



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY 301813 Sykepleie VI - Del 2 Bacheloroppgave**

**Å leve med diabetiske fotsår - en systematisk  
litteraturstudie.**

10001 og 10072

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Innlevert Ålesund, 22/5/2017

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Torill Osvik Ryste

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 22/05/2017

**Antall ord: 8755**

## **Forord**

Vi ønsker å takke hverandre for god samarbeid. Det har vært en lang prosess, men vi har kommet i mål! Vi vil også takke familie og venner for deres råd og tålmodighet mens de las gjennom denne lange oppgaven. Takk til vår bachelorveileder som har veiledet oss gjennom denne prosessen.

## Summary

**Purpose:** This bachelor paper is a systematic literature study seeking to explore the experiences of patients with diabetes living with diabetic foot ulcers. This knowledge is relevant to nurses who provide nursing care to this patient group. In order to give holistic nursing care, nurses need wound care competency as well as understanding of the patients' psychosocial needs. **Method:** A systematic search for relevant scientific research articles in available databases produced ten articles chosen for further analysis. Evans' (2002) model for systematic literature studies is used, where main findings from the articles were identified, categorized, and synthesized into four main themes. **Result:** These themes are living with restrictions, pain and fatigue, reactions to living with diabetic foot ulcers, and meetings with the healthcare system. Patients experienced a sense of loss, pain and fatigue, a feeling of low mastery over foot ulcer development and healing, and various negative emotions. Patients chose different coping strategies, such as obsessive vigilance, resignation, or strategically choosing to engage in potentially harmful activities in order to regain normalcy or affirm a sense of autonomy. **Conclusion:** Antonovsky's theory of sense of coherence provides insight into patients' challenges, but also prompts nursing interventions that strengthen the patients coping.

## Sammendrag

**Hensikt:** Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie som søker å utforske pasienters erfaringer av å leve med diabetiske fotsår. Denne kunnskapen er relevant for sykepleiere som gir sykepleieomsorg til denne pasientgruppen. For å kunne yte holistisk omsorg, trenger sykepleiere kompetanse i sårstell og en forståelse av pasientens psykososiale behov. **Metode:** Et systematisk søk for relevante vitenskapelige forskningsartikler i tilgjengelige databaser, resulterte i ti relevante artikler for videre analyse. Evans' (2002) modell for systematisk litteraturstudier ble benyttet, der nøkkelfunn fra artiklene ble identifisert, kategorisert, og syntetisert i fire hovedtema. **Resultat:** Disse hovedtema er å leve med begrensninger, smerte og utmattelse, reaksjoner på å leve med diabetiske fotsår og møtet med helsevesenet. Denne pasientgruppen opplever følelser av tap, smerte og utmattelse, mangel på kontroll over utvikling og tilheling av fotsåret og ulike negative emosjoner. Pasientene valgte ulike mestringsstrategier, som for eksempel å bli tvangsmessig påpasselige, bli resignert, eller ta strategiske valg der de utførte potensielt farlige aktiviteter for å kunne leve som normalt eller bekrefte en følelse av selvbestemmelse. **Konklusjon:** Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng gir innsikt i disse utfordringer, og inspirerer sykepleietiltak som styrker pasientens mestring.

# Innhold

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 STUDIENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	2
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	2
1.4 LITTERATURSTUDIENS OPPBYGGING .....	2
<b>2. TEORIBAKGRUNN</b> .....	<b>4</b>
2.1 DIABETES MELLITUS OG DIABETISKE FOTSÅR.....	4
2.3 SMERTE.....	5
2.4 SORG OG DEPRESJON .....	5
2.5 UTMATTELSE.....	6
2.6 LIVSKVALITET.....	6
2.7 YRKESETISKE RETNINGSLINJER.....	6
2.8 ANTONOVSKYS HELSE OG MESTRINGSTEORI .....	7
<b>3. METODE</b> .....	<b>8</b>
3.1 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE .....	8
3.2 DATAINNSAMLING .....	8
3.3 INKLUSJONSKRITERIER OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	9
3.4 ETISKE OVERVEIELSER .....	10
3.5 KVALITETSBEDØMMING .....	10
3.6 ANALYSE.....	11
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>13</b>
4.1 Å LEVE MED BEGRENSNINGER.....	13
4.2 SMERTE OG UTMATTELSE .....	14
4.3 REAKSJONER PÅ Å LEVE MED FOTSÅR.....	15
4.4 MØTET MED HELSEVESENET.....	17
<b>5. DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>
5.1 METODEDISKUSJON.....	19
5.2 RESULTATDISKUSJON .....	21
5.2.1 Å leve med begrensninger .....	21
5.2.2 Smerter og utmattelse.....	23
5.2.3 Reaksjoner på å leve med diabetiske fotsår .....	25
5.2.4 Møtet med helsevesenet .....	27
5.3 KONKLUSJON.....	29
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>30</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>35</b>
VEDLEGG 1:.....	36
(TABELL 1) PEO-MODELLEN .....	36
(TABELL 2) INKLUSJONS OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	36
VEDLEGG 2: LITTERATURSØK: SØKEHISTORIKK .....	37
VEDLEGG 3: FASE 2-3-4 AV EVANS LITTERATURSTUDIEMODELL.....	41
VEDLEGG 4: LITTERATURMATRISER .....	42

# 1. Innledning

Dette kapitlet presenterer bacheloroppgavens tema, bakgrunn for valg av tema, hensikt, problemstilling og litteraturstudiens oppbygging.

## *1.1 Bakgrunn for valg av tema*

Temaet for bacheloroppgaven er pasienterfaringer med diabetiske fotsår.

Plagene av diabetiske fotsår, de psykososiale og sosioøkonomiske konsekvenser, og de alvorlige komplikasjoner som kan oppstå (Goodridge *et al* 2005), gjør at arbeidet rundt diabetiske fotsår burde være et viktig satsingsområde for sykepleien. Langøen og Gürgen (2012a) nevner at andel pasienter med diabetes i befolkningen stiger. Dermed vil faren for komplikasjoner, som diabetiske fotsår, også øke. De antar at rundt 25% av pasienter med diabetes vil få fotsår i løpet av livet.

Nerve- og sirkulasjonsskader gjør at denne pasientgruppen er spesielt utsatt for å få fotsår som er vanskelig å få til å gro (Mosand og Stubberud 2011). Videre viser en studie av Dubsy *et al* (2012) at pasienter med et fullt tilhelet fotsår har 57,3% sjanse for å utvikle et fotsår på nytt. Tall fra Helsedirektoratet (2017) publisert i 2014 viste at over 400 pasienter i Norge måtte amputere årlig på grunn av diabetiske fotsår.

På grunn av den økende forekomsten av diabetes mellitus, øker sannsynligheten for at nyutdannede sykepleiere kommer til å møte pasienter med diabetiske fotsår i arbeidslivet. Forfatterne av denne bacheloroppgaven er sykepleiestudenter som allerede har møtt på pasienter med diabetiske fotsår i hjemmesykepleien og på kirurgiske og medisinske sengeposter. Disse diabetiske fotsårene var krevende å behandle, og for noen førte de til amputasjon.

For å kunne møte denne pasientgruppen med empati og forståelse, trengs det mer kunnskap om hvordan de erfarer livet med diabetiske fotsår. Denne bacheloroppgaven benyttes som en anledning til å forberede oss til det møtet.

## ***1.2 Studiens hensikt og problemstilling***

Bacheloroppgavens hensikt er å belyse hvordan pasienter med diabetes erfarer å leve med diabetiske fotsår. Ønsket er å øke forståelsen for hvordan diabetiske fotsår påvirker hverdagen til pasientene, og hvilke reaksjoner de har på å leve med deres fotsår. Derfor velges pasientperspektivet for denne oppgaven.

Problemstillingen lyder:

*Hvordan erfarer pasienter med diabetes mellitus å leve med diabetiske fotsår?*

## ***1.3 Begrepsavklaring***

*Pasient:* “(av *l. pati*, lide, tåle, utholde) person som lider av el. behandles for sykdom” (Lindskog 2005, s.411).

*Diabetes mellitus:* En metabolsk forstyrrelse, som påvirker omsetningen av karbohydrater, fett og protein, enten på grunn av manglende insulinproduksjon (type 1) eller nedsatt insulinproduksjon og insulinresistens (type 2) (Guyton and Hall 2011, s. 950).

*Sår:* Vevskade som skyldes ytre påvirkninger (*l. vulnus*), eller sykkelig forandringer (l. *ulcus*) (Lindskog 2005, s. 539). Diabetiske fotsår er sår på foten forårsaket av diabetes.

Oppgaven avgrenser seg til pasienter med både diabetes mellitus type 1 og type 2 som er over 18 år, og som har hatt kontakt eller har løpende kontakt med helsevesenet på grunn av et diabetisk fotsår.

## ***1.4 Litteraturstudiens oppbygging***

I neste kapittel presenteres teoretisk kunnskap rundt diabetiske fotsår og relevante begrep og teorier. Kapittel 3 beskriver metoden for gjennomføring av denne litteraturstudien gjennom et systematisk litteratursøk, litteraturvalg og litteraturanalyse. I Kapittel 4 presenteres resultatene. Kapittel 5 retter et kritisk blikk mot metodologisk gjennomføring



av litteraturstudien, drøfter resultatene, og identifiserer relevans for sykepleiepraksis. Oppgaven avrundes i en konklusjon.

## 2. Teoribakgrunn

I teoribakgrunn defineres hva Diabetes mellitus er. I tillegg forklares sentrale forhold rundt diabetiske fotsår. Begrepene sorg, depresjon, smerte, utmattelse og livskvalitet presenteres. I tillegg legges frem relevante punkt fra *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* og Antonovskys mestringsteori om *opplevelse av sammenheng*.

### 2.1 Diabetes Mellitus og diabetiske fotsår

Diabetes mellitus fører til at kroppen ikke klarer å regulere glukosenivåer i blodet (Guyton and Hall 2011). Dårlig regulert blodsukker utsetter pasienten for en rekke alvorlige senkomplikasjoner, blant annet retinopati, nefropati, nevropati og blodkarsykdommer. Både sensomotorisk og autonom nevropati progredierer til kroniske patologiske tilstander. Det er særlig affiseringen av nerver og blodkar som utsetter pasienter med diabetes til å få diabetiske fotsår og komplikasjoner derav (Mosand og Stubberud 2010). Dårlig oksygenering og næringstilførsel ved vevsskade og infeksjon gir dårlige helingsvilkår for såret. Pasienten blir utsatt for å utvikle gangren og risikerer amputasjon (Langøen og Gürgen 2012a).

Forekomsten av nevropati øker med alderen, og de antar at over halvparten av eldre med diabetes type 2 har nevropati. Perifer nevropati fører til nedsatt sensibilitet og følelsestep. Dermed vil pasientene ikke registrere smerte når de utsettes for truende mekanisk, termisk eller kjemisk skade (Langøen og Gürgen 2012a).

Tørr hud på grunn av autonom nevropati og nedsatt svetteevne øker faren for at huden sprekker og blir infisert. Videre kan økt kalkabsorpsjon fra beinet få fotryggen til å falle sammen. Det betegnes som Charcot fot, og deformiteten forårsaker trykksår på grunn av endret belastningsforhold. Ved motorisk nevropati, fører atrofierte fotmuskler også til deformiteter, her med bøyde tær, endret gangfunksjon, og økt trykkbelastning (Langøen og Gürgen 2012a).

Naturlig sårheling beveger seg vanligvis gjennom tre faser: inflammasjonsfasen, proliferasjonsfasen og modningsfasen (Langøen og Gürgen 2012b). Pasienter med diabetes

er utsatt for kompliserende faktorer som iskemi, ødem, nekrose og biofilm. De kan holde såret i en kronisk inflammasjonsfase. Pasienten kan plages av smerte, mye eksudat, og dårlig lukt (Langøen og Gürgen 2012b).

Ifølge Lipsky (2008) i Langøen og Gürgen (2012a), er pasientene ni ganger så utsatt for infeksjoner på grunn av nevropati, iskemi og hyperglykemi. De har redusert immunsvar, og infeksjoner gir svakere lokale symptomer. Dermed kan det hende at pasientene ikke utvikler de klassiske infeksjonstegnene som rubor, calor, tumor og dolor. Komplikasjoner må oppdages tidligst mulig for å iverksette riktige målrettede tiltak. Både pasienten og sykepleieren må lære seg å observere endringer i foten, siden endringer kan være første tegn på infeksjon (Langøen og Gürgen 2012a).

### ***2.3 Smerte***

Smerte er et subjektivt, komplekst og flerdimensjonalt fenomen, med innvirkning på flere livsområder (Ljoså og Rustøen 2007). Smerte kan være en reaksjon på aktuell eller potensiell vevskade gjennom aktiverte smertereseptorer. Ved sensitivering kan smertefibrer få varige forandringer; stimuli som tidligere ikke gav smerte gir nå smerte, og smertefulle stimuli forsterkes. Nevropati hos pasienter med diabetes kan føre til feil i smertefibrer og kroniske smerter (Ljoså og Rustøen 2007).

Vedvarende smerte fører til tretthet, konsentrasjonsvansker og inaktivitet. Flere gir uttrykk for ensomhet, hjelpeløshet, depresjon og følelsen av å ikke kunne fungere som normalt (Ljoså og Rustøen 2007).

