



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Livskvalitet hos pasienter med osteoporose /
Quality of life in patients with osteoporosis**

Marianne Stampeløyken & Aleksander Myking Bratli

Totalt antall sider inkludert forsiden: 56

Molde, 28.05.18



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<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 høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<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: Anita Nilsen

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 HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

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

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde 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: 23.05.2018

Forord

Skjelette består av mer enn 200 knokler
og utgjør omtrent 20 % av kroppsvekten.

Det er flere vevstyper i knoklene,
men beinvevet dominerer
og gjør at knoklene blir harde og stive.

Beinvevet er i konstant omforming.

Det gjør skjelettet i stand til å reparere skader og tilpasse seg
vekslende mekaniske belastninger.

Mange av knoklene går sammen
om å danne kroppens reisverk,
mens andre beskytter vitale organer,
for eksempel hjernen (Sand et al. 2011, 214)

Antall ord: 9 137

Sammendrag

Bakgrunn: Det er anslagsvis 240 000 – 300 000 nordmenn som har diagnosen osteoporose og på verdensbasis er det estimert at det er flere enn 200 millioner mennesker. Dette gjør at osteoporose er en omfattende sykdom. Selv om det er en sykdom som er usynlig for det blotte øye, er det fortsatt en sykdom som kan gi store plager for de som får den.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter med osteoporose opplever sin livskvalitet.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på syv kvalitative og tre kvantitative artikler.

Resultat: Resultatene viser at pasienter med osteoporose fikk redusert livskvalitet. Både de psykososiale og fysiske livsaspektene hos pasientene ble redusert. Frykten for å falle og konsekvensene ved å kunne få et brudd påvirket hverdagen. Smerter preget også hverdagen til pasientene, det var en konstant bekymring for alvorlige eller gjennombruddssmerter. Det kom frem at pasientene fikk begrensninger i hverdagen, redusert fysisk funksjon og vanskeligheter ved å utføre dagligdagse aktiviteter.

Konklusjon: Vår litteraturstudie viser at livskvaliteten påvirkes av usikkerhet, smerter, livsstilsendringer, ensomhet og isolasjon. Vi mener derfor at pasienter som lever med osteoporose og konsekvensene ved diagnosen får betydelig reduksjon på opplevelsen av livskvalitet.

Nøkkelord: Osteoporose, Livskvalitet, pasientperspektiv

Abstract

Background: An estimated 240,000 - 300,000 Norwegians have diagnosed osteoporosis, and worldwide it is estimated that there are more than 200 million people. This causes osteoporosis to be a major disease. Although it is a disease that is invisible to the naked eye, it is still a disease that can cause major ailments for those who receive it.

Purpose: The purpose of this literature study was to illuminate how patients with osteoporosis experience their quality of life.

Method: A systematic literature study based on seven qualitative and three quantitative articles.

Results: The results show that patients with osteoporosis have reduced quality of life. Both the psychosocial and physical aspects of life of the patients were decreased. The fear of falling and the consequences of having a fracture affected the everyday life. Pain affected the everyday lives of the patients, it was a constant concern for serious or breakthrough pain. It also emerged that patients were given daily limitations, reduced physical function and difficulty in performing everyday activities.

Conclusion: Our literature study shows that the quality of life is largely influenced by uncertainty, pain, lifestyle changes, loneliness and isolation. We therefore believe that patients living with osteoporosis and the consequences of the diagnosis have a significant reduction in the quality of life experience.

Keywords: Osteoporosis, Quality of life, Patient perspective

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt.....	2
2.0 TEORIBAKGRUNN	3
2.1 Osteoporose	3
2.1.1 Undersøkelse	4
2.1.2 Diagnose og behandling.....	4
2.2 Livskvalitet.....	5
3.0 METODE	6
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
3.2 Datainnsamling.....	6
3.2.1 Ovid Medline	7
3.2.2 ProQuest.....	8
3.2.3 Ovid PsycInfo.....	8
3.2.4 Manuelle søk	8
3.3 Kvalitetsvurdering og etisk vurdering	9
3.4 Analyse	9
4.0 Resultat.....	11
4.1 Psykososiale konsekvenser.....	11
4.2 Begrensninger i hverdagen	12
4.3 Opplevelse av smerte.....	13
4.4 Medisinering.....	14
5.0 DISKUSJON	16
5.1 Metodediskusjon.....	16
5.1.1 Database	16
5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
5.1.3 Søkehistorikk.....	17
5.1.4 Kvalitetsvurdering og etiske vurderinger.....	17
5.1.5 Analyse.....	18
5.2 Resultatdiskusjon.....	19
5.2.1 Den psykososiale helsen utfordrer livskvaliteten.....	19
5.2.2 Begrensninger i hverdagen gir redusert livskvalitet.....	21
5.2.3 Redusert livskvalitet på grunn av smerter	22
5.2.4 Medisinering og informasjon	24
6.0 KONKLUSJON	27
6.1 Konsekvenser for praksis	27
6.2 Forslag til videre forskning	28
7.0 Litteraturlise:.....	29
8.0 VEDLEGG
VEDLEGG 1: PICO-skjema
VEDLEGG 2: Søkehistorikk.....

VEDLEGG 3: Oversiktstabell.....

VEDLEGG 4: Manuelle søk:.....

VEDLEGG 5: Funn fra artikler.....

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er anslagsvis beregnet at ca. 240 000 – 300 000 nordmenn lever med osteoporose, basert på beinmassemålinger. Andelen vil variere noe etter hvor i kroppen det måles. Det vises også at det er mindre andel med osteoporose og brudd på landsbygda enn i tettbygde strøk og byer (Meyer 2016). Det er på verdensbasis estimert at over 200 millioner mennesker lider av osteoporose (Varner 2012).

I følge Haukeberg (2008) er osteoporose sannsynligvis en gammel sykdom. Arkeologer har funnet holdepunkter hos 4000 år gamle mumier med osteoporose i skjelettet. Men tilstanden ble ikke før rundt 1820-årene assosiert med sykdom. Den første som har skrevet om osteoporose er den franske patologen Jean Lobstein. Han bruker det for å beskrive «porøst bein». Sir Astley Cooper, engelsk kirurg, beskriver rundt samme tid om en tilstand om aldersrelatert degenerasjon av bein assosiert med redusert beinstyrke og økt risiko for beinbrudd. Dette ble senere kalt for senil osteoporose, og han var den første til å beskrive denne tilstanden. Det er først på 1940-tallet at man begynner å forstå bakenforliggende mekanismer til osteoporose. Fuller Albright kommer frem til, gjennom sine endokrinologiske studier, at virvelbrudd hos postmenopausale kvinner er forårsaket av tap av beinmasse og at dette igjen er forårsaket av østrogenmangel. Det er dette som senere ble kalt postmenopausal osteoporose.

Grunnen til at vi valgte å skrive om osteoporose er fordi det er en sykdom som rammer mange og vi vil få fram hvilke konsekvenser den har for pasienten, men også hva vi som kommende sykepleiere må fokusere på i forhold til deres livskvalitet. Til tross for at det er en usynlig sykdom for det blotte øye vil vi få osteoporose frem i søkelyset. Vi ville ha et fokus på pasientens perspektiv på hvordan deres livskvalitet blir påvirket etter å ha fått diagnosen. Som kommende sykepleiere ville vi vite mer om selve sykdommen og informere andre kommende sykepleiere om hva det innebærer å ha en slik sykdom, samt hvordan yte god og helhetlig sykepleie til pasientene.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter med osteoporose opplever sin livskvalitet.

2.0 TEORIBAKGRUNN

2.1 Osteoporose

Osteoporose er bedre kjent som beinskjørhet og er en av de vanligste skjelettsykdommene. I løpet av et menneskeliv blir beinvev brutt ned og opp igjen. Dette skjer ved en bestemt balansegang av aktivitet mellom osteoklaster og osteoblaster. Ettersom man blir eldre så reduseres beinmassen som normalt i aldringsprosessen, om beintapet er betydelig redusert kan det utvikles til osteoporose (Sand et al. 2011). Det synes også at genetiske faktorer er en stor del av sykdommen. Det vises at døtre av osteoporotiske kvinner har mindre beinmasse enn normalt. Kroppsmasse er også en genetisk faktor, hvor da magre kvinner har en større risiko for å utvikle osteoporose (Os og Birkeland 2015).

Osteoporose blir delt inn i to grupper, aldersbetinget osteoporose og postmenopausal osteoporose. Kvinner er de som er utsatt for utvikling av sykdommen postmenopausal osteoporose. Det er bare kvinner som blir rammet av denne typen. Postmenopausal osteoporose har sin årsak i redusert produksjon av østrogen og opphør av menstruasjonsblødning og eggløsning hos kvinner i 45-50 årsalderen. Denne endringen hos kvinner fører til at beinvevet gir økt reduksjon (Sand et al. 2011).

Aldersbetinget osteoporose er den andre gruppen innenfor osteoporose, denne typen skjelettsykdom utvikles ved aldringsprosessen hvor beinvevet reduseres normalt. Det er den største årsaken til beinbrudd hos eldre mennesker. Det er anslått å være 2-4 ganger hyppigere hos kvinner enn det er hos menn (Os og Birkeland 2015). Knokkelmassen reduseres hos begge kjønn med ca. 3 % pr. 10. år fra midten av 30-årene. Men hos kvinner etter overgangsalderen øker beintapet med 5 – 10 % pr. tiår. Dette har sammenheng med nedgang i østrogenet (Ranhoff, Helbostad og Martinsen 2014). I Tromsø-undersøkelsen fra 2001 fant man at 4 % av alle voksne menn og 8 % kvinner hadde osteoporose ut i fra beintetthetsmålinger. Osteoporose øker med alderen, og ved 80-årsalderen har 40 % av alle kvinner og 20 % av alle menn osteoporose (Ranhoff, Helbostad og Martinsen 2014, 512). I følge Ranhoff, Helbostad og Martinsen (2014) er forekomsten av osteoporose hos menn laven enn det er hos kvinner. Risikofaktorene er de samme for kvinner og menn, men det kan se ut til at sekundær osteoporose rammer menn hyppigst. Det er flere miljøfaktorer som kan øke risikoen for å få osteoporose, som for eksempel røyking, immobilitet, lite

fysisk aktivitet, dårlig kosthold og visse typer medikamenter (Nordeng og Spigstad 2016). For å bidra til økt beintetthet og for å motvirke osteoporose er regelmessig styrke- og spensttrening anbefalt hos eldre, og da særlig hos kvinner etter menopausen (NHI 2016).

