



Høgskulen på Vestlandet

SYKS390 Bacheloroppgave

SYKS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	104
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7491
----------------------	------

Sett hake dersom Nei
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	27
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

BACHELOROPPGÅVE

Diabetes påverknad på livskvalitet
hos eldre

The impact diabetes has on quality of
life in the elderly

Kandidatnummer: 104

Bachelor i sjukepleie

Institutt for Helse- og Omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 10.05.2024

Tal ord: 7491

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Samandrag

Tittel: Diabetes sin påverknad på livskvalitet hos eldre

Bakgrunn: Diabetes er ein folkehelsesjukdom i vekst i heile verda. Sjukdommen og behandlinga påverkar kvardagen til dei ramma personane og deira pårørande i stor grad. Opplevd livskvalitet heng tett saman med personens evne til eigenomsorg og sjølvstende.

Problemstilling: *Korleis kan sjukepleiar fremme betre livskvalitet til eldre personar med diabetes, i heimen?*

Hensikt: Undersøke kva tiltak sjukepleiarar kan iverksette for å fremje livskvalitet hos brukargruppa.

Metode: Oppgåva er ei systematisk litteraturstudie, med utgangspunkt i 4 godkjente forskingsartiklar.

Resultat: Studiens omfang har fokus på pasientar si oppleving av helsetilstand og livskvalitet. Samla viste studiane at det er behov for heilskapelege og personsentrerte tilnærmingar som tar omsyn til brukaranes individuelle behov og situasjon for å oppnå ein betre helsetilstand og livskvalitet hos eldre med diabetes.

Konklusjon: Implementering av tiltak som fremmer sjølvstende og personsentrert omsorg gjennom individuelltilpassa vegleiing og undervising er avgjerande for å fremme livskvaliteten til eldre som bur heime.

Nøkkelord: Eigenomsorg, sjølvstende, livskvalitet, sjukepleiar sin vegleiande og undervisande rolle

Abstract

Title: The impact diabetes has on quality of life in the elderly

Background: Diabetes is a public health disease on the rise worldwide. The disease and the treatment affect the daily life of the affected persons and their relatives. Perceived quality of life is closely related to the person's ability to care for themselves and be independent.

Issue: How can nurses promote better quality of life for elderly individuals with diabetes, at home?

Purpose: Examine methods nurses can implement to promote the quality of life in the user group.

Method: The thesis is a systematic literature study, based on four approved research articles.

Findings: The study focuses on patients' experiences of health status and quality of life. Overall, the studies highlighted the need for comprehensive and person-centred approaches that consider users' individual needs and situation to achieve better health outcomes and quality of life in the elderly with diabetes.

Conclusion: The implementation of measures promoting independence and person-centred care through individualized guidance and education is crucial for enhancing the quality of life of elderly people living at home.

Keywords: Self-care, independence, quality of life, the nurse's guiding and educational role

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Dorothea Orem sin sjukepleieteori.....	3
2.1.1 Eigenomsorg.....	3
2.1.2 Eigenomsorgssvikt	4
2.1.3 Sjukepleiesystem.....	4
2.2 Diabetes mellitus	5
2.3 Livskvalitet.....	5
2.4 Personsentrert omsorg.....	6
2.5 Helsekompetanse.....	6
2.5.1 Empowerment	6
2.5.2 Autonomi.....	7
2.6 Undervisning og vegleing	7
2.6.1 Sjukepleiarens rolle	8
3.0 Metode.....	9
3.1 Litteraturstudie som metode.....	9
3.2 Søkestrategi.....	9
3.3 Litteratursøk	10
3.3.1 Søk 1.....	10
3.3.2 Søk 2.....	11
3.3.3 Søk 3.....	12
3.4 Metodekritikk.....	13
3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve.....	13

3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur	13
4.0 Resultat.....	14
4.1 Artikkel 1.....	14
4.2 Artikkel 2.....	15
4.3 Artikkel 3.....	16
4.4 Artikkel 4.....	17
4.5 Samla analyse.....	18
5.0 Drøfting	19
5.1 Livskvalitet intervensjonar	19
5.2 Helsekompetanse sin betydning	21
5.3 Sjukepleiars rolle i eigenomsorg.....	24
5.4 Konklusjon	26
Referansar.....	27
Vedlegg 1: PICo-skjema.....	I
Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium	II
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	III
Vedlegg 4: Kritisk vurdering av artiklar.....	IX
Artikkel 1.....	IX
Artikkel 2.....	X
Artikkel 3.....	XII
Artikkel 4.....	XIII

1.0 Innleiing

I innleiinga av oppgåva kjem introduksjon, bakgrunn for val av tema, hensikta med oppgåva, problemstilling, samt avgrensing og presisering av problemstillinga.

1.1 Introduksjon

Denne oppgåva tek sikte på å undersøkje temaet livskvalitet og diabetes, med særleg fokus på eldre brukarar i kommunehelsetenesta. Bakgrunnen for val av dette temaet er det aukande talet på personar som lever med diabetes både nasjonalt og globalt. Diabetes blir rekna som ei folkehelsesjukdom, og i 2019 hadde omtrent ein fjerdedel av brukarane over 65 år i heimesjukepleia diabetes (Davies et al., 2019).

Erfaringar frå praksis på studiet og arbeid i kommunehelsetenesta har vist variasjonar i korleis personar med diabetes handterer sjukdommen, opplever livskvalitet og har behov for assistanse. Det er avgjerande for sjukepleiarar å ha oppdatert fagleg kunnskap om sjukdommen for å kunne tilby best mogleg helsehjelp til brukarane.

Diabetes og den tilhøyrande behandlinga påverkar i stor grad kvardagen til dei ramma og deira pårørande. Eldre personar med diabetes har ofte auka risiko for depresjon, kognitiv svekking og underbehandla smerte, noko som kan ytterlegare redusere deira eigeomsorgsevne og livskvalitet (Iversen, 2020, s. 516).

Studiar (Ismail et al., 2004; Villareal et al., 2011) har vist at opplæring og rettleiing innan kosthald, fysisk aktivitet, stress og depresjon kan bidra til å betre brukarars eigenomsorg og dermed livskvalitet. Målet med denne oppgåva er å utforske korleis sjukepleiarar kan bidra til å fremme betre livskvalitet hos eldre brukarar med diabetes som bur heime. Dette vil bli utforska gjennom ei litteraturstudie som søkjer å svara på problemstillinga på best mogleg måte.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar fremme betre livskvalitet til eldre personar med diabetes, i heimen?

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Oppgåva er avgrensa til eldre personar over 65år med diabetes uavhengig av type, som mottar hjelp i heimen. Oppgåva fokuserer på livskvalitetens subjektive aspekt som går ut på den enkelte sin opplevingar av nærvær av tilfredsheit, mening og glede. Og korleis sjukepleiar kan bidra til å betre denne delen av livskvalitet. Avgrensinga utelèt pedagogisk materiell, seinkomplikasjonar og medikamentell behandling.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil litteratur og pensum som er relevant for å svare på problemstillinga bli presentert.

2.1 Dorothea Orem sin sjukepleieteori

Dorothea Elisabeth Orem, født i 1914, fullførte sjukepleiarutdanninga i 1939 og har sidan den tid blitt ein av pionerane innan sjukepleie (Kristoffersen, 2021b, s. 239; Norlyk & Beck, 2022, s. 176). Orem sin eigenomsorgsteori blir delt inn i tre hovud konsept: teorien om eigenomsorg, teorien om eigenomsorgssvikt og teorien om sjukepleiesystem (Norlyk & Beck, 2022, s. 180).

2.1.1 Eigenomsorg

I følge Cavanagh (1999, s. 17) definerer Orem eigenomsorg som den enkelte sin evne og vilje til å utføre aktivitetar som er nødvendig for å oppretthalde liv, helse og velvære. Der «eigen» i eigenomsorg står for heile individet både det fysiske, psykiske og åndelege, og «omsorg» som heilheita av aktivitetar iverksett av individet for å oppretthalde liv (Cavanagh, 1999, s. 17). Sentralt i teorien om eigenomsorg står eigenomsorgsbehov, som blir delt inn i universelle eigenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte behov og helsesvikrelaterte behov (Cavanagh, 1999, s. 19; Kristoffersen, 2021b, s. 241).

Universelle eigenomsorgsbehov er livsviktige og består av åtte punkt som er felles for alle menneske. Behova omfattar dei fysiske, psykiske, sosiale og åndelege aspekta av livet, og kan ikkje oppfyllast aleine då behova står i samspel (Cavanagh, 1999, s. 19.20). Orem kategoriserer utviklingsrelaterte eigenomsorgsbehov i to hovudkategoriar: bestemte utviklingsfasar som omfattar dei ulike fasane menneske gjennomgår i løpet av livet, og forhold som kan påverke menneskeleg utvikling negativt (Cavanagh, 1999, s. 21–23). Helsesvikrelaterte eigenomsorgsbehov er behov som gjeld ved oppstått sjukdom, skade, funksjonstap eller når ein er under medisinsk behandling (Kirkevold, 1998, s. 131), forutsetninga for desse behova er at individet sjølv skal søke råd og assistanse frå kompetente personar ved endring i helsetilstanden (Cavanagh, 1999, s. 24).

2.1.2 Eigenomsorgssvikt

Kirkevold (1998, s. 132) presiserer at i følge Orem er teorien hennar om eigenomsorgssvikt ei skildring av og forklaring på kvifor ein person har behov for sjukepleie: ein treng sjukepleie når ein sjølv ikkje er i stand til å utføre eigenomsorg som oppfyller alle eigenomsorgskrava. Eigenomsorgssvikt er knytt til tre eigenomsorgsavgrensingar, avgrensa kunnskap, avgrensa evne til å bedømme og ta avgjersler og avgrensingar i evna til å utføre effektive tiltak (Kirkevold, 1998, s. 132–133). Menneske er gode på tilpassing, men ved situasjonar som stiller for høge krav i forhold til den enkelte sin kapasitet, vil vedkommande trenge hjelp til å få oppfylt eigenomsorgsbehova sine (Cavanagh, 1999, s. 25).