### ***2.4 Sorg og Depresjon***

Sorg er en naturlig og nødvendig reaksjon for bearbeiding av tap. Gjennom sorgprosessen, lærer personen å leve med tapet, men fastlåste sorgreaksjoner kan gli over i depresjon og vil true pasientens mestring (Hummelvoll 2012).

Depresjon er mer diffus en sorg, og forsterker følelser av hjelpeløshet og maktesløshet. Sentrale depresjonssymptomer er tristhet, pessimisme, angst, lav selvaktelse og en tendens til tilbaketrekking og isolering (Hummelvoll 2012).

### ***2.5 Utmattelse***

Utmattelse gjør det vanskelig å restituere energi og svekker livsutfoldelse ved å påvirke fysisk, kognitiv og psykososial fungering. Utmattelse ses ofte sammen med smerte, søvnforstyrrelser og depresjon. Energiøkonomisering tillater pasienter å prioritere betydningsfulle aktiviteter. Dette kan gjøres ved å kartlegge døgnvariasjoner og kartlegge om utmattelsen har mest fysisk eller mental karakter (Lerdal 2010).

### ***2.6 Livskvalitet***

Livskvalitet er et subjektivt flerdimensjonalt begrep som søker å beskrive pasienterfaring i forhold til hvilke verdier, mål og forventninger pasienten har (Wahl og Hanestad 2007). De fire domener som vanligvis måles eller beskrives er fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt velvære (Gjengedal og Hanestad 2007).

### ***2.7 Yrkesetiske retningslinjer***

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier* i NSF (2017) gir føringer for sykepleiepraksis. Punkt 2.1-2.3 går ut på helhetlig omsorg som understøtter håp, mestring og livsmot. Punkt 2.4 og 2.5 fremhever medvirkning, der sykepleier understøtter pasientens mulighet til å ta selvstendige valg gjennom god informasjon. Punkt 2.9 oppfordrer til omsorgsfull hjelp og lindring av lidelse. Punkt 6.1-6.4 forklarer at sykepleiere burde engasjere seg i helsepolitisk utvikling, slik at god ressursforvaltning gir grunnlag for å imøtekomme pasientenes særskilte behov og muliggjøre god sykepleiepraksis.

## *2.8 Antonovskys helse og mestringsteori*

Antonovsky utforsket hvorfor noen mennesker ikke blir hindret i å leve et rikt liv, til tross for funksjonstap og begrensninger (Kristoffersen 2016). Kristoffersen (2016) forklarer at en sterk opplevelse av sammenheng er avgjørende for mestring og helse, og kjennetegnes som en generell holdning av tillit og håp. Livshendelser pasienten opplever som forståelig, passelig belastende, og føler seg delaktig i, styrker opplevelsen av sammenheng. En styrket opplevelse av sammenheng vil igjen ruste personen til å takle nye utfordringer. Videre velges mer hensiktsmessige mestringsstrategier (Kristoffersen 2016).

Opplevelsen av sammenheng har tre essensielle komponenter (Antonovsky 2000). At livet oppfattes som strukturert, forutsigbart og mulig å forstå på det kognitive planet, gjør livet begripelig. Å føle at det er balanse mellom egne motstandsressurser og de kravene som livet stiller, gjør livet håndterbart. Håndterbarhet styrkes også av at en kan regne med å få den hjelpen en er avhengig av. En følelse av mening er den viktigste komponenten, og er avgjørende for motivasjon. Dette innebærer at det er ting i livet som det er verdt å engasjere og investere energi i (Antonovsky 2000).

Deltakelse styrker opplevelse av meningsfullhet. Medvirkning bekrefter individet som en aktiv aktør i livet sitt. Videre er respons fra de signifikante andre og bekreftelse av at en er verdifull for andre en viktig sosial støtte (Antonovsky 2000).

Som en forsvarsmekanisme kan mennesker ha fleksible betydningsgrenser for hvilke områder som skal være meningsfulle. Likevel er det vanskelig å innsnevre de så mye at de utelukker indre følelser, de nærmeste forhold, primær rolleaktivitet og eksistensielle forhold, blant annet personlige mangler, konflikt og isolasjon (Antonovsky 2000).

### 3. Metode

I forbindelse med krav til bachelorskriving i sjette semester på NTNU Ålesund, ble det utført en systematisk litteraturstudie med utgangspunkt i Forsberg og Wengström (2015) og Evans (2002). I dette kapittelet beskrives de metodologiske rammene for litteratursøket, og kvalitetsbedømming, etisk vurdering, valg og analyse av forskningsartikler.

#### 3.1 Systematisk litteraturstudie

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) har systematiske litteraturstudier som mål å skape en syntese av allerede eksisterende forskning samlet fra vitenskapelige tidsskrifter. Den kjennetegnes av et systematisk søk, kritisk vurdering og samling av litteraturen innenfor den valgte problemstillingen. En tydelig presentasjon av studiens hensikt og en konsis problemstilling er utgangspunktet for en systematisk litteraturstudie (Forsberg og Wengström 2015).

I høst (2016) ble det valgt tema og problemstilling for bacheloroppgaven. I prosjektplanen ble det utarbeidet en plan med tidsfrister for gjennomføring av litteraturstudien. Siden de første problemstillinger førte til bare kvantitative artikler, trengte vi en ny problemstilling. Med hjelp av bachelorveileder ble den aktuelle problemstillingen utarbeidet rett før påskeferien (2017).

#### 3.2 Datainnsamling

PEO-modellen (Vedlegg 1) ble brukt for å strukturere litteratursøket, siden den er bedre egnet til kvalitativ forskning enn PICO-modellen (Forsberg og Wengström 2015). PEO står for Population (pasienter med diabetes), Exposure (diabetiske fotsår) og Outcome (erfaringer med å leve med fotsår). Søkeord og søkeordkombinasjoner ble satt i PEO-modellen og presenteres i Vedlegg 1. Under Population bruktes søkeordene: *diabetes* og *diabet\**. Under Exposure bruktes: *foot ulcer*, *diabetic foot ulcer*, *foot lesion* og *fotsår*. Under Outcome bruktes: *experience*, *patient perspective*, *patient view*, *perception*, *life*, *qualitative study*, *quality* og *erfaring*. De boolske operatørene AND ble benyttet for å

spesifisere et søk, og OR for å utvide søket (Forsberg og Wengström 2015), spesielt med synonymer som *experience*, *patient perspective*, *patient view* eller *perception*.

I det første søket ble flest mulig ord fra problemstillingen brukt. Søkeord og søkeordkombinasjoner ble modifisert i løpet av søkeprosessen når de ikke gav flere relevante treff, eller når en relevant artikkel brukte et synonymt ord, som for eksempel “foot lesions” istedenfor “foot ulcer.” Modifiserte søkeordkombinasjoner ble kjørt gjennom alle databaser. Databasene CINAHL, PubMed, ScienceDirect, SveMed+ og Ovid Nursing ble benyttet, på grunn av tidligere erfaring og bachelorveilederens anbefaling om ScienceDirect. SveMed+ ble droppet tidlig, da den ikke førte til noen relevante treff. Søkehistorikken står oppført i Vedlegg 2.

I hvert søk ble alle titler lest. Dersom titlene gav inntrykk av relevanse for problemstillingen, ble abstraktene lest. Dersom abstraktene styrket inntrykket, forsøkte vi å skaffe en fulltekstkopi som ble printet ut og lest gjennom. De fleste artiklene kunne lastes ned som PDF-filer fra databasene, men fem måtte bestilles gjennom NTNU-biblioteket i Ålesund, siden de ikke var tilgjengelige. Biblioteket skaffet en artikkel, men resten var ikke tilgjengelig i Norge. Biblioteket forsøkte å kjøpe tilgang til de artiklene uten å lykkes. Derfor søkte de om å få tilgang fra bibliotek i Sverige. En artikkel var heller ikke tilgjengelig via svenske biblioteker. En annen artikkel viste seg å være en omskrevet versjon av en studie vi allerede hadde inkludert. Vi fant epostadressen til en forsker, som sendte oss den ene artikkelen vi ventet på. Den siste artikkelen vi bestilte fra Sverige mottok vi dessverre ikke.

### ***3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier***

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble satt for å avgrense søket til relevante artikler av god kvalitet (Evans 2002). Inklusjonskriteriene var at artiklene belyser pasientperspektivet av å leve med diabetiske fotsår, møter etiske krav og har god kvalitet.

I utgangspunktet skulle litteraturstudien bare inneholde nyere forskning som ikke var eldre enn 10 år (Forsberg og Wengström 2015). Siden det var lite kvalitativ forskning publisert etter 2006, utvidet vi inklusjonskriteriene til å inkludere kvalitative artikler publisert etter

2000. Kvantitative artikler derimot, måtte fremdeles innfri 10 års kravet og være publisert tidligst i 2006.

Inklusjons- og eksklusjonsprosessen resulterte i ti artikler der seks er kvalitative studier og fire kvantitative studier. Seks artikler ble funnet på CIHNAL, to fra ScienceDirect og to fra Pubmed. Fire studier er fra Norge, to fra Storbritania, og en fra Sverige, en fra Canada og en fra Visegradland (Tjekkia, Slovakia, Polen og Ungarn).

### ***3.4 Etiske overveielser***

Helsinkideklarasjonen gir de gjeldende etiske retningslinjene for forskning innen medisin og helsefag, og søker å beskytte pasientens integritet og interesser. Studier utført på mennesker krever informert samtykke, og krav om anonymisering og om å bli korrekt gjengitt. Forskning på pasienter må godkjennes av regionale eller nasjonale etiske komitéer (Jacobsen 2010).

De inkluderte artiklene tar hensyn til de tidligere nevnte krav. Alle fikk godkjenning til studien fra regionale eller nasjonale etiske komitéer. De diskuterer enten begrensninger eller redegjør for metodiske valg og hvordan det påvirket studiene (Forsberg og Wengström 2015). I tillegg nevner alle artikler, bortsett fra Kinmond *et al* (2003), at deltagere skrev under på informert samtykkeskjema. Denne artikkelen følger likevel etiske krav beskrevet i Jacobsen (2010) om at deltakere kunne trekke seg hvis de ønsket, uten å måtte begrunne det.

Denne litteraturstudien følger de etiske prinsipper beskrevet i Forsberg og Wengström (2015). Etiske vurderte artikler ble valgt. Metod delen redegjør for valg av artiklene, og referansene i litteraturlisten blir tilgjengeliggjort via Biblioteket når bacheloroppgaven leveres. Det forsøkes å presentere alle resultat, selv de som er motstridige eller er ubeleilige for forfatterne.

### ***3.5 Kvalitetsbedømming***

Artikkelen måtte både følge IMRaD-struktur og være fagfellevurdert. Vitenskapelige artikler kjennetegnes av IMRaD-strukturen som innebærer at artikkelen har en



introduksjon, etterfulgt av metode, resultat og diskusjon (Forsberg og Wengström 2015). Fagfellevurdering innebærer at en artikkel vurderes og godkjennes av eksperter innen fagfeltet (Dalland 2014).

For kvalitetsbedømmingen av de kvantitative og kvalitative studiene, ble sjekklister lagt som vedlegg i boka til Forsberg og Wengström brukt (2015). Nivået av de forskjellige tidsskrifter ble sjekket gjennom *Norske Sentere for Forskningsdata* (NSD) websiden <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/> for å se om artiklene var publisert i godkjente publiseringskanaler. Av de ti inkluderte artikler, oppnådde seks tidsskrifter nivå en og tre nivå to. Tidsskriften *Journal of Tissue Viability* fantes ikke på NSD.

### **3.6 Analyse**

For å danne en fortolkende syntese av hvordan pasienter erfarer å leve med diabetiske fotsår, struktureres denne litteraturstudien etter de fire steg beskrevet i Evans (2002). De fire steg er (steg en) datasamling, (steg to) identifisere nøkkelfunn fra artiklene, (steg tre) identifisere og relatere felles tema på tvers av studiene og (steg fire) beskrive fenomenet (Evans 2002).

I steg to brytes studiene ned til enkelte komponenter for å deretter skape en ny beskrivende og forklarende syntese (Evans 2002). De ti artiklene ble nøye gjennomlest av begge bacheloroppgaveforfattere, som deretter skrev en liste med nøkkelfunn fra de forskjellige artiklene som beskrevet i Evans (2002). Nøkkelfunn er presentert i Vedlegg 3.

I steg tre identifiseres og relateres tema på tvers av studiene (Evans 2002). Listen over nøkkelfunn ble analysert og diskutert. Forskjellige grupperinger av tema som lignet eller hadde sammenheng med hverandre ble foreslått. Deretter ble det dannet beskrivende betegnelser for disse grupperinger (Forsberg og Wengström 2015). Prosessen vises i Vedlegg 3. Hovedtemaene er: å leve med begrensinger, smerte og utmattelse, reaksjoner på å leve med fotsår og møtet med helsevesenet.

Avslutningsvis, i steg fire beskrives fenomenet ved bruk av disse hovedtemaene (Evans 2002). Sitat fra originaldokumentene brukes for å belyse pasienterfaringene (Forsberg og

Wengström 2015). Slik forsøkes det å beskrive de essensielle komponenter i fenomenet (Evans 2002) om hvordan pasienter erfarer å leve med diabetiske fotsår. Denne beskrivelsen legges frem i neste del: Resultat.

## 4. Resultat

Herunder presenteres hovedtemaene om hvordan det er å leve med diabetiske fotsår, og relevante sitat som belyser fenomenet. Hovedtema er: å leve med begrensninger, smerte og utmattelse, reaksjoner av å leve med fotsår og møtet med helsevesenet.