2.1.1 Undersøkelse

I følge Haukeland Universitetssykehus (2017) blir undersøkelsen delt inn i tre grupper: Før undersøkelsen kreves det ingen forberedelser, men det blir gitt tips på at du ikke skal ha klær med glidelås eller knapper. Du vil også bli spurt noen spørsmål for å avklare risikoen for brudd, samt sykdommer, medisiner, arv og livsstil. Under undersøkelsen må man ligge på ryggen på røngtenbenken med beina ut til sidene og en kasse på skrå mellom føttene for å få en riktig vinkel på beina. Undersøkelsen tar omtrent 10 minutter. Etter undersøkelsen blir resultatene beskrevet av en lege ved radiologisk avdeling og sendes deretter til pasienten og fastlegen pr. post. Resultatet vil inneholde eventuelle forslag til behandling, dersom dette er nødvendig. Målingene gjentas etter 1-2 år dersom de første målingene viser osteopeni (forstadiet til benskjørhet) eller osteoporose. Dette for å følge en eventuell utvikling av sykdommen og om behandlingen er riktig.

2.1.2 Diagnose og behandling

Når det har oppstått et brudd er det vanlig at det blir tatt et røntgenbilde for å konstatere bruddet. Når det blir tatt røntgenbilde sjekker man også tilstanden til beintettheten og om pasienten eventuelt er osteoporotisk eller ikke. Diagnosen osteoporose blir ofte stilt etter at det har skjedd et brudd. Bruddene skjer hyppigst i lårhalsen, ryggvirvlene eller håndleddet. Det er også mulig å oppdage osteoporose ved symptomer som kroniske smerter i hofte, rygg eller håndledd (Os og Birkeland 2015).

Hos postmenopausale kvinner er behandlingen østrogen og bisfosfonater for å motvirke tap av beinvev. Medikamentene er også med på å forebygge brudd. Fysisk aktivitet er en god og viktig del av behandlingen (Gregersen og Grønseth 2016). I følge Os og Birkeland (2015) har det vist seg at behandling med syntetisk parathyreoideahormon (PTH) kan være med på å motvirke osteoporose, dette er noe som nylig er tatt i bruk. Hormonet kalsitonin hemmer beinresorpsjonen og reduserer derved beintapet. Dette fremstilles av laks eller svin og er i form av neseppray eller injeksjon. Neseppray lages av laks, og injeksjonen kommer fra begge.

2.2 Livskvalitet

Trygghet, tilhørighet, tilfredshet, mening, vitalitet, velbehag, glede, mestringsfølelse, engasjement, personlige styrker og følelsen av interesser er noen av ordene som blir brukt for å beskrive livskvalitet. Livskvalitet har sammenheng med helserelaterte gevinster som blant annet bedre fysisk og psykisk helse. Ved god livskvalitet er det lettere å ta sunne livsstilsvalg og det er med på å skape sosiale nettverk og støtte. Livskvalitet er også en viktig motstandskraft for å bekjempe belastninger man møter på i livet. Livskvalitet er viktig for den enkelte person. Det kan bidra til gode oppvekstkår, familierelasjoner, fungering i arbeidslivet og til at befolkningen får bedre helse. Det vil være viktig å fokusere på livskvalitet i det moderne folkehelsearbeidet (Nes 2017).

God livskvalitet er å ha gode følelser og et positivt syn på sitt eget liv
(Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015, bind 1, 59).

Livskvalitet blir beskrevet som individets følelsesmessige opplevelse altså forstått som psykiske velvære. Det blir videre beskrevet som menneskers ulike subjektive opplevelser ved alle de livssituasjonene som vi mennesker kommer borti. Denne beskrivelsen av psykologen Siri Næss har vist seg å ha stor overføringsverdi ovenfor sykepleieryrket (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015).

3.0 METODE

Vi har under denne litteraturstudien fulgt retningslinjer for bacheloreksamen i sykepleie for å rettlede oss og for å følge hva denne oppgaven skal inneholde, som blant annet at resultatet skal baseres på minimum 10 originale forskningsartikler (Eines et al. 2018).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har lagt inn inklusjonskriterier som:

- Artiklene skulle ha pasientperspektivet
- Deltakerne er over 50 år
- Språk: norsk, engelsk, dansk eller svensk
- Fagfellevurdert

Vi ønsket pasientperspektivet for å få frem hvordan det er for pasienten å leve med sykdommen. Vi ville begrense alderen med tanke på sykdomsdebuten, og språkinkludasjon slik at vi kunne forstå, tolke og analysere tekstene til oppgaven vår. Det er et krav i retningslinjene at artiklene som inkluderes skal være fagfellevurdert, og har dermed tatt det med som inklusjonskriterie.

Eksklusjonskriteriene som ble lagt til er:

- Artiklene vi fant ikke skulle være eldre enn 10 år
- At de ikke var etisk vurderte.

Vi ønsket å ha eksklusjonskriterier hvor artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år og de skulle være etisk vurdert. Dette for å gjøre artiklene vi fant mer relevante og muligheter for overføring til norsk praksis.

3.2 Datainnsamling

Vi startet med å finne relevante søkeord ut fra hensikten vår, og fylte ut et PICO-skjema. «P» står for problem eller pasient, det vil si at det skal være søkeord som er relevant til hvilken type pasienter eller pasientgruppe og problemer man vil fram til. «I» står for intervention, her skal det komme frem hvilke tiltak eller intervensjoner man ønsker å vurdere, det kan være råd, forebyggende tiltak eller andre tiltak som blir gjort. «C» står for comparison (sammenligne), det fylles ut dersom en ønsker å sammenligne tiltakene, i forrige bolke, med ordet som blir skrevet i denne bolken. «O» står for outcome (utfall), hvor

man vil at endepunktet skal være og hva det er man ønsker skal komme frem i søket (Nortvedt et al. 2014). Vi sitter igjen med et PO-skjema, ettersom vi ikke ønsket å ha med tiltak, på grunn av at vi ville frem til opplevelsen av å leve med sykdommen. Siden vi ikke benyttet «I» i pico-skjemaet blir ikke «C» brukt heller (vedlegg 1).

Deretter søkte vi i forskjellige databaser, som er tilgjengelig for studenter ved høyskolen i Molde, for å gjøre et prøvesøk (Brøyn 2012). Databasene vi endte opp med var ProQuest, Ovid Medline og Ovid PsykINFO (Vedlegg 2). Fordi det var de databasene som var lettest å håndtere, samt det kom frem mye relevante artikler under prøvesøkingen. Det er de databasene som også inneholder flest referanser til tidsskrifter innen helse. Under søkingen har vi for det meste brukt kombinasjonsordet AND, da dette avgrenser søket til å gi treff på artikler der begge søkeordene er med. OR utvider søket og gir treff på innhold som enten har det ene eller det andre søkeordet. Dette kalles også boolske operatorer. Vi har også brukt trunkering, som vil si at vi søker med stammen av et ord. Da får vi med flere varianter av dette ordet (Nortved et al. 2014).

Vi plukket først ut artikler som hadde gode og relevante titler. Så leste vi de forskjellige sammendragene for å se om de faktisk kunne brukes og om de var relevante i forhold til vår hensikt. Etter vi hadde funnet gode artikler i forhold til vår hensikt, leste vi gjennom hele artiklene. Vi fylte ut sjekklister fra folkehelseinstituttet (2014) for å kvalitetsvurdere dem. Da vi hadde funnet alle artiklene som vi kunne bruke, nummrerte vi dem etter alfabetisk rekkefølge slik at det skulle bli mest mulig oversiktlig (Vedlegg 3).

3.2.1 Ovid Medline

Vi har gjort søk i Ovid Medline, da dette er en elektronisk database som har hundretusener av referanser til og sammendrag av artikler fra sentrale medisinske vitenskapelige tidsskrifter og er den største databasen innen sykepleie (Nortved et al. 2014). Vi har hatt flere søk i denne databasen, med forskjellige søkeord og metoder (vedlegg 2). Det ble gjort for å se om vi fikk relevante artikler som kunne brukes. Vi valgte å inkludere to artikler fra denne databasen; «A striving for independence: a qualitative study of women living with vertebral fracture» (Artikkel nr. 3) og «Quality of life for up to 18 months after low-energy hip, vertebral, and distal forearm fractures—results from the ICUROS» (artikkel nr. 7) (vedlegg 3).

3.2.2 ProQuest

Det er her også gjort mange søk med flere og forskjellige søkeord (vedlegg 2). Dette ble gjort for å finne mest mulig relevante artikler, og for å se om det kom frem forskjellige fra de forskjellige søkene. Vi har her valgt å inkludere fem artikler som er relevant for vår hensikt; «Women´s lived experience of learning to live with osteoporosis: a longitudinal qualitative study (artikkel nr. 4), Women´s experience of their osteoporosis diagnosis at the time of diagnosis and 6 months later: A phenomenological hermeneutic study» (artikkel nr. 5), «Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: A secondary analysis of population-based health survey data» (artikkel nr. 6), “A painfull never ending story: older women´s experience of living with an osteoporotic vertebral compression fracture” (artikkel nr. 8) og “Health related quality of life in male patients with osteoporosis: results of a cross sectional study” (artikkel nr. 9) (vedlegg 3).

3.2.3 Ovid PsycInfo

Det ble utført ett søk i denne databasen, som resulterte i artikkelen «Health-related quality of life in women referred for bone density assessment: relationships with bone mineral density, fracture and co-morbidity» (artikkel nr. 10) (vedlegg 4).

3.2.4 Manuelle søk

Etter vi hadde søkt gjentatte ganger i databasene, gjennomførte vi to manuelle søk. Vi gikk gjennom litteraturlisten på artiklene, for å se om det kunne være noen relevante titler. Vi valgte å inkludere «Quality of life in post-menopausal osteoporosis» (artikkel nr. 1) og «Fear of falling, fracture history and comorbidities are associated with health-related quality of life among European and US women with osteoporosis in a large international study» (artikkel nr. 2) fra litteraturlisten til «Health-related quality of life in women referred for bone density assessment: relationships with bone mineral density, fracture and co-morbidity» (artikkel nr. 10) (vedlegg 4). Etter å ha lest gjennom de to artiklene fra det manuelle søket ble de kvalitetsvurdert. Deretter gikk vi gjennom sjekkliste på dem og fant vi ut at de kunne brukes og ble dermed inkludert.

3.3 Kvalitetsvurdering og etisk vurdering

Etter vi hadde funnet flere artikler, leste vi gjennom dem for å se om de var relevante og kunne brukes til hensikt vår. Om de ikke var relevante så ekskluderte vi dem før vi gikk videre med vurderingen. Vi brukte sjekklistene kvalitativ og kvantitativ (prevalens) fra folkehelseinstituttet (2014) for å kvalitetsvurdere artiklene vi fant.