2.1.3 Sjukepleiesystem

I teorien om sjukepleiesystem utforskar Orem korleis sjukepleiarar på forskjellig vis kan kompensere for mangelfulle evner til eigenomsorg (Norlyk & Beck, 2022, s. 180). Sjukepleiesystem er samspelet mellom sjukepleiar og pasienten sine handlingar og interaksjonar i ein sjukepleiesituasjon (Kirkevold, 1998, s. 134). Cavanagh (1999, s. 43) poengterer at sjukepleiesystema må vere dynamiske, då same pasient gjerne har behov for ulike system eller fleire system samtidig etter kvart som tilstanden endrar seg. Orem skildrar tre sjukepleiesystem: heilt kompenserande-, delvis kompenserande- og støttande og undervisande sjukepleiesystem (Norlyk & Beck, 2022, s. 181).

Cavanagh (1999, s. 41) forklarar at det heilt kompenserande sjukepleiesystemet til Orem går ut på at sjukepleiaren overtar ivaretakinga av pasientens eigenomsorg i situasjonar der pasienten sjølv ikkje er i stand til å dekke sine eigenomsorgsbehov, for eksempel grunna bevisstlausheit. Ved det delvis kompenserande systemet hjelper sjukepleiaren pasienten å ivareta dei eigenomsorgsbehova hen sjølv ikkje klarar, for eksempel på grunn av ein funksjonsnedsetting, dette kan blant anna inkludere assistanse ved måltid eller tilrettelegging av omgivningar og for bruk av hjelpemidlar (Norlyk & Beck, 2022, s. 181). Det støttande og undervisande sjukepleiesystemet tas i bruk når pasienten sjølv greier å ivareta sin eigenomsorg, kan lære å tilpasse seg nye situasjonar, men har behov for vegleing og assistanse (Cavanagh, 1999, s. 43; Norlyk & Beck, 2022, s. 181). Sjukepleiarens rolle ved tilvenning av ein ny situasjon går ut på å støtte, trygge og undervise pasienten, med mål om å ivareta og vidareutvikle pasientens eigenomsorgsevne (Cavanagh, 1999, s. 43).

2.2 Diabetes mellitus

I 2014 ramma diabetes 8,5% av verdas vaksne befolkning (*WHO*, 2023), og rundt 6% av den vaksne befolkninga i Noreg hadde diabetes i 2020 (Iversen et al., 2022, s. 531). Verdens helseorganisasjon (2023) definerer Diabetes mellitus, diabetes, som ein kronisk sjukdom som følgje av at bukspyttkjertelen ikkje produserer nok insulin eller at kroppen ikkje kan bruke produsert insulin effektivt. Det finns fleire typar diabetes, dei vanlegaste typane er type 1 som er insulinavhengig og type 2 som ikkje er insulin avhengig (Sand et al., 2018, s. 242). Iversen et al. (2022, s. 533) poengterer at eit felles element for alle diabetes typar er at sjukdommen gir fysiske og psykiske konsekvensar for den ramma personen òg pårørande.

Diabetes medfører endringar i livssituasjon og livsstil, og livskvaliteten er ofte avhengig av kvar velregulert blodglukosen er (Iversen et al., 2022, s. 533). Høgt blodsukker over tid skader kroppen og gir komplikasjonar, diabeteskomplikasjonar kategoriserast i mikrovaskulære og makrovaskulære komplikasjonar (Jenssen, 2022, s. 394) I følgje Diabetesforbundet (2023) er dei vanlegaste følgene av diabeteskomplikasjonar hjarte- og karsjukdommar samt skade på auge, føter og nyrer. Generelt rapporterer eldre med diabetes dårlegare helse enn jamaldrande, noko som kan sjåast i samanheng med at eldre med diabetes har auka førekomst av tilstandar som reduserer livskvaliteten som depresjon, kognitiv svekking og underbehandla smerter (Iversen, 2020, s. 516).

2.3 Livskvalitet

Verdas helseorganisasjon (*WHO*, u.å.-b) definerer livskvalitet som ein persons persepsjon av deira plass i livet i samanheng med kulturen og verdisystema der dei lever, og i relasjon til måla deira, forventingane, standardane og bekymringane deira. Medan Nes (2018) poengterer at livskvalitet består av både subjektive og objektive komponentar. Der subjektiv livskvalitet handlar om opplevinga av livet for den enkelte og objektiv livskvalitet omhandlar sentrale sider ved livssituasjonen som friheit, tryggleik og helse. Livskvalitet er eit abstrakt omgrep som tar for seg personens subjektive oppfatning av sin situasjon, velvære og trivsel med livet generelt, helsemessig velvære og andre spesifikke livssider som psykisk helse (Grov, 2020, s. 540).

2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er ein tilnærming som fokuserer på den individuelle personens behov, ynskjer, verdiar og preferansar som ein sentral del av sjukepleie (Kirkevold, 2020a, s. 98). I tillegg til å behandle sjukdom eller symptom, tar personsentrert omsorg omsyn til heile personen, inkludert den fysiske, mentale, sosiale og åndelege velværa (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39). Kirkevold (2020a, s. 99) framhevar at ein føresetnad for personsentrert sjukepleie er ein anerkjennande relasjon mellom brukar og sjukepleiar, noko som inneberer at i utforming av sjukepleie skal ein verdsette brukarens erfaring, forståing og kunnskap.

2.5 Helsekompetanse

Helsekompetanse er det norske omgrepet for *health literacy*. Helsedirektoratet (2021) definerer helsekompetanse som personens evne til å ta kunnskapsbaserte val om eigen helse, basert på personens evne til å få tilgang på, forstå, vurdere og bruke informasjon. Det inneberer val som angår livsstil, førebyggjande tiltak, meistring av sjukdom og bruk av helse- og omsorgstenesta. Den norske definisjonen heng tett saman med WHO's (u.å.) definisjon av *health literacy*. I følgje Kirkevold (2020a, s. 103) og Iversen et. al. (2022, s. 559) er helsekompetanse grunnleggjande for personens evne til å ivareta sin eigenomsorg. Lav helsekompetanse er assosiert med hyppigare kontakt med helsetenesta, dårlegare helsesituasjon og høgare dødelegheit hos eldre (Kristoffersen, 2021a, s. 218). Helsekompetanse er nært kytt til omgrepa empowerment og autonomi.

2.5.1 Empowerment

Ein kan omsetje og definere omgrepet empowerment på forskjellige måtar og nivå. Kristoffersen (2021c, s. 259) fremmer ein definisjon som legger vekt på meistringsperspektivet, empowerment er ein prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere individets evne til å eigenomsorg og til å skaffe seg nødvendig ressursar for å kunne ta kontroll over sitt liv. Empowerment hjelper altså personen til å få kontroll over faktorar som påverkar helsesituasjonen deira og bidrar til at personen innehar kunnskap og ferdigheiter til å gjere helsefremmande val (Kristoffersen, 2021c, s. 259).

2.5.2 Autonomi

Autonomi refererer til pasientens rett til å bestemme over sin eigen kropp og helse, inkludert retten til å gi eller nekte samtykke for medisinsk helsehjelp (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). Autonomiprinsippet vernar mot maktovergrep og beskyttar dei grunnleggande menneskerettighetene og personleg integritet. Pasient- og brukarrettslova § 3-1 (1999) stadfester brukarar sin rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Det er ein føresetnad at pasient og pårørande har nok informasjon om og har tilstrekkeleg helsekompetanse for å ta val vedrørande helsehjelp (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 2), noko som er forankra i § 3-2 i pasient- og brukarrettslova (1999).

2.6 Undervisning og vegleiing

Omgrepet undervisning blir brukt i ulike samanhengar, og kan definerast ulikt. Ein måte å definere undervisning på er at det er ein planlagt formidling av kunnskap (Tveiten, 2016, s. 143), der hensikta er å formidle undervisarens kunnskap for å styrke helsekompetansen. Tveiten (2008, s. 70) forklarar at i sjukepleiesamanheng er undervisning ein planlagt pedagogisk verksamheit der sjukepleiaren formidlar kunnskap om eit gitt tema til ein brukar, pårørande, kollega eller pasientgruppe. I planlegginga av ein undervisning tar ein omsyn til lære- og deltakarforutsetningar då dette er faktorar som medverkar korleis ein undervisar og kva innhald som blir undervist (Tveiten, 2016, s. 143–146). Undervisningsprinsipp er teoretiske omgrep som blir brukt i planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisninga for å gjere fornuftige val (Tveiten, 2008, s. 126). Tveiten (2008, s. 134) presenterer Him og Hippe sine 5 prinsipp som fremmer læring: motivering, aktivisering, konkretisering, individualisering og samarbeid.

Vegleiing er ein formell, relasjonell og pedagogisk verksamheit som har til hensikt å styrke meistringskompetansen gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdiar (Tveiten, 2008, s. 71). Ein vegleiar's oppgåve er å legge til rette for at ein kan oppdage og lære, det kan blant anna involvere å møte vedkommande der hen er, samstundast «studenten» har eit formelt ansvar for sin eigen læring (Tveiten, 2008, s. 92). Tveiten (2008, s. 80) poengterer at vegleiing er ein metode som legg til rette for medverknad og for anerkjenning av brukarens kompetanse.

Vegleiring kan delast inn i 5 fasar, som ein går igjennom ved kvar vegleingsituasjon. Planleggingsfasen er tida før vegleiringa, etterfølgt av bli kjent-fasen der vegleiar og brukar møtes og bygger tillit (Tveiten, 2008, s. 87–89). Sjølve vegleiringa går føre seg i arbeidsfasen, før ein går vidare til avslutningsfasen der det er oppsummering, konklusjon og evaluering som står i fokus (Tveiten, 2008, s. 90–91). Omarbeidingsfasen er i etterkant av vegleiringa og baserer seg på refleksjon og prosessering av vegleiringa, fasen kan bidra til at kunnskapen blir integrert (Tveiten, 2008, s. 91).

