

Kandidatnummer: 1642 og 1747

**BSYBAC-6 22H**

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

*Sykepleie til eldre hjemmeboende pasienter med diabetes mellitus type 2*



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger, 01. 01. 2023*



*Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Eldre hjemmeboende pasienter med diabetes mellitus type 2 møter forskjellige utfordringer i forbindelse med sykdommen. Mange av dem har behov for kompleks sykepleie, som er tilpasset deres individuelle behov.

### *Hensikt*

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å undersøke hvordan diabetes mellitus type 2 påvirker hverdagen til eldre hjemmeboende personer sett fra deres perspektiv. Vi vil også finne ut hva sykepleiere kan gjøre for denne pasientgruppen – hvordan de kan fremme deres egenomsorg, styrke, sykdomshåndtering og å opprettholde tilstrekkelig livskvalitet.

### *Metode*

I vår litteraturbaserte oppgave har vi benyttet funn fra seks utvalgte vitenskapelige artikler, relevant litteratur og våre egne erfaringer for å besvare problemstillingen.

### *Resultater*

Resultatene viser at diabetes mellitus type 2 påvirker negativt både pasientenes fysiske og psykiske helse. Sykdommen begrenser dem, fører til tap av uavhengighet og reduserer deres livskvalitet. Eldre hjemmeboende pasienter opplever av ulike grunner vansker med å håndtere diabetes i hverdagen. Helsepersonellens holdninger påvirker i stor grad pasientenes motivasjon og sykdomshåndtering.

### *Diskusjon*

Helsepersonellens engasjement og støtte kan bidra til at eldre hjemmeboende diabetespasienter takler bedre daglige utfordringer og opplever økt livskvalitet. En pasientsentrert tilnærming, fokus på relasjonsbygging, ikke dømmende holdning, empati og forståelse samt gode kommunikasjonsevner, er avgjørende for å kunne ytte en god sykepleie til denne pasientgruppen.

Søkeord: diabetes mellitus type 2, eldre, pasienters erfaring, pasienters perspektiv, utfordringer, kunnskap, mestring.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
1.1.    Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2.    Problemstilling.....	5
1.3.    Hensikt.....	5
1.4.    Oppgavens oppbygging.....	5
2. Teori.....	6
2.1.    Diabetes.....	6
2.2.    Diabetes mellitus type 2 hos eldre.....	8
2.3.    Sykepleierens funksjon ifølge Virginia Henderson.....	9
3. Metode.....	10
3.1.    Metodedefinisjon.....	10
3.2.    Valg av metode.....	11
3.3.    Litteratursøk og datainnsamling.....	11
3.4.    Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	12
3.5.    Nøkkelord.....	12
4. Resultater.....	13
4.1.    Diabetes mellitus type 2 påvirker både pasientenes fysisk og psykisk helse.....	14
4.1.1.    Sykdommen begrenser pasienter, fører til tap av uavhengighet og reduserer deres livskvalitet.....	14
4.1.2.    Eldre pasienter erfarer negative tanker og emosjoner i forbindelse med sykdommen og sykdomshåndteringen.....	16

4.2.	Eldre hjemmeboende pasienter opplever vansker med å håndtere diabetes i hverdagen.....	19
4.2.1.	Helsetilstand og livssituasjon påvirker eldre pasientens evne til diabeteshåndtering.....	19
4.2.2.	Pasienter mangler ofte kunnskap om sykdommen og om sykdomsbehandlingen.....	21
4.2.3.	Helsepersonellens holdninger påvirker i stor grad pasientenes motivasjon og sykdomshåndtering.....	23
5.	Diskusjon.....	25
5.1.	Metodediskusjon.....	25
5.1.1.	Land og befolkningsgrupper inkluderte i oppgaven.....	25
5.1.2.	Forskernes bakgrunn.....	25
5.1.3.	Metodevalg.....	26
5.2.	Resultatdiskusjon.....	26
5.3.	Anvendelse i sykepleiepraksis.....	31
	Litteratur.....	33
	Vedlegg.....	36
	Vedlegg 1: Søkelogg.....	36
	Vedlegg 2: Litteratormatrise.....	37

## 1. Innledning

### 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Under praksisperioden i hjemmesykepleie møtte vi mange pasienter med diabetes mellitus type 2. De fleste av dem var eldre og hadde behov for helsehjelp i forbindelse med håndtering av selve sykdommen og oppståtte komplikasjoner. Vi ønsket å finne ut hva som kreves for at denne pasientgruppen får oppleve en god sykepleie.

### 1.2. Problemstilling

Til tross for at mange eldre lever med diabetes type 2, forsker man relativt lite på dette området. Dette kan føre til at omsorgskvalitet gitt til eldre med diabetes ikke er god nok. Diabetes type 2 påvirker eldre pasienter på en annen måte enn yngre (Haugstvedt, 2011, s. 305). Derfor bør man behandle denne pasientgruppen individuelt og tilpasse sykepleie til pasientenes reelle behov.

### 1.3. Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse utfordringer som eldre hjemmeboende personer med diabetes type 2 møter i hverdagen sett fra deres perspektiv. Vi vil også beskrive hva sykepleiere kan gjøre for disse pasientene for at de skal klare å bo hjemme lengst mulig, være selvstendige i den grad det lar seg gjøre og opprettholde tilstrekkelig livskvalitet.

### 1.4. Oppgavens oppbygging

Kapittel 2. Dette kapitlet presenterer oppgavens teoretisk grunnlag.

Kapittel 3. Dette kapitlet handler om metode valgt for denne oppgaven, søkeprosess og analyse av vitenskapelige artikler.

Kapittel 4. Dette kapitlet viser resultater fra utvalgte vitenskapelige artikler.

Kapittel 5. Dette kapitlet inneholder metode- og resultatdiskusjon i lys av relevant teori og våre egne erfaringer.

## 2. Teori

### 2.1. Diabetes

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) vokste antallet av mennesker med diabetes fra 108 millioner i 1980 til 422 millioner i 2014, hvor mer enn 95% av tilfeller utgjorde diabetes type 2. I 2019 var 1,5 million dødsfall forårsaket direkte av diabetes, 460 000 dødsfall på grunn av nyresykdommer relatert til diabetes og 20 % av kardiovaskulære sykdommer som følge av forhøyet blodglukose (WHO, 2022, 16. september).

Det er vanskelig å oppgi et nøyaktig tall, men man antar at i 2020 ble ca. 247 000 nordmenn diagnostisert med diabetes type 2 (Stene et al., 2020, sitert i Stene & Gulseth, 2021). Ifølge beregningene fra 2020, som ble utført av diabetesforskere fra Folkehelseinstituttet, NTNU, UiT Norges arktiske universitet og Oslo universitetssykehus, viser det seg at mellom 316 000 og 345 000 personer i Norge kan ha diabetes, hvorav 60 000 av dem ikke er klar over det (FHI, 2020, 13. november).

Diabetes mellitus type 2 er forbundet med både arv og livsstil. I Norge er utbredelsen av sykdommen blant ikke-vestlige innvandrere mellom 8 og 10 % og hos nordmenn 4 % (Jenssen, 2019, s. 393). Blant hvite europeere over 70 år estimerer man at omtrent 20 % av dem har sykdommen, og hos andre etniske grupper i samme aldersgruppen er prevalensen 50% (Jenum, Home, Graff-Iversen et al. 2005, sitert i Haugstvedt, 2011, s. 304).

Sannsynligheten for å utvikle diabetes type 2 er også større blant inaktive, overvektige og eldre personer (Møinichen, 2016, s. 32). Tidligere ble diabetes type 2 kalt for aldersdiabetes, siden de fleste rammede er over 70 år (Claudi og Løge 2015, Helsedirektoratet 2011, sitert i Mosand & Stubberud 2020 s. 54). Andre forskere presiserer at blant eldre med diabetes har over 90% av dem diabetes type 2 (Gambert & Pinkstaff, 2006, sitert i Haugstvedt, 2011, s. 305).

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som karakteriseres av for høy blodglukosekonsentrasjon og ubalanse i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Grunnen til at diabetes oppstår er manglende eller redusert evne til insulinproduksjon, som

i noen tilfeller er kombinert med nedsatt virkning av insulin (Helsedirektoratet 2011, sitert i Mosand & Stubberud 2020 s. 52).

Det finnes to hovedtyper diabetes – type 1 og type 2. Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom, hvor kroppens eget immunsystem angriper insulinproduserende betaceller i bukspyttkjertelen. Inflammasjonsprosess ødelegger etter hvert betacellene, og når pasienten har omtrent 10 % fungerende betaceller igjen, har han utviklet diabetes (Jenssen, 2019, s. 289). Ved diabetes type 2 observerer man både redusert insulinsekresjon fra betacellene og nedsatt insulinfølsomhet i leveren og i perifere vev. På grunn av redusert virkning av insulin blir glukoseopptaket i muskler og fettvev også redusert (Claudi og Løge 2015, Helsedirektoratet 2011, sitert i Mosand & Stubberud 2020 s. 53). Wesnes og Cooper forklarer at betacellene i bukspyttkjertelen prøver å kompensere nedsatt virkning av insulin ved å produsere mer insulin for å holde blodglukosenivået under kontroll. Hvis kroppen ikke lenger klarer å utskille en større mengde insulin ved økende behov, stiger nivået av glukose i blodet og pasienten er i ferd med å utvikle diabetes type 2 (Wesnes & Cooper 2013, sitert i Iversen, 2020, s. 510).

Trond Jenssen fastslår, at høye blodglukoseverdier over tid, uavhengig av type diabetes, fører etter hvert til skader i flere av kroppens organer - særlig i blodkarene. Disse komplikasjonene deles inn i mikrovaskulære og makrovaskulære.

Mikrovaskulære komplikasjoner rammer kapillærer og små arterier. Karvegger i disse blir fortykket, blodkarene kan tette seg og i tillegg fører vekstfaktorer i omkringliggende vev til celledeling og fibrosedannelse. Forandringene rammer først og fremst øynene, nyrene og de perifere nervene.

