Bolk et al. (2015, s. 509) peker på noen sentrale utfordringer når det gjelder den fysiske helsen til pasienter med hypotyreose. Flere av pasientene hadde høy BMI og skåret lavt på livskvalitet. Videre viser de at vektøkning har sammenheng med hypotyreose og at overvekt kan være en stor bidragsyter til den redusert livskvalitet. Når pasienten først var blitt

overvektig viste studien at det var vanskelig å gå ned i vekten (Bolk et al., 2015, s. 513). På en annen side viser studien at pasienter som brukte kombinasjonsbehandling hadde lettere for å gå ned i vekt enn pasienter som ble behandlet med levotyroksin (Bolk et al., 2015, s. 513). Med andre ord kan dette bety at pasienter som strever med vektreduksjon kan ha utbytte av kombinasjonsbehandling. Videre viser studien til Bolk et al. (2015, s. 513) at pasienter som har problemer med vektreduksjon kan ha nytte av rådgivning og må oppmuntres til å delta i trening- og kostholdsprogram. Med tanke på dette beskriver Orem at sykepleier skal støtte pasienten både fysisk og psykisk, og bidra til utvikling og et støttende miljø (Romsland et al., 2015, s. 189). Dette betyr ved å samarbeide tverrfaglig og henvise pasienten videre, for eksempel Frisklivssentralen, vil pasienten oppleve ivaretagelse av egenomsorg, mestring av livssituasjon og økt livskvalitet (Helsenorge, 2019). Imidlertid er tretthet og økt søvnbehov en annen utfordring, og kan påvirke aktivitetsnivået og livskvaliteten til pasienter med hypotyreose (Almås, 2001, s. 953). Derimot sier teorien at sportsaktiviteter som yoga, styrketrening og aerob trening kan minske tretthet og gi økt livskvalitet (Forbes & Thomsen, 2018, s. 144). I lys av dette bekrefter Wernec et al. (2018, s. 535) gjennom sin forskning at trening forbedrer livskvaliteten til pasienter med hypotyreose.

Mine funn viser at pasienter med hypotyreose har tendens til å uttrykke misnøye over vekten som følge av sykdommen. Denne misnøyen refereres til vektoppgang etter behandlingssoppstart, og utvikling av et negativt kroppsbilde, spesielt hos kvinnene (Romero et al., 2020, s. 7). Dette var med på å påvirke deres livskvalitet. Dessuten viser studien til Ellegård et al. (2021, s. 6) at flere pasienter har dårlig søvnkvalitet og er isolert. Imidlertid vil fysisk aktivitet bidra til bedre helse, bedre humør og bedre hukommelse enn de som er inaktive (Bakke, 2011, s. 264). Totalt sett viser teorien at trening er med på å senke stress, gir bedre selvbilde og selvtillit, søvnkvaliteten bedres, en får økt sosialt liv og bedre livskvalitet (Helse og omsorgsdepartementet, 2021). Dessuten er en sunn livsstil med fysisk aktivitet og et sunt kosthold like viktig for pasienter med hypotyreose, som det er for andre mennesker.

Bolk et al. (2015, s. 513) & Ellegård et al. (2021, s. 8) viser i sine funn at pasienter med hypotyreose bruker mer medisiner enn den normale befolkningen, noe som tyder på at pasienter med hypotyreose er mer utsatt for andre sykdommer. Dette kan ha sammenheng med den økte faren for overvekt og utvikling av livsstilssykdommer som diabetes, hypertensjon og hjerte- og kar sykdommer, og dette kan påvirke livskvaliteten. Sykepleiers veiledende funksjon handler om å redusere den helserisikoen som er forbundet med generell fysisk inaktivitet. For øvrig er inaktivitet vår tids store helsetrussel, og sykepleier vil møte

pasienter som har behov for kunnskap om hvordan de uheldige konsekvensene kan forebygges (Skaug, 2001, s. 288). Når sykepleier veileder pasienter til økt fysisk aktivitet vil det ha positiv helseeffekt på pasientens livssituasjon. Med hensyn til dette er kunnskap om hypotyreose viktig, og sykepleier har en sentral rolle når det gjelder å informere, veilede og undervise pasienter med hypotyreose slik at pasientens helse og velvære fremmes. Alt i alt er sykepleiers rolle avgjørende for hvordan pasienter med hypotyreose mestrer sin livssituasjon og hvilken livskvalitet de opplever (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 36).