Om sjekklistene fikk «ja» på de to hovedspørsmålene, kunne vi fortsette å vurdere artikkelen. Hovedspørsmålene baserte seg på om artikkelen hadde et klart formål og om kvalitativ/kvantitativ metode ble benyttet for å besvare problemstillingen i artikkelen (Folkehelseinstituttet 2014). Om vi fikk «nei» tidlig i sjekklisten ble artikkelen ekskludert. Artiklene som ble inkludert ble vurdert som dårlig, middels eller god. Om artiklene vi inkluderte fikk åtte eller flere «ja» ble de vurdert som god, om artikkelen hadde mellom åtte og seks ble den vurdert som middels. Om det var mindre enn seks «ja» på sjekklisten, ble artikkelene vurdert som dårlig og ble derfor ekskludert.

De inkluderte artiklene er alle vurdert til middels eller god ut fra hvor godt de har svart til hensikten vår. Til slutt utførte vi en helhetsvurdering på bakgrunn av artikkelenes resultatdel opp imot hensikten vår. Alle artiklene er publisert i et tidsskrift som er vurdert til nivå 1 eller 2 i følge NSD (2018). Vi har som et av eksklusjonskriteriene at artikler som ikke har skrevet at de var etisk vurdert for å gjennomføre studien, ble ekskludert.

3.4 Analyse

Innsamling av datamateriale, identifisere hovedfunn, relatere temaer på tvers av studiene og beskrive fenomenene. Her skal det finnes materiale som kan brukes til litteraturstudien. En skal bruke inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi har funnet for å finne de artiklene som er mest relevant for denne oppgaven. I følge Evans (2002) er syntese av publisert fortolkningsforskning delt i fire faser:

Første steget i Evans modell (2012) var innsamling av datamaterialer, dette gjorde vi ved å utføre systematiske søk med søkeord fra PO-skjemaet. For å jobbe effektivt med leting av artikler ble det lest overskrifter i første omgang, om det var overskrifter som svarte til hensikten. Deretter leste vi sammendragene for å se om artiklene kunne brukes til

oppgaven vår. Om sammendrag og overskriften i artikkelen svarte til oppgaven, lagret vi den slik at vi kunne skrive den ut eller bestille den på biblioteket for å lese hele artikkelen. Vi fant tilsammen 10 artikler, som ble alfabetisert og nummerert.

I det andre steget i Evans modell (2012) identifiserte vi hovedfunnene i datamaterialene våre ved å lese resultatdelene i artiklene. Vi hadde tilsammen 10 artikler som vi valgte å inkludere i oppgaven, vi delte da disse opp slik at vi fikk 5 artikler hver. Vi leste da resultatdelene i hver enkelt artikkel hver for oss for deretter å skrive ned funnene. Funnene ble oversatt fra engelsk til norsk.

I det tredje steget i Evans modellen (2012) samlet vi alle funnene våre sammen i et dokument, for deretter å markere likheter og ulikheter i funnene ved hjelp av markeringstusjer i ulike farger. Deretter satte vi tall på funnene våre for å kunne lage en oversiktstabell (vedlegg 5).

I det fjerde steget i Evans modellen (2012) samlet vi sammen funnene våre for å skrive en sammenfattet syntese. Vi fikk da fire hovedtemaer som blir beskrevet under neste kapittel. Vi har under presentasjonen av våre artikler valgt å bruke direkte oversatte sitater for å underbygge våre resultat. Det er ikke oversatt fra engelsk til norsk for å ikke miste essensen i sitatene.

4.0 Resultat

Hovedfunnene fra våre ti artikler blir nå presentert. Artiklernes resultat svarer til vår hensikt ved å se på hvordan pasienter med osteoporose opplever sin livskvalitet.

Hovedtemaene er psykososiale konsekvenser, begrensninger i hverdagen, opplevelse av smerte og medisinerer (vedlegg 5).

4.1 Psykososiale konsekvenser

I et flertall av artiklene som ble inkludert i oppgaven kom det frem at deltakerene hadde redusert livskvalitet (Bianchi et al. 2005, Guillemin et al. 2013, Hallberg et al. 2010, Hansen et al. 2017, Svedbom et al. 2017, Svensson et al. 2015). Det kom også frem at flere opplevde å ha ulike erfaringer om hvordan det var å leve med diagnosen. Deltakerene beskrev det som en form for kognitiv prosess og forståelse rundt det å akseptere de nye omstendighetene i livene deres. Det å få diagnosen osteoporose ledet til et behov for mer forståelse og informasjon rundt sykdommen hos deltakerne (Hansen et al. 2014, Hansen et al. 2017, Wilson et al. 2014).

Frykt var en følelse som stadig ble trukket frem, det var en følelse som hemmet hverdagen til deltakerene. De var redde for å falle og de eventuelle konsekvensene som kunne komme av et fall. Mye bestod av frykt for smerter som begrenset deltakerene, smertene førte også til at deltakerene unngikk sosiale situasjoner. Deltakerene følte også på en angst for å kunne få smerter fra å måtte anstrenge seg fysisk, noe som igjen medførte at deltakerene isolerte seg helt. Ensomhet ble også belyst i artiklene, Flere av deltakerene isolerte seg fra sosiale relasjoner og følte på en ensomhet eller frykt for å bli alene i den ellers vanskelige hverdagen (Guillemi et al. 2013, Hallberg et al. 2010, Hansen et al. 2017, Hansen et al. 2014, Stamm et al. 2016, Svensson et al. 2015). I artiklene kom det frem at kvinner som hadde hatt et vertebralt brudd påvirket den helse-relaterte livskvaliteten gjennom smerter, angst og begrensninger i dagliglivet. Samtidig hadde alt dette en innvirkning på selvbilde til deltakerne (Hansen et al. 2014, Hansen et al. 2017, Hallberg et al. 2010, Svensson et al., 2015).

You lose the desire... It's just like that... When you're feeling... No I can't cope with this... I don't want to... Because I can't do it. It's depressing, it actually is (Hallberg et al. 2010, 4).

Deltakerene beskrev hvor viktig det var for dem å opprettholde et selvstendig liv og ikke være avhengig av andre. Det å bli en byrde for de pårørende påvirket selvtilliten og motet til deltakerene. Dermed ble frykten for et fall større og konsekvensene som et fall kunne medbringe påvirket tankene til deltakerene på en negativ måte. Både sorg og sinne var kjente følelser hos fleste deltakerene, kroppene deres kunne bli svakere og mer uforutsigbar (Hansen et al. 2014, Svensson et al. 2015).

4.2 Begrensninger i hverdagen

I funnene ble det beskrevet at deltakerene som hadde fått diagnosen osteoporose fikk begrensninger i hverdagen. De fikk redusert fysisk funksjon og smertene hemmet deltakerene i å utføre dagligdagse gjøremål (Bianchi et al. 2005, Hallberg et al. 2010, Hansen et al. 2014, Stamm et al. 2016, Svensson et al. 2015, Voigt et al. 2012, Wilson et al. 2014). Deltakerene beskrev hvordan deres egne kropp ble en hindring i hverdagen og fikk konsekvenser både fysisk og psykisk. Diagnosen medførte til at deltakerne måtte endre og tilpasse hvordan de utførte daglige gjøremålene eller aktivitetene, ved å utføre dem langsommere og med forsiktighet. Noen måtte stoppe helt opp med enkelte aktiviteter for ikke å ta sjansen som å handle i butikken, rengjøring i hjemmet eller matlaging. Deltakerne følte seg opprørte over de dagligdagse aktivitetene de ikke lenger kunne utføre uten planlegging (Hallberg et al. 2010, Hansen et al. 2014, Svensson et al. 2015). En kvinnelig deltaker beskrev følgende:

I've shrunk even more, it affects... It affects my quality of life.... Because I'm quite vain, so I want to look good (Hallberg et al. 2010, 5).

Den deltagende kvinnen beskrev hvordan hun opplevde å få et vertebralt brudd på grunn av sin diagnose beinskjørhet. Det kom frem at det ble vanskelig å opprettholde sin uavhengighet og balansere dagliglivet og håndtering av de ulike utfordringene som kom ved diagnosen (Hallberg et al. 2010). Det kom frem i funnene at flertallet av deltakerene hadde redusert fysisk funksjon og beskrev symptomer som ryggsmertor som preget det daglige livet deres. Det at handikaket ikke nødvendigvis var synlig gjorde opplevelsen av situasjonen verre for dem. En deltaker uttalte seg om hennes situasjon (Hallberg et al. 2010).

So of course it has affected the whole situation of life.. You're not mobile in the same way... You can't go... Get to anywhere. Do anything (Hallberg et al. 2010, 5).

Deltakerene måtte omstille livene sine etterhvert som smerten tok overhånd og reduserte den fysiske funksjonen. Smertene ble hos noen av deltakerene en konstant følgesvenn (Svensson et al. 2015). Den psykiske og fysiske helsen ble påvirket på ulike måter hos deltakerene, men hadde en ting til felles, de fikk begrensninger i hverdagen. Deltakerene beskrev hvilke konsekvenser de opplevde ved å få diagnosen osteoporose, de opplevde redusert fysisk funksjon, kroppslige smerter, redusert sosial funksjon og den generelle allmenntilstanden ble redusert i forhold til befolkningen generelt (Hansen et al. 2014, Hansen et al. 2017, Wilson et al. 2014). Det var ikke alle deltakerene som opplevde å miste noe, eller opplevde begrensninger i hverdagen. Noen av de kvinnelige deltakerene følte ikke at diagnosen påvirket livet deres i den grad at den begrenset dem. Men det kommer frem i funnene at flertallet av deltakerene opplevde diagnosen som påtrengende i livene deres (Hansen et al. 2014, Hansen et al. 2017, Wilson et al. 2014).

4.3 Opplevelse av smerte

Smerter kunne være veldig dominerende i hverdagen til deltakerene. Funnene beskrev at smertene kunne komme både hos de med og de uten brudd (Bianchi et al. 2005, Hallberg et al. 2010, Hansen et al. 2017, Stamm et al. 2016, Svensson et al. 2015, Voigt et al. 2012). Fysiske aktiviteter ble vanskeligere å utføre som å bøye seg, gåturer eller ved reiser. Smertene kunne oppstå plutselig, i aktivitet eller i hvile. Hverdagen ble vanskeligere å takle, deltakerene beskrev at de kunne ha vanskelig for å finne komfortabel posisjon i sengen eller ved å finne en god sittestilling i en stol. Det ble vanskeligere å leve normalt hvor da smertene satte begrensninger i hverdagen og i de daglige aktivitetene (Hallberg et al. 2010, Stamm et al. 2016). En deltaker beskrev hvordan smerter kunne dominere hverdagen:

I remember it as completely dominating, stabbing as well as dull, but particularly these very intense stabs.. When you moved from one position to the other (Hallberg et al. 2010, 4).

Det ble beskrevet fra deltakerene om situasjoner hvor de opplevde konstante smerter, men som etter hvert kunne utvikle seg til å bli jevnlige og raske smerteanfall. Dette medførte til at deltakerene kjente på en frykt og redsel for å få smerteanfall. Fykten for smerteanfall førte til at deltakerene følte at selvtilliten ble redusert, men også en endring i identiteten. Deltakerene følte de ikke lenger stolte på sin egen kropp og fikk en redusert tillit til egne evner og til å kunne utføre dagligdagse aktiviteter. Det tvang deltakerene til å måtte tilpasse og redusere de dagligdagse aktivitetene (Hansen et al. 2014, Hansen et al. 2017, Hallberg et al. 2010, Svensson et al., 2015).