Retinopati (øyebunnsforandringer) oppstår hos 30% av pasienter med diabetes type 2. I begynnelsen skjer det små aneurismer (utvidelser) og lokale blødninger kan forekomme i øyebunnens kapillærkar. Etter hvert fører retinopati til at blodkar vokser inn i glasslegemet og forårsaker blindhet (Jenssen, 2019, s. 396).

Diabetesnefropati er en sjeldnere forekommende komplikasjon som utvikler seg over lengre tid. Forandringene i nyrenes blodkar oppstår etter 5-10 års sykdom og fører til lekkasje av små proteiner i urinen. Dette tyder på nyreskade som følge av diabetes. Med tiden blir skaden større og også de store proteinene begynner å lekke ut. Tilstanden kalles proteinuri og ubehandlet fører den til nyresvikt. Til slutt oppstår det behov for dialyse eller

nyretransplantasjon. For å forebygge nyreskade, bør man regulere både blodglukose og blodtrykk (Jenssen, 2019, s. 396 - 397).

Nerveskader i de perifere nervene er også en form for mikrovaskulære komplikasjoner, som skyldes delvis forandret mikrosirkulasjon til nervetrådene. Nevropati påvirker de sensoriske nervene fra hendene og føttene, og kjennetegnes av kribling eller smerte, og til slutt nedsatt følsomhet. På et senere tidspunktet kan også de motoriske nervene blir ødelagt. Dette resulterer i gangvansker. Nevropati forårsaker nedsatt følelse og endring av trykkpunkter på føtter. Dette øker faren for utvikling av fotsår. Dårlig oksygenmetning og manglende smertefølelse i huden fører til dannelse av sår på trykkpunkter som er vanskelig å behandle. Derfor bør diabetikere med nevropati få opplæring i å forebygge utvikling av fotsår og gå regelmessig til kontroller (Jenssen, 2019, s. 397). I tillegg fører perifer nevropati til balanseproblemer og muskelatrofi, som øker fallvare (Kirkman et al., 2012, sitert i Iversen, 2020, s. 515). Som konsekvenser av nevropati kan det også forekomme vansker med blæretømming, diaré, oppblåsthet og impotens (Nøkleby & Berg, sitert i Iversen, 2020, s. 515).

Makrovaskulære komplikasjoner er følge av lipidavleiring i karvegger, som fører til plakkdannelse og innsnevring av blodkar. Løsnet plakk kan blokkere blodkar og forårsake et hjerte- eller hjerneinfarkt. På grunn av aterosklerose nedsettes også sirkulasjon i føtter, som kan disponere for gangrenutvikling. For å forebygge makrovaskulære komplikasjoner, bør man senke blodtrykket, LDL-kolesterolnivå og sørge for et stabilt blodsukternivå (Jenssen, 2019, s. 397).

## 2.2. Diabetes mellitus type 2 hos eldre

Eldre defineres som personer over 65 år som har nådd pensjonsalder. Samtidig eldes de i ulikt tempo, derfor kan man ikke anse dem som eldre kun basert på deres kronologisk alder. Metabolske forandringer som oppstår hos eldre voksne med diabetes type 2 er forskjellige fra dem som oppstår hos yngre personer. Likevel blir denne pasientgruppen som regel ikke tatt i betraktning og behandling blir sjeldent individuelt tilpasset eldres særegne behov (Huber et al., 2011, s. 88). Forskning viser at diabetes hos eldre diabetikere oftere er forbundet med funksjonssvikt, fall og brudd, urininkontinens, depresjon, kognitiv svikt og demens, samt underernæring og tap av muskelmasse. På grunn av denne



kompleksiteten kan man ikke rette diabetesbehandling kun mot hyper- og hypoglykemi (Huber, 2011, s. 88).

Man vet fortsatt ikke helt hva som er hovedårsaken til utvikling av insulinresistens hos eldre personer. Dette kan skyldes en kombinasjon av de generelle aldringsprosessene, mindre fysisk aktivitet og endret kroppssammensetning – forholdet mellom muskelmasse og fettvev (Clark & Asimakopoulou, 2005, sitert i Haugstvedt, 2011, s. 305).

Som regel har eldre personer med diabetes type 2 vage symptomer på forhøyet blodglukose, og derfor blir sykdommen ofte oversett. Karakteristiske plager som utmattelse, vekttap, tørste og økt urinproduksjon er ikke like så uttalte som hos yngre (Iversen, 2020, s. 511). I tillegg kan fysiologiske aldersforandringer skjule sykdommen (Mosand & Stubberud, 2020, s. 55). Økt tørste kan bli mindre uttalt, siden tørstefornemmelse reduseres vanligvis i takt med økende alder. Vekttap kan skyldes andre grunner, som for eksempel nedsatt appetitt, lite fysisk aktivitet eller bivirkninger av legemidler (Iversen, 2020, s. 511). Hvis eldre pasienter bruker vanndrivende medisiner eller medisiner som gir munntørrehet og tørste, kan det bli vanskeligere å forbinde disse symptomene med diabetes. Etter hvert utvikler pasienter mer generelle symptomer som kan indikere ubalanse i glukoseomsetning (Mosand & Stubberud, 2020, s. 55). Blant dem kan man nevne tretthet, utmattelse, økt behov for søvn, obstipasjon, urinretensjon, urininkontinens, kløe og utslett i underlivet, impotens, svimmelhet, hodepine, synsforstyrrelser og forsinket sårheling (Claudi og Løge 2015, Park et al. 2015, sitert i Mosand & Stubberud, 2020, s. 55). Siden typiske symptomer på diabetes type 2 ikke er særlig synlige hos eldre personer, blir sykdommen vanligvis oppdaget mange år etter at sykdommen har utviklet seg (Iversen, 2020, s. 511). På diagnosetidspunktet forekommer senskader allerede hos omtrent halvparten av disse pasientene (Mosand & Stubberud, 2020, s. 55).

### 2.3. Sykepleierens funksjon ifølge Virginia Henderson

Virginia Henderson definerer at sykepleierens rolle er å hjelpe eller bistå personer i utførelsen av gjøremål som bidrar til god helse, helbredelse eller en fredfull død, noe pasienten ville ha klart selv hvis han eller hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. I 14 punkter presenterer hun grunnleggende menneskelige behov – både

fysiologiske og psykososiale og alle de omfatter sykepleierens sentrale gjøremål. Hun understreker at for å ivareta disse grunnleggende behov, må man ta i betraktning pasientenes egne resurser og faktorer som blant annet alder og emosjonell tilstand. Pasienter er forskjellige, derfor bør man gi dem omsorg og pleie som er tilpasset deres individuelle behov (Kristoffersen, 2019, s. 37-39).

### **3. Metode**

#### **3.1. Metodedefinisjon**

Metode er et vitenskapelig verktøy som brukes for å finne besvarelse på stilte spørsmål eller løse problemer. En norsk filosof Knut Erik Tranøy presiserer at å være vitenskapelig er ensbetydende med å være metodisk (Tranøy, 1986, s. 127, sitert i Dalland, 2020, s.53).

Olav Dalland, forteller at det er behov for å benytte ulike metoder for å utvikle ny kunnskap eller undersøke hvor troverdige, aktuelle eller holdbare gitte påstander er (Dalland, 2020, s. 53).

I forskningen bruker man kvalitativ, kvantitativ eller blandet metode – avhengig av problemstilling. Det som er avgjørende ved metodevalg er muligheten til å få mest relevante data for å besvare problemstillingen (Dalland, 2021, s. 193).

En kvalitativ metode hjelper å få kunnskap om meninger, opplevelser, erfaringer, forventninger og bidrar til et mer nyansert bilde. Datainnsamlingen baseres på intervjuer, observasjoner, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2020, s. 76).

Kvantitativ metode «gir data i form av målbare enheter» (Dalland, 2020, s. 54).

Kvantitative data er målbare og gir såkalte harde, objektive data som kalles for faktakunnskap (Thidemann, 2020, s. 75).

### 3.2. Valg av metode

Hensikten med denne oppgaven er å belyse utfordringer som eldre hjemmeboende personer med diabetes type 2 møter i hverdagen sett fra deres perspektiv. Vi vil også beskrive hva sykepleiere kan gjøre for disse pasientene for at de skal klare å bo hjemme lengst mulig, være selvstendige i den grad det lar seg gjøre og opprettholde tilstrekkelig livskvalitet.

For å kunne gjøre det, bestemte vi oss først for å finne ut hvordan sykdommen påvirker disse pasientene, hva de selv synes de har behov for og hva som er deres forventninger til helsepersonell og særlig sykepleiere i forhold til sykdomshåndtering. Etter å ha formulert problemstillingen, har vi valgt å benytte en litteraturoversikt etter Fribergs metode (Friberg, 2022, s. 169). Det betyr at datamaterialet ble utelukkende hentet fra vitenskapelige artikler. Etter kvalitetsvurdering av forskningsartikler som handler om same fenomen, analyserer man funn, sammenligner med hverandre og til slutt kompilerer man dem til en ny helhet som kan gi besvarelse på en stilt problemstilling (Friberg, 2022, s. 170).

Vi søkte artikler som brukte kvalitativ og kvantitativ metode, for å få et mer nyansert og helhetlig svar på vår problemstilling. Kombinert med relevant faglitteratur fant vi underliggende mønster som ble tema for vår refleksjon, tolkning og syntetisering for å få våre egne resultater.

### 3.3. Litteratursøk og datainnsamling

Vi brukte ulike søkestrategier beskrevet av Dalland som strukturert ved bruk av kontrollspørsmål 5H – hva, hvem, hvor, hvorfor og hvordan og ustrukturerte som gressing og snøballmetoden (Dalland, 2020, s. 151).