Iversen et al. (2022, s. 546) skriv at sjukepleiaren har ein viktig undervisande og vegleiarande funksjon for å bidra til auka helsekompetanse og fremme pasientens meistring av sjukdommen ved nyoppdaga diabetes, men det gjelder òg elles i sjukdomsløpet for å kunne oppnå målet om eigenomsorg i diabetesbehandlninga. Det er ofte hensiktsmessig å kombinere undervisning og vegleiring, då det er naturleg å først formidle kunnskap for å så integrere kunnskapen i forståings- og handlingsgrunnlag gjennom dialogen i vegleiring (Tveiten, 2008, s. 116). For å oppnå eigenomsorg i diabetesbehandling er det behov for støtte, undervisning og vegleiring, samt praktisk opplæring i korleis hen kan handtere sjukdommen i kvardagen. Dette krev individuell tilpassa sjukepleie basert på brukarens kultur, livssituasjon, utdanning, funksjonsnivå og tidlegare diabeteserfaring (Iversen et al., 2022, s. 547).

2.6.1 Sjukepleiarens rolle

«Sykepleieren har fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal prege måten hun eller han tilnærmer seg og ivaretar pasienter på, i alle situasjoner» (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 7). I tillegg til dei direkte pasientretta funksjonane som behandling og rehabilitering, omfattar utøvinga av sjukepleie indirekte oppgåver som undervisning og vegleiring (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). Grønseth og Nortvedt (2022, s. 9) forklarar at den undervisande sjukepleiefunksjonen handlar om at sjukepleiaren har ansvar for å informere, undervise og vegleie pasientar, pårørande og kollegaer, med mål om å gi auka helsekompetanse. Helsekompetanse bidra til å auke pasientens oppleving av kontroll gjennom å skape forståing og meistring om konsekvensane av sjukdom og behandling (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). Kapittel 3 i pasient og brukarrettslova (1999) stadfestar brukaren sin rett til medverknad og informasjon, det betyr at den undervisande sjukepleiefunksjonen er ei plikt som ikkje kan utelatast.

3.0 Metode

I metodedelen av oppgåva blir framgangsmåte, søkehistorikk, søkeord, val av forskingslitteratur presentert, etterfølgt av metodekritikk.

3.1 Litteraturstudie som metode

Oppgåva bygger på litteraturstudie som metode. Metode kan definerast som ein systematisk framgangsmåte for å innhente informasjon og kunnskap med sikte på å svare på ei problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74). Litteraturstudie er ein forskingsmetode som inneberer systematisk innhenting, evaluering og analyse av eksisterande kunnskap innan eit spesifikt felt eller emne, med formål om å oppdatere forståinga over den tilgjengelege kunnskapen og kva metodar og tilnærmingar som er blitt nytta for å kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77–78).

Thidemann (2019, s. 75) beskriv kvantitativ forskning som målbare einingar, objektive data og eksakt faktakunnskap. Kvantitativ datainnsamling er nyttig når ein skal undersøke haldningar, åtferd, effekt av intervensjon og kan nyttast for å teste ut teoriar og hypotesar (Thidemann, 2019, s. 76). Randomisert kontrollert studie er i følgje Thidemann (2019, s. 71) den mest pålitelege måten å gå fram for å avgjere effekten av eit tiltak. Hensikta med kvalitativ forskning er derimot å få kunnskap om menneskelege eigenskapar og individets meiningar, opplevingar og erfaringar, kjenneteiknet for metoden er djupnekunnskap (Thidemann, 2019, s. 76). Thidemann (2019, s. 76) poengterer at kvalitativ metode er nyttig når ein ynskjer svar på spørsmål knytt til *kva betyr og korleis noko blir opplevd av den enkelte*.

3.2 Søkestrategi

Problemstillinga vart utarbeida ved hjelp av PICO, [Vedlegg 1](#), eit verktøy som bidrar til presis formulering av problemstillinga og strukturerte litteratursøk (*Helsebiblioteket*, 2021b; Thidemann, 2019, s. 87). Terminologibasen for medisinske og helsefaglege termar (MeSH) vart nytta i utarbeidinga av relevante søkeord (*MeSH på norsk*, u.å.). Det er gjennomført systematisk litteratursøk i fagdatabasane PubMed, CINAHL og Ovid MEDLINE. For litteratursøka er det utarbeida inklusjons- og eksklusjonskriterium, [Vedlegg 2](#), for å sikre litteratur av kvalitet og relevans.

I søkeprosessen vart følgjande søkeord nytta: *diabetes mellitus, diabetic patients, quality of life, psychological wellbeing, home care services, home health care, community health services og nursing care*.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Søk 1

Tabell 1: Systematisk søk 17.02.2024 i databasen PubMed.

Søk	Søkeord/ Kombinasjonar	Avgrensingar	Tall artikkeltreff
S1.	Diabetes mellitus		548,578
S2.	Diabetic patients		68,312
S3.	S1 OR S2		565,916
S4.	Quality of life		458,256
S5.	Psychologicall Wellbeing		2,826
S6.	Self care		53,109
S7.	S4 OR S5 OR S6		505,177
S8.	Home care services		39,536
S9.	Community health Services		35,288
S10.	S8 OR S9		73,414
S11.	S3 AND S7 AND S10		249
S12.	S11	Publisert 2014-2024, Aldersgruppe 65+	27
Inkludert			1

På bakgrunn av det systematiske søket frå søk 1 ble denne artikkelen valt: «Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being» (Davies et al., 2019). Studien er relevant for å drøfte problemstillinga då den handlar om førekomsten av diabetes blant eldre som mottar heimetenester og samanhengen mellom diabetes, symptom, helsesituasjon og psykisk velvære.

3.3.2 Søk 2

Tabell 2: Systematisk søk 21.02.2024 i databasen CINAHL.

Søk	Søkeord/kombinasjonar	Avgrensingar	Tall artikkeltreff
S1.	Diabetes mellitus (MH)		73,201
S2.	Diabetic patients (MH)		15,642
S3.	S1 OR S2		86,969
S4.	Quality of Life (MH)		146,305
S5.	Psychological Well-being (MH)		40,050
S6.	S4 OR S5		180,882
S7.	Home health care (MH)		26,079
S8.	Community health services (MH)		25,466
S9.	S7 OR S8		50,542
S10.	S3 AND S6 AND S9		42
S11.	S10	Publisert 2014-2024, Aldersgruppe 65+	12
Inkludert			1

MH= Emneord

På bakgrunn av det systematiske søket frå søk 2 ble artikkelen «Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity» (Markle-Reid et al., 2018) valt. Denne studien undersøker korleis eit fellesskapsprogram påverkar livskvaliteten og eigenomsorga hos eldre vaksne med diabetes og samtidige lidningar. Gjennom tiltak som heimebesøk av registrerte sjukepleiarar, månadlege gruppevelværeprogram og omsorgskoordinering, viser artikkelen korleis sjukepleieintervensjonar kan forbetre livskvaliteten og meistringseva blant eldre personar med diabetes i heimemiljøet.

3.3.3 Søk 3

Tabell 3: Systematisk søk 17.03.2024 i databasen Ovid MEDLINE.

Søk	Søkeord/kombinasjonar	Avgrensingar	Tall artikkeltreff
S1.	Diabetes mellitus.mp. OR Diabetes Mellitus/		550,568
S2.	Quality of life.mp. OR Quality of Life/		476,488
S3.	Psychological well- being.mp. OR Psychological Well-being/		14,393
S4.	Home care services.mp. OR Home Care Services/		39,540
S5.	Nursing care.mp. OR Nursing Care/		57,783
S6.	Community health services.mp. OR Community Health Services/ OR Health Services/		62,060
S7.	S2 OR S3		487,153
S8.	S4 OR S5 OR S6		156,288
S9.	S1 AND S 7 AND S8	Publisert 2014-2024, Subjects: «Aged»	28
Inkludert			2

/= Emneord, .mp. = Keyword

På bakgrunn av det systematiske søket frå søk 3 ble desse artikkane valt: «Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care» (Gálvez Galán et al., 2021) og «Health Literacy and Outcomes of a Community-Based Self-Help Intervention: A Case of Korean Americans With Type 2 Diabetes» (Kim et al., 2020). Gálvez Galán et al. (2021) utforskar samanhengen mellom helse-relatert livskvalitet og diabetes blant pasientar ved eit helsesenter, medan Kim et al. (2020) fokuserer på korleis auka helsekompetanse påverkar utfalla av diabetesbehandling og livskvalitet blant første generasjons koreansk-amerikanarar.

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve

Det er nytta oppdatert og relevant fag- og pensum-litteratur, samt artiklar publisert i godkjente databasar i oppgåva. Det kan tenkast at oppgåva hadde komen fram til andre resultat og konklusjon dersom ein hadde nytta andre artiklar. I denne oppgåva sitt tilfelle er dette gjerne meir relevant då ein fann fleire forskingsartiklar på emnet som ikkje var tilgjengeleg i full tekst i høgskulen sitt biblioteksystem. Dei artiklane som er brukt i oppgåva er valt ut i frå inklusjons- og eksklusjonskriterium, [Vedlegg 2](#), blant anna for at resultatata frå artiklane skal kunne vere flyttbare til og relevant for det norske helsesystemet.

3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur

Det er nytta kvantitative forskingsartiklar, i form av randomisert kontrollert studiar og tverrsnittstudiar, i oppgåva. Dette sikrar eit breitt spekter av resultat, men det kan mangle personlege meiningar og opplevingar. Ved dei systematiske litteratursøka vart det ikkje oppdaga relevante kvalitative forskingsartiklar for problemstillinga. Alle artiklane følgjer IMRaD-struktur og er kritisk vurdert ved bruk av sjekklister frå Helsebiblioteket (2021b), som vist i [Vedlegg 4](#). Gjennom grundig gjennomgang av sjekklister har eg opparbeidd ein omfattande forståing av artiklane.