Mine funn viser at pasienter med hypotyreose er utsatt for psykiske plager som angst og depresjon og redusert helserelatert livskvalitet som følge av dette (Gomez et al., 2020, s. 8; Mitchell et al., 2021, s. 517; Ellegård et al., 2021, s. 9; Krysiak et al., 2018, s. 1582; Romero et al., 2020, s. 8). Når det gjelder sykepleiers rolle handler det om å styrke pasientens ressurser (Kristoffersen et al., 2011, s. 19). Målet med sykepleiers undervisning og veiledning er å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Dessuten er læring og mestring et viktig tema og det innebærer at pasientens ståsted og behov må være utgangspunkt for sykepleiers undervisning og veiledning i konkrete situasjoner (Kristoffersen et al., 2011, s. 19). I tillegg er pasientens opplevelse av mestring av sin egen livssituasjon avgjørende for hvilken livskvalitet de opplever. Det betyr at når stress senkes, øker pasientens opplevelse av mestring (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 48).

Mine funn viser at pasienter med hypotyreose kan ha redusert seksuell helse, og at dette påvirker deres livskvalitet (Krysiak et al., 2018, s. 1581; Romero et al., 2020, s. 7). Krysiak et al. (2018, s. 1584) viser for det første at nedsatt seksuell lyst kan være et vanlig symptom når man får hypotyreose. For det andre viser studien at nedsatt seksuell funksjon kan vedvare selv om en behandles med levotyrosin. Seksuell helse blir i teorien beskrevet som en naturlig og viktig del av livet, og det kan på en slik måte anses som et grunnleggende behov (Gamnes, 2011, s. 72). Som tidligere beskrevet i teorikapittelet blir seksuell helse definert som fysisk, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er en ressurs og en beskyttelsesfaktor som fremmer mestringsferdigheter og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Forskning viser at nedsatt seksuell helse kan påvirke livskvaliteten (Romero et al., 2020, s. 2). Det har blitt forsket lite på dette området, og selv om flertallet som rammes av hypotyreose er kvinner, finnes det mer forskning på menns seksuelle helse enn det gjør på kvinner (Romero et al., 2020, s. 2). Teorien beskriver hvordan fysisk aktivitet påvirker både den fysiske, psykiske og seksuelle helsen (Skaug, 2016, s. 271). Dette betyr at fysisk aktivitet har positiv effekt på kvinner og menns seksuelle helse. Videre

viser det at fysisk aktivitet fører til bedre søvn, bedre appetittregulering og opplevelse av velvære, noe som har en positiv påvirkning på selvtilliten, selvbildet og livskvaliteten (Kjøs, 2014).

For at et menneske skal være i stand til å utøve egenomsorg og oppleve mestring av sin livssituasjon trengs det kunnskap (Kristoffersen, 2011, s. 228). Dette betyr at sykepleier bør ha kunnskap om hvordan den seksuelle helsen kan påvirke pasienters livskvalitet. Studien til Krysiak et al. (2018, s. 1581) viser at pasienter som blir behandlet med kombinasjonsbehandling har bedre seksuell helse og høyere livskvalitet enn de som blir behandlet med levotyrosin. Funnet i studien kan tyde på at kombinasjonsbehandling har en viktig betydning på kvinner og menns seksuelle helse, og at det har betydning for livskvaliteten. På den annen side hevder forskningen til Krysiak et al. (2018, s. 1583) at levotyrosin er den tryggeste behandlingsformen, men at kombinasjonsbehandling kan forsøkes dersom pasienten opplever seksuell dysfunksjon. I lys av dette viser det hvor viktig det er at pasienten får god og pasientrettet informasjon om både sykdom, symptomer og behandlingsformer. Sykepleier skal være med å bidra til at pasienten utvikler kunnskap og får kontroll over sykdommen (Ulvik & Hanssen, 2001, s. 48). Med andre ord når pasienten klarer å ivareta egenomsorgen og opplever mestring av livssituasjonen vil livskvaliteten bli bedre. For øvrig beskriver teorien ulike symptomer på hypotyreose og hvordan pasienten kan oppleve å leve med denne sykdommen (Almås, 2001, s. 952). Når det gjelder den seksuelle helsen kan den påvirkes på flere områder. Depresjon, tretthet og inaktivitet er eksempler på dette (Kjøs, 2014). I lys av dette viser pasientene i studien til Bolk et al. (2015, s. 511) hvordan fysisk aktivitet hadde en positiv innvirkning på både den fysiske og psykiske helsen. Dette kan tyde på at dersom pasientens fysiske og psykiske helse blir bedre kan pasientens seksuelle helse bli påvirket. Sett under ett vil dette kunne være med på å styrke pasientens opplevelse av å mestre sin livssituasjon. Egenomsorgen ivaretas, og livskvaliteten blir bedre.