Databasene som vi benyttet for å finne forskningsartikler var tilgjengelige via Stavanger universitetsbibliotekets nettside. Vi ville finne forskningsartikler som var mest aktuelle for Norge og andre skandinaviske land, så vi begynte å søke i Idunn og SveMed+. Begge

databasene inneholder skandinaviske fag- og forskningstidsskrifter. De få artiklene som vi fant om diabetes type 2 blant eldre befolkning, presenterte hovedsakelig sykepleierens perspektiv. Til slutt valgte vi to artikler som vi syntes var mest relevante og fokuserte på sykdommen sett fra pasientenes ståsted. Cinahl – en engelskspråklig database som inneholder sykepleierrelaterte publikasjoner og tidsskrifter viste seg å være den mest aktuelle for oss. Der fant vi fire andre artikler som var aktuelle for vår problemstilling. Søkehistorikk presenteres i vedlegg 1. og utvalgte artikler i vedlegg 2.

### 3.4. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Vi brukte følgende inklusjonskriterier:

- Studien må være publisert i den siste 10-års perioden (2012-2022)
- Artiklene må ha en IMRaD-struktur
- Artiklene må være fagfelleverderte
- Artiklene må være aktuelle for sykepleie
- Studien skal være utført i Europa eller vestlige land slik at funnene skal være mest relevante
- Studien skal presentere pasientens perspektiv
- Pasientene skal være 65 år eller eldre og bo hjemme

Eksklusjonskriterier:

- Studien skal ikke ha et sykepleierperspektiv
- Studien må ikke være eldre enn fra 2012
- Studien skal ikke være utført i et ikke-vestlig land

### 3.5. Nøkkelord

For å finne forskningsartikler som er relevante for vår problemstilling brukte vi både engelske og norske nøkkelord som blant annet diabetes type 2, kronisk sykdom, eldre, vansker, utfordringer, kunnskap, mestring, pasientens perspektiv og pasientens erfaring.

Ved bruk av nøkkelord som sykepleie, hjemmetjenester, hjemmeboende eller hjemmesykepleie fant vi artikler som presenterte diabetes type 2 blant eldre pasienter fra sykepleierens perspektiv, så de var ikke aktuelle.

#### 4. Resultater

Etter å ha analysert utvalgte vitenskapelige forskningsartikler kom vi fram til to hovedkategorier og fem underkategorier som er mest relevante for oppgavens problemstilling.

Resultatene vises i tabell 1.

Tabell 1:

Hovedkategori	Underkategori
1. Diabetes mellitus type 2 påvirker både pasientenes fysiske og psykiske helse.	<p>1. Sykdommen begrenser pasienter, fører til tap av uavhengighet og reduserer deres livskvalitet.</p> <p>2. Eldre pasienter erfarer negative tanker og emosjoner i forbindelse med sykdommen og sykdomshåndteringen.</p>
2. Eldre hjemmeboende pasienter opplever vansker med å håndtere diabetes i hverdagen.	<p>1. Helsetilstand og livssituasjon påvirker eldre pasientens evne til diabeteshåndtering.</p> <p>2. Pasienter mangler ofte kunnskap om sykdommen og om sykdomsbehandlingen.</p> <p>3. Helsepersonellens holdninger påvirker i stor grad pasientenes motivasjon og sykdomshåndtering.</p>

## 4.1. Diabetes mellitus type 2 påvirker både pasientenes fysiske og psykiske helse

4.1.1. Sykdommen begrenser pasienter, fører til tap av uavhengighet og reduserer deres livskvalitet.

Diabetes mellitus type 2 utgjør en stor belastning både for fysisk og psykisk helse. Eldre personer som er rammet av sykdommen opplever nedsatt livskvalitet og tap av uavhengighet. Hernandez og medarbeidere fokuserte i sine studier på diabetesrelaterte symptomer og symptomopplevelser til eldre hjemmeboende pasienter (Hernandez et al., 2019).

I undersøkelsen deltok 16 pasienter som var 65 år gamle eller eldre. Fra intervjuer kom det fram at eldre voksne med diabetes type 2 erfarte en betydelig symptombyrde. Blant de hyppigst forekommende ble det nevnt utmattelse, hypoglykemi, nevrologiske smerter, diaré og dårlig balanse.

### Utmattelse

12 av 16 deltakere fortalte om å være konstant trettede eller slitne. En pasient sa at utmattelse er overveldende: «Det føles som om man er forkjølet. Hele kroppen verker og man er utslitt bare av å ha våknet opp» (sitert i Hernandez et al., 2019). Mange andre mente at på grunn av utmattelsen var de ikke i stand til å fullføre oppgaver hjemme. De kalte det selv for «latskap» (sitert i Hernandez et al., 2019) og dette «latskapet» førte til frustrasjon hos deres ektefeller og skapte dårlig stemning. Noen av deltakerne mente, at det var som om deres partnere ikke forsto at deres passive oppførsel var resultatet av diabetes relatert utmattelse. For aleneboende eldre var situasjonen overveldende. Utmattelse førte til at mange pasienter foretrakk heller å sitte hjemme og lese eller se på tv enn å være i fysisk aktivitet.

### Hypoglykemi

Et annen hyppig forekommende symptom som ble nevnt i undersøkelsen var hypoglykemi. 10 av 16 deltakerne har meldt om hypoglykemisymptomer (Hernandez et al., 2019). Økt

styrke av blodglukosesenkende medisiner, inntak av lettere måltider eller å hoppe over måltider økte sannsynlighet for hypoglykemi, konkluderer artikkelens forfatterne. Noen deltakere har erfart alvorlige hypoglykemitilstander som førte til redusert bevissthetsnivå eller fall. Til og med moderat hypoglykemi var merkbar for pasientene. En av deltakerne fortalte i intervju at han fikk så kraftig hodepine, at han trodde han holdt på dø.

Hypoglykemi ble beskrevet av pasientene som en så skremmende og traumatisk opplevelse at de følte seg veldig sårbare i slike situasjoner. Videre i artikkelen kommer det også fram, at på grunn av smerter og ustødighet foretrekker eldre mennesker med diabetes type 2 stillesittende aktiviteter. Dette gjelder særlig de eldre personene som bor alene hjemme (Hernandez et al., 2019).

### Nevropatiske smerter

I samme undersøkelsen fortalte mange pasienter om nevroatiske smerter beskrevet som prikking brenning, nummenhet, influensalignende verker eller «krypende» følelse i bena. Det ble også opplevd som «strøm» eller «småkryp» (siteret i (Hernandez et al., 2019)). For noen pasienter var ubehag og smerte så intenst om nettene, at det gikk ut over deres søvnkvalitet. Mange pasienter pleiede å ta faste smertestillende midler, men disse medisinene kunne ikke løse problemet (Hernandez et al., 2019).

### Diaré

Videre i artikkelen til Hernandez og medarbeidere står det, at halvparten av pasientene som deltok i undersøkelsen opplevde diaré såpas ofte at dette begrenset dem sosialt og påvirket negativt deres livskvalitet. En av pasientene fortalte om å ha løs mage minst seks ganger til dagen. Noen andre sa at de følte at metformin var årsaken til diaré hos dem. Leger fortsatte å øke dosering til tross for pasientenes innvendinger, så pasientene justerte dosering selv. En pasient fortalte at han pleiede å halvere dosering på egen hånd for å unngå plagsom diaré. En annen pasient sa, at etter han har fortalt til sin behandler om problemet med diaré, fikk han medisin mot diaré uten at han ble spurt om han bruker metformin. Noen andre pasienter mente at bare tanken om å få diaré var grunnen til engstelse i seg selv. En annen deltaker sa at det er både frustrerende og skuffende. Pasientene mente at å ha diaré til

ugunstige tidspunkter, som for eksempel når de er ute, er krevende. Diaré var for dem en begrensning som førte til at de bestemte seg for å være hjemme (Hernandez et al., 2019).

#### Dårlig balanse

Fire av 16 pasienter som deltok i undersøkelsen mistet balanse og falt. Disse pasientene har erfart fall både inne og ute og fortalte at det skjedde plutselig og uten forvarsel. Noen pasienter mistenkte at årsaken til svimmelhet var medisiner. En fortalte at han måtte ha det ordnet og ryddig rundt seg hjemme for å redusere fallfare. Mange pasienter ville ikke bevege seg på grunn av frykt for å falle. Ifølge denne studien var balanseproblemer hos eldre relaterte til nevropati og kroniske smerter. Forskere fant også sammenheng mellom utmattelse og balanseproblemer. 9 av 12 pasienter som erfarte utmattelse, fortalte også om å ha dårlig balanse (Hernandez et al., 2019).

#### 4. 1. 2. Eldre pasienter erfarer negative tanker og emosjoner i forbindelse med sykdommen og sykdomshåndteringen

I en annen studie, undersøkte de samme forskerne livserfaringer til hjemmeboende eldre med diabetes type 2 (Hernandez et al., 2020). I semi-strukturerte intervjuer delte 16 eldre pasienter sine opplevelser av sykdom og sykdomsrelatert engstelse. Ifølge disse pasientene var skyld og angst blant de hyppigst forekommende følelser.

Artikkelens forfattere konkluderte med at pasientenes tanker om mat ofte var forbundet med skyldfølelse for å ha selv påført diabetes (Hernandez et al., 2020). En av deltakerne sa at man får diabetes hvis man ikke tar vare på seg selv og spiser usunt. Mange pasienter hadde dårlig samvittighet og angret tidligere matvarevalg. Denne følelsen bare forsterket deres allerede eksisterende bekymring relatert til diabetes.

Ifølge denne undersøkelsen, å ikke klare å avstå fra matvarer med høy glykemisk indeks som iskrem eller bakverk, og å spise uregelmessig eller mosjonere for lite, ble oppfattet av deltakerne som nederlag og gav dem dårlig samvittighet.

Deltakerne fortalte også at de var godt klar over betydning av kosthold og fysisk aktivitet. Hver gang de spiste sukkerholdig mat erfarte de skyldfølelse. Det samme gjaldt for hver



dag da de ikke mosjonerte. Dette førte til frustrasjon og utbrenthet, oppsummerer artikkelens forfattere.

I flere utvalgte artikler for denne oppgaven kommer det fram at pasientene strever med å spise sunt. Årsaken til det er at de forbinder matvarer som har høy glykemisk indeks med noe positivt, som øker deres livskvalitet. Noen deltakere forsøkte å rettferdiggjøre sine valg ved å skyldte på et krevende livsstil eller andre omstendigheter. Pasientene argumenter:

«Jeg har vel vært en som har trøstespist og så har jeg vært ryggoperert» (sitert i Knutsen & Foss, 2017, s. 285).