Studiane følger etisk standard frå Helsinkideklarasjonen (*WMA*, 2022) og er godkjent av forskingskomité, med unntak av studien til Kim et al. (2020), som ikkje er godkjent av forskingskomité. Artiklane er frå dei siste 10 åra og fagfelleverdert for å sikre oppdatert kunnskap og relevans. Personvern og anonymitet blir overhaldt. I oppgåva er det nytta litteratur av nyaste utgåve og referert etter referansestilen APA 7th.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgåva blir samandrag av kvar forskingsartikkel presentert. For detaljert informasjon om artiklane i form av litteraturmatrise sjå [Vedlegg 3](#).

4.1 Artikkel 1

«Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being» (Davies et al., 2019).

Denne tverrsnittstudien har som mål å undersøke prevalensen av diabetes blant eldre personar som mottar omsorg i heimen sin vest i Noreg, samt korleis diabetes påverkar deira symptom, helsetilstand, livskvalitet og psykisk velvære. Data vart samla inn gjennom strukturerte intervju og ulike spørjeskjema og sjekklister, inkludert «WHO Quality of Life-BREF» for å vurdere livskvalitet, «EuroQoL EQ-5D-5L» for å måle helsesituasjon og «WHO-Five Well-Being Index» for å måle psykisk velvære. Totalt deltok 377 personar over 65 år i studien.

Resultata viste at 24% av deltakarane hadde diabetes, medan 14% av desse var udiagnostiserte. Diabetes var meir utbreidd blant menn enn kvinner. Deltakarar med diabetes, særleg dei med udiagnostisert tilstand, rapportere om fleire diabetesrelaterte symptom, dårlegare helsetilstand og lågare livskvalitet. Studien konkluderer med at diabetes utgjer ei stor sjukdomsbyrde blant dei som mottek heimebaserte tenester. For å handtere utfordringane knytt til diabetes i heimen, er det nødvendig med fleire tiltak. Det er behov for auka fokus på screening, sidan ein betydeleg del av deltakarane med diabetes ikkje var klar over diagnosen sin. Vidare indikerer studien behovet for auka ressursar for å lindre symptom og byrder forbundet med utilstrekkeleg diabetesomsorg blant brukargruppa. Dette kan innebære omfattande opplæring av helsepersonell, forbetra tilgang til spesialiserte tenester og auka støtte for eigenomsorg av diabetes.

Når det gjeld livskvalitet, viser studien at deltakarane med diabetes, uavhengig av type, opplevde fleire helsemessige symptom og fysiske utfordringar i kvardagen, og hadde generelt dårlegare helsetilstand enn dei utan diabetes. Dette framhevar behovet for ei heilskapleg tilnærming til omsorg for eldre med diabetes, som tar omsyn til både fysiske og psykososiale aspekt av helse og velvære. Tidleg diagnose og behandling er avgjerande for å forbetre livskvaliteten til brukargruppa.

4.2 Artikkel 2

«Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity» (Markle-Reid et al., 2018).

Forskningsartikkelen er ein randomisert kontrollert studie frå Ontario, Canada, som samanliknar effekten at eit 6-måneders eigenomsorgsprogram med vanleg omsorg for eldre vaksne med type 2 diabetes og to eller fleire samtidige sjukdomar. Totalt deltok 159 personar over 65 år i studien. Deltakarane vart tilfeldig fordelt inn i ei intervensjons- og ei kontrollgruppe av ein biostatistikar som ikkje var involvert i rekrutteringa, ved hjelp av stratifisert permutert blokk-randomiseringsmetode. Intervensjonen inkluderte heimebesøk av registrert sjukepleiar, månadlege gruppevelværeprogram, månadlege møter med behandlarteam, og omsorgskoordinering. Hensikta var å måle fysisk helse-relatert livskvalitet, med sekundære mål som inkluderte mental livskvalitet, depressive symptom, angst, meistrings- og eigenomsorgsevne.

Omgrepet livskvalitet, vart det delt inn i fysisk helse-relatert og mental livskvalitet. Resultata viste at det ikkje var noko signifikant effekt på fysisk livskvalitet. Programmet forbetra derimot den mentale livskvaliteten, som førte til auka eigenomsorg og reduserte depressive symptom blant deltakarane. Funna indikerer at intervensjonen var effektiv for å forbetre helsetilstanden hos brukargruppa, utan å auke dei totale helsetenestekostnadane.

Konklusjonen indikerer at eigenomsorgsprogram som involverer heimebesøk, grupper, tverrfagleg samarbeid og pleiekoordinering kan vere ein effektiv og berekraftig måte å støtte eldre vaksne med type 2 diabetes og komorbiditet i samfunnet. Studien understrekar viktigheita av sjukepleie i gjennomføringa av eigenomsorgsprogrammet. Sjølv om den ikkje går i djupna på sjukepleiarens spesifikke rolle, blir det understreka at det var sjukepleiarar som gjennomførte heimebesøka i intervensjonsgruppa. Den indikerer også at sjukepleiarar, ved å støtte eigenomsorg kan spele ei betydeleg rolle i forbetringa av mental helse og reduksjonen av depressive symptom blant deltakarane. Intervensjonen inkluderte også gruppesesjonar, tverrfagleg samarbeid og koordinering av omsorgstenester, noko som tyder på at sjukepleiarar har ei sentral rolle i levering av disse tenestene og koordineringa av omsorg for deltakarane.

4.3 Artikkel 3

«Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care»

(Gálvez Galán et al., 2021)

Denne artikkelen presenterer resultat frå ei tverrsnittsdeskriptiv-analytisk observasjonsstudie som undersøker pasientar med diabetes frå eit helsesenter i San Roque i Basajoz, Spania. Studien nytta ein kombinasjon av spørjeskjema- og kliniske datainnsamlingar frå 60 pasientar ved helsesenteret, inkludert «*The Duke-UNC questionnaire*» som reflekterer opplevd sosial støtte og «*The SF-36 Health Survey*» som gir ein helsestatusprofil som er praktisk for å vurdere helserelatert livskvalitet. Rekrutteringa av deltakarar vart utført ved bruk av ikkje-sannsynsrett teknikk og praktisk utval, ved å delta på sjukepleiarkonsultasjonane til alle fagpersonane ved helsesenteret. Studien inkluderte deltakarar over 18 år som hadde hatt diabetesdiagnosen i over 5 år. Studien har som hensikt å undersøke forholdet mellom helse-relatert livskvalitet og sosiodemografiske samt kliniske faktorar hos pasientar med diabetes mellitus, med håp om å bidra til betre forståing og behandling av tilstanden.

Studien avdekker betydingsfulle funn som belyser samanhengen mellom ulike faktorar og livskvalitet hos pasientar med diabetes. Det kom fram at kvinnelege pasientar over 75 år hadde signifikant dårlegare livskvalitet samanlikna med referansegruppa. Vidare vart det identifisert fleire faktorar, som å leve aleine, ha lav sosioøkonomisk status og behov for hjelp med eigenomsorg, som hadde ein negativ innverknad på livskvaliteten til deltakarane. Alder, diabetesutvikling, akutte og kroniske komplikasjonar, komorbiditeter, farmakologisk behandling og glykemisk kontroll vart også identifisert som betydingsfulle faktorar som påverkar livskvaliteten.

Resultata frå studien viser at vurdering av livskvalitet kan vere avgjerande for å oppdage endringar i ulike domene og mogleggjere tidleg intervensjon. Dette kan integrerast i sjukepleievurderingar og omsorgsplanar for å utvikle skreddarsydde omsorgsstrategiar og diabetesopplæringsprogram som bidrar til å betre livskvaliteten og dekke behova til brukargruppa betre. Studien vektlegg også betydninga av sosial støtte og viktigheita av hjelp til sjølvstendig diabetesomsorg. Gjennom omsyn til disse funna og implementering av tiltak som adresserer dei identifiserte faktorane, kan sjukepleiarar potensielt bidra til å forbetre livskvaliteten til eldre heimebuande med diabetes og sikre betre omsorg og velvære for denne brukargruppa, samt bidra til å handtere belastninga av sjukdommen.

4.4 Artikkel 4

«Health Literacy and Outcomes of a Community-Based Self-Help Intervention: A Case of Korean Americans With Type 2 Diabetes» (Kim et al., 2020).

Studien er ei randomisert kontrollert studie som fokuserer på å empirisk undersøke den underliggende mekanismen av helsekunnskap si rolle i diabetesbehandling blant ei gruppe koreansk-amerikanarar med type 2-diabetes. Deltakarane vart delt inn i ei kontrollgruppe og ei intervensjonsgruppe med bruk av dataprogramvare, studien inkluderte 250 førstegenerasjons koreansk-amerikanarar i alderen 35-80 år. Intervensjonen inkluderte total 12 timer undervising om diabetes etiologi og behandlingsregimer, månedleg telefonrådgiving med sjukepleiar team og dagleg logg over deltakaranes blodsuktermålingar gjennom døgnet. Datainnsamling føregjekk ved start og deretter kvar tredje måned opptil eit år ved bruk av ulike vurderingsverktøy og screeningsinstrument som «*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*», som vurderer deltakaranes helsekunnskap. Hensikta med studien er å evaluere korleis helsekompetanse påverkar diabetesbehandling blant denne brukargruppa.

Intervensjonen førte til positiv og statistisk signifikant betring av alle helsekunnskapsmåla. Dei fleste statistisk signifikante endringane gjekk føre seg dei første 3 månadane, noko som støtter studiens hypotese om at helsekunnskap er ein «tilstandsvariabel» som kan endrast av ein intervensjon i løpet av kort tid. Resultata indikerer at både meistringstru og eigenomsorgsvegledning er avgjerande for å oppnå betre glukosekontroll og livskvalitet. Vidare viser funna at helsekompetanse kan påverke helsetilstanden indirekte gjennom eigenomsorgsferdigheiter og sjølvtilit. Basert på desse funna foreslår studien at auka fokus på å forbetre helsekompetansen kan bidra til å styrkje eigenomsorgsferdigheiter og dermed forbetre glukosekontroll og livskvalitet hos brukargruppa.