5.2.3 Konklusjon

Som beskrevet innledningsvis har det vært lite fokus på hypotyreose i praksis. Dette forsterkes ytterligere da lærebøker som sykepleierstudenter bruker i studiet tar bort kapittel som omhandler “sykepleie til pasienter med sykdom i skjoldbruskkjertelen” til tross for at 240.000 nordmenn rammes av stoffskiftesykdom i Norge. I lys av dette bekreftes min

erfaring fra egen praksis at det er lite kunnskap om hypotyreose. Dette tyder på at pasienter ikke får den oppfølgingen som de har behov og krav på, og livskvaliteten kan bli dårlig som følge av dette. Fysisk, psykisk og seksuell helse har betydning for hvordan vi oppfatter vår helse og livskvalitet. Jeg konkludere med at manglende kunnskap om hypotyreose er en årsak som kan påvirke livskvaliteten til pasienter med hypotyreose. Det er viktig at sykepleier får økt kunnskap om hypotyreose og at kunnskapen brukes i arbeidet med å veilede og støtte disse pasientene. Ved bruk av kunnskap kan pasienten ivareta egenomsorgen og oppleve mestring av sin livssituasjon, og ha en god livskvalitet.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Denne oppgaven har sett nærmere på hvordan pasienter opplever at hypotyreose kan påvirke livskvaliteten deres, samt hvordan sykepleier kan veilede denne pasientgruppen slik at egenomsorgen blir ivaretatt og de opplever mestring av sin livssituasjon. Sykepleiers rolle er å informere, undervise og veilede pasienter om sykdom og medisinsk behandling. God informasjon er viktig og vil hjelpe pasienter med hypotyreose til å mestre de utfordringene de kan møte. Resultatet fra oppgaven kan hjelpe sykepleier til utvidet kunnskap om emnet, slik at de fremtidige møtene med denne pasientgruppen kan oppleves meningsfulle, og pasienten føler seg sett og forstått. Forslagene for anvendelse i praksis vil bli presentert med konkrete punkt. Jeg mener dette kan bidra til økt kunnskap blant sykepleiere og at praksis kan optimaliseres.

- Jeg foreslår at sykdom i skjoldbruskkjertelen kommer tilbake i lærebøkene på sykepleierstudiet. Økt kunnskap gjør flere i stand til å observere og ivareta pasienter som har redusert livskvalitet som følge av sykdommen. Og pasienten får bedre forutsetninger for å leve med sin kroniske sykdom.
- Jeg foreslår økt fokus på aktivitet og kosthold blant pasienter med hypotyreose. Disse pasientene er i risikogruppen for å utvikle livsstilssykdommer forbundet med sykdommen.
- Jeg foreslår at det opprettes et tverrfaglig samarbeid med andre instanser, for eksempel Frisklivssentralen. Dersom pasienten får hjelp til å komme i kontakt med andre med samme diagnose kan det være lettere for pasienter som ikke opplever at livskvaliteten er bra til å endre sin livssituasjon.
- Jeg foreslår intern undervisning av sykepleiere på arbeidsplassen, for å øke kunnskapen om hypotyreose. Undervisning av pasienter med hypotyreose vil også vært nyttig. Pasienten får da tilegnet seg nødvendig informasjon om hypotyreose.