### 4.1 Å leve med begrensninger

Et hovedfunn er at pasienter med diabetiske fotsår erfarer mange begrensninger (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a, Goodridge *et al* 2006, Beattie *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). I de kvalitative studiene nevnes fysiske begrensninger, sosiale behov og utfordringer, arbeidsforhold og avhengighet av andre som sentrale områder der pasienten opplever et innskrenket liv. I Hjelm *et al* (2002) og Kinmond *et al* (2003) er alle disse områder fremtredende tema hos pasientene. En pasient som var frustrert over begrensninger på grunn av sitt diabetiske fotsår sier;

*“You see after three and a half years of sitting... then I wanted it off. And I was determined one way or another to get it off...In fact I contemplated going to the railway station which isn't very far from me and leaving it on the railway line, because I was getting desperate”* (Kinmond *et al* 2003, s. 10).

Fysiske begrensninger blir beskrevet i alle artiklene, bortsett fra i Ribu og Wahl (2004b), enten i form av nedsatt funksjon eller restriksjoner for å avlaste foten. Pasienter i Ribu og Wahl (2004a) og Beattie *et al* (2012) nevner at fotsåret forstyrret livet; på grunn av såret krevdes det mye planlegging og tilpasning. Noen droppet å dra på ferie, siden det innebar for mye koordinering med tanke på sårstell, utstyr og oppfølging (Ribu og Wahl 2004a). Anbefaling fra helsepersonell om å avlaste såret, i tillegg til faren for å utvikle et nytt sår gjorde at pasientene ble tvungent til å begrense sine fysiske og sosiale aktiviteter. En pasient sier; *“It means a disrupted lifestyle for however long it takes for that to mend. You have to start altering your life to that then. [...]”* (Beattie *et al* 2012, s. 435).

Immobilitet førte til sosial isolasjon og en følelse av å bli satt på sidelinjen (Kinmond *et al* 2003 og Ribu og Wahl 2004a). En pasient forklarer;

*“In the middle of all of this, I have become so isolated. If I did not have this (ulcer), I would get out more, and not sit inside so much and ponder and think [...] When you are suddenly left sitting all alone, it would be nice to get out a little [...]”* (Ribu og Wahl 2004 s. 62).

Å bli avhengig av andre er et sentralt tema. Mange nevner at det å føle seg som en byrde er belastende (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a, Beattine *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). Studien til Nemcová *et al* (2016) understøtter dette funnet. De som var avhengig av hjelp for å dekke egenomsorg hadde lavere skår i alle domener for livskvalitet. Et beskrivende eksempel er av en mann som trenger mye hjelp av familien;

*“These two disabilities (blindness and ulcer) is making a mess in my family. They are trying to help me all the time [...] My wife cannot sleep [...] The bathroom is upstairs so we’re in hell you know, but I can’t explain it to anybody. My whole family is suffering”* (Kinmond *et al* 2003, s. 12).

De kvantitative studiene av Goodridge *et al* (2006) og Ribu *et al* (2008) styrker inntrykket av at diabetiske fotsår oppleves begrensende. Da pasienter skulle vurdere egen livskvalitet og helse, hadde de en tendens til å skåre lavere på fysisk og sosial fungering, og i begrensninger på de fysiske og emosjonelle rolledomenene. Studien til Goodridge *et al* (2006) viser at pasienter med ikke helende diabetiske fotsår versus de med helende fotsår, opplevde mer begrensninger i forhold til moderate aktiviteter og ønskede mål, ønskede arbeid og ønskede aktiviteter. Videre rapporterte de begrensninger i ADL og sosiale livet.

I Ribu *et al* (2008) hadde diabetiske fotsår en signifikant korrelasjon til lave skår for fysisk og sosial fungering. De som fremdeles hadde sår etter 12 måneder hadde i tillegg signifikant lavere skår i fysisk rollebegrensninger. En tydelig tendens i denne langtidsstudien var at de som hadde et helende sår utviklet etter hvert høyere skår for sosial fungering, mens de som hadde ikke helende sår erfarte en forverring i sosial fungering.

#### **4.2 Smerte og utmattelse**

Tre kvalitative studier nevner smerte som en konsekvens av å leve med diabetiske fotsår (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003 og Ribu og Wahl 2004a). En pasient bemerker hvor smertefullt såret er og hvordan folk rundt henne ikke viser forståelse for situasjonen

hennes (Ribu og Wahl 2004a). Kinmond *et al* (2003) nevner at smerte medvirket i en økende følelse av sosial isolasjon.

De fleste pasienter i Ribu og Wahl (2004a) rapporterte smerte. Flere hadde smerter da de stod på beina og smerter som forstyrret nattesøvnen. En pasient forklarer;

*“I had to lie in a certain way [...] but when I twisted my foot like that, it was so damn painful, excuse me... it was so awful that I had to stand up, I couldn't manage to lie down like that [...].”* (Ribu og Wahl 2004a s. 62).

De kvantitative studiene til Ribu *et al* (2006), Ribu *et al* (2008) og Nemcová *et al* (2016) viser at smertefulle fotsår korrelerte med lavere livskvalitet. Videre viser det seg at over tre fjerdedeler i Ribu *et al* (2006) og Nemcová *et al* (2015) hadde smerter. Cirka en tredjedel hadde smerter ofte eller nesten alltid når de gikk; cirka en femtedel hadde smerter ofte eller nesten alltid om natten. Ofte hadde pasientene en kombinasjon av smerter ved ståing og gåing og om natten.

Utmattelse nevnes i to studier (Hjelm *et al* 2002, Ribu og Wahl 2004a). En pasient i Hjelm *et al* (2002) beskriver hvordan han ikke lenger hadde energi og overskudd til å delta aktivt i sport og sosialisering. En pasient sier, “ [...] *every single thing moves so slowly, and I think that bothers me a little, not to have the energy or drive*” (Ribu og Wahl 2004a, s. 62). En annen beskriver frustrasjoner over hvordan vedkommende prøver å kartlegge hverdagen sin og samle energi. En siste forteller seg selv at, “i dag er dagen,” men når det kommer til stykket har pasienten ikke energi til å utføre noe som helst; “*You get frustrated when you sit around like that, you feel powerless, everything becomes heavy [...].*” (Ribu og Wahl 2004a, s.62)

### **4.3 Reaksjoner på å leve med fotsår**

Denne litteraturstudien avdekket en rekke reaksjoner pasienter har på å leve med diabetiske fotsår, både i form av følelser av et truet selvilde (Kinmond *et al* 2003 og Beattie *et al* 2012), engstelse over en usikker fremtid (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a og Beattie *et al* 2012) og ulike følelsesmessige reaksjoner (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004, Beattie *et al* 2012 og Delea *et*

al 2015). Med bakgrunn i disse, valgte pasientene forskjellige mestringsstrategier (Hjelm et al 2002, Kinmond et al 2003, Beattie et al 2012 og Delea et al 2015).

Flere artikler tar opp hvordan selvfølelsen blir påvirket (Kinmond et al 2003, Ribu og Wahl 2004b og Beattie et al 2012). Å ikke kunne utføre ønskede aktiviteter og være sosialt delaktige preget mange. Å ikke kunne ha på seg feminine fottøy og klær påvirket selvfølelsen hos kvinner (Beattie et al 2012). Kinmond et al (2003) belyser hvordan livet med restriksjoner påvirker sosiale roller. En bestemor forklarer;

*“You know you miss the things you do with your grandchildren... I mean his other nan took him to feed the ducks and things. And it choked me because I thought, well, I should be doing that as well”* (Kinmond et al 2003, s. 10).

Mange studier nevner at pasienter føler engstelse og tap av kontroll i møte med en usikker fremtid (Hjelm et al 2002, Kinmond et al 2003, Ribu og Wahl 2004a, Beattie et al 2012 og Delea et al 2015). Noen bekymret seg for økonomiske konsekvenser av å ikke kunne jobbe (Kinmond et al 2003, Hjelm et al 2002 og Delea et al 2015), mens andre var redde for amputasjon (Hjelm et al 2002, Ribu og Wahl 2004a, Beattie et al 2012, Delea et al 2015). En pasient forklarer;

*“...it's been like an emotional rollercoaster. You've been at the bottom, I mean you're not, then you might lose your toes, then you don't know, and then suddenly you've got away with just taking a bone out”* (Beattie et al 2012, s. 433).

I alle de kvalitative studiene opplevde pasientene negative følelser (Hjelm et al 2002, Kinmond et al 2003, Ribu og Wahl 2004a, Ribu og Wahl 2004b, Beattie et al 2012 og Delea et al 2015). Sterke følelsesmessige reaksjoner som nevnes er sinne, redsel, angst, bekymring, håpløshet, depresjon og skyldfølelse. Hvor sterke de følelsesmessige reaksjonene kunne være ses i følgende uttalelse;

*“When I saw it I didn't think at all, I just got mad ... I felt sick ... it begins with a little ulcer and in the end it will be a whole toe ... I will never heal ... I'm in pain”* (Hjelm et al 2002, s. 676).

De fleste kvalitative studiene nevner manglende forståelse fra andre (Hjelm et al 2002, Ribu og Wahl 2004a, Ribu og Wahl 2004b og Beattie et al 2012), som for eksempel blant familie og venner (Ribu og Wahl 2004a) eller på arbeidsplassen (Beattie et al 2012). I

Beattie *et al* (2012) følte flere at de ikke kunne snakke med andre rundt seg om problemer knyttet til såret, fordi de ikke opplevde å bli trodd eller forstått. I Hjelm *et al* (2002) sier en pasient; *“I wish my relatives could understand me ... it isn't visible”* (Hjelm *et al* 2002, s. 681). Pasientene møtte også manglende forståelse fra helsepersonell, som i Ribu og Wahl (2004b) hvor pasientene erfarte at sykepleierne ikke så at de hadde en dårlig dag.

Pasientene valgte ulike mestringsstrategier. Flere studier nevner at pasienter ikke følger helseråd fra helsepersonell (Kinmond *et al* 2003, Beattie *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). Beattie *et al* (2012) bruker begrepet *strategic adherence* for å forklare hvordan pasienter forsøker å balansere helseråd og å leve normalt. Noen nevner betydning av å trosse råd for å bekrefte sin egen autonomi og frihet, som en pasient som valgte å presse føttene i for trange sko og utviklet nye fotsår (Kinmond *et al* 2003).

I Beattie *et al* (2012) ble noen tvangsmessig opptatt av og årvåkne i fotegenomsorg, mens andre følte på hjelpeløshet og resignasjon. I Hjelm *et al* (2002) var det kjønnsforskjell i mestringsstrategier. Menn var mer passive i forhold til helseråd de fikk, ved å akseptere råd uten å stille spørsmål om det. Spesielt eldre menn var mer pessimistiske om fremtiden. Kvinner derimot, gav uttrykk for et ønske om mer informasjon og tok selv initiativ til å finne ut mer. De gav uttrykk for å være mer aktive i egenomsorg og forebyggende tiltak, og var mer optimistiske og nevnte tilpasningsstrategier.

#### **4.4 Møtet med helsevesenet**

Møtet med helsevesenet førte til både gode og negative opplevelser (Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004b, Delea *et al* 2015). En pasient i Delea *et al* (2015) nevner blant annet manglende informasjon; *“Nothing was explained to me properly ... I didn't get the proper information – what could happen ... [...]”* (Delea *et al* 2015, s. 5).

I Ribu og Wahl (2004b) opplevde mange pasienter at kommunale sykepleiere hadde manglende kompetanse og at sårstellprosedyrer ikke ble fulgt. Ribu og Wahl (2004b) og Delea *et al* (2015) nevner upersonlige møter og manglende sensitivitet hos helsepersonell. Disse pasientene verdsatte empati, forståelse og kommunikasjon. En pasient bemerker;

*“You can’t expect them to be caregivers for the soul. But it is not so good for them either. They have never seen that I have been down or something like that... they can’t know that I have days like that, I would have to tell them myself”* (Ribu og Wahl 2004b, s. 67).

En annen pasient i Ribu og Wahl (2004b) uttrykket frustrasjon over manglende forståelse fra en hjemmesykepleier etter utskriving fra sykehuset, men var takknemlig for en annen sykepleier som gav henne anledningen til å luften sin frustrasjon.

Å være avhengig av helsevesenet for behandling av fotsåret var utfordrende. Flere studier nevner at det var krevende å måtte møte opp på klinikktimer (Kinmond *et al* 2003, Beattine *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). I Delea *et al* (2015) var det spesielt vanskelig for de som bodde lengre unna å møte opp, og livet generelt ble preget av mye venting. Videre var det vanskelig å etterleve helseråd av praktiske og sosiale grunner (Kinmond *et al* 2003, Beattine *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). Behandlingen kunne føre til økte kostnader og økonomiske bekymringer (Hjelm *et al* 2002 og Delea *et al* 2015). Pasienter i både Ribu og Wahl (2004b) og Delea *et al* (2015) beskriver et frustrerende møte med helsevesenet, men skylder på systemet og mangelfulle arbeidsbetingelser for helsepersonellet. En pasient sier, *“They’re doing the best they can with what they’ve got I say [...]”* (Delea *et al* 2015, s. 5-6).

Den kvantitative studien til Nemcová *et al* (2016) viser at lengde på behandlingen av fotsåret påvirket alle livskvalitetsdomener. I tillegg hadde de som fikk informasjon om sin sykdom og behandling signifikant høyere livskvalitetsskår i de fysiske, psykiske og miljømessige domeneene.