Studien konkluderer med at forbetring av helsekompetansen kan ha positive effektar på diabetesbehandling og livskvalitet blant koreansk-amerikanarar med type 2-diabetes. Desse funna har viktige implikasjonar for sjukepleiepraksis, særleg retta mot minoritetsgrupper med avgrensa helsekompetanse. Sjukepleiarar kan spele ein sentral rolle i å implementere tiltak som styrkjer eigenomsorgsferdigheiter og fremme betre helse og livskvalitet for pasientar med diabetes. Tiltak kan vere betre tilrettelagt undervising om sjukdomen og behandling gjennom tilpassa opplæringsprogram, regelmessig oppfølging og støtte i eigenomsorgsferdigheiter.

4.5 Samla analyse

Tabellen under viser funn som er relevante for å drøfte problemstillinga i neste kapittel.

	Intervensjon som metode	Livskvalitet	Behov for kompetanseutvikling og undervising i diabetesomsorg	Oppleving av eigenomsorg og behov for støtte
Artikkel 1		X	X	X
Artikkel 2	X	X	X	X
Artikkel 3		X		
Artikkel 4	X	X	X	X

I dei undersøkte artiklane er det eit tydeleg fokus på å forbetre helsetilstanden og livskvalitet blant diabetespasientar, spesielt eldre. Studiane peiker på viktigheita av tilpassa intervensjonar og støttetjenester for å møte pasientane sine behov. Davis et al. (2019) understrekar behovet for økt screening og ressursar for å lindre symptom og byrder knytt til diabetesomsorg blant eldre som mottar hjelp i heimen. Studien til Markle-Reid et al. (2018) viser korleis samfunnsbaserte eigenomsorgsprogram kan bidra til forbetringar i den mentale livskvaliteten hos eldre med komplekse helseutfordringar som diabetes. Gálvez Galàn et al. (2021) fremmer betydninga av å ta omsyn til dei ulike faktorane som påverkar livskvaliteten til pasientane, inkludert sosioøkonomisk status og behovet for støtte i eigenomsorg. Forskingsartikkelen til Kim et al. (2020) legger vekt på betydninga av å auke helsekompetansen blant diabetespasientar gjennom tilpassa undervisningsprogram og støttetjenester. Samla sett indikerer artiklane behovet for heilskaplege tilnærmingar som tar omsyn til pasientane sine individuelle behov og situasjon for å oppnå betre helse og livskvalitet blant diabetespasientar, spesielt dei eldre og dei med komplekse helseutfordringar.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet blir oppgåvas problemstilling «*korleis kan sjukepleiar fremme betre livskvalitet til eldre personar med diabetes, i heimen?*» drøfta opp i mot funn frå forskingsartiklane, teori og egne erfaringar frå praksis.

5.1 Livskvalitet intervensjonar

Livskvalitet er ein sentral faktor å vurdere når det gjeld helsetilstanden hos personar med diabetes mellitus. Prevalensstatistikkane som Davies et. al. (2019), Galàn et. al. (2021) og Markle-Reid et. al. (2018) presenterer, peikar alle mot ein aukande bekymring for denne kroniske tilstanden på global skala. Den aukande bekymringa understrekar behovet for intervensjonar som ikkje berre adresserer de medisinske aspekta av sjukdommen, men også fokuserer på å forbetre livskvaliteten til brukargruppa.

Fleire av artiklane i denne oppgåva (Davies et al., 2019; Kim et al., 2020; Markle-Reid et al., 2018) fokuserer på intervensjonar som er med på å fremme sjølvstenda og eigenomsorga til brukarane. Nokre tiltak som fremmer sjølvstende og eigenomsorg er vegleiiing og undervisning, oppfølging og personsentrert omsorg. Dette inneberer å gi individuell tilpassa undervisning og vegleiiing om diabetesbehandling og sjølvomsorgsferdigheiter, samt oppfølging gjennom jamlege samtalar for å støtte og motivere personen til å ta kontroll over eiga helse. Som påpeikt av Markle-Reid et. al. (2018), spelar sjølvstende ein avgjerande rolle i å oppnå høgare livskvalitet blant personar med diabetes. Det er i samsvar med Orem sin eigenomsorgsteori som vektlegg betydninga av personens eigeninnsats for å oppretthalde helse og velvære (Cavanagh, 1999, s. 17). Og Iversen et. al. (2022, s. 546) som fremmar viktigheita av sjukepleiarens undervisande og vegleiane rolle for å fremme personens meistring av sjukdomen. Samt egne observasjonar frå praksis, der det har vore ei tydeleg skilje i brukarars opplevd helsesituasjon basert på grad av sjølvstende. I tillegg til desse tiltaka fokuserer Davies et. al. (2019) og Galàn et. al. (2021) på symptomlindring gjennom auka fokus på screening og tilgang til fleire ressursar. Dette kan inkludere regelmessig helsekontroll for å oppdage og sette i gang nødvendige intervensjonar tidleg, samt tilgang til spesialiserte helsetenester og støttegrupper.

Ein heilskapleg tilnærming til å forbetre livskvaliteten blant personar med diabetes er essensiell, og dette krev både teoretisk innsikt og empiriske funn frå forskning. Studia til Davies et. al. (2019) knytt sine resultat opp i mot behovet for ei heilskapleg tilnærming til omsorg for eldre med diabetes. Ein heilskapleg tilnærming inkluderer personsentrert omsorg med tanke på at personens unike situasjon, behov og preferansar blir ivaretatt. Programmet til Markle-Reid et. al. (2018) var personsentrert og framheva viktigheita av brukarmedverknad ved å skape individuelt tilpassa program som brukarane sjølve var med på å designe. Denne tilnærminga legg vekt på pasientens eigne ressursar, mål og preferansar, og involverer dei aktivt i deira eige omsorgsprosess (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 39).

Ved å gi brukarane ein aktiv rolle i utforminga av deira eigne omsorgsplanar, blir dei betre rusta til å ta ansvar for si eiga helse og velvære. Effekten av personsentrert omsorg kom fram i resultatdelen av studien som viste at deltakarane i programmet opplevde betre livskvalitet som ein følgje av økt sjølvstende og mindre symptom (Markle-Reid et al., 2018). Det stemmer overeins med studien til Davies et. al. (2019) som konkluderte med at dess meir symptom på sjukdom ein har, dess dårlegare opplever ein helsa si. Eit viktig poeng frå studien til Davies et. al. (2019) er at behandling og omsorg i diabetespleie bør hovudsakleg fokusere på forebygging av symptom og promotere generell helse og trivsel. Dette understrekar den grunnleggjande ideen om at ingen kjenner si eiga helse betre enn personen sjølv. Ved å gi enkeltpersonar moglegheita til å ta kontroll over si eiga helse og delta aktivt i utforminga av sine eigne behandlingsplanar, fremmar ein brukarmedverknad, autonomi og empowerment.

Sjølv om desse tiltaka generelt har ein positiv effekt på livskvaliteten til eldre personar med diabetes, er det også nokre potensielle negative sider. For eksempel kan eldre personar ha avgrensa kapasitet til å lære ny informasjon eller endre åtferd, noko som kan påverke effektiviteten av undervisning og vegleingstiltak. Det er også viktig å være oppmerksom på eventuelle kulturelle eller sosiale barrierar som kan påverke tilgangen til helsetenester og ressursar. Det er derfor viktig å vurdere brukarens føresetnad for sjølvstende og iverksette individtilpassa tiltak. Den eldre delen av brukargruppa kan by på størst utfordring, då auka alder ofte medfører manglande krefter, smerter, nedsett konsentrasjon, sansesvikt og kognitiv svekking som er faktorar som kan gjere nødvendig undervisning og vegleing utfordrande (Kirkevold, 2020b, s. 149).

Sjukepleiaren si rolle er avgjerande for å implementere desse tiltaka. Gjennom å tilby vegleiing og støtte, kan sjukepleiaren bidra til å fremje sjølvstende og eigenomsorg hjå personar med diabetes. Ved å tilpasse helsetenester til den enkelte sine behov og verdiar, kan sjukepleiaren bidra til å auke motivasjonen og engasjementet for eigenomsorg. Sjukepleiaren spelar òg ein viktig rolle i å koordinere helsetenester og sikre at personen får tilgang til nødvendige ressursar og støtte.

5.2 Helsekompetanse sin betydning

Helsekompetanse spelar ei avgjerande rolle i handteringa av diabetes mellitus. Eit av dei sentrale tiltaka som blir framheva i artikkane er utdanning og vegleiing (Davies et al., 2019; Kim et al., 2020; Markle-Reid et al., 2018). Ved å gi brukaren kunnskap om sin eigen sjukdom, behandlingsregimer og eigenomsorgsteknikkar, kan sjukepleiarar styrke brukarens evne til å ta kontroll over sin egen helse, autonomi. Dette kan bidra til auka empowerment, noko som igjen kan føre til betre handtering av diabetes og dermed forbetra livskvalitet. Ifølgje Orem's teori om eigenomsorg, er kunnskap en sentral ressurs for individet i å ta vare på egen helse.

Helsekompetanse påverkar i stor grad ein persons mottakelegheit for undervisning og rettleiing frå helsepersonell, særleg når det gjeld behandling og meistring av diabetes. Sjukepleiarar spelar ein viktig rolle i å ta omsyn til pasienten sin helsekompetanse og tilpasse si tilnærming til undervisning og rettleiing i tråd med pasienten sine individuelle behov og forståingsnivå (Mosand & Stubberud, 2016, s. 71). Dette kan inkludere bruk av enkelt språk, visuelle hjelpemiddel og praktisk opplæring for å sikre at pasienten forstår og kan følgje behandlingsregimet sitt, som er ein føresetnad for autonomi (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 2). Konsekvensane av manglande helsekompetanse kan vere alvorlege, inkludert dårlegare sjukdomshandtering, høgare risiko for komplikasjonar og lågare livskvalitet.