Det var ikke uvanlig at deltakerene opplevde gjennombruddssmerter, smerter var blitt en del av livene til deltakerene. Deltakerene kjente på en konstant bekymring ovenfor smerter, enkle små bevegelser eller daglige gjøremål ble vanskeligere å utføre. Redselen for å få stikkende smerter gjorde hverdagen vanskeligere å takle. Funnene beskrev at smertene kunne oppstå både hos de kvinnelige og mannlige deltakerene, både hos de med og uten brudd (Svensson et al. 2015, Bianchi et al. 2005, Hallberg et al. 2010, Voigt et al 2012).

4.4 Medisinering

Funnene beskriver hvilke erfaringer og tanker deltakerne hadde rundt medisinering både relatert til smertene og medikamentene relatert til osteoporose (Hansen et al. 2017, Hansen et al. 2014, Svensson et al. 2015). Deltakerene utrykte at de hadde et behov for informasjon og råd vedgående medikamenter, både medikamentene mot smerter og medikamentene for osteoporosen. Funnene viste til at kort tid etter at deltakerene fikk diagnosen osteoporose, oppstod det bekymringer vedgående eventuelle bivirkninger og usikkerhet rundt hvordan medikamentene skulle tas (Hansen et al. 2017). Det å måtte ta medisiner ble sett på som en utfordring for enkelte deltakere, spesielt med tanke på første gangen de skulle tas. Det kom frem bekymringer om vanskeligheten ved å huske på å ta medisiner sine. Osteoporose er en omfattende sykdom som krever forebyggende medikamenter. Det ble beskrevet i flere av funnene at deltakerene laget seg strategier, som ble en nødvendighet for å huske å ta medisiner (Hansen et al. 2014, Hansen et al 2017). En deltaker forklarte hvilke strategi hun brukte:

I take it Saturday morning when I get up... I go for a walk, take a shower or walk back and forth. Then that hour has elapsed (Hansen et al. 2017,6).

I det fleste tilfellene ble det beskrevet om en enkel forebyggende behandling med intravenøs medisinerings som osteoporose pasienter fikk en gang i året (Hansen et al. 2017). Et år etter satt diagnose kom det frem at deltakerene kjente på en ro og sikkerhet rundt hvordan og når medikamentene skulle tas (Hansen et al. 2014). Mange deltakere opplevde smerter relatert til sykdommen, og flere deltakere brukte regelmessig analgetika for å dempe smertene. I de korte øyeblikkene hvor analgetikaen hadde en god effekt, så følte deltakerene på en normalitet i livene deres. Men det lå alltid en frykten for at smertene skulle komme tilbake og påminne dem begrensningen de hadde. Det kunne være vanskelig for deltakerene å takle smertene, de måtte finne en balansegang mellom hvile og utførelse av daglige aktiviteter og gjøremål. Det var ikke alltid at analgetikaen hadde like god effekt på deltakerene og hos andre kunne den ha en middels effekt (Svensson et al., 2015).

5.0 DISKUSJON

Diskusjonen er delt i to; metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal det kritisk vurdere og diskutere framgangsmåtens styrker og svakheter. Det innebærer søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosessen. I resultatdiskusjonen skal resultatet diskuteres opp mot studiens hensikt samt bakgrunnsteori og ny relevant teori (Eines et al. 2018).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Database

Vi har i denne litteraturstudien valgt å bruke databasene Ovid Medline, ProQuest og Ovid PsycInfo. Dette har vi gjort fordi under prøvesøkingen vår var dette de letteste databasene å håndtere, det kom også veldig mye relevant når vi begynte å søke i dem. Dette fant vi ut da vi ikke fikk til, eller skjønnte søkeprosessen i andre databaser. Disse tre databasene er databaser som inneholder tidsskifter innen medisin, helse, biologi, psykologi, psykiatri og sykepleie. Det kan ses på som en svakhet ved at vi bare har brukt tre databaser, og ikke har brukt flere. Men vi har valgt å se på dette som en styrke da databasene vi har brukt er av de største innen helse (Nortvedt et al. 2014).

5.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre er satt slik for å gi oss et best mulig resultat som er relevant til både oppgaven og til videre bruk i norsk praksis. Vi har deretter tre artikler som får eksklusjonskriteriene mot seg, men vi har valgt å inkludere de likevel. Den ene er fordi det ikke er blitt gjort en etisk vurdering, men da studien er gjort på et helt konfidensielt og anonymt grunnlag, og for at den er helt frivillig har vi valgt å inkludere den for vi vurderer det at den styrker vår oppgave. Vi valgte også å ta med to eldre artikler fra 2002 og 2005, artiklene kommer utenfor våre inklusjonskriterier. Vi valgte å ha dem med i vår oppgave fordi de har mange likheter med de andre artiklene, og de er fortsatt tidsgyldige. Vi ser på dette som en styrke for vår oppgave, da de underbygger vår hensikt. Vi ser at mange av våre artikler har de samme kriteriene i sine studier, og det styrker våre tanker rundt det.

5.1.3 Søkehistorikk

Vi har under søkingen fokusert på ord som er relevante og som er relaterer til hensikten. Under søkingen har vi for det meste bare brukt skilleordet AND mellom søkeordene. Dette er blitt gjort for at vi ikke skal miste noen av søkeordene, men at artiklene skal inneholde alle. Dette kan være en svakhet med oppgaven, men vi hadde ikke synonymer for de ordene vi har brukt. Hadde vi brukt OR mellom dem, så har dette kunne ført til at vi har mistet noen av ordene, da OR vil velge enten det ene eller det andre ordet (Nortvedt et al.2014). Vi hadde lite kunnskap og erfaring rundt litteratursøk da vi startet, og søkte derfor veiledning hos bibliotekar slik at vi kunne gjøre søkene våre bedre og for å bruke den ekspertisen som er tilgjengelig for studenter ved høgskolen.

En svakhet rundt søkene våre kan være at det ble gjennomført lite systematisk, men fant allikevel nok artikler som var gode og relevante. Vi ser oss fornøyd med dette da artiklene svarte til hensikten vår og kunne dermed benyttes i det videre arbeidet. Vi startet med å fylle ut et PO-skjema, men da det ikke kom nok relevante artikler ved bruk av det måtte vi endre på det. Vi endret da på søkeordene, la til noen ord, men fjernet også noen av dem. Det kom da frem forskjellige artikler, men også mange av de samme, da søkeordene egentlig er ganske like. Vi har brukt mye tid på å søke etter artikler, og måtte tilslutt gjennomføre manuelle søk. Vi leste da gjennom litteraturlisten på mange av de artiklene som ble ekskludert, men også på mange av de vi hadde inkludert. Vi endte da opp med to artikler som kunne brukes til vår oppgave. De var gode og relevante for vår hensikt, og derfor styrker det manuelle søket vår oppgave.

5.1.4 Kvalitetsvurdering og etiske vurderinger

Vi har under kvalitetsvurderingen av artiklene funnet ut hvilke vi kunne inkludere og hvilke vi kunne ekskludere. Sjekklistene for kvalitative forskningsartikler er fra 2014, og sjekklistene for de kvantitative forskningsartiklene er fra 2006. Vi har da krysset på «ja» for det meste, men der det ikke har skjedd, har vi hatt en diskusjon på om dette vil spille inn eller ikke. Deretter har vi inkludert eller ekskludert artiklene. Har det vært flere steder der det ikke kom «ja» gjennom sjekklisten, har vi valgt å ekskludere dem på grunn av usikkerheten rundt relevansen til oppgaven vår. Det å bruke både kvalitative og kvantitative forskningsartikler kan være en svakhet da det kan være vanskelig å hente

riktig informasjon fra begge typer. Men vi har valgt å se på dette som en styrke da vår hensikt er formulert slik at det faktisk er mulig å dra nytte av resultatene på bakgrunn av at de er forskjellige. Både de kvalitative og kvantitative artiklene underbygger og støtter vår hensikt, og det er en stor del av hvorfor de er inkludert.

Vi har under denne studien funnet at nesten alle våre artikler er forhåndsgodkjent av etiske komiteer i de landene de er utført i. Det er bortsett fra en artikkel. Vi har likevel valgt å inkludere den da den var utført som en total frivillig spørreskjemaer som ble sendt i posten til utvalget, og ser på dette som er styrke for vår oppgave da den underbygger og styrker vår hensikt.

5.1.5 Analyse

Vi har under analysearbeidet jobbet basert på Evans (2002) sine fire steg. Dette gjorde at arbeidet vårt ble gjort på en systematisk og strukturert måte. Vi har gjennomgått resultatene i artiklene flere ganger for å forsikre oss om at vi har fått med oss alt. Dette kan være en svakhet, med at det kan ta litt lengre tid, men vi ser mer på dette som er styrke da vi kan forsikre oss om at vi har fått med mest mulig fra artiklene som hjelper oss under oppgaven.

I og med at vi ville belyse livskvaliteten til pasienter med osteoporose ble det litt vanskelig da vi skulle legge opp temaer. Vi prøvde etter beste evne å gjennomføre det, men det viste seg da vi gjennomførte analysen at dette ble vanskelig. Dette kan ses på som en svakhet ved vår oppgave, da det kan bli en del gjentakelser av funnene i de forskjellige temaene.

Vi har gjennom denne studien samarbeidet godt og gjort mye av arbeidet sammen, men har også jobbet litt hver for oss. Vi ser på det som en styrke for vår oppgave, at vi har vært to stykker, da vi har hatt muligheten til å diskutere innholdet før vi bestemte oss for hva vi ville bruke, og hvordan vi ville forme oppgave vår. Våre artikler er alle skrevet på engelsk, og resultatene er oversatt til norsk gjennom google translate og egne kunnskaper. Det kan derfor ha oppstått mistolkninger av innholdet, som igjen kan ha påvirket resultatene våre og dette bør derfor tas forbehold til.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan pasienter med osteoporose opplever sin livskvalitet.

5.2.1 Den psykososiale helsen utfordrer livskvaliteten

Fra et av hovedfunnene som vi fant kom det frem at pasientene kjente på ensomhet og isolasjon. I følge Helsenorger (2014) er det omlag 70 000 nordmenn som lever i ensomhet, noe som innebærer at de ikke har noen nære og fortrolige venner eller familie de kan snakke med. Dette grunnlaget gjelder ikke bare personer som lider av osteoporose, men generelt i befolkningen.