## 5. Diskusjon

I denne delen diskuteres metode og resultat. Metodediskusjonen gjør rede for styrker og svakheter i oppgavens metode, analyse og presentasjon av resultat. I resultatdiskusjonen trekkes teori inn for å belyse resultat og drøfte relevans for sykepleiepraksis.

Avslutningsvis oppsummeres oppgavens hovedfunn og anbefalinger for videre forskning i konklusjonen.

### 5.1 Metodediskusjon

Denne bacheloroppgaven følger skriftlige retningslinjene til NTNU-Ålesund for bacheloroppgave i sykepleie og de metodologiske rammer beskrevet i Evans (2002) og Forsberg og Wengström (2015).

Litteraturstudier skal baseres på nyere forskning (Forsberg og Wengström 2015), men det var utfordrende å finne nyere kvalitativ forskning. Flertallet av de kvalitative artiklene vi inkluderte ble publisert mellom 2002 og 2004. Vi antar at pasienterfaringene ikke har endret seg så mye, noe som styrkes av at vi ser store likheter i resultatene i de eldre studiene som Kinmond *et al* (2003) kontra nyere studier av Beattie *et al* (2012). Fordelene og ulempene ved å inkludere eldre kvalitative studier ble diskutert med veileder, og vi valgte å prioritere gode kvalitative studier siden vi søker å belyse pasienterfaringer.

Utvalg påvirker resultat (Jacobsen 2010 og Forsberg og Wengström 2015). Det er mulig at bruk av flere databaser, søkeord og søkeordkombinasjoner hadde ført til flere, bedre, og nyere forskningsartikler. Vi har heller ikke lest gjennom alle referanselistene til artiklene, noe som kunne ha gjort oss oppmerksom på gode artikler. Det var frustrerende å ikke ha direkte tilgang til flere artikler, i tillegg til at det var tidskrevende å måtte vente lenge på artiklene bestilt gjennom biblioteket. Vi mottok aldri den siste artikkelen bestilt fra Sverige, som muligens hadde styrket oppgaven.

Vi mener at styrken i denne bacheloroppgaven er at søket var systematisk. Søket har ført til gode og relevante vitenskapelige artikler til å basere analysen på. Videre har vi en god balanse mellom kvalitative og kvantitative artikler. Inklusjonen av begge studiedesign gir

flere innfallsvinkler i analysen av hvordan det er å leve med diabetiske fotsår. Dette øker balansen mellom intern og ekstern validitet (Jacobsen 2010 og Forsberg og Wengström 2015). Kvantitative studier har sin styrke i objektivitet, etterprøvbarhet og overførbarhet ved å isolere variabler og bruke presise og standardiserte måleinstrument (Jacobsen 2010 og Forsberg og Wengström 2015).

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) har kvalitativ forskning sin styrke og begrensning i at den fanger opp og gjengir deltakerens synspunkt, beskriver og tolker sosial kontekst. Dette kan gi et dypere og mer nyansert innsyn i fenomenets essens og dets indre prosesser. Svakheten i kvalitative studier er at de har liten generaliserbarhet på grunn av få deltakere og fokuset på individuelle opplevelser (Forsberg og Wengström 2015). Siden oppgavens hensikt er å belyse pasienterfaringer med diabetiske fotsår, ble kvalitative forskningsartikler prioritert.

At vi har fire studier fra Norge styrker overførbarhetsverdien. Ulempen er at de er skrevet av samme forfatter. Dette øker sannsynligheten for at bacheloroppgavens resultat styres av en forfatters forforståelse og tolkning av data. Studier fra Europeiske land og Canada ble inkludert basert på antakelsen av at de har et sammenlignbart helsevesen. I studien til Nemcová *et al* (2016) var det signifikant forskjell på livskvalitet mellom Visegradlandene, noe de antar skyldes forskjeller på helsetilbud i de ulike landene. Derfor må overførbarhet i funn fra andre land vurderes kritisk. Vi valgte å ekskludere gode kvalitative artikler fra Afrika, Sør-Amerika og Midtøsten basert på antagelsen om at der var for store forskjeller i levestandard og helsevesenet.

Pasientene i studiene er en heterogen gruppe. Studiene inkluderer pasienter fra 18 år gamle og oppover, og de fleste studiene er lite sensitive til hvordan pasienter i de forskjellige aldersgrupper erfarer å leve med diabetiske fotsår. Videre har pasientene stor forskjell i boforhold, i sosioøkonomiske forhold og generell helse.

Analysen ble gjennomført i flere etapper. Mange nøkkelfunn kunne gå under flere kategoriseringer. Vi prøvde mange kombinasjoner og diskuterte styrker og svakheter med dem før vi endte med våre fire hovedtema. Det er fullt mulig at det finnes mer hensiktsmessige måter å presentere resultatet på. Hvordan vi grupperte og kategoriserte nøkkelfunn presenteres i Vedlegg 3, slik at leseren kan bedømme valg av hovedtema. Vi

mener at de valgte hovedtemaene belyser godt hvordan det er å leve med diabetiske fotsår, og at presentasjonen av resultat følger Rolfe's tre krav om troverdighet, rimelighet og samvittighetsfullhet (Forsberg og Wengström 2015).

Samarbeidet mellom begge forfatterne i denne oppgaven har vært bra. Diskusjonene mellom forfatterne har vært konstruktive, og vi mener det har løftet oppgaven i sin helhet. Vi har motivert hverandre til å jobbe disiplinert, selv i akademisk tunge perioder.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Herunder diskuteres resultatene om hvordan pasienter erfarer å leve med diabetiske fotsår, opp imot valgt teori og annen forskning. Videre drøftes implikasjoner for sykepleiepraksis.

### **5.2.1 Å leve med begrensninger**

Sår som ikke ville gro i løpet av et års langtidsstudie hadde signifikant påvirkning på rollebegrensninger, og fysisk og sosial fungering (Ribu *et al* 2008). I de forskjellige studiene var det å leve med begrensninger sterkt knyttet til en følelse av tap, savn og sorg (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a, Beattie *et al* 2012). En pasient understreker opplevelsen av tap ved å beskrive livet med diabetiske fotsår som et halvt liv (Hjelm *et al* 2002). At ulike sider av å leve med begrensninger er så fremtredende i studiene viser at de erfares som betydningsfulle for pasientene. Kronisk sykdom preges av at; *“Sykdommen griper inn i dagliglivet og setter helt nye betingelser for livsutfoldelsen på en rekke områder”* (Gjengedal og Hanestad 2007, s. 10).

Sorg er en menneskelig reaksjon på tap av det som er meningsfullt. Sykepleiere kan gi sin støtte ved å la pasienten snakke om og bearbeide sine følelser rundt tapet (Hummellvoll 2012). Likevel burde sykepleieren være klar over at en fastlåst sorgprosess kan gli over i depresjon (Hummellvoll 2012), som hos noen pasienter i Kinmond *et al* (2003) og Hjelm *et al* (2002). Goodridge *et al* (2005) rapporterer at 70% av pasientene med ikke helet diabetiske fotsår sliter med angst og depresjon. Ifølge Kinmond *et al* (2003) og Beattie *et*

*al* (2012) trenger denne pasientgruppen større psykososial støtte enn det de får. Hummelvoll (2012) sier at det viktigste i møte med pasienter med depresjon er å understøtte pasientens selvaktelse og tilknytning til andre. Ved å gjøre seg tilgjengelig kan sykepleieren hjelpe pasienten med å bearbeide erfaringen av meningsløshet, og styrke pasientens følelse av kontroll.

I de ulike studiene hadde begrensninger tydelig sammenheng med tap av vante aktiviteter, å ikke kunne delta i meningsbærende arena og identitetskriser. Betydningen av å kunne være aktiv og utføre ADL ses ved at pasienter uttrykker et sterkt ønske om å leve som normalt (Hjelm *et al* 2002 og Beattie *et al* 2012). Aktivitet er grunnleggende for mennesker; det byr på måter å oppleve og uttrykke engasjement (Lerdal og Grov 2011). Når pasientene skulle beskrive faktorer som var viktig for helse, nevnte de å leve så normalt som mulig, å være aktiv, fri og spontan, å kunne jobbe og å delta i sosiale miljø (Hjelm *et al* 2002).

Diabetiske fotsår gjorde det utfordrende å delta i meningsbærende arenaer (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a og Beattie *et al* 2012). Både yngre og eldre pasienter uttrykte frustrasjon over å ikke kunne delta i sosiale sammenhenger (Beattie *et al* 2012). For spesielt eldre pasienter kunne det sosiale nettverket bli veldig innskrenket etter hvert som de ble isolerte og avhengige av hjelp (Kinmond *et al* 2003 og Ribu og Wahl 2004b). For noen pasienter var hjemmesykepleierne de eneste de hadde kontakt med (Ribu og Wahl 2004b). Ved å være bevisst på betydningen av disse møtene, kan sykepleiere styrke håp gjennom å gjøre seg tilgjengelig og å lytte til pasienten (Rustøen 2007).

Begrenset deltakelse på arbeidsplassen blir spesifikt nevnt som tap av en meningsbærende arena (Kinmond *et al* 2003). Sykemeldinger medførte manglende felles erfaringer som gjorde at en mistet sin plass i jobbfellesskapet. Arbeidsledighet og uførhet viser seg å være et utbredt problem; i Ribu *et al* (2008) hadde bare 40.2% enten fulltid- eller deltidsjobb, og i Goodridge *et al* (2005) var de fleste enten arbeidsledige, tidlig pensjonerte eller uføretrygdet. Hvis pasientene kunne komme tilbake til jobber der de kunne sitte og ikke belaste foten, hadde de større sjanse for å bli i arbeid (Goodridge *et al* 2005). Ifølge Arbeidstilsynet (2017) skal arbeidsplasser ha en oppfølgingsplan for sykemeldte, der NAV kan trekkes inn for å vurdere veien videre. Aktuelle tiltak kan være å tilrettelegge fysiske

krav, tidskrav, å gi andre arbeidsoppgaver eller omskolering. Ifølge NAV (2017) kan virksomheter med IA-avtaler få ressurser og bistand fra NAV for å tilrettelegge det slik at pasienter kan fortsette i arbeid.

Rollebegrensninger ble ofte ansett som trusler mot identitet, som for eksempel det å være far, bestemor, eller sønn (Kinmond *et al* 2003). Å bli avhengig av andre og føle seg som en byrde frarøver personen sin følelse av frihet og autonomi og vante familieroller (Kinmond *et al* 2003). Det var også belastende for kvinner å ikke kunne kle seg som de ønsket, da de anså klær og sko som måter å uttrykke sin identitet som kvinner (Hjelm *et al* 2002, Kinmond *et al* 2003 og Beattie *et al* 2012). Gjengedal og Hanestad (2007) nevner at kronisk sykdom ofte medfører en splittet selvopplevelse.

Antonovsky (2000) beskriver hvordan voksne etablerer meningsgivende identitetsroller gjennom familie og arbeidssammenheng. En opplevelse av mening er essensiell for mestring og er nært knyttet til identitet (Kristoffersen 2016). Begrensninger i rolleutøvelse kan true områder pasienten opplever som meningsfulle. Den store faren ved depresjon er at opplevelsen av meningsløshet kan true pasientens engasjement (Hummellvoll 2012), noe som igjen kan true pasientens mestringsevne (Antonovsky 2000). Rustøen (2007) sier at håp kan styrke pasientens mot og engasjement. Å sette ord på utfordringer og å sette seg nye mål kan være gode tiltak.

### **5.2.2 Smerter og utmattelse**

Resultatene i Ribu og Wahl (2004a), Ribu *et al* (2006) og Nemcová *et al* (2016) viser at sykepleiere ikke bør undervurdere prevalensen og betydningen av smerter blant pasienter med diabetiske fotsår. Cirka tre fjerdedeler i Ribu *et al* (2006) og Nemcová *et al* (2016) erfarte smerte, og det påvirket gange, ståing og søvn (Ribu *et al* 2004a og Ribu og Wahl 2004b).

Brandbury og Price (2011) støtter også betydningen av smerter blant pasienter med diabetiske fotsår. De belyser hvordan smerter påvirker begrensninger, reaksjoner på å leve med fotsår og møtet med helsevesenet. Smerter begrenset fysisk funksjon og mobilitet.

Pasienter nevner manglende motivasjon, depresjon, og en følelse av uro. Sårstell var smertefullt for en pasient som fikk hjelp av kommunale sykepleiere.

Vedvarende smerter begrenser fysiske aktiviteter, og kan føre til negative følelser som ensomhet, hjelpeløshet og depresjon. Smerter har ringvirkninger for betydningsfulle livsområder, og kroniske smerter gir utilfredshet på områder som er viktig for pasienten (Ljoså og Rustøen 2007). Dette kan igjen påvirke hvorvidt pasienten erfarer sin situasjon som håndterbar og meningsfull. Ljoså og Rustøen (2007) skriver at en tendens til å ikke fortelle helsepersonell om smerter fører til at mange ikke får adekvat smertelindring. Sykepleiere kan ta initiativ til å spørre om hvordan pasienten erfarer smerte.

I Ribu *et al* (2006) hadde en større prosent av de med smerter resept på smertestillende legemidler enn de uten smerter. Likevel, var det bare 20% av de med smerter som hadde resept. Dette kan bety at pasientene får for lite smertestillende, og at de som har resept får utilfredsstillende smertelindring fra legemidlene. Det er også mulig at pasientene velger å ikke ta de forordnede legemidlene. I Ribu og Wahl (2004a) nevner noen pasienter at de er redd for å bli avhengig av smertestillende, noe som også nevnes i Brandbury og Price (2011).