På den andre sida har god helsekompetanse positive effektar, som betre helseavgjerder, auka meistring av sjukdommen og dermed generelt ein betre helsetilstand. I følgje Kim et al. (2020) vart det funne at pasientar med høgare helsekompetanse oftare tok del i eigen behandlingsprosess og hadde betre sjukdomskontroll. Dette understrekar kor viktig det er for helsepersonell å anerkjenne og støtte utviklinga av pasientens helsekompetanse som ein sentral del av diabetesomsorg (Cavanagh, 1999, s. 43).

Når det gjeld å utforske ulike faktorar som kan påverke helsekompetansen til personar med diabetes, har studia til Galvès Gålan et. al. (2021) vore opplyssande. Dei undersøkte samanhengen mellom ulike faktorar og deltakarane sin livskvalitet, og identifiserte fleire faktorar som negativt påverka livskvaliteten, inkludert sivilstatus, sosioøkonomisk status, behov for hjelp, alder og glykemisk kontroll. Mange av desse faktorane kan knytast til helsekompetanse, inkludert alder, interesse, utdanning, språk og minoritetsbakgrunn.

Alder er ein vesentleg faktor som kan påverke helsekompetansen til personar med diabetes. Eldre personar kan møte utfordringar knytt til å tileigne seg ny informasjon og endre vanar, noko som kan gjere det meir krevjande å handtere ein kompleks sjukdom som diabetes. Ein må og ta under betraktning at diabetes tidlegare var omgitt av stigma og misforståingar og sett på som ein skambelagt tilstand, delvis grunna manglande kunnskap om sjukdommen (Grottdal, 2021). Interesse og motivasjon er òg viktige faktorar; dersom ein person har låg interesse for å lære om sjukdommen sin, kan dette påverke deira vilje og evne til å delta aktivt i utdannings- og vegleiingsprogram. Utdanningsnivå spelar òg ein rolle, då personar med høgare utdanning oftast har betre tilgang til ressursar og betre forståing av kompleks informasjon. Språklege og kulturelle barrierar kan også verke inn på helsekompetansen til minoritetsgrupper eller personar med låg lese- og skrivekompetanse. Det er derfor viktig at sjukepleiarar tek omsyn til desse faktorane når dei planlegg undervisning og vegleiing for personar med diabetes (Tveiten, 2016, s. 146).

Kim et. al. (2020) implementerte tiltak for å forbetre helsekompetansen til deltakarane, blant anna undervisning om diabetes og behandlingsregimer og månadlege telefonsamtalar med sjukepleiarar. Tiltaka hadde effekt allereie etter 12 veker, det skal altså ikkje så mykje til for å auke brukargruppas helsekompetanse med forutsjånad at forhalda legg til rette for det og tiltaka er tilpassa den enkelte. Dette understøttar Orem sin teori om det støttande og undervisande sjukepleiesystemet, som tas i bruk når brukaren innehar evna, men treng vegleiing og undervisning for å oppfylle eigenomsorg (Norlyk & Beck, 2022, s. 181). I konklusjonen til Kim et. al. (2020) vert viktigheita av å styrkje helsekompetansen hjå personar med diabetes framheva for å forbetre deira evne til å handtere sjukdommen og oppretthalde god helse. Dette krev ei heilskapleg tilnærming frå helsepersonell, inkludert sjukepleiarar, som tek omsyn til pasienten sine individuelle behov og bidreg til å auke deira forståing og meistring av sjukdommen.

Mine erfaringar frå praksis støtter funna til Kim et. al. (2020) ved at enkle tiltak ofte utgjer ein forskjell hos brukaren sin handtering av sjukdomen. På bakgrunn av manglande eller utdatert kunnskap og opplæring utfører mange blodsuktermåling feil, får misvisande resultat og har eit potensielt unødig insulinbruk. Spesielt er det eit gjentakande problem at ureine fingrar fører til feil i målingane. Gjennom å informere brukaren om viktigheita av å vaske hendene grundig før måling, kan ein bidra til å sikre meir pålitelege resultat. Dette kan redusere risikoen for feildiagnostisering og unødvendig medisinerings, samtidig som det bidrar til ein meir effektiv og nøyaktig handtering av sjukdommen. Eg har òg opplevd at informasjonen eg bidrar med blir avfeia med det same av brukaren, eller ofte berre tatt omsyn til i den aktuelle situasjonen.

5.3 Sjukepleiarar si rolle i å fremje eigenomsorg

Sjukepleiarar si rolle i å fremje eigenomsorg er avgjerande for brukarane si helse og velvære. Som sentrale omsorgsaktørar har sjukepleiarar eit ansvar for å støtte og oppmuntre brukarane til å ta vare på si eiga helse på ein måte som fremjar autonomi og sjølvstende. Dette inneber å leggje til rette for at brukarane kan delta aktivt i slutningsprosessar knytt til deira eiga helse og behandling. Forskinga til Markle-Reid et. al. (2018) og Gálvez Gálan et. al. (2021) understrekar at sjukepleiarar spelar ein viktig rolle i å fremje eigenomsorg hjå brukarar. Studia til Davies et. al. (2019) konkluderer med at sjukepleiarar kan bidra til å auke brukarane si bevisstheit om eigen helse og behandlingalternativ, slik at dei kan ta informerte val. Vidare har forskning vist at brukarar som opplever støtte og vegleiing frå sjukepleiarar i eigenomsorg, har betre behandlingresultat og høgare livskvalitet (Kim et al., 2020).

Orem sin teori om eigenomsorg er relevant i denne samanhengen, då ho legg vekt på individets evne til å ta ansvar for sin eigen helse og velvære. Ifølgje Orem har individet ein innebygd kapasitet til å utføre handlingar som fremjar helse og velvære, og sjukepleiaren sin rolle er å støtte og fasilitere denne prosessen (Cavanagh, 1999, s. 25). Dette kan inkludere å gi informasjon og opplæring, tilrettelegging for ressursar og støtte som trengs for at brukaren skal kunne ta vare på seg sjølv på best mogleg måte, slik Markle-Reid et. al. (2018) demonstrerer i eigenomsorgsprogrammet. Sjukepleiarar si undervisande og vegleiande funksjon er avgjerande for å styrke brukarane si evne til eigenomsorg. Ved å tilby relevant informasjon, opplæring og støtte, kan sjukepleiarar bidra til å utstyre brukarane med verktøy og kunnskap som trengs for å ta ansvar for sin eigen helse og velvære (Iversen et al., 2022, s. 549). Dette kan igjen føre til auka brukarmedverknad, autonomi og empowerment, og bidra til heilskapleg betre helse og livskvalitet hos brukarane.

For å kunne ta informerte val og dra nytte av autonomiprinsippet er det opp til helsepersonell, i denne samanhengen sjukepleiarar, å informere om tilstanden og behandlingalternativ, inkludert ulemper og fordelar med den (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). Eldre står ofte ovanfor avgrensingar i sine fysiske eller kognitive evner. Å bevare og fremje autonomien deira handlar om å gi dei moglegheita til å ta sjølvstendige slutningar om sitt eige liv og helse, trass desse avgrensingane. Gjennom å tilby støtte, vegleiing og undervisning kan sjukepleiarar hjelpe eldre med diabetes med å meistre eigenomsorgsaktivitetar, slik at dei kan oppnå betre kontroll over sin tilstand og dermed oppleve auka livskvalitet.

I tillegg til undervisning og rettleiing, understrekar fleire av artiklane betydninga av støtte og oppfølging frå sjukepleiaren. Ifølgje Orem si teori om eit støttande og undervisande sjukepleiesystem, har sjukepleiaren ein viktig rolle i å tilby både støtte og undervisning til pasientar (Cavanagh, 1999, s. 43). Dette kan gjennomførast gjennom regelmessige oppfølgingssamtalar, gruppesesjonar eller heimebesøk, der sjukepleiaren kan gi ekstra støtte og rettleiing til brukaren. Kontinuerleg støtte frå sjukepleiaren kan vere avgjerande for å oppretthalde pasienten si motivasjon og engasjement i eigenomsorga over tid, som vist av Markle-Reid et. al (2018) som gjennomførte tiltak over ein lengre tidsperiode, og støtta av Kim et. al. (2020) som samla resultat kvar tredje månad i eit år. Dette er særleg viktig for å oppnå gode resultat og for å sikre at pasienten følgjer behandlingsregimet sitt.

Det er viktig å erkjenne at brukarane har ulike behov for støtte til eigenomsorg, både i livet generelt og i løpet av behandlingsforløpet. Dette kjem tydeleg fram i studiane til Davies et. al. (2019) og Gálvez Galán et. al. (2021) som begge identifiserte faktorar som påverka deltakarane sin eigenomsorg. Det impliserer at pasientar med diabetes som opplever redusert livskvalitet har behov for hjelp, då dei sjølv berre er delvis i stand til å oppretthalde sin eigenomsorg. Denne tilnærminga understrekar Orem sin teori om det delvis kompensierende sjukepleiesystemet, som fokuserer på at sjukepleiaren hjelper med å ivareta dei eigenomsorgsbehova brukaren ikkje er i stand til å dekke sjølv (Norlyk & Beck, 2022, s. 181). Ein kombinasjon av det støttande og undervisande sjukepleiesystemet og det delvis kompensierende sjukepleiesystemet kan vere optimalt for å møte brukaren sine individuelle behov og støtte dei på best mogleg måte i deira eigenomsorgsreise.

5.4 Konklusjon

Denne oppgåva har undersøkt ulike tilnærmingar og intervensjonar som sjukepleiarar kan nytte for å støtte eldre personar med diabetes i å oppnå betre livskvalitet heime. Gjennom ei gjennomgang av forskning, teori og eigne praksisopplevingar har det blitt klart at tiltak som fremjar sjølvstende, personsentrert omsorg og helsekompetanse er avgjerande for å styrkje pasientanes evne til å handtere sin diabetes og oppnå auka livskvalitet.