Den fysiske og psykiske helsen spiller en stor rolle for den enkeltes livskvalitet og selvtillit. Livskvalitet er også at man skal kunne trives med seg selv, ha sterke nettverk rundt seg og sosial støtte (Nes 2017). Etter å ha blitt diagnostisert kommer det mange tanker og følelser. Pasientene fikk tanker rundt den fysiske og psykiske helsen som preger hverdagen i større grad enn det gjorde før. Mange gikk rundt med frykt for å utføre selv de minste daglige gjøremålene da dette kan trigge dem til å få sterke smerteanfall. Dette er en stor del av deres hverdag og det går veldig utover den psykiske helsen. Det kom frem at flere ble deprimerte fordi de må holde seg hjemme og turte ikke gå ut for å treffe venner og bekjente. Det er viktig av flere grunner å kunne forholde seg til pasientens følelser og snakke åpent om dem. Det kan være en hjelp for sykepleier å kunne være i stand til å forstå pasienten bedre, for å styrke relasjonen og legge til grunn for god hjelp. Det kan også være en terapeutisk og bearbeidende måte å kunne hjelpe. Det kan også hjelpe på den måten at pasienten får en større innsikt og klarer å knytte følelser og tanker og sin egen livssituasjon. På denne måten kan det være med på å skape motivasjon og mestring (Eide og Eide 2014).

Pasientene opplevde flere ulike psykiske utfordringer i hverdagen, i funnene våres kom det frem at pasientene utrykte frykt for å falle. De fryktet også konsekvensene av et fall som fraktur og smerter. Frykt oppstår når personer blir utsatt for en reell fare. Det kan være direkte eller i en form av ikke-innbilt trussel. Det er da mange fysiologiske forandringer som skjer i kroppen. Kroppen settes i en alarmberedskap og blir i stand til å klare anstrengelser, enten å flykte eller angripe plutselig. Det motsatte kan også oppstå, hvis

frykten blir for stor eller for sterk slik at kroppens innsatsevner stopper opp og kroppen blir helt lammet av frykt (Malt 2016).

I funnene blir det beskrevet hvordan flere pasienter opplever å leve i frykt for fall, frykt for smerteanfall, frykt for sosial isolasjon for å gi noen eksempler. Livskvaliteten ble truet gjennom smerter, angst og begrensninger i hverdagen. Symptomer som kommer ved angst er svimmelhet, hodepine, kvalme og nummenhet i hender og føtter (Helsenorge 2014). Symptomene som kommer av angst kan være med å skape en større sjanse for fall og eventuelt fraktur hos pasientene. Det at pasienten allerede har en redsel og frykt kan medføre at de utvikler angst for angsten. I situasjoner hvor pasienten sliter med vanskelige tanker, vil det være viktig at sykepleiere bruker bekreftende kommunikasjon. Det at pasienten både blir hørt og sett er bekreftende og kan virke betryggende for pasienten. Dette kan virke inn på selvfølelsen og fylle et psykologisk og eksistensielt behov hos pasienten i forhold til nærhet og tilknytning mellom pasient og sykepleier. Omsorg er et viktig begrep i sykepleieryrket. Omsorg er en relasjon mellom to mennesker basert på gjensidighet og likeverd. God omsorgsrelasjon baserer seg på refleksjoner og erfaringsbasert kunnskap i individuelle pasientsituasjoner (Eide og Eide 2014).

Funnene våre viser at smerter har en stor innvirkning på pasientens hverdag i forhold til de psykiske utfordringene. Smertene kan ha så stor innvirkning at pasienten unngikk sosiale situasjoner i frykt for å få smerter. Dette medførte til at pasientene heller ble hjemme og isolerte seg for sosiale relasjoner. Det kan være vanskelig som sykepleier å imøtekomme mennesker som opplever sorg og sinne. I funnene viser det seg at flere pasienter har uttrykt både sorg og sinne ved de kroppslige forandringene som skjer ved osteoporose. Fra praksis har vi opplevd og sett at det å reagere med sorg eller sinne ikke er uvanlig. Det er da viktig at vi som sykepleiere er synlige og har mulighet til å kunne snakke med pasienten om disse vanskelige tankene, det er tross alt ikke alle som har nær familie eller venner. For veldig mange vil dette bli en stor omvendning på den psykiske helsen, det gjelder ved alle sykdommer hvor livssituasjonen blir endret. Osteoporose er ingen unntak. I funnene kom det frem at flertallet av pasientene viste symptomer på depresjon, angst og frykt. Det kom også frem at de følte på en frykt for å ende opp på institusjon. Det vises også at menn sliter med det samme som kvinner.

5.2.2 Begrensninger i hverdagen gir redusert livskvalitet

Våre funn viser at etter diagnostisert osteoporose faller livskvaliteten betydelig. Det innebærer at en mister opplevelsen av glede, mening, trygghet, tilhørighet, følelse av interesse, mestring og engasjement (Nes 2017). Livskvalitet er et sammensatt fenomen som er ulikt fra person til person. Det blir knyttet opp mot menneskets indre opplevelser. Den tar ikke utgangspunkt i det mennesker har, som for eksempel sosiale relasjoner eller økonomi. Man knytter heller ikke livskvalitet opp mot hva mennesker omgis av eller hva mennesker gjør. Men det kan ha en indirekte påvirkning på livskvaliteten, så lenge den får betydning for den indre opplevelsen for enkeltindividet. Verdibegrepet livskvalitet blir beskrevet som en indre følelse hos mennesker. Følelser som glede, tilfredshet, engasjement og glede for å beskrive noen indre følelser. Det er mye man som sykepleier kan bidra med for å øke livskvaliteten til pasientene, mye handler om å legge til rette for et godt miljø rundt pasienten for å kunne oppnå positive opplevelser og erfaringer (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015B). Det å miste funksjoner og ikke lenger klare alt som man kunne før sykdommen, virker belastende for pasienten. De blir preget av usikkerhet og uvisshet over hverdagene. Forandringer innebærer endringer, hvor da pasienten mangler forutsetninger for å kunne håndtere forandringene som skjer med dem (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015A).

Det viste seg at deltakerne fortalte om både redusert psykisk og fysisk funksjon, pasientene hadde vanskeligheter med å utføre dagligdagse aktiviteter. Det fikk konsekvenser for livene deres ved at kroppen deres ble en hindring i hverdagen. Opp mot 6 % av eldre personer som faller, brekker noe. Av lårhalsbruddene skyldes en stor del av de faktorer som vi faktisk kan gjøre noe med. Det er risikofaktorer som blant annet muskulær svakhet, dårlig balanse og dårlig kondisjon. Disse kan forbedres gjennom regelmessig fysisk aktivitet. Styrke- og spensttrening kan bidra til økt beintetthet og motvirker derfor aktivt mot osteoporose. Dette vil gi en maksimal beintetthet og det kan motvirke fall hos eldre, da særlig hos kvinner etter menopausen. Manglende styrke hos eldre kan i verste fall gå ut over gangfunksjon eller at de ikke klarer å stellet seg selv lenger. Muskelmassen reduseres og vil i tillegg medføre betydelig redusert kondisjon, noe som kan igjen føre til mindre fysisk aktivitet (NHI 2016).

Flere pasienter måtte tilpasse de daglige aktivitetene ved å utføre dem langsommere og med forsiktighet som for eksempel ved matlaging, rengjøring eller å handle på butikken. Det ble uttrykt frustrasjon over å ikke kunne klare det de klarte før sykdommen. Det å tape selvstendighet kan oppleves som vanskelig. De fleste har et sterkt behov for å være selvstendig og kunne kontrollere sitt eget liv. Det å måtte bli avhengig av hjelp fra andre svekker i stor grad egenverden til pasientene og følelser som å være til bry for andre gjør livssituasjonen vanskelig. På den andre siden så kan også avhengighet fra andre oppleves som positivt. Det å få hjelp fra andre kan oppleves som god omsorg, og det kan være med på å skape tette relasjonsbånd mellom pasient og pårørende eller sykepleier (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015A)

5.2.3 Redusert livskvalitet på grunn av smerter

De siste to tiårene har mye endret seg og smertebehandlingen er blitt forbedret. Det finnes idag mer kunnskap om analgetika og andre medikamenter for effektiv smertelindring. Men til tross for mer kunnskap rundt smerter og smertelindring så er det fortsatt vanskelig å smertelindre tilstrekkelig nok. Det er spesielt de som har kroniske smerter det viser seg å være vanskeligst å smertelindre. Som sykepleier har man et selvstendig ansvar i arbeidet med å lindre pasientens smerter, dekke de grunnleggende behovene, utføre kliniske observasjoner, datasamling, administrering av smertelindrende medikamenter og ikke-medikamentelle tiltak. Det er ut i fra disse oppgavene at man utfører kartlegging og en helhetlig vurdering av smertene til pasientene (Danielsen, Berntzen og Almås 2016).

Smerte er et veldig sammensatt fenomen, det er ikke alltid at pasienten sine opplevelser av smerten er direkte koblet opp mot den medisinske årsaken. Både psykososiale forhold og kulturelle forhold kan ha en påvirkende faktor (Danielsen, Berntzen og Almås 2016). I funnene våre viste det seg at personer som har fått diagnostisert osteoporose opplevde å ha eller få store smerter. Dette gjaldt både de som hadde opplevd brudd og de som ikke hadde opplevd brudd, men kraften på smertene var større hos dem som hadde opplevd brudd. Det kan på mange måter være avgjørende for hvordan sykepleiere blir berørt av den aktuelle situasjonen, dette med tanke på hvordan pasienten opplever å bli tatt vare på med omtanke og møtt med omsorg. Det er akkurat denne evnen til å bli følelsesmessig berørt av vanskelige situasjoner som blir betegnet som empati (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015A). Når man tolker smerter hos pasienter er det ut i fra sykepleierenes egne erfaringer,

kunnskaper og skjønn. Det samme gjelder for pasientene med tanke på uttrykk og reaksjoner da de har sine erfaringer og kulturforskjeller som påvirker deres oppfatning av smerte. Konsekvensene av ikke være klar over disse forholdene kan det gi pasienten en opplevelse av økt smerte (Danielsen, Berntzen og Almås 2016).

Det er derfor utrolig viktig å imøtekomme pasientene i de vanskelige situasjonene med både omsorg og empati. Empati er et viktig begrep i sykepleieryrket. Empati består av evnen til å kunne lytte og sette seg inn i pasientens situasjoner og prøve å forstå deres reaksjoner og følelser. Gjennom empati kan sykepleiere gjennom kommunikasjon, non-verbal kommunikasjon og handling ha en evne til innlevelse og til å forsøke å forstå, vise respekt og ta hensyn til pasientens livssituasjoner. Empati er en nødvendighet i sykepleieryrket for å kunne kommunisere godt med pasienter (Eide og Eide 2014).