Mye kan tyde på at pasientene ikke får tilfredsstillende smertelindring (Ljoså og Rustøen 2007). God smertebehandling krever kartlegging, å ta pasientens opplevelser på alvor, utprøving, vurdering og dokumentering. For pasienter med nevrologiske smerter, kan antidepressiva, antiepileptika og muskelrelaxerende midler være nødvendig supplerings til vanlige analgetika (Ljoså og Rustøen 2007). God smertelindring er viktig siden smerter påvirker fysisk funksjon og søvn (Ljoså og Rustøen 2007). Igjen gjelder det å være lydhør overfor pasienten.

I Ribu *et al* (2006) hadde 60,5% smerter om natten. Pasienter i Ribu og Wahl (2004a), Hjelm *et al* (2002) og Kinmond *et al* (2003) nevner forstyrret nattesøvn. Bachmann og Lindhart (2011) forklarer hvor viktig søvn er for immunforsvaret og for sårheling. Under dyp søvn skiller kroppen ut veksthormoner og danner visse hvite blodceller og cytokiner. Ved økende alder, inaktivitet og hyppige oppvåkninger, minker mengden dyp søvn. Videre forsterker smerter og søvnløshet hverandre, og insomnia har uheldig påvirkning av kroppens følsomhet overfor insulin (Bachmann og Lindhart 2011). Samlet sett er disse

faktorene uheldige for pasienter med diabetiske fotsår. Dermed kan søvnforstyrrelser hos pasienter med diabetiske fotsår med fordel få økt oppmerksomhet.

Utmattelse byr på utfordringer i hverdagen (Hjelm *et al* 2002 og Ribu og Wahl 2004a). Manglende overskudd sammen med behovet for å kartlegge hverdagen og samle energi er begrensende. Det blir vanskeligere å engasjere seg i aktiviteter og sosiale arena som betyr noe for pasienten. Dette kan gjøre hverdagen mindre meningsfull og håndterbar, noe som kan svekke opplevelsen av sammenheng (Antonovsky 2000). Sykepleieren kan bidra ved å tilby praktisk hjelp, slik at pasienten ikke trenger å sløse bort dyrbar energi. Videre kan kartlegging muligens avdekke områder som kan tilrettelegges, slik at pasienten har mulighet til å engasjere seg i det pasienten opplever som meningsfullt.

### **5.2.3 Reaksjoner på å leve med diabetiske fotsår**

Pasienter med diabetiske fotsår rapporterer nedsatt livskvalitet (Goodridge *et al* 2006 og Nemcová *et al* 2016) som forverres over tid når såret ikke vil gro (Ribu *et al* 2008). De som hadde utviklet et diabetisk fotsår for første gang hadde signifikant bedre livskvalitet enn de som hadde flere episoder med fotsår (Nemcová *et al* 2016). En mulig forklaring er at gjentatte episoder med diabetiske fotsår svekker følelsen av kontroll over sykdomsforløpet.

Følelsen av manglende kontroll går igjen i studiene. Negative emosjoner knyttet til den opplevelsen var sinne, angst, redsel og bekymringer for fremtiden. En fot i endring (Ribu og Wahl 2004a), umeldte skader (Hjelm *et al* 2002 og Beattie *et al* 2012), ikke-helende sår (Goodridge *et al* 2006 og Ribu *et al* 2008), og risikoen for et nytt fotsår eller amputasjon (Hjelm *et al* 2002 og Beattie *et al* 2012) var stressfaktorer i et uforutsigbart sykdomsforløp.

For at pasienter med diabetiske fotsår skal kunne mestre sykdomsforløpet, er det viktig at det oppleves som begripelig og håndterbart (Antonovsky 2000). Kunnskap om diabetiske fotsår varierer mye blant pasientene. Årsaken til fotsår og påfølgende amputasjon fikk ulike forklaringer fra pasientene. Noen pasienter nevner at de hadde fått manglende informasjon fra helsepersonell om hvordan å forebygge fotsår (Hjelm *et al* 2002) og noen

skyldte på seg selv og følte skyld og skam (Ribu og Wahl 2004a og Beattie *et al* 2012). Når pasienter gir uttrykk for informasjonsbehov (Hjelm *et al* 2002, Beattie *et al* 2012 og Delea *et al* 2015), er det en gylden mulighet for helsepersonell; de kan styrke pasientens opplevelse av sammenheng ved å gjøre situasjonen begripelig. Beattie *et al* (2012) argumenterer for en sammenheng mellom følelsesmessige reaksjoner, forklaringer og atferd. Dersom sykepleiere skal kunne styrke pasientens mestring, bør det tas hensyn til pasientens forståelse og følelsesmessige reaksjoner av sykdommen.

I Beattie *et al* (2015) beskrev flere pasienter forskjellige konstruktive tiltak for å forebygge et nytt fotsår. Likevel nevnte de at de var usikre på hvor lenge de klarte å holde ut. En følelse av uhandterbarhet førte til en pessimistisk og passiv holdning. Ulike responser på følelsen av manglende kontroll kunne være hjelpeløshet, resignasjon eller en påståelig årvåkenhet (Hjelm *et al* 2002). Livet har endret seg drastisk og er et uforutsigbart sykdomsforløp med stabile og ustabile faser som krever omstillinger og tilpasninger (Gjengedal og Hanestad 2007).

Manglende følelse av kontroll svekker opplevelsen av håndterbarhet, og dermed pasientens mestringsevne (Antonovsky 2000). Ved å styrke pasientens tro på mestring, kan livet med fotsåret blir mer håndterbart. For eksempel vil pasienter med færre forestilte barrierer og høyere tro på egen kompetanse, ha større sannsynlighet for å utføre daglige foteksaminasjoner (Chin *et al* 2012).

For å prøve å leve så normalt som mulig og for å bekrefte sin egen autonomi, valgte mange pasienter bevisst å ignorere helseråd til tross for konsekvensene (Kinmond *et al* 2003, Beattie *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). En pasient viser tydelig hvor viktig det å leve normalt kan være; hun foretrekker heller å leve med et lite fotsår enn å gå med de stygge ortopediske skoene hun ble tilrådet å bruke (Beattie *et al* 2012). Dette gir sykepleiere en utfordring da avlastning, riktig fottøy, daglig fotegenomsorg og årvåkenhet er viktige tiltak for at et diabetisk fotsår skal gro (Langøen og Gürgen 2012b).

Samtidig påpeker Gjengedal og Hanestad (2007) at ønsket om å leve normalt til tross for ulemper bidrar til håp, og er viktig for mestring. Denne studien viser at restriksjoner, begrensinger og å måtte være årvåken og påpasselig er psykisk belastende for pasienten. Ifølge *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, er sykepleierens ansvar å understøtte



pasientens mulighet til å ta selvstendige valg. Sykepleiere bør dessuten ha fokus på pasientens håp, livsmot, og egen mestring (NSF 2017).

#### **5.2.4 Møtet med helsevesenet**

Møtet med helsevesenet bidro ikke alltid til å styrke pasientenes opplevelse av begripelighet. I Ribu og Wahls (2004b) nevner pasientene manglende informasjon, at hjemmetjenesten ikke følger sårprosedyrer og at helsetilbudet er fragmentert. Forståelse, struktur og forutsigbarhet er viktig for at pasienten skal kunne oppfatte situasjonen som begripelig (Antonovsky 2000). Praktiske måter å styrke begripelighet på er å gi god informasjon, gi struktur ved å følge sårprosedyrer og tilstrebe mest mulig kontinuitet.

Informasjon er en pasientrettighet (Pasientrettighetsloven 2016) og helsepersonellplikt (Helsepersonelloven 2016), og skal gis til pasienten uoppfordret (Molven 2012). Grady *et al* (2011) viser at fokus på helsegevinster øker sjansen for at pasienter fortsetter med helsefremmende atferd enn hvis det fokuseres på det negative. Antonovsky (2000) oppfordrer til å fokusere på det som er helsefremmende. En positiv vinkling kan muligens styrke pasientens opplevelse av sammenheng. Rustøen (2007) nevner at helsepersonell kan styrke håp ved å ta seg tid, informere og være ærlig og respektfulle.

Det er uheldig når sårstellprosedyrer ikke blir fulgt, som i Ribu og Wahls (2004b). Dette svekker opplevelsen av struktur og pasientens tillit til helsepersonell. Ifølge Langøen og Gürgen 2012a) krever behandling av diabetiske fotsår systematisk observasjon og dokumentasjon for å kunne velge målrettede og tilpassede tiltak. Behandlingsstrategien rettes mot etiologi; ødem krever kompresjon, iskemi må sannsynligvis korrigeres gjennom et kirurgisk inngrep, og trykksår trenger avlastning (Langøen og Gürgen 2012a).

En pasient i Ribu og Wahl (2004b) sier at han er avhengig av at hjemmesykepleien følger med på utviklingen av såret, men nevner at manglende kontinuitet gjør dette vanskelig. Et fragmentert helsetilbud vil svekke opplevelse av forutsigbarhet. Ifølge *Yrkesetiskeretningslinjer for sykepleier* punkt 6.1-6.4, bør sykepleiere engasjere seg i den helsepolitiske utviklingen for å sikre ressurser som muliggjør god sykepleiepraksis (NSF 2017).

Å følge restriksjoner og møte opp på polikliniske timer var belastende for pasienter (Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a, Beattie *et al* 2012 og Delea *et al* 2015). Pasienter i flere studier følte at de ikke fikk den bistanden de trengte eller hadde juridisk rett på. I Kinmond *et al* (2003) blir ansvaret skjøvet på de pårørende. I Delea *et al* (2015) fikk en pasient ikke hjemmesykepleie når han følte han trengte det. I Ribu og Wahl (2004a) nevnte en pasient at hun ikke fikk all hjelpen hun hadde krav på grunnet manglende ressurser.

For at situasjonen skal oppleves som håndterbar, må pasientene ha tillit til at de får den hjelpen de trenger (Kristoffersen 2016). Rustøen (2007) sier også at det å være hjelpsom og gjøre noe konkret styrker håpet. Pasienter i Ribu og Wahl (2004b) opplevde at noen sykepleiere var usikre på sårstellprosedyrene og manglet kompetanse. Derfor er det viktig at sykepleiere formidler trygghet og kompetanse, slik at situasjonen oppleves som håndterbar.

I Ribu og Wahl (2004b) satte pasientene pris på at sykepleier informerte underveis i sårstellprosedyren slik at de fikk følge med. Det var positivt hvis sykepleier viste interesse og gav tilbakemelding om forbedringen av såret. Medvirkning kan styrke pasientens opplevelse av mening (Antonovsky 2000). I Matricciani og Jones (2015) hadde kommunikasjon med fokus på medvirkning positiv effekt på pasientens fot-egenomsorg. Flere pasienter i Ribu og Wahl (2004b) nevner at sykepleiere ikke spør dem om sårstellprosedyren. At pasienten i Kinmond *et al* (2003) valgte å trosse helse råd for å bekrefte sin autonomi, kan tyde på at han erfarte lite medvirkning i sin behandling. Ved å spørre, kan sykepleier gi pasienten økt følelse av å ha medvirkning i behandlingen (Antonovsky 2000). Rustøen (2007) nevner at ved å gi valgmuligheter rettes fokuset på muligheter og deltakelse, noe som kan styrke opplevelsen av håp.

Kvaliteter pasientene setter pris på hos sykepleiere er å bli sett, at det er god kommunikasjon, at de tar seg tid, viser forståelse for den vanskelige situasjonen deres og at de engasjerer seg (Ribu og Wahl 2004b og Delea *et al* 2015). En pasient i Ribu og Wahl (2004a) nevner betydningen av at en sykepleier lot henne lufte sin frustrasjon. Flere pasienter opplever manglende forståelse fra noen helsepersonell (Kinmond *et al* 2003, Ribu og Wahl 2004a, Ribu og Wahl 2004b og Delea *et al* 2015). Andre nevner upersonlige

møter med helsevesenet (Ribu og Wahl 2004b og Delea *et al* 2015). Ifølge Rustøen (2007) vil det å trekke seg unna og behandle pasienten som en ikke-person svekke håp. På den andre siden vil vennlighet, å ta seg tid, og å gjøre seg tilgjengelig styrke håpet.

### **5.3 Konklusjon**

Denne litteraturstudien avdekket fire hovedtema om hvordan pasienter erfarer å leve med diabetiske fotsår. Hovedtemaene er å leve med begrensninger, smerte og utmattelse, reaksjoner på å leve med diabetiske fotsår, og møtet med helsevesenet. Pasientgruppen er utsatt for opplevelse av tap, smerte, utmattelse, mangel på kontroll over sykdommen, og forskjellige negative emosjoner. Ulike mestringsstrategier pasientene valgte var å bli tvangsmessig påpasselige eller bli resignerte. Ellers tok de strategiske valg der de utførte potensielt farlige aktiviteter for å kunne leve som normalt eller bekrefte sin autonomi.

Sykepleieren kan bidra til å gjøre livet med diabetiske fotsår begripelig, håndterbart og meningsfullt. Viktige tiltak er god informasjon, å tilstrebe kontinuitet, være behjelpelig, skape tillit til sykepleierens kompetanse og tilrettelegge for medvirkning. Håp og tillit styrker opplevelsen av sammenheng, og dette gjør det lettere for pasienter å mestre det å leve med diabetiske fotsår.