«(...) hvis du går på skrinn kost lenge (...) så er det nok ikke gunstig for psyken» (sitert i Knutsen & Foss, 2017, s. 286).

«Da jeg fikk vite at det var mulig jeg hadde diabetes, da tenkte jeg at da kan jeg jo ikke spise brunost! (...) Jeg har jo vokst opp under og straks etter krigen. Og akkurat det der, man spiste nå det man fikk (...)» (sitert i Knutsen & Foss, 2017, s. 285).

«I love mashed potato stews; I allow myself this once in a while. I think I should be able to do that, otherwise life is not pleasant anymore» (sitert i Crutzen et al. 2021, s. 13).

«It is like mentally punishing myself (...) you know what that is going to do if you eat it, but the other side is saying, well it is not going to hurt you this once» (sitert i Janes et al., 2013).

«Brødmat er en virkelig trigger for meg. Kunne jeg levd på salat og proteiner så hadde jeg hatt det bedre (...)» (sitert i Bergum & Mordal, 2020, s. 7).

Halvparten av deltakerne fortalte om sin erfaring av å ha foreldre med diabetes type 2. Mange delte sine minner om diabeteskomplikasjoner som for eksempel amputasjon. Pasientene fryktet samme komplikasjoner som de observerte hos sine familiemedlemmer. Noen deltakerne var overbeviste over at komplikasjoner er uunngåelig. Andre slett med sykdomsmestring og var bekymret for sin evne til å forhindre diabeteskomplikasjoner. Forskerne fastslår at en emosjonell byrde som frykt for mulig utvikling av diabetesrelaterte komplikasjoner forsterket pasientenes engstelse i forbindelse med diabetes (Hernandez et al., 2020).

En eldre studie fra New Zealand pekte også på at eldre pasienter opplevde frykt, dårlig samvittighet og skam i forbindelse med sykdom og sykdomsmestring (Janes et al., 2013).

Studiens deltakere fortalte at de opplevde frykt når de ikke visste hva som skjer, eller kan skje, og når de erfarte tap av kontroll over livet sitt, særlig ved overgangssituasjoner. Da de ble diagnostisert med diabetes, begynte behandling med antidiabetika eller insulin:

«At first, I thought (...) I can't work, I can't do anything.» (sitert i Janes et al., 2013).

«(Having diabetes) was no shock, until I went on to have medications and then it was a bit of shock:» (sitert i Janes et al., 2013).

Opptopping av diabetesbehandling ble oppfattet av en pasient som å komme nærmere døden: «I thought (...) once you are on that (insulin) you have not got far to go (...)» (sitert i Janes et al., 2013). Selv om pasientenes frykt var størst ved begynnelsen av behandling med insulin, ble frykt også erfart i forbindelse med hypoglykemi. For mange var den en skremmende opplevelse. Noen pasienter ville aktivt forebygge at hypoglykemi oppstår ved å unnlate å ta insulindose eller ved å overspise. En deltaker mente at det er bedre å håndtere hyperglykemi, så han valgte å spise for mye (Janes et al., 2013).

I undersøkelsen beskyldte deltakerne seg selv for både å ha fått diabetes og å ikke kunne kontrollere den. De snakket konstant om både gode og dårlig måter å håndtere diabetes på, god og dårlig mat og om å være slem:

«I have type 2 diabetes, which is self-inflicted» (sitert i Janes et al., 2013).

«A good diabetic is one who controls their diabetes...I am not a good diabetic.» (sitert i Janes et al., 2013).

«You are always working on guilt» (sitert i Janes et al., 2013).

En annen negativ følelse, som ikke ble nevnt i den forrige amerikanske studien, var skam. Janes og medarbeiderne belyste at diabetespasienter også opplever skam. Grunnen til det er sjenanse av å ha diabetes, vise kroppen eller bli oppfattet som en misbruker:

«I do not like lifting up my shirt and stabbing myself in front of people» (sitert i Janes et al., 2013).

«Some people are quite ashamed of being diagnosed as a diabetic» (sitert i Janes et al., 2013).

«There is a bit of stigma» (sitert i Janes et al., 2013).

«(I am) embarrassed to give needle in public...just like a drug addict» (sitert i Janes et al., 2013).

I en norsk vitenskapelig artikkel fra 2017 under den treffende tittelen: «Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg!», undersøkte forfatterne Knutsen og Foss opplevelser og meninger til polikliniske diabetespasienter. Her rapporterte de om både skam og sinne hos intervjuede deltakerne. Som i tidligere presenterte studier ble mislykkede forsøk på å mestre sykdommen møtt med sosial stigma og fordommer som vekket skamfølelse. Pasientene fortalte om at de følte samfunnspress til å leve sunt for å forebygge diabetes og diabetesrelaterte komplikasjoner. Deltakere som ikke tilfredsstilte disse kravene opplevde skam. Ifølge en deltaker eksisterer det også en feil oppfatning i samfunnet at diabetes type 2 kun skyldes usunn livsstil (Vallgård, sitert i Knutsen & Foss, 2017).

Mange som deltok i undersøkelsen fortalte også om en moraliserende tone og for mye innblanding fra andre som skaper frustrasjon hos dem. En av dem fortalte om å være i et selskap hvor man serverte kaker: «Når de sier at det kan ikke du spise, da blir jeg arg!» (Kvinne, 74 år, sitert i Knutsen & Foss, 2017).

## 4.2. Eldre hjemmeboende pasienter opplever vansker med å håndtere diabetes i hverdagen

### 4.2.1. Livssituasjon, livsstil og kognitiv svekkelse påvirker pasientens evne til livsstilsendringer og diabeteshåndtering

Så langt, etter analyse av utvalgte artikler, kom det fram at diabetes mellitus type 2 påvirker negativt eldre både fysisk og psykisk. Dette har en betydning for deres sykdomshåndtering. I tillegg bør man nevne sammenhengen mellom deres livssituasjon, livsstil, kognitiv svekkelse og evne til egenomsorg.

I undersøkelsen til Hernandez og medarbeidere ble det påpekt at tapsfølelse og ensomhet hadde betydning for mestring og egenomsorg. En del av studiens deltakere fortalte om en intens opplevelse av tap og ensomhet, hovedsakelig på grunn av dødsfall av ektefelle (Hernandez et al. 2020).

En annen nederlandsk studie gjør oppmerksom på at mange partnere til diabetespasienter i stor grad bidro til partnerens diabetesbehandling hjemme. I noen tilfeller tok de på seg fullt ansvar for medikamenthåndtering. Ofte kunne de oppdage symptomer til hypoglykemi før pasienten kjente dem selv. En deltaker fortalte, at etter hennes partner døde, erfarte hun en alvorlig hypoglykemisk episode. En delgrunn til det var tap av hans støtte fra partneren (Crutzen et al., 2021).

Ifølge Hernandez og medarbeidere var pasienter som levde alene mer ansvarsfulle i forhold til medisinbruk, planlegging måltider og matlaging. Samtidig var det også pasienter som opplevde ensomhet som et hinder for å ta vare på seg selv. For dem som erfarte ensomhet var livet med diabetes vanskelig. For noen eldre voksne var det skremmende å bo alene. En deltaker sa at han fryktet å ikke våkne opp neste dag: «Jeg har ingen som passer på meg» (siteret i Hernandez et al. 2020). En annen pasient fortalte i undersøkelsen at jo eldre hun blir desto hyppigere får hun panikkanfall (Hernandez et al. 2020).

Et annet bemerkelsesverdig funn er svekket hukommelse blant eldre diabetikere. I undersøkelsen til Hernandez og medarbeidere slet flere eldre pasienter med å huske ting som navn, måltider eller råd fra helsepersonell. De har selv innrømt at dårlig hukommelse påvirket deres medisinbehandling og egenomsorg.

Å glemme å ta medisiner eller å ta for mye kan føre til hypo- og hyperglykemi. Eldre mennesker fortalte at svekket hukommelse skapte bekymring hos dem. Dårlig hukommelse førte til opplevelse av utrygghet, tap av uavhengighet og dårligere kontroll over blodsukker (Hernandez et al., 2020).

I en nederlandsk studie til Crutzen og medarbeidere ble det også tatt opp Eldres problemer med svekket hukommelse og nedsatt oppmerksomhetsevne (Crutzen et al., 2021). I intervjuer har deltakere fortalt at dårlig hukommelse og oppmerksomhetsvansker førte til at dette påvirket inntak av både måltider og medisiner. Det kunne hende at de glemte å spise og å ta medisinene sine eller tok dem flere ganger. Når det gjald insulin så kunne de

glemme å ta den, ta for stor dose eller ta den flere ganger. Pasientene virket usikre og kunne ikke oppgi et nøyaktig svar.

En pasient fortalte at han hadde glemt å senke insulindose etter å ha blitt fortalt av en sykepleier om å gjøre det. En annen har ved uhell administrert høyere dose langtidsvirkende insulin i stedet for korttidsvirkende. I den kvantitative delen av samme studie har 16 % av 83 deltakerne fortalt at de ikke alltid husket om de allerede hadde tatt medisinen sin. 12 % sa at de hadde vansker med å huske endringer av dosering av medisinene sine (Crutzen et al., 2021).

I samme undersøkelse ble det også nevnt at forandringer i faste rutiner som gjald aktivitetsnivå, tidspunkter for måltider samt dens type og mengde eller pasientenes mental tilstand påvirket deres evne til å kontrollere blodglukose. I spørreundersøkelsen har 42 % av deltakerne fortalt at de alltid husker om å ta medisinene sine til faste tidspunkter, 27 % spiste til samme tidspunkter, og 15 % alltid la seg til samme tid (Crutzen et al., 2021).