Når pasienten opplever sterke smerter kan man det komme frem synlige symptomer som svette, høy puls eller blek hud. Disse pasienten blir som oftest møtt med empati og omsorg når symptomene er synlige og pasienten selv uttrykker at de har smerter. Observasjoner er noe som sykepleiere utfører hele tiden, hos noen pasienter kan det være enkelt å observere smerte. Ved kroniske smerter oppstår det få eller ingen synlige symptomer, pasienten er da avhengig av at de blir trodd på sine ord når de uttrykker smerter. Om pasienten ikke føler seg trodd på av sykepleiere kan det oppleves som verre enn selve smerten. Det er derfor viktig at sykepleiere tror på, og har tillit til pasientenes smerteopplevelser, men det må være en form for gjensidighet hvor pasienten stoler på at sykepleiere ønsker å hjelpe. Når pasientene opplever tillit, respekt og trygghet fra sykepleiere kan det være med på å forsterke smertelindringen (Danielsen, Berntzen og Almås 2016).

Som beskrevet i funnene våre forekommer det konsekvenser ved smertene, både psykososiale og fysiske funksjoner blir påvirket. Smerter er en veldig personlig og individuell erfaring. Det er pasienten selv som best kjenner til sine smerter og vet hvordan de føles, lengden og hvor intense de kan være. Når pasientene beskriver sine smerter til andre kan den mistolkes eller være vanskelig å forstå fordi beskrivelsen ofte blir ufullstendig. Det er viktig at sykepleiere gjør sitt ytterste ved å prøve forstå hvordan pasienten har det, men pasienten er i den forstand alene i smertene. Dette oppleves for mange som en vond ensomhet. Smertene blir forsterket om pasienten ikke føler seg trodd og kan medføre til hjelpsløshet og ensomhet (Danielsen, Berntzen og Almås 2016).

Når man som sykepleier fortolker pasientsituasjonen subjektivt så innebærer det også følelsesmessig involvering. Det er ikke bare en kognitiv forståelse av pasientens sykdomsopplevelse, men også en emosjonell forståelse fra sykepleiernes side. Det kan være vanskelig å se at pasienten har det vondt (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015A). I flere av funnene ble det beskrevet om hvordan det er å leve med smerter. Om de ikke våknet opp med smerter så kunne de komme i løpet av dagen. De gikk og bekymret seg eller ventet på at smerten skulle inntreffe dem. Smerter var en stor bekymring for pasientene.

Kunnskapen man som sykepleier har om smerte og smertelindring er viktig å opprettholde og ikke minst holde seg oppdatert på. Det er som sakt viktig å ha kunnskap om smerte, fysiologiske virkningsmekanismer, men det er vel så viktig å skaffe seg forståelse av perspektivet til pasienten i vanskelige livssituasjoner. Det er derfor viktig at man leser seg opp på forskningslitteratur og aktivt bruker forskningsbasert kunnskap i praksisen. Det kan være vanskelig å gi tilfredsstillende smertelindring til pasienter. Ved aktiv bruk av forskningsbasert kunnskap kan det være med på å redusere tilfeller av ikke-tilfredsstillende smertelindring. Det vil også være med på å underbygge de faglige avgjørelsene som sykepleiere tar (Danielsen, Berntzen og Almås 2016).

5.2.4 Medisinering og informasjon

Når man blir syk eller hjelpetrengende er det et behov hos pasienter for å få informasjon og kunnskap rundt sin tilstand, som blant annet om sykdommen, behandling, prognoser, medikamenter, bivirkninger, praktiske forhold og mer. Det er en viktig sykepleieroppgave å informere pasienten og eventuelle pårørende. Det er viktig å formidle pasientinformasjonen på en god måte, dette forutsetter at dialogen mellom sykepleier og pasient foregår på pasientens premisser. Sykepleier må innhente kunnskap om hva pasienten trenger informasjon om, slik at den informasjonen som blir gitt til pasienten er relevant og forståelig (Eide og Eide 2014).

Legemidler er ofte aktuelt som behandling ved osteoporose. Det er mange typer, men behandlingen må tilpasses den enkelte pasient. Behandlingen av osteoporose kan være som en forebyggende behandling hos kvinner som har en spesielt høy risiko. Kortisontabletter er et medikament som er med på å behandle og forsinker utviklingen hos dem som har fått

påvist sykdommen. Det er anbefalt at de som har osteoporose eller er i høy risiko for å få den bør ta tilskudd av kalsium og vitamin D. En av de viktigste byggeklossene i skjelettet er kalsium og om tilskuddet blir for lite vil det gjøre at beinvevet bryter ned og kan føre til osteoporose. For å kunne nyttiggjøre kalsiumtilskuddet er det avgjørende at det er tilstrekkelig med vitamin D. Dersom en ikke får tilstrekkelig gjennom kosten er det legemidler som kan brukes, både for vitamin D og kalsium (NHI 2016).

Funnene våre viser at mange pasienter som blir diagnostisert ikke har fått nok eller tilstrekkelig med informasjon rundt medisiner. Fra praksis så har en av oss opplevd når pasienten ikke har fått tilpasset og god informasjon, det skapte forvirring og frustrasjon fra pasientens side. Det kom ikke godt frem at pasienten ikke hadde forstått informasjonen, men etter at pasienten fikk fortalt hvordan han opplevde informasjonen og hva han hadde forstått visste det seg at informasjonen hadde blitt mistolket. Dette viser bare hvor viktig det er å ha gode samtaler med pasienten og ikke minst tilpasse informasjonen til de enkelte individene. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) så har pasienter rett til informasjon. Pasientene som hadde fått osteoporose følte de ikke fikk tilstrekkelig nok av informasjon vedgående diagnosen deres. Det kom frem at flere av pasientene hadde et behov for å få god informasjon og en bedre forståelse av sin sykdom.

Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Informasjonen skal ikke gis mot pasienten utrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkning av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §3-2).

Når man som sykepleiere gir pasienten mye informasjon på en gang så er det ikke gitt at pasienten har forstått alt som de er blitt fortalt. Vi som sykepleiere lærer mye om samhandling og kommunikasjon og det er viktig at sykepleiere benytter seg av gode kommunikasjonsferdigheter i sitt arbeid med å formidle. Når man veileder og informerer pasienter, så er klargjøring og avklaringer viktige stikkord. Et eksempel på dette er når sykepleier forklarer noe til pasienten, og pasienten da gjentar det sykepleier har sagt med sine egne ord. På den måten får sykepleier observert om pasienten har forstått

informasjonen og samtidig så får pasienten en mulighet til å bearbeide, reagere, forstå og gjøre opp sine egne tanker og synspunkter. I slike situasjoner kan pasienten finne ut hva som er viktig for dem og sykepleier kan observere og lytte til deres spørsmål og bekymringer (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2015A).

Det er lett for at man kommer inn i en ond sirkel ved kroniske smerter. Kodeineffekten falmer gradvis og kan utvikle seg til en abstinensstilstand. Det finnes ikke holdepunkter for hvilket opioid som er bedre enn noen andre i behandling av kroniske smerter (Slørdal og Rygnestad 2016). Det kom frem i funnene at pasientene fortalte om analgetika kunne dempe smertene i middels grad, men aldri helt smertefri. Det kom også frem at noen pasienter ikke hadde helt tillit til effekten av analgetika. Medikamenter som NSAID-preparater og paracetamol har en dårligere effekt på kroniske smerter i muskel- og skjelettsystemet. Derimot kan NSAID-preparater og opioider ha en god effekt sammen mot kroniske smerter (Slørdal og Rygnestad 2016). Det vises hos Kumling og Lerdal (2015) at kvinner bruker mye tid på håndtering av medisiner da de er usikre på balansen mellom effekt og bieffekt av de smertestillende medikamentene de bruker. Det vises også at de har en stor frykt for å bli avhengig av medikamentene, og dette preger store deler av deres hverdag.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse opplevelsen av livskvaliteten til pasienten med osteoporose.

Våre resultat viser at pasienter med osteoporose sliter med både fysiske og psykiske plager, som påvirker deres livskvalitet. Livskvalitet er et omfattende begrep som påvirker både den fysiske og den psykiske helsen vår. Med en så omfattende diagnose som osteoporose så kommer det tydelig frem i oppgaven at livskvaliteten blir betydelig redusert. Diagnosen setter et såpass preg på mange av pasientene at de ser negativt på fremtiden og prognosen ved osteoporose. Pasientene blir nødt til å gjøre mange livsstilsendringer og tilpasse de hverdagslige gjøremålene og aktivitetene. De fleste strever etter å opprettholde selvstendigheten, noe vi som sykepleiere må være med å opprettholde hos pasienten.

Smerter preger også i stor grad hverdagen til pasientene med osteoporose. Dette gjelder ikke bare smerter som er relatert til brudd, da de som ikke har opplevd brudd kan også ha smerter. For mange er smerter er en konstant følgesvenn. Mange opplever å måtte begrense seg i hverdagen på grunn av de sterke smertene de allerede har. Smerter påvirker pasientene både fysisk, men gir også psykiske utfordringer i hverdagen, da mange av pasientene går å venter på at smertene skal intrefte. Ensomhet preger også store deler av hverdagen til pasienter med osteoporose. Dette er fordi de isolerer seg fra sosiale relasjoner, og mister troen på seg selv og kroppen sin. Vi mener derfor at mange pasienter som lever med osteoporose, og konsekvensene den gir, gir tydelig reduksjon på opplevelsen av livskvaliteten.

6.1 Konsekvenser for praksis

Livskvaliteten spiller en stor rolle for pasientens velvære og må derfor være i sentrum av sykepleiers tanker. Osteoporose har i lengre tid blitt sett på som en lite omtalt sykdom, men det er faktisk flere enn vi tror som lider av den. Plagene trenger ikke være så store for at livskvaliteten skal reduseres. Det er nok flere der ute som lider av denne sykdommen uten å vite om det og det bør derfor satses på en økt kunnskap rundt dette temaet.

6.2 Forslag til videre forskning

Det er gjort lite forskning på livskvaliteten til pasienter med osteoporose i Norge, vi mener derfor det bør forskes mer på. Og da kanskje med tanke på hvordan man kan tilrettelegge for at livskvaliteten deres skal økes.

Det er generelt gjort lite forskning på menn som lever med osteoporose internasjonalt. Det som vi har funnet er at de sliter med det samme som kvinner gjør, men det kunne vært et forslag å forske videre på nettopp livskvaliteten hos menn.

7.0 Litteraturlise:

Bianchi, Maria Luisa, Maria Rosa Orsini, Silvia Saraifoger, Sergio Ortolani, Giovanni Radaelli og Simonetta Betti. 2005. "Quality of life in post-menopausal osteoporosis." *Health and quality of life outcomes*. 3:78.

<https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-78>

Brøyn, Timo Peder. 2012. «Alle databaser».