Siden det er stor variasjon på alder hos pasientene i studiene, kunne det ha vært nyttig å vite hvordan begrensninger erfares i de forskjellige aldersgruppene. Videre kan de ulike grunner til at pasienter velger å ikke følge helseråd kartlegges, med fokus på akseptable tiltak som erfares mindre begrensende. Ut i fra denne studien kan det virke som at smerte, søvnforstyrrelse og utmattelse er viktige problemer som krever økt fokus. Vi har diskutert noen måter å møte pasientenes psykososiale behov på, men dette kunne også forskes videre på. Muligens hadde et fagutviklingsprosjekt kunne øke sykepleierens trygghet og kompetanse i sårstell.

## Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2000). Oversatt av Lev, A. *Heldbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Arbeidstilsynet (2017). *Tilrettelegging og oppfølging av sykemeldte*. Tilgjengelig fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78249#Tilrettelegging> (Hentet: 13/5-17).
- Bachmann, M, og Lindhardt, J. (2011) Søvn og hvile. I: Holter, I.M, og Mekki, T.E (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 659-703.
- Beattie, A.M, Campbell, R. Vedhara, K. 'Whatever I do it's a lost cause.' *The emotional and behavioral experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study*. Health Expectations (2012). Vol: 17. s429-439. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x
- Brandbury, S.E, og Price, P.E. (2011). Diabetic foot ulcer pain: The hidden burden (Part two). *European Wound Management Association Journal* 11 (2), s. 25-37.
- Chin, Y-F, Huang, T-T, og Hsu, R-S (2012). Impact of action cues, self-efficacy and perceived barriers on daily foot exam practice in type 2 diabetes mellitus patients with peripheral neuropathy. *Journal of Clinical Nursing* 22, s. 61-68. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04291.x
- Dalland, O. (2014). *Metode og Oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Delea, S, Buckley, C, Hanrahan, A, McGreal, G, Desmond, D, og McHugh, S. *Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services*. BMC Health Services Research (2015). Vol: 15. s. 251. DOI: 10.1186/s12913-015-0926-9.

- Dubsky, M, Jirkovská, A, Bem, R, Fejfarová, V, Skibová, J, Schaper, N.C, og Lipsky, B.A. (2012). Risk factors for recurrence of diabetic foot ulcers: follow-up analysis in the Eurodiale subgroup. *International Wound Journal*, s. 555-561.
- Evans, D. (2002). Systematic Reviews of Interpretative Research: Interpretive Data Synthesis of Processed Data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2), s. 22-26.
- Forsberg, C. og Wengstöm, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4 utg. Lettland: Natur & Kultur.
- Gjengedal, E og Hanestad, B.R. (2007) Innledning. I: Gjengedal, E, og Hanestad, B.R. (red). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. 4 utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 10-26.
- Goodridge, D, Trepman, E, og Embil, J.M. (2005). Health-Related Quality of Life in Diabetic Patients with Foot Ulcers: Literature Review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, s. 368-377.
- Goodridge, D, Trepman, E, Sloan, J, Guse, L, Strain, L.A, McIntyre, J, Embil, J.M. (2006). Quality of Life of Adults with Unhealed and Healed Diabetic Foot Ulcers. *Foot & Ankle International* 27 (4), s. 274-280.
- Grady, J.L, Entin, E.B, Entin, E.E., og Brunyé, T.T. (2011). Using message framing to achieve long-term behavioral changes in persons with diabetes. *Applied Nursing Research* 24, s. 22-28.
- Guyton and Hall. (2011). *Textbook of Medical Physiology* 12 utg. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Helsepersonelloven (2016). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell%20loven> (hentet: 16. mai 2017)

- Helsedirektoratet (2017). *Informasjon og råd om diabetes – fotpleie og sårbehandling*.  
Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/informasjon-og-rad-om-diabetes-fotpleie-og-sarbehandling> (Hentet 13/5-17).
- Hjelm, K, Nyberg, P, og Apelqvist, J. (2002). Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. *Journal of Advanced Nursing* 40 (6), s 673-684.
- Hummelvoll, J.K (2012). *HELT- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, Beskrivelse og Forklaring: Innføring i Metode for Helse- og Sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kinmond, B, McGee, P, Gough, S, and Ashford, R. (2003). 'Loss of self': a psychosocial study of the quality of life of adults with diabetic foot ulceration. *Journal of Tissue Viability* 13 (1), s. 6-16.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F, Skaug, E-A (red). *Grunnleggende Sykepleie* Bind 1, 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 29-87.
- Langøen, A og Gürgen, M (2012a). Forebygging og behandling av sår. Etiologisk inndeling I: Langøen, A (Red.). *Sårbehandling og Hudpleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo s. 251-311.
- Langøen, A og Gürgen, M (2012b). Sårbehandling, generelle prinsipper I: Langøen, A (Red.). *Sårbehandling og Hudpleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo s. 165-250.
- Lerdal, A, og Grov, E.K. (2011). Aktivitet. I: Holter, I.M, og Mekki, T.E (red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 640-658.

- Lerdal, A (2010). Tretthet og utmattelse. I: Knutstad, U. (red). Sentrale begreper i klinisk sykepleie 3 ut. Oslo Akribe AS, s. 125-135.
- Lindskog, B.I. (2003). *Store medisinske Ordbok*, 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ljoså, T.M, og Rustøen, T. (2007) Kronisk smerte, lidelse og håp: Kronisk smerte. I: Gjengedal, E, og Hanestad, B.R. (red). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. 4 utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 60-78.
- Matricciani, L og Jones, S. (2015). Who Cares About Foot Care? Barriers and Enablers of Foot Self-care Practices Among Non-Institutionalized Older Adults Diagnosed With Diabetes: An Integrative Review. *The Diabetes EDUCATOR* 41 (1), s. 106-117. Doi: 10.1177/014-5721714560441.
- Mosand, R.D, og Stubberud, D-G. (2010a) Sykepleie ved diabetes mellitus. I: Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. Red. *Klinisk Sykepleie 1*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 507-537.
- NAV (2017). *Vil dere bli IA-virksomhet?* Tilgjengelig fra:  
<https://www.nav.no/no/Bedrift/Inkluderende+arbeidsliv/Vil+dere+bli+IA+virksomhet> (Hentet 13/4-17).
- Nemcová, J, Hlinková, E, Farský, I, Ziaková, K, Jarosová, D, Zeliníková, R, Buzgová, R, Janíková, E, Zdzieblo, K, Wiraszka, G, Stepień, R, Nowak-Starz, G, Csernus, M, og Balogh, Z. (2016). Quality of life in patients with diabetic foot ulcer in Visegrad countries. *Journal of Clinical Nursing* 4, s. 1-12. Doi: 10.1111/jocn.13508
- NSF (2017). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2016). Tilgjengelig fra:  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>. Hentet 13/5-17.

- Pasient- og brukerrettighetsloven (2015). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighets%20loven> (Hentet:16. mai 2017)
- Ribu, L og Wahl, A. (2004a). Living with diabetic foot ulcers: A life of Fear, Restrictions, and Pain. *Ostomy/Wound Management* 50 (2), s. 57-67.
- Ribu, L og Wahl, A. (2004b). How patients with diabetes who have foot and leg ulcers perceive the nursing care they receive. *Journal of Wound Care* 13, s. 65-68.
- Ribu, L, Rustøen, T, Birkeland, K, Hanestad, B.K, Paul, S.M, og Miaskowski, C (2006). The Prevalence and Occurrence of Diabetic Foot Ulcer Pain and Its Impact on Health-Related Quality of Life. *Journal of Pain* 7 (4), s. 290-299.  
DOI:10.1016/j.jpain.2005.12.002
- Ribu, L, Birkeland, K, Hanestad, B, Moum, T og Rustoen, T. (2008). A longitudinal study of patients with diabetes and foot ulcers and their health-related quality of life: wound healing and quality of life changes. *Journal of Diabetes and its Complications* 20, s. 400-407. DOI:10.1016/j.jdiacomp.2007.06.006
- Rustøen, T (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I: Gjengedal, E, og Hanestad, B.R. (red). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. 4 utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 93-102.
- Wahl, A, og Hanestad, B.R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring: Livskvalitet. I: Gjengedal, E, og Hanestad, B.R. (red). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. 4 utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS, s. 29-40.



## **Vedlegg**

**Vedlegg 1: Tabell 1: PEO modell og Tabell 2: Inklusjons og eksklusjonskriterier**

**Vedlegg 2: Søkehistorikk**

**Vedlegg 3: Tabell 3: Kategorisering av hovedfunn**

**Vedlegg 4: Litteraturmatriser**

**Vedlegg 1:**

**(Tabell 1) PEO-modellen**

P	Population	diabetes, diabet*.
E	Exposure	foot ulcer, diabetic foot ulcer, foot lesion, (fotsår).
O	Outcome	patient experience, patient perspective, patient view, perception, life, qualitative study, quality, (erfaring).

**(Tabell 2) Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasientperspektiv	Publisert før 2000 for kvalitative Publisert før 2006 for kvantitative
Helede og ikke-helede diabetiske fotsår	Andre typer fotsår uten samtidig diabetes.
Pasienter over 18 med diabetes mellitus type 1 & type 2	Studier utenfor Europa eller Nord Amerika.
Etisk vurdering og godkjenning	Case studier eller små studier
Artikler skrevet på engelsk eller nordiske språk	

**Vedlegg 2: Litteratursøk: Søkehistorikk**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Experience AND foot ulcer AND diabet*	30.03. 2017	ScienceDirect	A) 44 B) 91	2 3	2 2	A) 'Loss of self': psychosocial study of the quality of life of adults with diabetic foot ulceration  B) A longitudinal study of patients with diabetes and foot ulcers and their health-related quality of life: wound healing and quality changes
Patient perspective AND Life AND Foot ulcer AND diabet*	30.03. 2017	ScienceDirect	70	3	0	0
Experience AND Life AND Foot ulcer AND diabet*	31.03. 2017	Cinahl Complete	22	3	2	'Whatever I do it's a lost cause'. The emotional and behavioral experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study  Quality of Life of Adults with Unhealed and Healed Diabetic Foot Ulcers

Patient perspective AND foot ulcer AND diabet*	30.03. 2017	Cinahl Complete	12	1	1	The Prevalence and Occurrence of Diabetic Foot Ulcer Pain and Its Impact on Health-Related Quality of Life
life AND diabetes AND foot ulcer AND qualitative study	30.03. 2017	Cinahl Complete	9	2	1	How patients with diabetes who have foot and leg ulcers perceive the nursing care they receive
Diabet* AND fotsår AND erfaring	30.03. 2017	SveMed+	0	0	0	0
Diabet* AND fotsår	30.03. 2017	SveMed+	9	0	0	0
Experience AND foot ulcer AND diabet*	31.03. 2017	Pubmed	45	14	2	Quality of life in patients with diabetic foot ulcer in Visegrad countries
Patient perspective AND Life AND Foot ulcer AND diabet*	31.03. 2017	Pubmed	11	3	0	0
Patient perspective AND Foot ulcer AND diabet*	31.03. 2017	Pubmed	67	7	1	Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services.
life AND diabetes AND foot ulcer AND qualitative study	30.03. 2017	Pubmed	3	2	0	0

Experience AND foot ulcer AND diabet*	31.03.2017	Ovid Nursing	67	6	1	0
Patient perspective AND Life AND Foot ulcer AND diabet*	31.03.2017	Ovid Nursing	2	2	0	0
Patient perspective AND foot ulcer AND diabet*	31.03.2016	Ovid Nursing	0	0	0	0
Diabetic foot ulcer AND (patient view OR patient perspective OR perception OR experience) AND quality	04.04.2017	Cinahl Complete	21	4 (Bestillinger fra Sverige):  Chronic foot ulcers associated with diabetes: patient's view. <i>(Ikke fått svar)</i>  Perception of quality of life by patients with diabetic foot ulcers. <i>(Samme studie som allerede er inkludert i oppgaven).</i>  Living with diabetic foot ulcers: a life of fear, restrictions, and pain	3	Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions  Living with diabetic foot ulcers: a life of fear, restrictions, and pain <i>(Ikke tilgjengelig i Norge eller Sverige. Fått det som PDF av Ribu via epost 25.4.2017).</i>
Diabetic foot ulcer AND (patient view	04.04.2017	Pubmed	61	7	0	0

OR patient perspective OR perception OR experience) AND quality						
Diabetic foot ulcer AND (patient view OR patient perspective OR perception OR experience) AND quality	04.04. 2017	Ovid Nursing	7	4	0	0
Diabetic foot ulcer AND (patient view OR patient perspective OR perception OR experience) AND quality	04.04. 2017	ScienceDirect	A) 3125 B) 111	A) 0 B) 9	A) 0 B) 2	0 0