#### 4.2.2. Pasienter mangler ofte kunnskap om diabetes

I en eldre undersøkelse fra New Zealand kom det fram at pasienter hadde ikke vitenskapelig kunnskap om sykdommens årsaker: «He (husband) does not take sugar in his tea, and then he says, I am not going to start that, having sugar in my coffe and tea. I might get diabetes.» (sitert i Janes et al. 2013). Noen andre, selv om de har hatt diabetes i mange år og brukte insulin, trodde fortsatt at de kan bli friske bare hvis de klarer å leve sunt:

«To me if I could get my diet under control, the diabetes would be controlled.»

«I am eating the wrong food ... that's why the damn thing is out of order.»

«(...) I would not eat anything that I shouldn't have. (...) but I still have diabetes» (sitert i Janes et al. 2013).

Andre pasienter trodde at diabetes var akkurat som forkjølelse, eller kunne forsvinne ved å ta en tablett. « It was just diabetes...take a pill and that will fix it.». Noen pasienter trodde at hvis de ikke har symptomer, så er de friske: « (...) if I feel my body is feeling good...I see myself as healthy, whether I have got diabetes or not.» Dette førte til at de bagatelliserte sykdommen og var ikke opptatt av å behandle den: «It is one of those

illnesses that you are not aware of it. You are not aware of the dangers of it, until all of a sudden, bang, it (complications) has happened.» (sitert i Janes et al. 2013). I samme studie oppdaget forskerne at pasientene mente at det var ikke diabetes, men behandlingen av den som ga dem symptomer, inkludert hypoglykemi. Mange mente også at moderne legemidler er skadelige og bør unngås.

I en nederlandsk studie til Crutzen et al. fra 2021 påsto 94 % av eldre de deltakerne at de viste hvordan man bruker glukosesenkende legemidler. Det kom fram, at selv om de hadde en grunnleggende forståelse av at medisiner, kosthold og fysisk aktivitet påvirker blodglukoseverdier, var denne kunnskapen ikke tilstrekkelig nok for å forutse eller håndtere hypoglykemiske episoder, konkluderte artikkelens forfattere.

Noen ganger visste ikke pasienter hvordan de skulle justere insulindose i forhold til rutineforandringer og nyoppståtte situasjoner. Dette resulterte i at de noen ganger injiserte for mye insulin enn nødvendig og erfarte hypoglykemi, eller ikke injiserte i det hele tatt og fikk forhøyet blodglukosenivå.

En pasient fortalte at man skal ta mer insulin ved lavt blodsukkernivå. Hun innrømmet at hun ikke følte seg komfortabelt nok til å stille spørsmål til sykepleieren av frykt for å dumme seg ut (Crutzen et al., 2021). Mange pasienter, som deltok i denne undersøkelsen mente at legemiddeljustering ikke var nødvendig ved endringer av fysisk aktivitet, kosthold eller ved sykdom (Crutzen et al., 2021).

I undersøkelsen til Hernandez og medarbeidere var mange deltakere overbevist om at dersom de hadde fått opplæring og støtte i pre-diabetes perioden, så kunne de ha forhindret utvikling av sykdommen. De bemerket at diabetesopplæring ble gitt i etterkant, altså litt for sent. Derfor var fokus på forebygging begrenset (Hernandez et al., 2020).

Ifølge en norsk studie bidro kunnskap om diabetes og diabetesbehandling til bedre sykdomsforståelse og førte til livsstilsendringer blant pasientene (Bergum & Mordal, 2020).

Deltakerne på Startkurs – en gruppebasert opplæring for diabetikere, fortalte at etter kurset kunne de blant annet gjenkjenne symptomer på forhøyet blodsukker: «når jeg spiser mye sukker, lukter det av urinen...det har jeg ikke forstått før, men det forstår jeg nå» (sitert i

Bergum & Mordal, 2020). Pasientene opplevde også at de er blitt flinkere til «å tolke og forstå kroppens signaler», føle seg bedre og fungere bedre i hverdagen. Kunnskap formidlet på kurset gjorde at deltakerne ble mer bevisste på betydning av kosthold og trening og mer motiverte til livsstilsendringer. En av pasientene fortalte til intervjuere: «...før tenkte jeg ikke over hvilken mat jeg spiste...når jeg endret på maten ble jeg bedre og mer våken...jeg har et helt annet forhold til sukker...» (sitert i Bergum & Mordal, 2020). Artikkelens forfattere hevder at «kunnskap øker sykdomsforståelsen». Samtidig påpeker de, at kunnskap i seg selv er ikke nok til å opprettholde nye, sunnere vaner. For å lykkes med å oppnå målet, har pasienter behov for å repetere tidligere tilegnet kunnskap, få ny kunnskap og å bli motivert. En av deltakerne sa det slik: «Egentlig skulle alle med diabetes hatt et kurs. Ikke bare en gang. Jeg kunne godt tenkt meg å være med en gang til og repetert. En glemmer snart, og ikke så lett å ta imot all informasjonen heller» (sitert i Bergum & Mordal, 2020, s. 7). En annen deltager kommenterte: «Det er noe med oppfrisking og motivasjon. Når man får kurs, så blir man mer motivert og oppdatert» (sitert i Bergum & Mordal, 2020, s. 7).

#### 4.2.3. Helsepersonellens holdninger påvirker pasientenes sykdomshåndtering

Et tema, som ble tatt opp av mange diabetespasienter og som fortjener oppmerksomhet er helsepersonellens måter å kommunisere på, behandle og følge opp pasienter. Flere studier beskrevet i utvalgte artikler for denne oppgaven tyder på at pasienter savner helsepersonellens fokus på relasjonsbygging, engasjement og en god kommunikasjonsevne. Eldre diabetespasienter som deltok i en amerikansk studie med fokus på erfaringer og bekymringer relaterte til sykdommen, fortalte om sine negative opplevelser i møte med helsepersonell. Under polikliniske konsultasjoner opplevde de at helsepersonell var mest opptatt av prøvesvar fra laboratoriet. Helsepersonell var lite interessert i å høre om pasientenes erfaringer og diabetesrelaterte bekymringer som for eksempel hypoglykemi (Hernandez et al., 2020). En krigs-veteran påpekte, at hans behandler kommuniserte på en «autoritær» og «kommanderende» måte. Mannen fikk høre at han skulle ta medisinen sine, uten at han selv ble spurt om meningen sin eller ble forklart hvorfor var det viktig.

Denne deltakeren sa, at han helst ville foretrekke mer kommunikasjon og diskusjon i stedet.

De fleste pasientene, som deltok i denne undersøkelsen, fortalte om at de ikke hadde en meningsfull dialog med helsepersonell. Det var lite snakk om sentrale utfordringer relaterte til diabetes og pasientene fikk nesten ingen diabetesopplæring. Denne mangelen på engasjement og støtte fra helsepersonell skapte engstelse hos dem (Hernandez et al., 2020).

Et annet identifisert problem var at noen deltakerne fikk ulike råd og anbefalinger fra helsepersonell i forbindelse med sykdomshåndtering. Pasientene mente, at dette førte til manglende målsetting, usikkerhet og på et senere tidspunkt ble det årsaken til økt bekymring. Dessuten, nevner artikkelens forfattere, at i møte med helsepersonell opplevde pasientene kommunikasjonsvansker på grunn av og snakke for rask og med aksent. Noen andre deltakerne hadde også vansker med å forstå instruksjoner fra helsepersonell på grunn av kommunikasjonsbarrierer (Hernandez et al., 2020).

I en annen undersøkelse fra New Zealand, har deltakerne presisert at medisinsk språk var for vanskelig for dem å forstå helsepersonell: «I know to listen to this kind of thing. It was the cure for me, but when you have got big words...» (sitert i Janes et al., 2013).

Selv om de fleste deltakerne rettet kritikk mot helsepersonellens tilnærming, så hadde de også positive erfaringer i møte med helsevesenet. Pasientene følte seg støttet av de behandlere som var engasjerte i å minne dem på å ta medisiner, oppmuntre til fysisk aktivitet og gi gode råd om kosthold. Slike behandlere ble kalt for «wellness coaches» (sitert i Hernandez et al., 2020).

I en annen studie som fokuserte på pasientenes meninger om hypoglykemi, kom det fram at deres overbevisninger om helse, sykdom og aksept for behandling var grunnleggende annerledes enn helsepersonellens. Dette skapte vansker i å finne felles grunnlag (Janes, Titchener, Pere J., Pere R. & Senior, 2013). Artikkelens forfattere fant at det manglet felles målsetting for diabeteshåndtering. Pasientene som deltok i undersøkelsen opplevde at helsepersonellet bare forventet at de skulle godta det som ble sagt: « I do not remember that there were really any arguments, it was just this is what you take when you have got diabetes and just, you know, get on and do it (sitert i Janes, Titchener, Pere J., Pere R. & Senior, 2013).



En annen deltaker fortalte, at han kan ikke huske å ha fått noen som helst forklaring. Han ble bare fortalt om å ta diabetesmedisiner til riktige tidspunkter, mosjonere litt og spise riktig kosthold: «Stick to your medication and take them at the right time and do a bit of exercise, your diet, and that is about all» (sitert i Janes, Titchener, Pere J., Pere R. & Senior, 2013). Artikkelens forfattere påpeker også, at behandlingsmål ble hverken individuelt tilpasset pasientenes helsetilstand eller behov, målene ble pålagt og behandlere ga pasientene samme råd uten å finne ut om de var relevante: «(...) I was probably as fit as I had ever been, so to be told to beef up your exercise, it is like – where do you go with it?» (sitert i Janes, Titchener, Pere J., Pere R. & Senior, 2013).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Metodediskusjon

#### 5.1.1. Land og befolkningsgrupper inkluderte i oppgaven

Utvalgte forskningsartikler presenterer studier fra Norge, USA, Nederland og New Zealand. Utenlandske studier var relevante for vår oppgave siden alle deltakere var eldre hjemmeboende pasienter med diabetes mellitus type 2, var polikliniske pasienter eller mottakere av primærhelsetjeneste inkludert sykepleie, og hadde kulturell bakgrunn som var sammenliknbar med norske forhold. De utenlandske studiene var derfor overførbare til det norske samfunnet. Unntaket var en del deltakere i studier fra New Zealand, nemlig Maori befolkningen. Deres kulturelle overbevisninger om diabetes og «vestlig medisiner» var svært annerledes fra andre deltakeres, så de ble ikke inkludert. I begge de norske studiene var noen deltakere yngre enn 65 år, så de ble også utelatt.