<http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Emneomraader/Alle-databaser.aspx>

Danielsen, Astrid, Helene Berntzen og Hallbjørg Almås. 2016. «Sykepleie ved smerter.» I *Klinisk sykepleie 1*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 381-427. Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2014. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20:2

Folkehelseinstituttet.no. 2014. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler." Lest: 20.03.18 <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Gregersen, Anne-Grethe og Randi Grønseth. 2016. "Sykepleie ved revmatiske sykdommer". I *Klinisk sykepleie*, red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 207-231. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Guillemin, F, L. Martinez, M. Calvert, C. Cooper, T. Ganiats, M. Gitlin, R. Horne, A. Marciniak, J. Pfeilschifter, S. Sheperd, A. Tosteson, S. Wade, D. Macarios og N. Freemantle. 2013. "Fear of falling, fracture history and comorbidities are associated with health-related quality of life among European and US women with osteoporosis in a large international study." *Osteoporosis International*.23:3001-3010.

<https://doi.org/10.1007/s00198-013-2408-4>

Hallberg, Inger, Anna-Christina Ek, Gøran Toss og Margareta Bachrach-Lindstrøm. 2010. "A striving for independence: a qualitative study of women living with vertebral fracture." *BMC Nursing* 9:7 <https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-7>

Hansen, Carrinna A., Bo Abrahamsen, Hanne Konradsen og Birthe D. Pedersen. 2017. "Women's lived experience of learning to live with osteoporosis: a longitudinal qualitative study." *BMC Women's Health* 17:17 <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0377-z>

Hansen, Carrinna A., Hanne Konradsen, Bo Abrahamsen og Birthe D. Pedersen. 2014. "Women's experience of their osteoporosis diagnosis at the time of diagnosis and 6 months later: A phenomenological hermeneutic study." *International journal of qualitative study in health and well-being*. 9:1 <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.22438>

Haugeberg, Glenn. 2008. «Osteoporose.» *Norsk Epidemiologi*. 18 (1): 119-123. <https://doi.org/10.5324/nje.v18i1.88>

Haukeland Universitetssykehus. 2017. «Beinskjørhet (osteoporose).» Lest 18.04.18 <https://helse-bergen.no/behandlinger/beinskjorhet-osteoporose>.

Helsenorge. 2014. «Isolasjon og ensomhet». Lest: 04.05.18. <https://helsenorge.no/psykisk-helse/isolasjon-og-ensomhet>

Helsenorge. 2014. «Angstlidelser.» Lest: 04.05.18. <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser>

Klinikk for krisepsykologi. 2016. "Sorg." Lest: 04.05.18. <https://www.krisepsykologi.no/informasjon-og-raad/sorg/#anbefaltenettsideromsorg>

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, red. 2015 A. *Grunnleggende sykepleie Bind 1, 2*. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, red. 2015 B. *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kumlin, Marianne og Anners Lerdal. 2015. «Eldre kvinners erfaringer med osteoporotiske brudd i ryggen.» *Sykepleien forskning*. 3:15 238-246.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.54968>
- Malt, Ulrik. 2016. "Frykt." Lest: 04.05.18.
<https://snl.no/frykt>
- Meyer, Haakon Eduard. 2016. «Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)». Lest 20.04.18.
<https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/>
- Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. *Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag
- Nes, Ragnhild Bang. 2017. «Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge.» Lest 25.04.18.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- NHI. 2016. «Fysisk aktivitet ved muskelskjelettlidelser.» Lest: 05.05.18.
<https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/fysisk-aktivitet-og-helse/muskelskjelettlidelser-fysisk-aktivitet/>
- Nordeng, Hedvig og Olav Spigset. 2016. *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2015. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*, 2. utg. Oslo: Akribe AS.

- NSD. 2018. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler». Lest 15.01.18
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Os, Ingrid og Kåre I. Birkeland. 2015. "Endokrine sykdommer". I *Sykdomslære; indremedisin, kirurgi og anestesi*, red. Dag Jacobsen, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise, 285-309. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov av 02. juni 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Ranhoff, Anette Hylene, Jorunn Helbostad og Mette Irene Martinsen. 2014. «Osteoporose og brudd.» I *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten*, red Marit Kirkevoll, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 511-519. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sand, Olav, Øystein V. Sjaastad, Egil Haug og Jan G. Bjålie. 2011. *Menneskekroppen*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slørdal, Lars og Tarjei Rygnestad. 2016. «Legemidler ved smerter.» I *Legemidler og bruken av dem*, red. Olav Spigset, 341-351. Gyldendal Akademisk.
- Stamm, Tanja Alexandra, Karin Pieber, Richard Grevenna og Thomas Ernst Dorner. 2016. «Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: A secondary analysis of population-based health survey data.» *BMC Musculoskeletal Disorders*. 17:139
<https://doi.org/10.1186/s12891-016-0994-y>
- Svedbom, A., F. Borgstöm, E. Hernlund, O. Ström, V. Alekna, M. L. Bianchi, P. Clark, M. D. Curiel, H. P. Dimai, M. Jürisson, R. Kallikorm, M. Lember, O. Lesnyak, E. McCloskey, K. M. Sanders, S. Silverman, A. Solodovnikov, M. Tamulaitiene, T. Thomas, N. Toroptsova, A. Uusküla, A. N. A. Tosteson, B. Jönsson, J. A. Kanis. 2017. "Quality of life for up to 18 months after low-energy hip, vertebral, and distal

forearm fractures—results from the ICUROS.” *Osteoporosis International*. 29:557-566. <https://doi.org/10.1007/s00198-017-4317-4>

Svensson, H.K, E.H. Olofsson, J. Karlsson, T. Hansson og L.-E. Olsson. 2015. “A painful never ending story: older women’s experience of living with an osteoporotic vertebral compression fracture.” *Osteoporosis international*. 27:5
<https://doi.org/10.1007/s00198-015-3445-y>

Torvik, Karin og Karen Bjøro. 2014. «Smerte.» I *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasient*, red Marit Kirkevoll, Kari Brodtkorb og Anette Høyen Ranhoff, 390-407. Oslo: Gyldendal akademisk.

Varner, Joyce McCullars. 2012. «Osteoporosis: A silent disease.» *The Alabama Nurse*. 39:3 10-11.
<https://search.proquest.com/docview/1041260247?accountid=40814>

Voigt, Karen, Stéphanie Taché, Matthias Hofer, Carsten Straßberger, Henna Riemenschneider, Peter Peschel, Joachim Kugler og Antje Bergmann. 2012. “Health related quality of life in male patients with osteoporosis: results of a cross sectional study.” *The aging male*. 15(4): 220-226.
<https://doi.org/10.3109/13685538.2012.716877>

Wilson, Sally, Christopher A. Sharp, Michael W. J. Davie. 2014. “Health-related quality of life in women referred for bone density assessment: relationships with bone mineral density, fracture and co-morbidity.” *Quality of life research*. 24:1235-1243.
<https://doi.org/10.1007/s11136-014-0851-0>

8.0 VEDLEGG

VEDLEGG 1: PICO-skjema.

P – problem/patient	I - intervention	C - comparison	O - outcome
Osteoporose Osteoporos* Smerter Svekkelse postmenopausal			Livskvalitet Erfaring Daglig livet
Osteoporosis Osteoporos* Pain Impairment Postmenopausal			Quality of life Experience Daily life

VEDLEGG 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Databse	Antal I treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
Osteoporosis AND women AND elderly AND pain Limited to after 2010, Swedish OR Danish OR English OR Norwegian.	15.01.18	ProQuest	551	9	0	0
Osteoporosis AND quality of life AND pain AND nursing AND medication AND daily life AND experience AND living with Limited to 2002	15.01.18	Ovid Medline	113	7	2	0
Osteoporosis AND women AND pain AND nurse Limit to after 2010, Swedish OR Danish OR English OR Norwegian.	20.03.18	ProQuest	187	5	0	0
osteoporosis AND woman AND pain AND nurse AND medication AND quality of life AND experience AND Limited to after 2015, Norwegian OR Swedish OR English OR Danish	20.03.18	ProQuest	427	13	2	2 Nr. 4 og 8
Osteoporosis AND (Daily life) AND Impairment Additional limits: document type: Article, Language:	21.03.18	ProQuest	2333	20	3	1 Nr. 6

English						
Osteoporosis* AND female* AND pain* AND nurse*	21.03.18	Ovid Medline	22	6	1	0
Osteoporosis AND Qualitative AND Quality of life Limited to 2011.	22.03.18	ProQuest	8748	3	1	1 Nr. 5
Osteoporo* AND pain AND quality of life AND experien* Limeted to after 2008.	11.04.18	ProQuest	156	6	5	1 Nr. 9
osteoporo* AND Quality of life AND pain	16.04.18	ProQuest	1 362	20	4	0
Osteoporosis* AND Quality of life AND Vertebral fracture Additional limits: Language: English, Limited to 2010	16.04.18	Ovid Medline	107	12	6	2 Nr. 3 og 7.
Osteoporosis AND Quality of life.	19.04.18	Ovid PsycINFO	51	5	2	1 Nr. 10
Totalt						8

VEDLEGG 3: Oversiktstabell

Artikkelnr.	1
Forfatter	Bianchi, Maria Luisa, Maria Rosa Orsini, Silvia Saraifoger, Sergio Ortolani, Giovanni Radaelli og Simonetta Betti.
År	2005.
Land	Italia.
Tidsskift	Health and Quality of Life Outcomes
Tittel	Quality of life in post-menopausal osteoporosis.
Hensikt	Målet med studien var å evaluere effekten av osteoporose i seg selv og deltakerenes livskvalitet.
Metode	Spørreskjemaer under rutinekontrolltime.
Deltagere/fracfall	100 post-menopausale kvinner. 62 med ukomplisert primær osteoporose. 38 med primær osteoporose med brudd.
Hovedfunn	Deltakerene ble påvirket av å få diagnosen osteoporose. Det kom frem at noen ble så påvirket at de fikk symptomer til depresjon og den generelle helsen ble redusert. Det kom også frem at livskvaliteten ble betydelig redusert. Noen hadde også smerter som igjen påvirket livskvaliteten.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av «Etichal Committee of the Instituto Auxologico Italiano».
Vurdering	Fagfellevurdert, Nivå 1. God.

Artikkelnr.	2
Forfatter	Guillemin, F, L. Martinez, M. Calvert, C. Cooper, T. Ganiats, M. Gitlin, R. Horne, A. Marciniak, J. Pfeilschifter, S. Sheperd, A. Tosteson, S. Wade, D. Macarios og N. Freemantle.
År	2013
Land	Frankrike
Tidsskift	Osteoporosis International
Tittel	Fear of falling, fracture history and comorbidities are associated with health-related quality of life among European and US women with osteoporosis in a large international study.
Hensikt	Var å vurdere faktorer som kan ha innflytelse på livskvaliteten.
Metode	Observasjonsstudie.
Deltagere/fracfall	7 897 deltakere, ingen nevnte fracfall.
Hovedfunn	Ung alder, lav BMI (Body Mass Index), tidligere brudd, høy redsel for fall og depresjon viser seg å være assosiert med redusert livskvalitet.
Etisk vurdering	Deltakerene ble invitert til å delta frivillig.
Vurdering	Fagfellevurdert, Nivå 1. God.