Studiar har vist at tiltak som vegleiing, undervisning og oppfølging frå sjukepleiarar kan bidra til å styrkje pasientanes eigenomsorgskompetanse og motivasjon for å ta ansvar for si eiga helse. Ved å implementere personsentrert omsorg og involvere pasientane aktivt i slutningsprosessar knytt til deira eigenomsorgsplanar, kan sjukepleiarar bidra til å auke pasientanes autonomi og sjølvstende. Som eit resultat av dette aukar brukars opplevde livskvalitet.

Det er likevel viktig å ta omsyn til individuelle behov og utfordringar hjå eldre pasientar med diabetes, inkludert eventuelle avgrensingar i kognitive eller fysiske evner. Sjukepleiarar si rolle i å tilpasse vegleiing og undervisning til den enkelte pasienten sine behov er difor avgjerande for å sikre effektiv diabetesomsorg.

Vidare forskning og praksisutvikling innan dette feltet er naudsynt for å utforske korleis sjukepleiarar best kan støtte eldre personar med diabetes i å oppnå betre livskvalitet og eigenomsorg. Dette kan inkludere å undersøkje effekten av ulike tilnærmingar og intervensjonar på pasientanes helseutfall og livskvalitet over tid, samt å identifisere barrierar og utfordringar som kan påverke implementeringa av desse tiltaka i praksis. Gjennom kontinuerleg forskning, praksisutvikling og tverrfagleg samarbeid, kan vi arbeide mot å sikre at eldre personar med diabetes får den støtta og oppfølginga dei treng for å leve eit godt og sjølvstendig liv med si tilstand.

Referansar

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis* (K. M. Thorbjørnsen, Oms.).

Universitetsforl.

Davies, T. T., Graue, M., Igland, J., Tell, G. S., Birkeland, K. I., Peyrot, M., & Haltbakk, J.

(2019). Diabetes prevalence among older people receiving care at home: Associations with symptoms, health status and psychological well-being. *Diabetic Medicine*, *36*(1), 96–104. <https://doi.org/10.1111/dme.13790>

Diabetes. (2023, april 5). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Gálvez Galán, I., Cáceres León, M. C., Guerrero-Martín, J., López Jurado, C. F., & Durán-

Gómez, N. (2021). Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care. *Enfermería Clínica (English Edition)*, *31*(5), 313–322.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2021.03.003>

Grottdal, S. (2021, november 16). *Kall det diabetes, ikke sukkersyke*. Diabetesforbundet.

<https://www.diabetes.no/om-oss/nytt-fra-forbundet/nytt-fra-forbundet-2021/diabetesforbundet-papeker-kall-det-diabetes-ikke-sukkersyke/>

Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 538–557). Gyldendal.

Grønseth, R., & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie -funksjon, ansvar og kompetanse. I R.

Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1–21). Gyldendal.

Health literacy. (u.å.-a). World Health Organization. Henta 28. april 2024, frå

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>

Helsebiblioteket. (2021a, september 17). Helsebiblioteket.

https://hvl.instructure.com/courses/19124/pages/generelle-prinsipper-for-kritisk-vurdering-av-forskningsbasert-kunnskap?module_item_id=412596

Helsekompetanse – kunnskap og tiltak. (2021). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>

Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesketh, S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *The Lancet (British Edition)*, 363(9421), 1589–1597. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16202-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16202-8)

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

Iversen, M. M., Hernar, I., & Mosand, R. D. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar i diabetespoliklinikk. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 531–567). Gyldendal.

Jenssen, T. (2022). Diabetes mellitus. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 384–398). Gyldendal.

Kim, M. T., Kim, K. B., Ko, J., Murry, N., Xie, B., Radhakrishnan, K., & Han, H.-R. (2020). Health Literacy and Outcomes of a Community-Based Self-Help Intervention: A Case of Korean Americans With Type 2 Diabetes. *Nursing Research*, 69(3), 210–218. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000409>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Ad notam Gyldendal.

Kirkevold, M. (2020a). Personsentret og individuelt tilpasset sykepleie—Sentrale perspektiver. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98–114). Gyldendal.

- Kirkevold, M. (2020b). Samarbeid med pasient og pårørende. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 141–159). Gyldendal.
- Komplikasjoner ved diabetes*. (2023, november 25). Diabetesforbundet.
<https://www.diabetes.no/felles/komplikasjoner/>
- Kristoffersen, N. J. (2021a). Livsstil og endring av livsstil. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 201–256). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 225–287). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2021c). Å styrke pasientens ressurser—Sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 257–314). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie—Relasjoner, verdier og etikk. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 29–78). Gyldendal.
- Kunnskapsbasert praksis.no—Helsebiblioteket*. (2021b, september 30). Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*—Lovdata. (1999).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>
- Markle-Reid, M., Ploeg, J., Fraser, K. D., Fisher, K. A., Bartholomew, A., Griffith, L. E., Miklavcic, J., Gafni, A., Thabane, L., & Upshur, R. (2018). Community Program

- Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(2), 263–273. <https://doi.org/10.1111/jgs.15173>
- MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. (u.å.). Henta 25. mars 2024, frå <https://mesh.uia.no/>
- Nes, R. B., Hansen, T., & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet—Anbefalinger for et bedre målesystem*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/_/attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf
- Norlyk, A., & Beck, M. (2022). Med Orem i et pasientforløp på tvers av sektorer. I *Sykepleiens superhelter: Sykepleieteoretikere som styrker klinisk praksis* (s. 175–189). Fagbokforlaget.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021112348035
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Villareal, D. T., Chode, S., Parimi, N., Sinacore, D. R., Hilton, T., Armamento-Villareal, R., Napoli, N., Qualls, C., & Shah, K. (2011). Weight Loss, Exercise, or Both and

Physical Function in Obese Older Adults. *The New England Journal of Medicine*,
364(13), 1218–1229. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1008234>

WHOQOL - Measuring Quality of Life. (u.å.-b). World Health Organization. Henta 9. april
2024, frå <https://www.who.int/tools/whoqol>

*WMA Declaration of Helsinki—Ethical principles for medical research involving human
subjects*. (2022, september 6). World Medical Association.

[https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-
medical-research-involving-human-subjects/](https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/)

Vedlegg 1: PICO-skjema

	P population	I interest	Co context
Norsk	Eldre personar med diabetes	Betre livskvalitet	Sjukepleietiltak i heimen
MeSH (engelsk)	Aged Aged, 80 and over Diabetes Mellitus	Quality of life	Home care services Community health services Nursing care
Søkeord Engelsk	Diabetes mellitus Diabetic patients Diabetes patients	Quality of life Psychological well-being	Nurse Nursing Nursing interventions Diabetes care Home Home care Home care services Community health services Home treatment
Søkeord Norsk	Eldre diabetikere Eldre med diabetes Diabetes Diabetes pasienter Personer med diabetes	Livskvalitet Livsglede Hverdagsglede Livskvalitetsforbedring	Hjemmesykepleie Kommunehelsetjenesten Hjemmebehandling Sykepleie Sykepleietiltak

Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Inklusjons-kriterium	Eksklusjonskriterium
Etter 2014	Før 2014
Nordisk eller engelsk språk	Andre språk enn nordisk eller engelsk
Fagfellevurdert	Ikkje fagfellevurdert
Europa, Nord-Amerika	Afrika, Antarktis, Asia, Oseania, Sør-Amerika

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Art.	Tittel	Forfattarar	År	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
1.	Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being	T. T. Davies, M. Graue, J. Igland, G. S. Tell, K. I. Birkeland, M. Peyrot, J. Haltbakk	2018	Hensikta med studien var å undersøke prevalensen av diabetes blant eldre personar som får omsorg heime, og korleis diabetesen påverkar deira symptom, helsesituasjon, livskvalitet og psykisk velvære.	Tverrsnittstudie. Det vart brukt strukturerte intervju, ulike spørjeskjema, sjekklister og kapillærbloodprøver. Fagfellevurdert Etisk godkjent	377 personar over 65år som får hjelp i heimen deltok i tverrsnittundersøkinga. Gjennomsnittsalder: 86år. Studia føregjekk Vest i Noreg.	92 av 377 deltakarar hadde diabetes (24%). 14% av personane med diabetes visste ikkje om diagnosen sjølv. Diabetes var meir utbreidd blant menn enn kvinner. Det var forskjellar i symptom mellom diabeteskategoriane, med fleire symptom blant gruppene med høge HbA1c-nivå. Det var forskjellar i livskvalitet og helsetilstand mellom diabeteskategoriane, dårlegast resultat var i

							gruppa med u-diagnostisert diabetes.
2.	Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity	M. Markle-Reid, J. Ploeg, K. D. Fraser, K. A. Fisher, A. Bartholomew, L. E. Griffith, J. Miklavcic, A. Gafni, L. Thabane, R. Upshur,	2018	Hensikta med studien er å undersøke og samanlikne effekten ein 6-måneders samfunnsbasert intervensjon har på ulike helsemessige og psykologiske faktorar, i forhold til vanleg omsorg for eldre vaksne med type 2 diabetes og to eller fleire samtidige tilstandar.	Randomisert kontrollert studie (RCT) Deltakarane vart delt inn i ei kontrollgruppe og ei intervensjon gruppe. For å unngå systematiske feil vart dei som analyserte data og forskings assistentar blindt. Fagfellevurdert Etisk godkjent	159 personar over 65år deltok i studien. Studia føregjekk i Ontario, Canada.	Resultata viser at deltakinga i programmet betra mental livskvalitet, eigenomsorg og reduserte depressive symptom hos eldre vaksne med type 2 diabetes og komorbiditet. Sjukdomsbyrda var betrakteleg høg, med eit gjennomsnitt på åtte komorbiditeter. Funna indikerer at den samfunnsbaserte intervensjonen var effektiv for å forbetre helsetilstanden hos

							eldre vaksne med diabetes type 2 og komorbiditet, utan å auke dei totale helsetenestekostnadene.
3.	Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care	I. G. Galán, M. C. C. León, J. Guerrero-Martín, C. F. L. Jurado, N. Durán-Gómez	2021	Hensikta med studia er å analysere forholdet mellom helse-relatert livskvalitet og sosiodemografiske og kliniske faktorar hos pasientar med diabetes mellitus. Studia undersøker korleis ulike faktorar påverkar helse-relatert	Tverrsnittstudie Studia samla både spørjeskjema- og kliniske data for å vurdere deltakaranes helsesituasjon og diabetesrelaterte utfall. Rekruttering av deltakarar vart utført ved ikkje-sannsynsrett teknikk eller bekvemleiksmessig utval, ved å delta på sjukepleiar-	60 pasientar, frå eit helsesenter, over 18år med kjent diabetes diagnose i minimum 5år deltok i studien. Gjennomsnittsalder 68år. Studia føregjekk i Badajoz, Spania.	Kvinner over 75 år hadde dårlegare livskvalitet enn referansegruppa. Kvinner hadde dårlegare livskvalitet enn menn. Alder, diabetes-utvikling, akutte og kroniske komplikasjonar, komorbiditeter , farmakologisk behandling og glykemisk kontroll påverkar livskvaliteten.