#### 5.1.2. Forskernes bakgrunn

Forskernes bakgrunn var vesentlig for studiens tyngde og relevans. Vi tok den derfor i betraktning. Forskerne som utførte studiene var utdannet leger, sykepleiere,

diabetes sykepleiere og farmasøyer. Mange av dem hadde doktor-, postdoktor eller professorgrad og stor forskningserfaring.

### 5.1.3. Metodevalg

Fem av våre utvalgte studier benyttet kvalitativ forskningsmetode og den sjette brukte en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. Grunnen til at vi valgte den siste artikkelen, var muligheten til å få en bedre oversikt over pasientenes meninger angående de hyppigst forekommende utfordringer og årsaker til hypoglykemi.

Siden vi fokuserte først og fremst på pasientenes egne erfaringer og opplevelser ved å leve med diabetes type 2, så forskningsartikler som brukte kvalitativ metode var mest relevante.

På grunn av oppgavens lengdebegrensning valgte vi seks forskningsartikler. Likevel får vi inntrykk at etter å ha analysert funn fra dem fikk vi tilstrekkelig overblikk over pasientenes opplevelser, utfordringer og meninger.

## 5.2. Resultatdiskusjon

Søren Kirkegaard mener at: «For å kunne hjelpe en annen, må hjelperen sette seg inn i den andres situasjon, og forstå det som han forstår» (Kirkegaard, sitert i Marthinsen, 1999, s. 58). Det er nettopp denne pasientorienterte tilnærmingen helsepersonell bør ha for å være i stand til å hjelpe dem. Av samme grunn, i vårt forsøk på å besvare oppgavens problemstilling, bestemte vi oss å fokusere på vitenskapelige forskningsartikler som presenterer diabetes mellitus type 2 sett fra pasientenes perspektiv. Etter å ha studert de utvalgte artiklene fikk vi en bedre forståelse for eldre pasientenes opplevelser, utfordringer og behov i forbindelse med diabetes mellitus type 2. Vi kunne kjenne igjen tilsvarende trekk fra faglitteratur og vår praksis.

I «Symptom experience of older adults with type 2 diabetes and diabetes-related distress» («Symptomerfaring til eldre voksne med diabetes type 2 og diabetes relatert engstelse», Hernandes et al., 2019) har pasienter beskrevet diabetes relaterte symptomer. Blant de

hyppigst forekommende ble det nevnt utmattelse, smerter, diaré, dårlig balanse og hypoglykemi. Ifølge pasientene som deltok i denne undersøkelsen førte disse symptomene til betydelig tap av uavhengighet, passivitet og begrensning av deres sosial deltakelse. Dette skapte engstelse hos dem og senket deres livskvalitet (Hernandes et al., 2019).

Deltakerne fortalte at på grunn av utmattelsen var det vanskelig å utføre husarbeid eller delta i daglige aktiviteter. Dette førte til frustrasjon og konflikter i relasjoner (Hernandes et al., 2019). Forskere legger merke til at de fleste pasientene i undersøkelsen som erfarte utmattelse, opplevde å ha dårlig balanse. Andre nevnte symptomer som også påvirker balanse og er forbundet med falltendens var hypoglykemi og smerter (Hernandes et al., 2019). Forskning viser at med økende alder øker ofte antall koeksisterende sykdommer og skader, som samlet forsterker hverandre. Dette kan føre til at eldre pasienter med diabetes type 2 erfarer mer komplekse, intense og hyppigere smerter. (Berry et al., 2015; Ehrmann et al., 2015; Gabbay et al., 2013; Gebel, 2013; Hu et al., 2007; Kirkman et al., 2012; Park et al., 2015 sitert i Hernandez et al., 2019).

Undersøkelsen til Hernandez og medarbeidere viser at både nevropatiske smerter og andre type smerter skaper balanseproblemer hos eldre med diabetes (Hernandes et al., 2019). Ifølge en annen studie kan perifere nevropatier føre til fall, siden de påvirker pasientenes stabilitet, sansemotoriske funksjoner, gangart og evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter (Menz et al. 2004, sitert i Hernandez et al., 2019).

Diaré - et annen symptom som ble nevnt i undersøkelsen, forårsaket sjenanse og ubehag blant pasientene. Dette førte til sosial isolasjon og justering av diabetesmedisiner på egen hånd (Hernandes et al., 2019).

Hernandez og medarbeidere konkluderer i sine studier at flere faktorer kan ha innvirkning på pasientenes redusert aktivitetsnivå og sosial deltakelse. Blant dem nevner de frykt for å falle, utmattelse, smerter og diaré som mulig bivirkning av medisin (Hernandes et al., 2019). Forskere henviser til en annen studie, som konstaterer at inaktivitet kan føre til tap av muskelmasse og dette kan øke insulinresistens, gi forhøyet blodglukose og økt fallfare (Kalyani et al., 2014, sitert i (Hernandes et al., 2019). Det kan føre til en ond sirkel, hvor diabetesrelaterte symptomer gradvis forverrer pasientenes helsetilstand og sykdomshåndtering. Som følge av dette kan pasienter bli stadig mer avhengige av andres hjelp og oppleve nedsatt livskvalitet.

Under praksisperioden i hjemmesykepleie observerte vi at mange eldre pasienter med diabetes mellitus type 2 opplevde negative følger av sin sykdom. Flere fortalte at de var slitne, sov dårlig på grunn av smerter eller var svimle. Andre fortalte om nedsatt følelse i bena og noen av dem utviklet diabetes fotsår. Det har også hendt at pasientene falt og fryktet å gå ut etter det. Vi mener at pasientenes fortellinger og våre egne observasjoner bare kan bekrefte det som tidligere er presentert her i teorikapittelet og funn fra forskningsartikler, nemlig at pasientene erfarer mange ulike symptomer og skader i forbindelse med diabetes mellitus type 2, og dette påvirker negativt hverdagen deres.

Sykepleiere som jobber i hjemmetjeneste eller i diabetes poliklinikker har mange muligheter til å observere pasienter og kartlegge om de er risikogruppe for å utvikle komplikasjoner og sette i gang forebyggende tiltak ved behov. Pasienter som allerede lever med plagsomme symptomer og skader trenger hjelp og støtte for å forhindre videreutvikling av komplikasjoner, bedre helse og takle utfordringer knyttet til diabetes.

Ut ifra funn fra utvalgte forskningsartikler opplevde flere eldre hjemmeboende diabetespasienter negative emosjoner i forbindelse med sin sykdom og sykdomshåndtering. I undersøkelsen til Hernandez og medarbeidere kom det fram at engstelse og skyld var blant de hyppigst rapporterte følelser (Hernandez et al., 2020). Familiehistorikk, andres erfaringer og egne forestillinger om diabetes skapte frykt for komplikasjoner. I tillegg førte utfordringer med sykdomsmestring til dårlig samvittighet blant pasientene (Hernandez et al., 2020). Skyld ble ofte forbundet med usunn livsstil og vansker med sykdomsmestring. Pasientene angret sine tidligere matvarevalg. De mente at raske karbohydrater var årsaken til diabetesutvikling. Skyldfølelse, frustrasjon eller utbrenthet dukket opp hos dem både når de ikke klarte å avstå fra matvarer som gir høy blodsukkerverdier og hvis de ikke mosjonerte nok (Hernandez et al., 2020; Knutsen & Foss, 2017; Janes, et al., 2013).

Mange pasienter som deltok i utvalgte undersøkelser assosierte konsum av sukkerholdig mat med økt livskvalitet. Selv om de var klare over helsemessige konsekvenser, så var de ikke motiverte nok til å avstå fra matvarer med høy glykemisk indeks. Noen pasienter forsøkte å rettferdiggjøre sine valg ved å skylde på omstendigheter eller nedstemthet (Knutsen & Foss, 2017; Bergum & Mordal, 2020; Crutzen et al. 2021). Dette har vi også erfart i kontakt med pasientene. Noen fortalte at siden de er syke og gamle og

sannsynligvis ikke har så mange år igjen å leve, kan de unne seg en kake eller sjokolade. Andre fortalte at mat var den eneste gleden de hadde igjen.

Forskning viser at eldre pasienters evne til egenomsorg og diabeteshåndtering påvirkes av flere faktorer. Funn fra forskningsartikler viser at livssituasjon, livsstil, mental tilstand og kognitiv svekkelse er noen av faktorene.

I undersøkelse fra Nederland fortalte deltakerne om dårlig hukommelse og oppmerksomhetsvansker som årsaker til sykdomsmestring. Pasientene glemte å spise og å ta medisinene sine eller tok dobbeldose. Dette kan føre til enten forhøyet blodglukose eller hypoglykemiske episoder. Pasientene identifiserte også andre årsaker som kan svekke blodglukosekontroll, nemlig stress, kognitiv overbelastning, sorg og rutinebrudd. (Crutzen et al., 2021). I slike tilfeller strever pasienter med sykdomshåndtering. Derfor har de ofte behov for hjelp både fra pårørende og helsepersonell. Under praksisperioden i hjemmesykepleie har vi erfart at pasienter glemte å spise eller ikke justerte insulindose i forhold til økt aktivitetsnivå, og dette resulterte i føling. I studien til Crutzen og medarbeidere viste det seg at manglende kunnskap og ferdigheter også var årsaker til at pasienter strevde med justering av insulindoser i forhold til forandringer i matinntak og fysisk aktivitet (Crutzen et al., 2021).

Funn fra flere presenterte vitenskapelige artikler peker på at eldre pasienter har behov for kunnskap for å kunne bedre håndtere sin sykdom (Crutzen et al. 2021; Hernandez et al., 2020; Janes et al., 2013; Bergum & Mordal, 2020). I en sveitsisk undersøkelse finner man også henvisning til studier som understreker at diabetesopplæring har som formål å styrke pasientens autonomi og egenomsorg i den grad det er mulig. På denne måten kan eldre mennesker unngå akutte og kroniske komplikasjoner (McDowell et al., 2009; Pill et al., 1999, sitert i Huber, 2011, s.89).