Artikkelnr.	3
Forfatter	Hallberg, Inger, Anna-Christina Ek, Gøran Toss og Margareta Bachrach-Lindstrøm.
År	2010
Land	Sverige
Tidsskift	BMC Nursing
Tittel	A striving for independence: a qualitative study of women living with vertebral fracture.
Hensikt	Studien ville beskrive hvordan livskvaliteten og dagliglivets påvirkninger til kvinner som har levd med vertebrale brudd i flere år.
Metode	Kvalitativ metode, semistrukturert intervjuer.
Deltagere/fracfall	10 kvinner. Ingen nevnte fracfall
Hovedfunn	Studien fant ut at det var flere ting som truet livskvaliteten og det daglige livet, og selvstendigheten: rygg smerter, angst og dårlig selvtillit.
Etisk vurdering	Av Regional Ethical review board at the faculty of health sciences, University of Linkøping.
Vurdering	Fagfellevurdert, nivå 1. Middels.

Artikkelnr.	4
Forfatter	Hansen, Carrinna A., Bo Abrahamsen, Hanne Konradsen og Birthe D. Pedersen.
År	2017
Land	Danmark
Tidsskift	BMC Women´s Health
Tittel	Women´s lived experience of learning to live with osteoporosis: a longitudinal qualitativ study.
Hensikt	Var å få en dypere forståelse av hvordan kvinner lærer seg å leve med osteoporose.
Metode	Kvalitativ, fenomenologisk hermeneutisk studie.
Deltagere/fracfall	15 kvinner 1 kvinne fracfall.
Hovedfunn	Kom fram to hovedtemaer: dagliglivet med osteoporose og å bli påvirket av medisinsk behandling. Det kom frem at det var en vanskelig omstilling med å lære seg å leve med osteoporose. Mange ga uttrykk for redsel i forhold til den medisinske behandlingen, med bivirkninger og for å ta riktige valg.
Etisk vurdering	Danish data protection agency. Deltakere gitt skiftelig og muntlig samtykke.
Vurdering	Fagfellevurdert, nivå 1. God.

Artikkelnr.	5
Forfatter	Hansen, Carrinna, Hanne Konradsen, Bo Abrahamsen og Birthe D. Pedersen.
År	2014
Land	Danmark
Tidsskrift	Intenational journal og qualitative study in health and well-being.
Tittel	Women´s experience of their osteoporosis diagnosis at the time of diagnosis and 6 months later: A phenomenological hermeneutic study
Hensikt	Belyse erfaringer av kvinner som nylig har blitt diagnostisert med osteoporose.
Metode	Kvalitativ, fenomenologisk hermenautisk studie med åpne intervjuer.
Deltager/fracfall	15 kvinner. Ingen nevnte fracfall.
Hovedfunn	Det kommer fram at det ikke er blitt gitt nok og grundig informasjon og undervisning under og ved diagnostisering. Mange mener at de ikke har fått god nok kontakt eller tillit til legen. Mange ble, etter diagnostisering, mer forsiktig på ting de gjorde i hverdagen, og tok ikke unødvendige risikoer i frykt for å fall å knekke noen bein.
Etisk vurdert	Av Danish Data Protection agency og National committee on health research ethics. Deltakere har fått skriftlig og muntlig informasjon før skriftlig og muntlig samtykke ble gitt.
Vurdering	Fagfellevurdert, nivå 1, God.

Artikkelnr.	6
Forfatter	Stamm, Tanja Alexandra, Karin Pieber, Richard Grevenna og Thomas Ernst Dorner.
År	2016
Land	Østerriket
Tidsskift	BMC Musculoskeletal Disorders
Tittel	Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: A secondary analysis of population-based health survey data.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse begrensningene i ADL hos osteoporotiske kvinner.
Metode	En tverrsnittstudie.
Deltagere/fracfall	1259 menn og 1838 kvinner. Ingen nevnte fracfall.
Hovedfunn	Eldre med og uten osteoporose hadde problemer med å utføre ADL (activities of daily living). Smerteintensiteten økte sjansene for underskudd innenfor alle ADL-dimensjonene. Deltakerenes begrensninger med osteoporose.
Etisk vurdering	Godkjent av «Ethics Committee of the medical University of Vienna».
Vurdering	Fagfellevurdert, Nivå 1. Middels

Artikkelnr.	7
Forfatter	Svedbom, A., F. Borgstöm, E. Hernlund, O. Ström, V. Alekna, M. L. Bianchi, P. Clark, M. D. Curiel, H. P. Dimai, M. Jürisson, R. Kallikorm, M. Lember, O. Lesnyak, E. McCloskey, K. M. Sanders, S. Silverman, A. Solodovnikov, M. Tamulaitiene, T. Thomas, N. Toroptsova, A. Uusküla, A. N. A. Tosteson, B. Jönsson, J. A. Kanis.
År	2017.
Land	Tyskland
Tidsskift	Osteoporosis International
Tittel	Quality of life for up to 18 months after low-energy hip, vertebral, and distal forearm fractures—results from the ICUROS
Hensikt	Var å estimere livskvaliteten hos pasienter med hofte-, vertebra- eller armbrudd.
Metode	Kvalitativ metode, spørreskjemaer.
Deltagere/fracfall	5435 deltakere, 2432 fracfall av ulike personlige grunner. 11 deltakende land.
Hovedfunn	Tre typer brudd: <ul style="list-style-type: none"> - Lav-energi brudd - Vertebrale brudd - Distal underarms brudd <p>Livskvaliteten ble bedre med tiden. Men etter 18 måneder, var den fortsatt lav hos deltakere med hofte- og vertebrale brudd.</p> <p>Men hos de med distal underarmsbrudd ikke hadde stort tap generelt, derav ikke så stor forskjell.</p>
Etisk vurdering	Det er gjort etiske vurderinger i alle 11 deltakende land, derav ingen spesifikk.
Vurdering	Fagfellevurdert, Nivå 1. God.

Artikkelnr.	8
Forfatter	Svensson, H.K, E.H. Olofsson, J. Karlsson, T. Hansson og L.-E. Olsson.
År	2015
Land	Sverige
Tidsskift	Osteoporosis international
Tittel	A painfull never ending story: older women´s experience of living with an osteoporotic vertebral compression fracture.
Hensikt	Beskrive kvinners erfaringer med vertebrale brudd i deres dagligliv.
Metode	Kvalitativ, fenomenologisk hermeneutisk studie.
Deltagere/fracfall	17 kvinner ble spurt, 7 takket nei pga. egen livssituasjon. 10 kvinner. Ingen nevnte fracfall
Hovedfunn	Mange av deltakerene følte seg redde for å gjøre noe som helst i hverdagen. Noen av de faktisk så mye at de ikke turte å legge seg i senga engang. De stolte ikke på sin egen kropp. Mange hadde daglige store smerter, eller gikk stadig og ventet på at smertene skulle komme. Mange av de var det bare små bevegelser som skulle til for at det skulle komme store og langvarige smerter. Mange følte seg alene og ensom på grunn av sosial isolasjon. Mange av kvinnene ga uttrykk for at de ikke så seg selv i fremtiden.
Etisk vurdering	Av Regional ethics committee Deltakere var blitt gitt muntlig og skriftlig informasjon, og gitt skriftlig og muntlig samtykke.
Vurdering	Fagfellevurdert, nivå 1. God.

Artikkelnr.	9
Forfatter	Voigt, Karen, Stéphanie Taché, Matthias Hofer, Carsten Straßberger, Henna Riemenschneider, Peter Peschel, Joachim Kugler og Antje Bergmann.
År	2012
Land	Tyskland
Tidsskift	The Aging Male
Tittel	Health related quality of life in male patients with osteoporosis: results of a cross sectional study.
Hensikt	Var å belyse menns livskvalitet med å leve med osteoporose.
Metode	Tverrsnittstudie.
Deltagere/fracfall	Sendt pr. post til 344 personer, der 271 svarte og sendte tilbake.
Hovedfunn	<p>2/3 deler rapporterte begrensninger i livskvaliteten rett etter brudd.</p> <p>Ved sammenligning av spørreskjemascorene med gruppene, viste det seg at det var tydelige forskjeller i den psykiske funksjonen.</p> <p>Delt i 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uten brudd: Det ble rapportert lite fall i livskvaliteten. - Med et brudd: Det ble rapportert lite eller ingen fall i livskvaliteten, var lik gruppen uten brudd. - Med to eller flere brudd: Det ble rapportert betydelig lavere livskvalitet enn de to andre gruppene.
Etisk vurdering	Ikke funnet i tekst, men studien er helt frivillig å delta i.
Vurdering	Fagfellevurdert, Nivå1. God.

Artikkelnr.	10
Forfatter	Wilson, Sally, Christopher A. Sharp, Michael W. J. Davie.
År	2014
Land	Sveits
Tidsskift	Quality of life research
Tittel	Health-related quality of life in women referred for bone density assessment: relationships with bone mineral density, fracture and co-morbidity.
Hensikt	Var å identifisere variabler som kan ha innflytelse på livskvaliteten hos pasienter med og/eller uten brudd.
Metode	Tverrsnittstudie.
Deltagere/frafall	312 deltakere, ingen nevnte frafall.
Hovedfunn	Mange deltakere hadde redusert psykisk helse, livskraft og sosial funksjon i forhold til den generelle populasjonen. Dem hadde også økt kroppslig smerter.
Etisk vurdering	North Wales research ethics committee.
Vurdering	Fagfellevurdert, Nivå 2. God.

VEDLEGG 4: Manuelle søk:

Artikkel nr./tittel	Dato:	Fra artikkel:	Funnet:
<p>Artikkel nr. 1: Quality of life in post-menopausal osteoporosis.</p>	20.04.18	<p>“Health-related quality of life in women referred for bone density assessment: Relationships with bone mineral density, fracture and comorbidity”.</p> <p>Vår artikkel nr.10</p>	Himolde.no, Oria
<p>Artikkel nr. 2: Fear of falling, fracture history and comorbidities are associated with health-related quality of life among European and US women with osteoporosis in a large international study</p>	20.04.18	<p>“Health-related quality of life in women referred for bone density assessment: relationships with bone mineral density, fracture and comorbidity.”</p> <p>Vår artikkel nr. 10.</p>	Himolde.no, Oria

VEDLEGG 5: Funn fra artikler

Psykososiale konsekvenser	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 8 – 9
Begrensninger i hverdagen	1 – 3 – 5 – 6 – 8 – 9 – 10
Opplevelse av smerter	1 – 3 – 4 – 6 – 8 – 9
Medisinering	4 – 5 – 8