- Jeg foreslår mer forskning på hypotyreose i tråd med de endringene og behovene det er i samfunnet. Og at det gjennom forskning kan bli en større interesse for faget, og kunnskapsområdet om hypotyreose øker i omfang.

LITTERATURLISTE

- Almås, H. & Martinsen, L. A. (2001). Sykepleie til pasienter med forandret funksjon i skjoldkirtelen og biskjoldkirtlene. I H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie* (3.utg. Bd.2, s. 943-957). Norsk Forlag AS.
- Bakke, B. (2011). *Stoffskiftesykdom? Veien til et friskere liv*. Kom forlag.
- Barstad, A (2019, 4.juni) Levevilkår og livskvalitet. <https://snl.no/livskvalitet>
- Berg, J. P. (2016). Sykdommer i endokrine organer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (red). *Sykdom og behandling* (2.utg., s.372-385). Gyldendal Norsk Forlag.
- Bjørnnes, A.K & Gjevjon, E.R. (2019, 31 oktober). Kvalitet i kvantitativ metode- et innblikk. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/kvalitet-i-kvantitativ-metode-et-innblikk>
- Bjålie, J.G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø.V & Toverud, K.C. (2000). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Gyldendal Akademiske.
- Bøe, A.K (2019, 25 januar) *Lavt stoffskifte - en sykdom som er dyr å leve med*. <https://www.fanaposten.no/meninger/lavt-stoffskifte-en-sykdom-som-er-dyr-a-leve-med/repasak!OO87asYSGcebDFoZ@dWBOw/>
- Dalland, O. (2012). Metode og oppgaveskriving for studenter (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Ellegård, L., Krantz, E., Trimpou, P. & Landin, W.K. (2021). Health Related Quality of Life in Hypothyroidism – A Population-based study, the WHO MONICA Project. *Clinical endocrinology*. (2021, 1-12). <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/cen.14448>

Folkehelseinstituttet. (2019, 11 desember). *Helseeffekter av fysisk aktivitet*.
<https://www.fhi.no/ml/aktivitet/helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/>

Forbes, I.M & Thomsen, E.M.J. (2018). *Lei av å være sliten*. Forlaget lille måne AS.

Friberg, F. (Red). (2017). *Dags for oppsats. Vegledning for litteraturbaserte examensarbeiden* (3.utg.). Studentlitteratur.

Fysionett. (2018, 8 januar). *7 helsefordeler ved trening og regelmessig fysisk aktivitet*.
<https://www.fysionett.no/7-helsefordeler-ved-trening-og-regelmessig-fysisk-aktivitet/>

Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd.3, s. 72-104).

Haug, E. (2002). Behandling av hypothyreose. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 122, 935-937. <https://tidsskriftet.no/2002/04/tema-thyreoida/behandling-av-hypothyreose>

Hegge, P.E. (2000). *Også må du ikke stille spørsmål*. Cappelen forlag.

Helsedirektoratet. (2015, 28. september). *Hypothyreose med tilleggsproblemer*.
www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/endokrinologi-og-endokrinkirurgi/tilstander-for-endokrinologi-og-endokrinkirurgi/hypothyreose-med-tilleggsproblem#hypothyreose-med-tilleggsproblem

Helsenorge. (2019, 7. januar). *Frisklivssentralen*. <https://www.helsenorge.no/hjelpe tilbud-i-kommunene/frisklivssentral/#hva-er-frisklivssentralen>

Helsenorge. (2018, 14. september). *Lavt stoffskifte (hypotyreose)*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/hormoner/lavt-stoffskifte-hypothyreose>

Helsenorge. (2021, 29. januar). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-fysisk-aktivitet/

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017-2022. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hem, E. (2020, 29. januar). Kronisk. Store norske leksikon. <https://sml.snl.no/kronisk>

Hoffman, T. (2013, 22. september). Hva kan vi bruke kvalitativ forskning til? *Forskning.no*. <https://forskning.no/sosiologi/hva-kan-vi-bruke-kvalitativ-forskning-til/610839>

Kelderman, B. N., Visser, T. J., Tijssen, J. P. & Berghout, A. (2015). Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI. *European journal of endocrinology*. Vol. 173 (4), 507-15. <https://doi.org/10.1530/EJE-15-0395>

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug E. A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd.1, s. 16-29).

Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd.1, s. 32-81).

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd.1, s. 208-280).

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd.3, s. 134-196).

Kristoffersen, N. J. (2011). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd.3, s. 198-244).

Krysiak, R., Szkróbka, W. & Okopień, B. (2018). Sexual function and depressive symptoms in young women with hypothyroidism receiving levothyroxine/liothyronine combination therapy: a pilot study. *Current medical research and opinion*. Vol.34 (9), p.1579-1586. <https://doiorg.ezproxy.uis.no/10.1080/03007995.2018.1448771>

Kjær, E. (2021, 27. april). *Må noen dø først?* www.dagensmedisin.no/blogger/eddy-kjar/2021/04/27/ma-noen-do-forst/

Kjøs, S. (2014, 10. januar). *Når sexlivet går i dvale.* <https://stoffskifte.org/nar-sexlivet-gar-i-dvale-stoffskiftesykdom/>

- Mitchell, A. L., Hegedüs, L., Žarković, M., Hickey, J. L. & Perros, P. (2020). Patient satisfaction and quality of life in hypothyroidism: An online survey by the british thyroid foundation. *Clinical Endocrinology*. Vol. 94 Issue 3, p513-520. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/cen.14340>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende Helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*.(4.utg.). Universitetsforlaget.
- NHI. (2020, 13. oktober). *Lavt stoffskifte (hypotyreose)*. <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/skjoldkjerfelsykdommer/lavt-stoffskifte-hypotyreose/>
- NHI. (2020, 22. mai). *Endokrinologi-hormonsystemet*. <https://nhi.no/kroppen-var/hormoner/endokrinologi-hormonsystemet/>
- Norsk sykepleierforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud., R. Grønseth. & H, Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg. Bd.1, s. 17-37). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nylenna, M & Braut, G. S (3.februar 2020). Egenomsorg. <http://snl.no/egenomsorg>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rakhshan, M. P., Ghanbari, A. B., Rahimi, A. M. & Mostafavi, I. B. (2017). A Comparison between the Quality of Life and Mental Health of Patients with Hypothyroidism and Normal People Referred to Motahari Clinic of Shiraz University of Medical Sciences. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(1), 30- 37.
https://ijcbtnm.sums.ac.ir/article_40768.html

Romero, G. B., Guerrero, A. P., Carmona, T. J. M., Pozuelo, D. P., Laredo, A. J. A. & Cobo, C. A. I. (2020). HealthRelated Quality of Life in Levothyroxine-Treated Hypothyroid Women and Women without Hypothyroidism: A Case-Control Study. *Journal of clinical medicine*. 9(12), 3864. <https://doi.org/10.3390/jcm9123864>

Romero, G. B., Guerrero, A. P., Carmona, T. J. M., Pozuelo, D. P., Laredo, A. J. A. & Cobo, C. A. I. (2020). Sexual Function in Levothyroxine- Treated Hypothyroid Woman and Woman without Hypothyroidism: A Case-Control. *Public health*. 17(12), 4325.
<https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17124325>

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal Norsk Forlag.

Skaug, E. A. (2011). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt. & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2.utg. Bd. 2, s. 270-300).

Stoffskifteforbundet. (u.å). *Endokrinolog- vi må la pasienter få prøve kombinasjonsbehandling*. [Endokrinolog: – Vi må la pasienter få prøve kombinasjonsbehandling | Stoffskifteforbundet](#)

SurveyMonkey. (u.å). *Forskjellen mellom kvantitative og kvalitative undersøkelser*.
<https://no.surveymonkey.com/mp/quantitative-vs-qualitative-research/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Taylor, P. N., Albrecht, D., Scholz, A., Gutierrez, B. G., Lazarus, J. H., Dayan, C. M. & Okosieme, O.E., (2018). Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nature Reviews. Endocrinology*. Vol.14(5), p.301-316. [Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism - ProQuest \(uis.no\)](#)

Thyroidea. (u.å). *Skjoldbruskkjertelen og dens funksjon*.