Dessverre påpeker andre forskerne at de fleste opplæringskurs for diabetikere ikke er tilpasset eldres læringsbehov. Dårlig syn, nedsatt hørsel og begrenset mobilitet hindrer eldre pasienter i å delta på slike kurs (Bruce et al., 2003; Tang et al., 2008, sitert i Huber, 2011, s.89). Diabetesopplæring som blir gitt til eldre mennesker utenfor hjemmet, ble oppfattet av dem som overveldende og hadde lite utbytte (Huber, 2011, s. 91).

Sykepleiere som jobber i hjemmetjeneste har en unik mulighet til å kompensere dette. Ved utføring av rutinemessig pleie som blodsuktermåling eller administrering av insulin, kan det spontant oppstå læresituasjoner (Dunning, 2005, sitert i Huber, 2011, s.89). Da kan sykepleiere formidle kunnskap til hjemmeboende eldre pasienter, som ellers har begrenset mulighet til å lære. Under praksisperioden har vi også merket, at under korte prosedyrerettede besøk kunne det oppstå tilfeldige situasjoner hvor pasienter fikk veiledning og opplæring rettet mot deres individuelle ønsker og behov. Noen pasienter visste for eksempel ikke at før blodsuktermåling, må de ha rene hender. En pasient fikk feil resultat etter å ha skrelt en appelsin og ikke vasket hender etterpå. Fruktsaft på fingertuppene ga ham forhøyet blodsukerverdi.

Ifølge Henderson, er det viktig at sykepleiere bruker dialog som samtaleform under veiledning og undervisning. Målet er at pasienten skal forstå formidlet kunnskap og føle seg forstått (Henderson, 1960, sitert i Evensen et al., 2019, s. 197). Eldre pasienter med diabetes som deltok i undersøkelsen til Hernandez og medarbeidere savnet en meningsfull dialog med helsepersonell. Pasientene ønsket engasjement, mer støtte og mulighet til å diskutere ting som var viktige for dem (Hernandez et al., 2020, s. 40). Forfattere av «Kommunikasjon i relasjoner» påpeker at en god dialog forutsetter «at man først responderer på det den andre har formidlet, og viser at man har forstått det før man selv bringer inn noe nytt (Eide & Eide, 2017, s. 35). De understreker at for å oppnå en god dialog, må tillit, gjensidig forståelse og opplevelse av mening være til stede (Eide & Eide, 2017, s. 34). I en profesjonell kommunikasjon bør helsepersonell også ha evnen til å både gi «varme», «empatiske tilbakemeldinger» og kunne «initiere og ta kontroll» over samtalen (Eide & Eide, 2017, s. 35).

I tillegg til kunnskap trenger eldre pasienter krefter og vilje til å møte dagens utfordringer (Henderson, 1960, sitert i Evensen et al., 2019, s. 197). For å fremme pasienters mestring og egenomsorg er det viktig at helsepersonell tar pasientene på alvor og har en god kommunikasjonsevne (Eide & Eide, 2017, s. 50). Pasienter som deltok i undersøkelser presentert i denne oppgaven, ønsket at helsepersonell fokuserer på relasjonsbygging og mellommenneskelige aspekter for at de skal føle seg mer komfortable og tillitsfulle (Hernandez et al., 2020; Crutzen et al., 2021; Janes, et al., 2013).

Mange eldre pasienter opplevde vansker i forbindelse med å følge råd og anbefalinger. Noen strevde med å spise riktig kosthold, andre med å være i aktivitet (Knutsen & Foss, 2017), noen unngår å måle blodglukose på grunn av ubehaget i forbindelse med stikking av nål i fingrene (Crutzen et al., 2021). Sykepleiere bør vise forståelse og ha en ikke dømmende holdning. Dette kan bidra til større åpenhet og bedre samarbeid.

Til sammenligning, hvis helsepersonell ignorerer pasienten, pasientens personlig erfaring med å leve med sykdommen, pasients livskontekst samt å ikke anerkjenner viktigheten av en terapeutisk relasjon basert på gjensidig tillit og respekt er de ikke i stand til å hjelpe pasientene (Balint, 1972, sitert i Janes et al., 2013).

Etter analyse av utvalgte artikler kom det også fram at pasienter vil bli inkludert i avgjørelser angående deres behandling og få mulighet til å sette behandlingsmål sammen med helsepersonell (Hernandez et al., 2020; Crutzen et al., 2021). I faglitteraturen understreker man at helsepersonell bør anerkjenne at pasienter «har erfaringskunnskap om å leve med helseutfordringer, og kunne samarbeide med dem på en måte som styrker deres evne til å mestre hverdagen» (Tveiten 2016; Christiansen 2020, sitert i Vågan, 2020, s. 23).

### 5.3. Anvendelse i sykepleiepraksis

Diabetes er en krevende kronisk sykdom som tar mye plass i pasientenes liv. Hovedmål i behandlingen er å «oppretholde optimalt blodsukkernivå og forebygge komplikasjoner. I dette inngår å styrke den enkeltes mestringsevne og evne til å ta egenansvar. Dette stiller høye krav til helsepersonellens kompetanse. De må kunne arbeide godt i tverrfaglige team og ha gode kunnskaper om diabetes og ulike behandlingsformer. I tillegg må de besitte tilstrekkelig pedagogisk og psykologisk kompetanse til å kunne motivere personer med diabetes til egenbehandling» (Skafjeld & Graue, 2011, s. 14.).

For å gi diabetespasienter best mulig behandling er det nødvendig at forskjellige spesialister jobber sammen. I et tverrfaglig team har sykepleier og lege en nøkkelrolle. Andre faggrupper som foterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, sosionomer eller psykologer engasjeres ved behov (Orvik, 1999, s. 54). Mens lege er ansvarlig for

medisinsk behandling, fokuserer sykepleier på opplærings- og oppfølgingstiltak, presiserer Orvik.

Sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten utfører på forhånd planlagte oppgaver. Hos eldre pasienter med diabetes type 2 er det vanligvis blodsukkermåling, insulinadministrering, hjelp med å ta medisiner og eventuelt sårstell. Pasientbesøk er som regel korte, men hyppige. Denne kontinuiteten skaper anledning til å observere pasientenes tilstand og deres sykdomsmestring over tid. Man kan også raskere fange opp uønskede forandringer og innføre nødvendige tiltak.

Sykepleiere i poliklinikker på sin side har sjeldnere kontakt med pasientene og deres oppgaver har en annen karakter. Under oppfølgingstimer bruker de lengre tid til pasientene. Dette gir dem anledning til å diskutere med dem, høre på deres bekymringer, gi dem opplæring, veiledning og svare på stilte spørsmål.

Det som er vesentlig for at pasientene skal oppleve en god sykepleie er ifølge dem helsepersonellens innstilling. De vil gjerne bli sett, hørt og tatt på alvor. For å kunne hjelpe eldre pasienter med diabetes mellitus type 2 på en best mulig måte, bør sykepleiere lytte til deres opplevelser, erfaringer, bekymringer og behov, samt inkludere dem i beslutningstaking. Slik kan de gi dem en skreddersydd pleie og fremme deres brukermedvirkning. En pasientsentrert tilnærming er nødvendig for å lykkes med behandling og egenmestring av denne kroniske sykdommen.



## Litteraturliste

Bergum, I. E. & Mordal, E. (2020). Reperisjon – en strategi for å opprettholde gode levevaner for personer med diabetes type 2. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(3), 1–12.

<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-06>

Crutzen, S., Born-Bondt, T., Denig, P. & Taxis, K. (2021). Type 2 diabetes patient's views on prevention of hypoglycaemia – a mixed methods study investigating self-management issues and self-identified causes of hypoglycaemia. *BMC Primary Care*, 22(1), 1-13. doi:

[10.1186/s12875-021-01466-0](https://doi.org/10.1186/s12875-021-01466-0)

Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg. ). Gyldendal.

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal.

Evensen, A. E., Blindheim, K. & Moe, A. (2019). Undervisning og veiledning til hjemmeboende eldre. I H. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.). *Pedagogisk praksis i sykepleie*. (s. 195 – 207). Gyldendal.

FHI. (2020, 13. november). Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge.

<https://www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/>

Friberg, F. (2022). Att göra en integrerande sammanställing av kvalitativ forskning – inspirerad av metasyntes. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. utg., s. 169 – 184). Studentlitteratur.

Graue, M. & Skafjeld, A. (Red.). (2011). *Diabetes*. Akribe.

Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløps- og kulturperspektiv. I M. Graue (Red.), *Diabetes* (s. 269 – 326). Akribe.

Hernandez, L., Leutwyler, H., Cataldo, J., Kanaya, A., Swislocki, A. & Chesla, C. (2019). Symptom Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes and Diabetes-Related Distress. *Nursing Research*, 68(5), 374–382. doi:

[10.1097/NNR.0000000000000370](https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000370)

Hernandez, L., Leutwyler, H., Cataldo, J., Kanaya, A., Swislocki, A. & Chesla, C. (2020). The Lived Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes-Related Distress. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(3), 37-44. doi:

[10.3928/00989134-20200129-05](https://doi.org/10.3928/00989134-20200129-05)

Huber, C., Huber, J.W. & Shaha, M. (2011). Diabetes care of dependent older adults: an exploratory study of nurses' perspectives. *European Diabetes Nursing*, 8(3), 88-92a. doi:

[10.1002/edn.187](https://doi.org/10.1002/edn.187)

Hussein, A. (2016). Diabetes i et globalt perspektiv. I T. Møinichen (Red.), *Diabeteshåndboken* (4. utg., s. 215 – 220). Gyldendal Akademisk.

Iversen, M. M. (2020). Diabetes. I A. Høyen Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 509 – 523). Gyldendal.