**Vedlegg 3: Fase 2-3-4 av Evans litteraturstudiemodell**

Identifisering av nøkkelfunn <i>Steg 2</i>	Kategorisering av nøkkelfunn <i>Steg 3</i>	Hovedtema <i>Steg 4</i>
Avhengighet av andre Å føle seg som en byrde En usikker fremtid (frykt og bekymring) Å leve med risiko Frykt for amputasjon Smerte og utmattelse Sinne Depresjon Frustrasjon Tap av selv/trussel mot identitet	Avhengighet av andre Å føle seg som en byrde Tap av selv/trussel mot identitet Isolasjon Innskrenket sosialt liv Fysiske begrensninger Sosiale begrensninger Sosial fungering Sykemelding/uføretrygd	<b><u>Å leve med begrensninger</u></b>  Fysiske begrensninger  Sosiale utfordringer  Arbeidsforhold  Avhengighet av andre
Tap av selv/trussel mot identitet Isolasjon Innskrenket sosialt liv Møtet med helsepersonell Upersonlig pleie Smerte ved gange Smerte ved ståing Manglende kompetanse hos helsepersonell Mangel på søvn Behov for informasjon Å leve med risiko Ønsket om å leve normalt Fysiske begrensninger Sosiale begrensninger Økonomiske forhold Livskvalitet Mestringsstrategier Fragmentert helsetilbud	En usikker fremtid (frykt og bekymring) Å leve med risiko Frykt for amputasjon Økonomiske forhold Sinne Depresjon Frustrasjon Å leve med risiko Ønsket om å leve normalt Livskvalitet Mestringsstrategier Opplevd helse Compliance/Strategisk adherence Kjønnsforskjell i mestringsstrategier Livsstilsendring Manglende forståelse	<b><u>Reaksjoner på å leve med diabetiske fotsår</u></b>  Manglende kontroll  Følelsesmessige reaksjoner  Mestringsstrategier
Sosial fungering Opplevd helse Compliance/Strategisk adherence Kjønnsforskjell i mestringsstrategier Livsstilsendring Sykemelding/uføretrygd Manglende forståelse	Møtet med helsepersonell Upersonlig pleie Manglende kompetanse hos helsepersonell Behov for informasjon Fragmentert helsetilbud	<b><u>Møtet med helsepersonell</u></b>  Manglende kompetanse  Upersonlige møter  Informasjonsbehov
	Smerte og utmattelse Smerte ved gange Smerte ved ståing Mangel på søvn	<b><u>Smerte og utmattelse</u></b>  Søvn og utmattelse  Smerter ved fysisk aktivitet

**Vedlegg 4: Litteraturmatriser**

**Litteraturmatrise 1**

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Beattie, A.M, Campbell, R. Vedhara, K. 'Whatever I do it's a lost cause.' <i>The emotional and behavioural experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study.</i> Health Expectations (2012). Vol: 17. s429-439. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x</p> <p>Storbritania</p>	<p>Mennesker som har hatt diabetiske fotsår har en høy risiko for å få dem igjen.'</p> <p>Studien har ønsket å utforske emosjonell oppførsel og konsekvenser av å leve med en forhøyet risiko for å utvikle diabetiske fotsår.</p>	<p>Behavioral experiences</p> <p>Diabetic foot ulcers</p> <p>Emotional experiences</p> <p>Psychological support</p> <p>Risk of reulceration</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie.</p> <p>Det ble gjennomført intervju, og ført inn på lydbånd.</p>	<p><b>Lite forståelse:</b> mange av deltakerne følte de hadde lite eller ingen kontroll i hvordan de skulle forebygge fotsår. Det var en følelse av håpløshet i forebyggingen av fotsår, det ble sett på som 'en tapt sak' og 'beseiret av sykdommen'</p> <p><b>Negative følelser:</b> Frykt og bekymringer, engstelse av tanken på og utvikle fotsår. Restriksjoner i livet og evnen til å leve et selvstendig liv. En deltaker var vettskremt etter å ha fått nye ortopediske sko for at disse skulle skrape opp huden.</p> <p><b>Frykt for amputasjon:</b> den største frykten var å miste en fot. Blir beskrevet som en 'emosjonell karusell' når tåa på foten "hang i en snor" for å amputeres, og når den akutte trusselen gikk tilbake.</p> <p><b>Skyld og skyldfølelse:</b> De fleste deltakerne uttrykket at de angret på å ikke ha stort nok fokus på føttene sine tidligere i livet. Noen nevnte at de nå betalte for neglekten, og andre la skyld på seg selv.</p> <p><b>Første erfaringer:</b> Deltakere visste ikke om fotsår i fremtiden kunne forebygges eller ikke, mangel på kunnskap ift. når en bør handle/søke hjelp.</p> <p><b>Prate med andre:</b> kjente på stigma, og bekymret seg for at sårene var illeluktende og stygge sår. Følelsen av å være en byrde for andre.</p> <p><b>Handlingserfaringer:</b> Mangel på kontroll gjorde at pasientenes handlingsmønster endret seg. Følelsen av lite kontroll.</p> <p><b>Opprettholde feminitet og ta 'risiker':</b> Bruke «risikabelt» fottøy som trendy sko, høye heler.</p> <p><b>Positiv fotpleie:</b> holde motet oppe, utføre fotpleie. Gode handlingsmønster</p>	<p>Har gode intervju hvor pasientene uttaler utfordringer og problemer rundt det å ha diabetiske fotsår.</p>



## Litteratormatrise 2

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Deala, S. Buckley, C. Hanrahan, A. McGreal, G. Desmond, D, Mchugh, S. <i>Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services.</i> BMC Health Services Research (2015). Vol: 15. s. 251. DOI: 10.1186/s12913-015-0926-9</p> <p>Irland</p>	<p>Diabetes er en økende utbredt kornisk sykdom som plasserer en stor byrde på mennesket som har det, helsesystemer og samfunnet.</p> <p>Målet med studien er å utforske holdninger og erfaringer av fotpleie-tilbudet i Irland blant mennesker med diabetes og som har aktive fotsår/amputert deler av foten.</p>	<p>Diabetes</p> <p>Foot disease</p> <p>Lower limb amputation</p> <p>Health services</p> <p>Patient experience</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie.</p> <p>10 Mennesker som hadde enten aktive fotsår, eller amputert som resultat av fotsår ble rekruttert. Individuelle semi-strukturerte intervju ble gjennomført. Tematisk analyse ble brukt for å identifisere, analysere og beskrive mønster mellom den samlede dataen.</p>	<p><b>Behov for støtte fra helsevesenet:</b> Deltakerne ønsket støtte fra helsevesenet, og verdsatte forståelse, empati, forsikring og kommunikasjon. <b>Ulike nivå av forståelse:</b> Pasientenes nivå av forståelse var veldig ulikt, det gikk fra å være «ekspertpasienten» til pasienter som manglet kunnskap om sin sykdom. Å få informasjon fra helsevesenet/helsepersonell var <i>vitalt</i> for noen deltakere for opplæring og til å være oppmerksom på forskjellig type hjelp tilgjengelig for dem. <b>Geografiske utfordringer:</b> Noen deltakere nevnte utfordringene med å bo utenfor byer, hvor tilgangen for støtte fra helsevesenet var vanskeligere å få tak i. <b>Økonomiske utfordringer:</b> Pleien koster penger, og på et allerede «tynt spredt» budsjett var penger en bekymring hos mange. <b>Respons fra helsevesenet:</b> Tilgjengelighet var av og til vanskelig. Deltakerne opplevde stress fra ansatte som noe vanskelig. <b>Bredere kommunikasjon når komplikasjoner oppstår:</b> Flere av deltakerne hadde det vanskelig når komplikasjonene oppsto, og ønsket en bedre kommunikasjon med helsevesenet.</p>	<p>Studien har gode pasientintervju. Utfordringer og styrker fra helsevesenet kommer frem. Belyser også en av de mest fryktede senkomplikasjonene, amputasjon, og hvordan pasienter reagerer på og mestrer denne situasjonen. Hvilket syn pasientene har på helsepersonell når de er i en slik situasjon.</p>

### Litteratormatrise 3

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Kinmond, B, McGee, P, Gough, S, and Ashford, R. (2003). 'Loss of self': a psychosocial study of the quality of life of adults with diabetic foot ulceration. <i>Journal of Tissue Viability</i> 13 (1), s. 6-16. Storbritania	Hensikten er rettet mot å belyse hvordan diabetiske fotsår påvirker livskvalitet ut i fra pasientens eget perspektiv om å leve med diabetiske fotsår.	Diabetic foot ulceration  Psychosocial quality of life  Sense of self  Promotion of health.	Kvalitativ design. Fenomologisk tilnærming, med semi-strukturert samtale-intervjuer. Av 47 som møtte inklusjonskriterier, deltok 21 i studien.  Semi-strukturerte intervjuer var tatt opp, transkribert verbatim, og kodet. Deretter ble tema identifisert og den tverrfaglig forskningsgruppe utførte fortolkende fenomenologisk tilnærming.	<b>Tap/savn</b> var et overordnet tema, der informantene nevnte tap av livet slik det var før, og tap av selvet. Mange nevnte et <b>innskrenket liv med restriksjoner</b> , med redusert mobilitet, krav om forsiktighet og planlegging. Noen valgte å ignorere helse råd for å kunne få tilbake mobilitet og gi uttrykk for autonomi til tross for risikoen. <b>Mange nevnte sosial isolasjon</b> , der fotsåret påvirket sosiale roller og aktiviteter. Sykemeldinger og å bli uføre førte til tap av en meningsbærende arena. I tillegg førte fysiske restriksjoner til fysisk isolasjon. De fleste nevnte at <b>hvordan de så seg selv</b> ble påvirket, som når de ikke kunne dusje, ikke kunne danse, mistet fører kortet, eller måtte bruke klær de ikke følte gav uttrykk for egen identitet. Også uførhet påvirket hvordan de erfarte seg selv. Alle nevnte hvordan avhengighet av andre gjorde at de <b>opplevde seg selv som en byrde</b> . De opplevde spesielt at familiemedlemmer måtte ofre friheter, og måtte ta ansvar for dem. Dette påvirket familieroller.	Studien belyser flere områder som pasienter selv opplever gjennom å leve med fotsår.  De temaene som blir tatt opp er også sentrale for vår problemstilling. Smerter, restriksjoner, isolasjon, selvbilde, følelsen av å være en byrde kommer frem i intervjuene. Artikkelen belyser flere problem og kan komme godt med i diskusjonsdelen oppgaven.

## Litteratormatrise 4

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Hjelm, K, Nyberg, P, og Apelqvist, J. (2002). Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. Journal of Advanced Nursing 40 (6), s 673-684. Sverige	Hensikten er å utforske oppfatninger om helse og sykdom hos diabetes pasienter med fotsår, og hvordan oppfatninger påvirket egenomsorg og det å søke hjelp.	Attitudes Health/illness, beliefs Care-seeking behavior Diabetes mellitus complications Foot ulcer Gender Self-care.	Kvalitativ utforskende design, med tematiserte intervju-guide med åpne spørsmål. Intervju ble utført utenfor klinikken av to sykepleiere som ikke var involvert i behandlingen til pasientene. Intervjuet ble utført i fokus-grupper av 3 til 4 i 2-4 sesjoner. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert verbatim.  Analysen fokuserte på forskjeller mellom grupper basert på kjønn og alder. I tillegg utforsket de oppfatninger av sykdom og atferd knyttet til egenomsorg.	<b>Sterke negative følelser</b> (sinne, redsel og smerte) ved fotsårdebut. Negative følelser og tanker om tilpasningen til livet med fotsår. Menn nevnte redsel for amputasjoner og å bli blind. Eldre nevnte avhengighet av andre. <b>Sammenlignet med livet før</b> , oppgav de mindre livskvalitet og begrensninger i valgmuligheter og aktivitet. <b>Konsekvenser av fotsåret</b> var begrenset aktivitetsnivå, og fritid. Andre nevnte depresjon, og problemer i relasjoner med andre. Menn nevnte <b>økonomi</b> som en viktig konsekvens. Et tilbakevendende tema var avhengighet. Yngre kvinner nevnte <b>forstyrret nattsøvn</b> på grunn av smerter. <b>Menn var mer passive</b> i forhold til helseråd de fikk, ved å akseptere råd uten å stille spørsmål om det. Kvinner, derimot, gav uttrykk for <b>ønske om mer informasjon</b> og tok selv initiativ til å finne ut mer. Kvinner gav uttrykk for å være mer aktiv i egenomsorg og forebyggende tiltak. <b>Helse ble beskrevet som</b> å være frisk og aktiv, og eldre la til sosiale faktorer. <b>Faktorer som var viktig for helse (også i fremtiden) var å tilpasse</b> seg til sykdommen blant personer under av 65 år, i tillegg til frihet til å være spontan og kunne jobbe. Kvinner var mer optimistisk om fremtiden, og nevnte <b>tilpasningsstrategier</b> . Menn var mer negative og passive, spesielt eldre menn.	I studien kommer det frem flere kjente tema, som smerte, forstyrret nattsøvn og bekymringer for fremtiden. Studien viser også at det er kjønnsforskjell i hvordan pasienter opplever å leve med diabetiske fotsår. Kvinner er mer proaktive, i ønske om mer informasjon, i forebygging, og har mer fokus på mestringsstrategier. Også alder påvirker hvordan pasienter opplever livssituasjonen sin og tilpasningen til sykdommen.