<https://www.thyroidea.no/fagstoff/hormonsystem/skjoldbruskkjertelen/>

Thorstein, R. (2009, 18. september). En neglisjert folkesykdom. *Dagens medisin*.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2009/09/18/en-neglisjert-folkesykdom/>

Ulvik, B. & Hanssen, A.T. (2001). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I Gjengedal, E. og Hanestad B. R (red.), *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring* (s. 25-50). Cappelen Akademiske Forlag.

Werneck, F. Z., Coelho, E. F., Almas, S. P., Garcia, M., Bonfante, H. L. M., Lima, J. R. P. & Vaisman, M. (2018). Exercise training improves quality of life in women with subclinical hypothyroidism: a randomized clinical trial. *Arch Endocrinol Metab*, 62(5), 530-536. <https://doi.org/10.20945/2359-3997000000073>

VEDLEGG 1. Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkelen 1	
Tittel	Quality of life in patients with primary hypothyroidism related to BMI
Tidsskrift/årstall	European journal of endocrinology (2015)
Forfattere	Kelderman-Bolk, N., Visser. T.J., Tijssen. J, P and Berghout. A
Perspektiv	Pasient og livskvalitet relatert til BMI
Problem	Mange pasienter som behandles for hypotyreose har uforklarlig redusert livskvalitet. Det blir her sett på forholdet mellom livskvalitet og ulike parametere hos pasienter som behandles for hypotyreose.
Hensikt	Å sammenligne livskvaliteten og ulike parametere til pasienter som behandles for hypotyreose og mennesker uten hypotyreose.
Metode	Kvantitativ undersøkelse. 3 forskjellige spørreskjema ble brukt og 90 mennesker med hypotyreose ble analysert. Post hoc-analyse ble utført ved å se på forholdet mellom grunnlinjen i livskvalitet og BMI, skjoldbruskhormoner og andre serumverdier. Livskvalitet ble også sammenlignet med befolkningen generelt.
Resultater	Livskvaliteten var redusert sammenlignet med befolkningen generelt. Det ble funnet et misforhold mellom livskvalitet og BMI. Det ble ikke funnet forskjell mellom livskvalitet og parametre i serumskjoldskjertel eller auto-antistoffer. Høyere kjønnsormonbindende globulin (SHBG) nivåer tilsvarer en bedre livskvalitet, noe som kan forklares med den negative sammenhengen mellom SHBG, kroppsvekt og BMI.

Artikkelen 2	
Tittel	Health Related Quality of Life in Levothyroxine-Treated Hypothyroid Women and Women without Hypothyroidism: A Case-Control Study.
Tidsskrift/år stall	Journal of clinical medicine (2020).
Forfattere	Guerrero-Alonso. P., Carmona-Torres. J, M., Pozuelo-Carrascosa. D, P., LaredoAguilera. J, A., Cobo-Cuenca. A, I.
Perspektiv	Kvinner med hypotyreose
Problem	Behandling med levotyroksin eliminerer ikke alltid symptomene på hypotyreose. Det viser seg at pasienter fremdeles har symptomer som vedvarende tretthet, kognitiv dysfunksjon, seksuell lidelse, stemningsforstyrrelser, nedsatt arbeidsminne, og motoriske læringsforstyrrelser til tross for optimal behandling.
Hensikt	Målet med denne studien er å sammenligne helserelatert livskvalitet for en gruppe kvinner med hypotyreose som får behandling med levotyroksin, opp mot en gruppe kvinner uten hypotyreose.
Metode	Kvantitativ case-kontroll studie. Test gruppen besto av 152 kvinner som alle brukte levotyroksin. Kontrollgruppen besto av 283 kvinner uten hypotyreose. Som instrument ble det brukt praktisk prøvetaking og et online spørreskjema.
Resultater	Denne studien viser at kvinner med hypotyreose, som får behandling med levotyroksin, fremdeles rapporterer om redusert livskvalitet. Disse kvinnene scorer lavere på helserelatert livskvalitet, på de mentale og fysiske komponentene, enn kontrollgruppen gjør. Mer forskning på helserelatert livskvalitet og hypotyreose er nødvendig.