Janes, R., Titchener, J, Pere, J., Pere, R. & Senior, J. (2013). Understanding barriers to glycaemic control from patient's perspective. *Journal of Primary Health Care*, 5(2), 114-122. doi: [10.1071/hc13114](https://doi.org/10.1071/hc13114)

Jenssen, T. (2019). Diabetes mellitus. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 387 – 399). Gyldendal.

Knutsen, I. R. & Foss, C. (2017). Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg! *Nordisk Sygeplejeforskning*, 7(4), 280–293. doi:

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/issn.1892-2686-2017-04-02>

Kristoffersen, N., J. (Red.). (2021). *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg.). Gyldendal.

Mosand, R. D. & Stubberud, D.-G. (2020). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 51 – 82). Gyldendal.

Møinichen, T. (Red.). & Vaaler, S. (2016). *Diabeteshåndboken*. (4. utg.). Gyldendal Akademisk.

Orvik, A. (1999). Diabetessykepleierens rolle. I I. Grendstad (Red.), *Diabeteshåndboken*. (2. utg., s. 54 – 56). Universitetsforlaget.

Stene, L. C. M. & Gulseth, H. L. (2021, 31. mai). Diabetes i Norge. *Folkehelse rapporten, FHI*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

Vaaler, S., Møinichen, T. & Grenstad, I. (Red.). (1999). *Diabeteshåndboken*. (2. utg.). Universitetsforlaget.

Vågan, A. (Red.). (2020). *Helsepedagogiske metoder. Teori og praksis*. Gyldendal.

World Health Organization, (2022, 16. september). Diabetes. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

## Vedlegg

## Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrønsinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
27.10.22	Cinahl	diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 or t2dm or type two diabetes or type two diabetes mellitus or dm2 AND geriatrics or older adults or elderly or aged or older or elder or elderly AND challenges or barriers or difficulties AND patients perspective or experience or view or perceptions	Research article Peer reviewed Published date: 2012-2022 Aged, 80 and over	31	5	3	2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Understanding barriers to glycaemic control from the patient's perspective</li> <li>• Type 2 diabetes patient's views on prevention of hypoglycaemia – a mixed methods study investigating self-management issues and self-identified causes of hypoglycaemia</li> </ul>
27.10.22	Idunn	diabetes type 2* AND kronisk sykdom* AND mestring* AND kunnskap	Forskningsartikler Fagfelleverdert År: 2012-2022	13	5	4	1 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetisjon – en strategi for å opprettholde gode levevaner for personer med diabetes type 2</li> </ul>
02.11.22	Cinahl	diabetes type 2 or diabetes mellitus type 2 or diabetes 2 or t2dm or type two diabetes or type two diabetes mellitus or dm2 AND elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or senior AND patient's perceptions and experience	Research article Peer reviewed Published date: 2012 - 2022	19	5	3	0
10.11.22	Cinahl	older adults or elderly or geriatric or aging or senior or seniors or older people or aged 65 or 65+ AND diabetes mellitus type 2 AND experience	Research article Peer reviewed Published date: 2012 - 2022 Age > 65	52	6	4	2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• The Lived Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes-Related Distress</li> <li>• Symptom Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes and</li> </ul>

							Diabetes-Related Distress
17.11.22	Idunn	diabetes type 2 AND mestring AND eldre	Forskningsartikler Fagfellelvurdert År: 2012-2022	8	3	2	1  • Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg!

## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkeltittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Janes, R., Titchener, J., Pere, J., Pere, R., Senior, J. 2013  Journal of Primary Health Care  New Zealand	<b>Understanding barriers to glycaemic control from the patients' perspective</b>	Å utforske årsaker til pasientens vansker med å ha kontroll på blodglukosenivåer	pasientens perspektiv	kvalitativ metode  en interpretativ fenomenologisk tilnærming	semi-strukturerte intervjuer med 15 hjemmeboende polikliniske pasienter med diabetes type 2  gjennomsnitt alder: 63,3 år	Årsaker til pasientens vansker med å kontrollere blodglukose er hovedsakelig forårsaket av helsepersonells holdninger - dette omfatter ignorering av pasientenes frykt, overbevisninger, forventninger og omstendigheter.  For å kunne lykkes med diabetesbehandling, bør helsepersonell ta pasientenes perspektiv i betraktning og opprettholde en positiv, terapeutisk relasjon med dem.
Crutzen, S., van den Born-Bondt, T., Denig, P., Taxis, K. 2021  BMC Primary Care  Nederlands	<b>Type 2 diabetes patients' views on prevention of hypoglycaemia – a mixed methods study investigating self-management issues and self-identified causes of hypoglycaemia</b>	Å finne ut hva pasienter med diabetes type 2 mener selv er årsaker til at de erfarer hypoglykemi	pasientens perspektiv	blandet metode: kvalitative semi-strukturerte intervjuer og en kvantitativ undersøkelse	kvalitative studier: 16 hjemmeboende pasienter med diabetes type 2 som bruker diabetesmedisiner eller insulin og som har opplevd hypoglykemi minst en gang i forrige år Alder: 59 – 84 år	Årsaker til hypoglykemi ifølge pasienter: – rutinebrudd – mangel på kunnskap om blodglukoseregulering og justering av medisiner – negative emosjoner

					<p>kvantitative studier: 83 primærhelsepasienter, hjemmeboende med diabetes type 2 som bruker diabetesmedisiner eller insulin og minst en gang før har opplevd hypoglykemi</p> <p>gjennomsnitt alder: 66 år</p>	<p>– svekket hukommelse – sosial påvirkning og støtte – overbevisninger – svekket bevissthet på symptomer</p>
<p>Bergum, I.E., Mordal, E. 2020 Tidsskrift for omsorgsforskning Norge</p>	<p><b>Repetisjon – en strategi for å opprettholde gode levevaner for personer med diabetes type 2</b></p>		<p>pasientens perspektiv</p>	<p>kvalitativ metode</p>	<p>7 personer med diabetes type 2, hjemmeboende, har deltatt på Startkurs (opplæringskurs)</p> <p>Alder: 49 – 75 (gjennomsnitt 62 år)</p>	<p>Startkurs kan gi pasienter kunnskap og motivasjon til livsstilsendringer og bidra til mestring av livet med diabetes type 2. Samtidig er det ikke nok for å opprettholde disse endringer over tid.</p> <p>For å kunne lykkes med varige livsstilsendringer trenger man også repetisjon av tidligere kunnskap, ny kunnskap og sosial støtte.</p>
<p>Hernandez, L., Leutwyler, H., Cataldo, J., Kanaya, A., Swislocki, A., Chesla, C. 2020 Journal of Gerontological Nursing USA</p>	<p><b>The Lived Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes-Related Distress</b></p>	<p>Kartlegge årsaker til vansker med egenhåndtering av diabetes</p>	<p>pasientens perspektiv</p>	<p>kvalitativ metode</p>	<p>semi-strukturerte intervjuer med 16 hjemmeboende pasienter med diabetes type 2</p> <p>65 år og eldre</p>	<p>Det ble identifisert fire hoved tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. utfordringer i relasjoner med helsepersonell</li> <li>2. negative følelser som: <ul style="list-style-type: none"> <li>- skyld i forhold til matinntak og livsstilsvalg</li> <li>- frykt forbundet med erfaring av å ha foreldre med diabetes</li> </ul> </li> <li>3. tap og ensomhet</li> <li>4. opplevelse av å ha dårlig hukommelse</li> </ol>

<p>Hernandez, L., Leutwyler, H., Cataldo, J., Kanaya, A., Swislocki, A., Chesla, C.</p> <p>2019</p> <p>Nursing Research</p> <p>USA</p>	<p><b>Symptom Experience of Older Adults With Type 2 Diabetes and Diabetes- Related Distress</b></p>	<p>Identifisere karakteristiske symptomer hos eldre relaterte til diabetes type 2 og engstelse i forbindelse med sykdommen</p>	<p>pasientens perspektiv</p>	<p>kvalitativ metode</p>	<p>intervjuer med 16 hjemmeboende pasienter med diabetes type 2</p> <p>65 år og eldre med moderat til alvorlig engstelse relatert til diabetes</p>	<p>Det ble oppdaget en betydelig symptombyrde hos eldre med diabetes type 2.</p> <p>De hyppigst forekommende symptomer ifølge intervjuede pasienter:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. utmattelse</li> <li>2. hypoglykemi</li> <li>3. diaré</li> <li>4. smerte</li> <li>5. ustødighet og falltendens</li> </ol> <p>Diabetes relaterte symptomer førte til at pasienter erfarte tap av uavhengighet, begrensninger i det sosiale livet og dårligere livskvalitet.</p>
<p>Knutsen, I.R., Foss., C.</p> <p>2017</p> <p>Nordisk Sygeplejeforskning</p> <p>Norge</p>	<p><b>Når de sier: Det kan ikke du spise, blir jeg arg!</b></p>	<p>Undersøke hva mennesker med diabetes type 2, som strever med egenmestring, tenker om å leve med sykdommen i hverdagen</p>	<p>pasientens perspektiv</p>	<p>kvalitativ metode</p>	<p>intervjuer med 25 polikliniske hjemmeboende pasienter med diabetes type 2 i ulike livssituasjoner fra ulike steder i Norge</p> <p>20% av deltakere var pensjonister, gjennomsnitt alder 56 år</p> <p>pasienter som strever med egenmestring og har diabetesrelaterte komplikasjoner</p>	<p>Krav om å leve på en helsefremmende måte utfordret pasientenes tre livsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- det moralske</li> <li>- det praktiske</li> <li>- det sosiale</li> </ul> <p>Pasientene som hadde vansker med egenomsorg, mestring og selvdisiplin i forhold til å leve sunt, opplevde negative emosjoner som skyldfølelse og angst for komplikasjoner.</p> <p>De praktiske forhold i hverdagen skapte hos mange deltakerne vansker med selvkontroll og selvdisiplin, som er nødvendige for diabeteshåndtering.</p>

						Lite forståelse og andres negative holdninger førte til at noen pasienter isolerte seg eller var ikke åpne om å ha diabetes.
--	--	--	--	--	--	--