				<p>livskvalitet hos diabetikarar.</p> <p>konsultasjonane til alle fagpersonane ved helsesenteret.</p> <p>Ein enkelt forskar gjennomførte datainnsamling, intervju, gjennomgang av sjukdomshistorie og tilsyn med sjølvrapporteringsskjema.</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Etisk godkjent</p>		<p>Å bu aleine, ha lav sosioøkonomisk status og trenge hjelp med diabetesrelatert eigenomsorg kan påverke livskvaliteten negativt.</p> <p>Vurdering av livskvalitet gjer det mogleg å oppdage endringar i ulike domene og mogleggjer gjennomføring av tidleg intervensjon.</p>	
4.	Health literacy and outcomes of a community-based self-help	M. T. Kim, K. B. Kim, J. Ko, N. Murry, B. Xie,	2020	<p>Hensikta med denne studien er å undersøke den underliggende mekanismen til helsekunnskapens</p>	<p>Randomisert kontrollert studie (RCT)</p> <p>Deltakarane vart delt inn i ei kontrollgruppe og ei intervensjon gruppe.</p>	<p>250 koreansk-amerikanarar med type 2 diabetes deltok</p> <p>Alder 35-80år</p>	<p>Studien peikar på at både meistringstru og eigenomsorgsvegledning er avgjerande for å oppnå betre</p>

	<p>intervention: A case of Korean Americans with type 2 diabetes</p>	<p>Kavita Radhakrishnan, Hae-Ra Han</p>		<p>rolle i diabetesstyring blant ei gruppe koreansk- amerikanarar med diabetes type 2.</p> <p>Fagfelleverdert Følger etisk standard frå Helsinkideklarasjonen, ikkje etisk godkjent av forskningskomité.</p>		<p>glukosekontroll og livskvalitet.</p> <p>Vidare indikerer funna at helsekompetanse kan påverke helsa indirekte gjennom eigenomsorgs- ferdigheiter og sjølvtilit.</p> <p>Både utdanningsnivå og grad av kulturell tilpassing påverkar helsekompetansen.</p> <p>Eit auka fokus på å forbetre helse- kompetansen kan derfor bidra til å styrkje eigenomsorga og følgjeleg forbetre glukosekontroll og</p>
--	--	---	--	---	--	--

							livskvalitet hjå personar med diabetes.
--	--	--	--	--	--	--	---

Vedlegg 4: Kritisk vurdering av artiklar

Artikkel 1

Spørsmåla er henta og oversett frå «checklist for analytical cross sectional studies» frå (*Helsebiblioteket*, 2021a). Tabellen tar for seg svara: ja, nei, uklart og eventuelle kommentarar.

Diabetes prevalence among older people receiving care at home: associations with symptoms, health status and psychological well-being (Davies et al., 2019).

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er inklusjonskriteria for utvalet tydeleg definert?	X			
2. Er studiedeltakarane og omgjevnadane skildra i detalj?	X			
3. Var eksponeringa målt på ein gyldig og påliteleg måte?	X			
4. Er det nytta objektive og standardiserte kriterium for å måle tilstanden?	X			
5. Er eventuelle forvekslande faktorar identifisert?	X			
6. Er det oppgitt strategiar for å handtere eventuelle forvekslande faktorar?	X			Det er gjort greie for svakheiter, avgrensingar og ulike faktorarars påverknad i studien, det blir også nemnt andre metodar som kunne ha blitt brukt i studien.
7. Er utfalla målt på ein gyldig og påliteleg måte?	X			
8. Ble det brukt passande statistisk analyse?	X			

Artikkel 2

Spørsmåla er henta frå «Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)» frå (*Helsebiblioteket*, 2021a). Tabellen tar for seg svara: ja, nei, uklart og eventuelle kommentarar.

Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity (Markle-Reid et al., 2018).

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er forskingsspørsmålet klart og tydeleg?	X			
2. Er deltakarane tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillande måte?	X			
3. Vart alle inkluderte deltakarane gjort reie for ved slutten av studien?	X			144 av 159 deltakara fullførte 6 månaders kontrollen på slutten av studiet. 15 deltakara avslutta studien undervegs.
4. a) Var deltakarane blind med omsyn til kva tiltak dei fekk? b) Var den som gav tiltaket blind med omsyn til kva gruppe deltakarane var i? c) Var den som målte og/eller analyserte utfalla blind?	X	X X		Basert på tiltaket som vart iverksett var det ikkje naturleg å blinde deltakarane eller givarane. For å unngå systematiske feil vart dei som analyserte data og forskings assistentar som samla data blindt.
5. Var gruppene like ved starten av studien?	X			
6. Vart gruppene behandla likt bortsett	X			

frå tiltaket som vart evaluert?				
7. Er effektane av tiltaka omfattande rapportert?	X			
8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?	X			
9. Veier fordelane ved tiltaket opp for biverknadar og kostnader?	X			Funna indikerer at den samfunnsbaserte intervensjonen var effektiv utan å auke dei totale helsetenestekostnadene
10. Kan resultata overførast til din praksis?	X			
11. Er tiltaket i studien betre enn dagens praksis?	X			Tiltaka i studien er bygd på struktur, koordinering og tverrfagleg samarbeid. Alle viktige punkt for å kunne gi god og heilskapleg pasientomsorg. Dagens praksis kan dra nytte og inspirasjon av denne pleiemodellen, for å forbetre dagens pleie tilbod til eldre diabetikarar.

Artikkel 3

Spørsmåla er henta og oversett frå «checklist for analytical cross sectional studies» frå (*Helsebiblioteket*, 2021a). Tabellen tar for seg svara: ja, nei, uklart og eventuelle kommentarar.

Health-related quality of life in diabetes mellitus patients in primary health care (Gálvez Galán et al., 2021).

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er inklusjonskriteria for utvalet tydeleg definert?	X			
2. Er studiedeltakarane og omgjevnadane skildra i detalj?	X			
3. Var eksponeringa målt på ein gyldig og påliteleg måte?	X			
4. Er det nytta objektive og standardiserte kriterium for å måle tilstanden?	X			
5. Er eventuelle forvekslande faktorar identifisert?			X	Identifikasjon av forvekslande faktorar er ikkje relevant i denne studien, sidan resultata baserer seg på åtferdsmessige, haldningsmessige og livsstils-faktorar.
6. Er det oppgitt strategiar for å handtere eventuelle forvekslande faktorar?	X			Studiedesignet og dataanalysen tar høgde for dei forvekslande faktorane.
7. Er utfalla målt på ein gyldig og påliteleg måte?	X			
8. Ble det brukt passande statistisk analyse?	X			

Artikkel 4

Spørsmåla er henta frå «Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)» frå (*Helsebiblioteket*, 2021a). Tabellen tar for seg svara: ja, nei, uklart og eventuelle kommentarar.

Health Literacy and Outcomes of a Community-Based Self-Help Intervention: A Case of Korean Americans With Type 2 Diabetes (Kim et al., 2020).

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1. Er forskingsspørsmålet klart og tydeleg?	X			
2. Er deltakarane tilfeldig fordelt (randomisert) på ein tilfredsstillande måte?	X			
3. Vart alle inkluderte deltakarar gjort reie for ved slutten av studien?	X			209 av 250 deltakarar fullførte 12-måneders programmet. 83,6% fullførte programmet.
4. a) Var deltakarane blind med omsyn til kva tiltak dei fekk? b) Var den som gav tiltaket blind med omsyn til kva gruppe deltakarane var i? c) Var den som målte og/eller analyserte utfalla blind?			X X X	Det står ingenting i artikkelen om dei involverte var uvitande eller ikkje. Basert på tiltaket som vart iverksett var det ikkje naturleg å blinde deltakarane eller givarane. Framgang for data analysen er beskriven og vurderast som passande.
5. Var gruppene like ved starten av studien?	X			
6. Vart gruppene behandla likt bortsett	X			

frå tiltaket som ble evaluert?				
7. Er effektane av tiltaka omfattande rapportert?	X			
8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?	X			
9. Veier fordelane ved tiltaket opp for biverknadar og kostnader?	X			Det er ikkje rapportert negative biverknadar av tiltaka. Kostnad i forbindelse med tiltaka er ikkje spesifisert.
10. Kan resultatata overførast til din praksis?			X	Sjølv om denne studien fokuserer på koreansk-amerikanarar, kan resultatata overførast til min praksis. Dette grunna auka innvandring og mangfald i nasjonalitetar som ein møter i helsetenestene i Noreg. Funna frå studien kan gi innsikt i korleis ein betre kan legge til rette for og forbetre omsorg til ein mangfaldig befolkning med ulike kulturelle bakgrunnar.
11. Er tiltaket i studien betre enn dagens praksis?			X	Det er uklart om tiltaket i studien er betre enn dagens praksis, då tiltaka i studien er like dagens praksis på diabetes poliklinikkar. Ein kan ta lærdom frå studien og vidareføre det til dagens praksis for å forbetre det eksisterande tilbodet, og potensielt inkludere kommunehelsetenesta meir i behandlinga av den aktuelle pasientgruppa.