Artikkelen 3	
Tittel	Patient satisfaction and quality of life in hypothyroidism: An online survey by the british thyroid foundation
Tidsskrift/ årstall	Clinical Endocrinology (2020)
Forfattere	Mitchell, A.L., Hegedüs, L., Žarković, M., Hickey, J.L., Perros, P.
Perspektiv	Pasienttilfredshet og livskvalitet
Problem	Misnøye med behandling og redusert livskvalitet rapporteres blant pasienter med hypotyreose.
Hensikt	Denne studien ønsker å utforske hva som kan være potensielle bidragsyttere til misnøyen med behandlingen og pleien, og sammenhengen med den svekkede livskvaliteten til pasienter med hypotyreose.
Metode	Kvantitativ forskning, der det blir brukt spørreskjema på internett. Det ble sendt ut invitasjon på British Thyroid Foundation facebook gruppe og 969 svar ble analysert.
Resultater	Det er flere faktorer, inkludert tidligere erfaringer med helsetjenester og forventninger, som påvirker tilfredsheten med behandling med hypotyreose og livskvalitet. Økt fokus på pasientopplevelsen og avklaring av forventninger ved diagnostidspunktet kan bedre tilfredshet og livskvalitet.

Artikkelen 4	
Tittel	Health Related Quality of Life in Hypothyroidism – A Population-based study, the WHO MONICA Project
Tidsskrift/ årstall	Clinical endocrinology (2021)
Forfattere	Ellegård. L., Krantz. E., Trimpou. P., LandinWilhelmsen. K.
Perspektiv	Pasient
Problem	Å utforske helsereelatert livskvalitet blant personer med hypotyreose sammenlignet med personer uten hypotyreose i befolkningen generelt. Helsereelatert livskvalitet er viktig i klinisk praksis.
Hensikt	Studien hadde som mål å teste hypotesen om at menn og kvinner behandlet for eller med indikasjoner av hypotyreose i befolkningen, hadde lavere egenrapportert helsereelatert livskvalitet, høyere grad av selvoppfattet stress og flere andre sykdommer enn de uten hypotyreose.
Metode	Populajonsbasert studie. Analysen er basert på data fra et tidligere forskningsprosjekt. I 1995 ble 2500 tilfeldig utvalg av menn og kvinner invitert til å delta i studiet. I 2008 ble de invitert til oppfølging og ny undersøkelse. Deltakerne med hypotyreose ble delt inn i tre forskjellige grupper for å sammenligne disse opp mot kontrollgruppen uten hypotyreose.
Resultater	Det rapporteres at menn og kvinner med hypotyreose, generelt i befolkningen, har større problemer med søvn og sosial isolasjon enn de uten hypotyreose. Levotyroksintilskudd eliminerer ikke alltid symptomene på hypotyreose, særlig på det mentale og det sosiale aspekt, noe som er viktig for behandleren å huske på.

Artikkelen 5	
Tittel	Sexual function and depressive symptoms in young women with hypothyroidism receiving levothyroxine/liothyronine combination therapy: a pilot study
Tidsskrift/ årstall	Current medical research and opinion (2018)
Forfattere	Krysiak, R., Szkróbka, W., Okopień, B.
Perspektiv	Kvinner med hypotyreose
Problem	Selv mild hypotyreose hos kvinner før menopausen ledsages av nedsatt seksuell funksjon
Hensikt	Sammenligne effekten av levotyroksin, administrert alene eller i kombinasjon med liothyronin, og se hvilken påvirkning dette har på den seksuell funksjon og de depressive symptomene hos kvinner med hypotyreose før menopausen.
Metode	Kvasi randomisert studie. 39 kvinner som fikk levotyroksinbehandling ble delt i to grupper. Gruppe en fortsatte behandling med levotyroksin. Gruppe to mottok kombinasjonsbehandling.
Resultater	De oppnådde resultatene antyder at levotyroksin administrert i kombinasjon sammen med liothyronin er bedre enn levotyroksin administrert alene for å bedre den seksuelle funksjonen hos kvinnen.