## Litteratormatrise 5

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Ribu, L. Wahl, A. <i>How patients with diabetes who have foot and leg ulcers perceive the nursing care they receive.</i> Journal of wound care (2004). Vol 13. S. 65-68</p> <p>Norge</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie.</p> <p>En Norsk studies om tar for seg å utforske erfaringer pasienter har med sykepleiere som behandler deres diabetiske fotsår.</p>	<p>Diabetic foot ulcers</p> <p>Diabetic leg ulcers</p> <p>Community nursing</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie som utførte dybdeintervju med pasienter som fikk hjelp av hjemmetjenesten.</p> <p>Intervjuene ble gjort hjemme hos pasienten, og varte i ca. 45 minutter.</p>	<p><b>Ekspertpasienten:</b> Dette er pasienter som er oppdaterte på sine pleieplaner og vet hvordan pleien burde bli gjennomført. De uttrykte vanskeligheter med helsepersonell som ikke gjennomførte pleien som det sto nedskrevet. <b>Fragmentert sykepleie:</b> Det er mange sykepleiere som kommer og går, pleien blir gitt forskjellig. <b>Upersonlig sykepleie:</b> Flere pasienter følte seg bare som et nummer på lista. Sykepleiere som ikke satt seg inn i deres situasjon, hvordan de faktisk har det. Ble ikke spurt etter. <b>Den ideelle sykepleier:</b> Pasientene satte pris på sykepleierne som tok seg tid, snakket med pasienten og viste interesse for fremgang på såret.</p>	<p>Gode pasient-intervju som belyser utfordringer pasienter i hjemmetjenesten har i møte med hjemmesykepleien.</p> <p>Studien presenterer gode funn som er sentrale for besvarelsen av vår problemstilling.</p>

## Litteratormatrise 6

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
Ribu, L og Wahl, A. (2004). Living with diabetic foot ulcers: A life of Fear, Restrictions, and Pain. <i>Ostomy/Wound Management</i> 50 (2), s. 57-67.  Norge	Hensikten er å belyse betydningen av å leve med diabetiske fotsår, for å ha bedre forståelse for denne pasientgruppens behov.	Diabetes Foot ulcers Quality of life Pain Restrictions Fear	Kvalitativ studie, med dybdeintervju av 7 pasienter med diabetiske fotsår som blir pleiet av hjemmetjenesten. Intervju ble utført i hjemmet til pasienten ved bruk av en intervjuguide, og intervju ble tatt opp og transkribert.  Kvales tematikk og meningsanalyse ble brukt for å tolke intervju.  Deltakerne var mellom 21 og 83 år gamle, og hadde hatt fotsår mellom 8 uker og 6 år.	Felles karakteristikker i pasienterfaringer var en fot i endring, smerte og søvnløshet, utmattelse og begrenset mobilitet, sosial isolasjon og ensomhet, et begrenset liv, og tap av kontroll og bekymringer for fremtiden. Pasienter forklarte at de ofte ikke hadde kontroll over føttene på grunn av ødem og infeksjoner, og hvordan ortopediske fottøy ikke lenger passet da de endelig hadde fått dem. Nesten alle pasientene hadde hatt smerter, og hos flere kom smertene etter at de hadde lagt seg, noe som forstyrret nattesøvnen deres. Det å måtte avlaste foten førte ofte til lite aktivitet. Da opplevde noen pasienter at tiden gikk tregt, at driven ble borte, eller at de følte seg maktløse og tunge. Alle pasienter beskrev begrenset mobilitet. Dette kunne være alt fra å sitte i en rullestol, til å ikke kunne delta i tidligere aktiviteter som favorittsporten sin eller lange turer. Flere nevner å føle seg som en byrde, og det at andre ikke virkelig forstår situasjonen deres. Flere nevner at de ikke kan komme seg ut alene, og at de dermed blir isolerte og har lite sosial kontakt. En annen nevner hvordan å ikke kunne jobbe og leve som før har satt han på sidelinjen. Fotsåret gjorde at livet måtte planlegges nøye, man ble avhengig av assistanse, og dermed valgte vekk ferie osv. Flere nevnte en usikker fremtid, med lite kontroll over utvikling av sår, og redsel for en amputasjon.	Studien tar opp mange viktige aspekter som kjennetegner livet med diabetiske fotsår, som smerte, begrensninger, sosial isolasjon, en usikker fremtid og mangel på kontroll. Studien kan øke helsepersonellens mulighet til å forstå pasientens situasjon og til å skjønne deres behov.

## Litteraturmatrise 7

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Goodridge, D, Trepman, E, Sloan, J, Guse, L, Strain, L.A, McIntyre, J, Embil, J.M. (2006). Quality of Life of Adults with Unhealed and Healed Diabetic Foot Ulcers. <i>Foot &amp; Ankel International</i> 27 (4), s. 274-280.</p> <p>Canada</p>	<p>Hensikten er å evaluere forskjellen i livskvalitet mellom pasienter med diabetes med fotsår som heler og ikke heler.</p>	<p>Complications</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Outcomes</p> <p>Wound</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie av pasienter over 45 år som har eller hadde hatt fotsår i løpet av de siste 2 år. 57 pasienter hadde fotsår som hadde vart lengre enn 6 måneder, og 47 pasienter som hadde tilhelet fotsår.</p> <p>Det ble utført telefonintervju ved bruk av Short Form 12 hos begge grupper og Cardiff Wound Impact Scale hos de med diabetiske fotsår.</p>	<p>Sammenlignet med de med tilhelet sår, så erfarte de med diabetisk fotsår <b>begrensninger av moderat aktivitet, ønskede aktiviteter og sosialt liv.</b></p> <p>De fant ingen signifikant korrelasjon mellom alder, kjønn og sivilstatus mellom gruppene i fysisk helsekomponent sammenfatningen, og mental helsekomponent sammenfatningen.</p> <p>Cardiff Wound Impact Scale viste at de fleste pasienter var <b>frustrert over helingsprosessen og engstelig for såret.</b> I tillegg påvirket såret <b>ADL, valg av fottøy og begrenset sosialt liv.</b></p>	<p>Fotsår påvirker pasienten ved å innskrenke pasientens livsarena.</p> <p>Det at studien ikke fant signifikant korrelasjon mellom alder og sivil status kan bli satt opp imot større tverrsnittstudier som viser signifikant sammenheng.</p> <p>Studien viser også at manglende heling i diabetiske fotsår påvirker pasienten følelsesmessig. Pasienten erfarer frustrasjon, engstelse og sosiale begrensninger.</p>

## Litteratormatrise 8

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Nemcová, J, Hlinková, E, Farský, I, Ziaková, K, Jarosová, D, Zeliníková, R, Buzgová, R, Janíková, E, Zdzieblo, K, Wiraszka, G, Stepien, R, Nowak-Starz, G, Csernus, M, og Balogh, Z. (2016). Quality of life in patients with diabetic foot ulcer in Visegrad countries. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 4, s. 1-12. Doi: 10.1111/jocn.13508</p> <p>Polen, Tjekkia, Slovakia og Ungarn</p>	<p>Å identifisere livskvaliteten til pasienter med diabetiske fotsår i Visegrad land.</p>	<p>Diabetic foot ulcer</p> <p>Quality of life</p> <p>Visegrad countries</p> <p>World Health Organization</p> <p>Quality of Life-BREF questionnaire</p>	<p>Kvantiativ tverrsnittstudie som bruker World Health Organization Quality of Life-BREF spørreskjema og statistisk analyse. 525 deltakere med diabetiske fotsår fra Polen, Slovakia, Tjekkia og Ungarn deltok i studien.</p>	<p><b>Sosio-demografiske faktorer</b> påvirket livskvaliteten til pasienter med diabetiske fotsår. <b>Alder</b> hadde signifikant påvirkning på psykiske og sosiale domene. <b>Sivil status</b> påvirket psykologisk og miljø faktorer. De som også tidligere hadde hatt diabetiske fotsår hadde lavere skår i alle domener. <b>Smerte, størrelse på såret, lengde på DM diagnose og lengde på behandling</b> påvirket livskvalitet på negativt vis. De med <b>medlemskap i en organisasjon</b> hadde bedre fysisk, miljømessig og sosial livskvalitet.</p> <p>T-test av noen prøvegrupper i studien viste at de som var <b>avhengig av hjelp i egenomsorg</b> erfarte verre livskvalitet i alle QoL domener.</p> <p>De kategorier der pasientene erfarte verst livskvalitet var fysisk domene, deretter sosialt og miljømessig domene.</p> <p>Studien viste signifikant variasjon i livskvalitet mellom de fire Visegrad landa.</p>	<p>I studien kommer det frem flere kjente tema, som smerte, forstyrret nattsøvn og bekymringer for fremtiden.</p> <p>Studien viser også at det er kjønnsforskjell i hvordan pasienter opplever å leve med diabetiske fotsår. Kvinner er mer proaktive, i ønske om mer informasjon, i forebygging, og har mer fokus på mestringsstrategier. Også alder påvirker hvordan pasienter opplever livssituasjonen sin, og tilpasningen til sykdommen.</p>

## Litteratormatrise 9

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Ribu, L, Birkeland, K, Hanestad, B, Moum, T og Rustoen, T. (2008). A lognitudinal study of patients with daibetes and foot ulcers and their health-related quality of life: wound healing and quality of life changes. <i>Journal of Diabetes and its Complications</i> 20, s. 400-407. DOI:10.1016 /j.jdiacomp.2007 .06.006</p> <p>Norge</p>	<p>Målet med studien var å vurdere diabetiske fotsår og tilheling hos pasienter med diabetiske fotsår gjennom en 1 års oppfølgingsstudie og vurdere helse-relatert livskvalitet (quality of life) mellom mennesker med helende og ikke helende fotsår.</p>	<p>Diabetic foot ulcers</p> <p>Health-related quality of life</p> <p>Longitudinal</p>	<p>Kvantitativ langtidsstudie, der data ble samlet ved baseline, etter 6 måneder (T2), og 12 måneder (T3).</p> <p>Sosiodemografiske data var samlet ved baseline, og informasjon om heling, sårdanning og amputasjon ved T2 og T3.</p> <p>127 voksne pasienter med diabetes type 1 og type 2 ble rekruttert fra poliklinikker. SF-36 Health Survey og ble utført ved baseline, T2 og T3.</p>	<p>Av de 127 pasienter som deltok i studien, så hadde 35% fremdeles fotsår, 37% et tilhelet fotsår. 6% hadde gjennomgått amputasjon og 7% hadde dødd.</p> <p>Majoriteten av deltagerne var eldre menn, som var overvektige, bodde alene, hadde lavere utdanning og ikke fast jobb. 38% var pensjonert, 40% hadde arbeid og 28% var uføre.</p> <p>De med sår som ikke hadde helet ved T3 hadde signifikant lavere HRQL-skår i følgende fem livskvalitet domener: fysisk fungering, rolle begrensninger-fysisk, generell helse, sosial fungering og mental helse.</p> <p>De som skåret best på god generell helse ved baseline hadde best sårheling. Ved T2, hadde de med fotsår lavere skår i fysisk og sosial fungering og generell helse.</p>	<p>Studien viser at en stor andel sår ikke heler eller fører til alvorlige komplikasjoner. Videre viste studien at mange ikke hadde fast jobb.</p> <p>Å ha et sår som ikke vil hele er sterkt korrelert med fysisk og sosial fungering, særlig sosial fungering. Dermed er det tydelig at et diabetisk fotsår påvirker livskvalitet og erfares som begrensende for pasientens fysiske og sosiale fungering.</p>



## Litteratormatrise 10

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans
<p>Ribu, L, Rustøen, T, Birkeland, K, Hanestad, B.K, Paul, S.M, og Miaskowski, C (2006). The Prevalence and Occurrence of Diabetic Foot Ulcer Pain and Its Impact on Health-Related Quality of Life. <i>Journal of Pain</i> 7 (4), s. 290-299. DOI:10.1016/j.jpain.2005.12.002</p> <p>Norge</p>	<p>Studien skal undersøke hvor utbredt smerte er hos pasienter med diabetiske fotsår, og hvordan smerte påvirker pasientenes livskvalitet.</p>	<p>Diabetes</p> <p>Diabetic foot ulcers</p> <p>Pain</p> <p>Health-related quality of life</p> <p>Quality of life</p>	<p>Kvantitativ studie som bruker deskriptiv statistikk, og inngikk i en større langtidsstudie (Ribu et al 2008).</p> <p>Demografisk, klinisk og sårrelaterte data var samlet på 127 pasienter med diabetiske fotsår fra 6 poliklinikker.</p> <p>Medical Outcome Study (SF-36)-skjemaet ble brukt for å måle livskvalitet. Diabetes Foot Ulcer Scale (et sykdomsspesifikt skjema) ble brukt for å vurdere livskvalitet og smerte ved ståing, gåing og om natten.</p>	<p>127 pasienter med diabetiske fotsår deltok. 75 % av pasientene rapporterte noe smerter relatert til diabetiske fotsår, der 57% rapporterte smerte både ved å stå/gå og om natten. Ved gåing/ståing hadde 33,9% smerter av og til, og 37,9% smerter ofte eller nesten alltid. Om natta hadde 38,7% smerter av og til, og 21,8% smerter ofte eller nesten alltid.</p> <p>Det var ikke funnet signifikante demografiske, diabetesrelaterte karakteristikk, eller fotsår karakteristikk som førte til forskjeller i smerte. 93,5% av pasientene som ikke hadde smerter hadde nedsatt følelsessans på grunn av nevropati; det var en signifikant større andel enn de med smerter.</p> <p>Smerte var assosiert med lavere skår i livskvalitet i både et sykdomsspesifikk HRQL-skjema og et generelt HRQL-skjema.</p>	<p>Studien viser at smerte er et stort problem for pasienter med diabetiske fotsår. Mange pasienter med diabetiske fotsår lever med smerter både når de står, går og om natten. Videre viser studien tydelig at smerte påvirker pasientens livskvalitet.</p>