

UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H 000

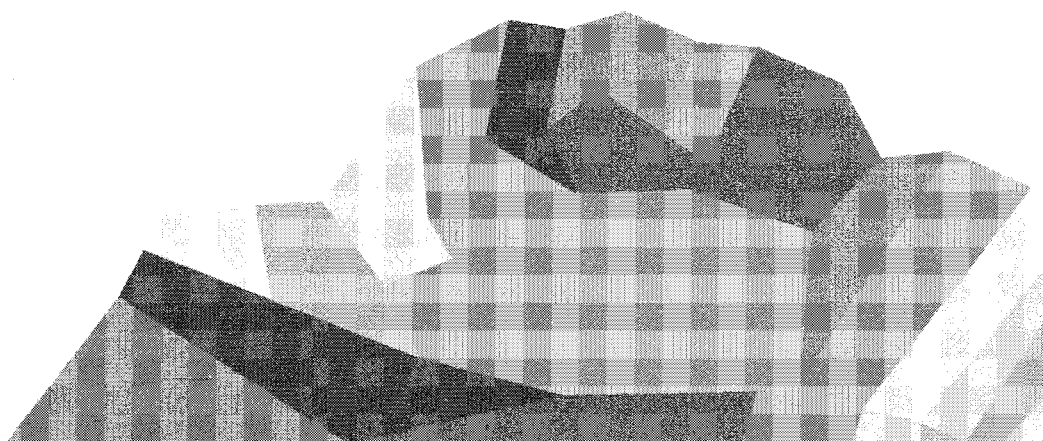
Bacheloroppgave i sykepleie

«Hypotyreose – lavt stoffskifte»

Kandidatnummer: 10

Innlevering 26.10.12

[Fredriksen, Randi Anita Gaare]



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Redegjørelse for min førforståelse	1
1.3 Presentasjon av tema og problemstilling.....	2
1.4 Presentasjon av eget faglig ståsted	3
1.5 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	3
1.6 Formålet med oppgaven	4
1.7 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 HOVEDDEL	5
2.1 Presentasjon av litteratur	5
2.2 Forskningsartikler.....	6
2.3 Metode.....	7
2.4 Valg av metode.....	7
2.5 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk.....	8
3.0 KLARGJØRING AV TEORETISK PLATTFORM.....	9
4.0 PRESENTASJON AV DATA	16
4.1 Skjoldbruskkjertelen.....	16
4.2 Årsaker til hypotyreose.....	17
4.3 Symptomer og tegn ved hypotyreose	18
4.4 Behandling av hypotyreose	20
5.0 DRØFTING.....	22
5.1 Medikamenthåndtering/administrering	22
5.2 Autoimmun sykdom	23
5.3 Psykiske symptomer.....	25
5.4 Vitamintilskudd.....	26
5.5 Kosthold og fysisk aktivitet.....	27
5.6 Stoffskifteprøver.....	29
6.0 AVSLUTNING	30
6.1 Oppsummering og konklusjon	30
7.0 LITTERATURLISTE.....	31

1.0 INNLEDNING

Jeg er en sykepleierstudent som snart er ferdig med min deltidsutdannelse i bachelor i sykepleie ved Universitetet i Nordland - Vesterålen. Jeg skal nå skrive min fordypningsoppgave for å få min bachelorgrad.

Denne oppgaven inneholder totalt 9.950 ord. Dette er 950 flere ord enn oppgavens omfang på 9000 ord, men i samråd med veileder har jeg benyttet meg av 10 % -regelen og tillatt meg 50 ord ekstra.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Min begrunnelse for å skrive en bacheloroppgave om hypotyreose er at jeg selv og flere i min omgangskrets har denne diagnosen. Jeg har i min praksis i studiet truffet flere pasienter som har hypotyreose. Jeg opplever at både pasienter, og sykepleiere har liten kunnskap om sykdommen. Det virker som en vanlig forestilling å tro at så lenge man tar tablettene Levaxin, så er alt bra og pasienten skal føle seg frisk. Dessverre er det ikke så enkelt, fordi det er en del forholdsregler som må tas i forbindelse med inntak av medikamentet Levaxin. En av forholdsreglene som er viktig, er at Levaxin blir tatt om morgenen ½ til en time før inntak av mat og helst to timer før inntak av andre medikamenter. I min praksis har jeg observert at dette ikke praktiseres, og jeg opplever at årsaken til dette er manglende kunnskap fra sykepleiere.

1.2 Redegjørelse for min førforståelse

Jeg kan ikke komme bort fra at en av årsakene til min interesse for hypotyreose, er at jeg selv, og flere i min familie og omgangskrets, har denne sykdommen. På grunn av dette har jeg opparbeidet meg noe kunnskap om sykdommen som jeg har kunnet anvende i praksis. Jeg har i min praksis, sett at det er mange eldre som har hypotyreose, og at de fleste har liten eller ingen kunnskap om sin sykdom, og forstår ikke hvorfor de må ta en «pille» hver dag. Jeg har registrert at også sykepleiere har liten kunnskap på dette området.

1.3 Presentasjon av tema og problemstilling

Som tema i denne oppgaven har jeg valgt å skrive om hypotyreose. Dette fordi jeg opplever at mange hypotyreosepasienter har liten kunnskap om sin sykdom og derfor vil jeg bruke følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier veilede mennesker med hypotyreose?

Det er mange som rammes av stoffskiftesykdommer, og i følge tall fra Statistisk Sentralbyrå ligger hypotyreose (lavt stoffskifte) som nummer ni på listen over de 20 viktige kroniske sykdommer i allmennpraksis. Andre kroniske sykdommer på denne listen, i vilkårlig rekkefølge, er som følger: høyt blodtrykk, diabetes mellitus, hjertesvikt, slitasjegikt, angina pectoris med flere. Det er viktig å nevne at denne listen kun består av sykdommer som alltid er kroniske (Statistisk Sentralbyrå 2007).

Det kan se ut til at hypotyreose er blitt en folkesykdom. I en helseundersøkelse som er gjort i Nord-Trøndelag (HUNT) viser det seg at 5,8 % av kvinnene og 1,3 % av mennene hadde en kjent hypotyreose. Tar man også med hypertyreose (høyt stoffskifte), struma og latent lavt stoffskifte, var det 16,6 % av kvinnene og 5,9 % av mennene som hadde en lidelse i thyroidea. Dette er høye tall og burde være grunnlag for at sykepleiere, leger og annet helsepersonell får en utvidet opplæring på disse sykdommene (Bakke 2011).

Hypotyreose er en kronisk sykdom, og å få en slik diagnose kan føre til at livet endrer seg betydelig. Livet kan endre seg både for pasienten og pasientens pårørende, familie og venner. (Gjengedal mfl. 2007).

I boka «Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring» bruker forfatterne en definisjon laget av sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin (1998) på kronisk sykdom som jeg synes er dekkende.

«Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt» (Gjengedal, m.fl. 2007:13).

Siden hypotyreose nå også betegnes som en «folkesykdom» mener jeg det er viktig å vinne mer kunnskap om sykdommen og dens mulige «bivirkninger». Dette for at sykepleiere skal kunne veilede og videreformidle kunnskapen til disse pasientene.

1.4 Presentasjon av eget faglig ståsted

I løpet av mine snart fire årene som student har jeg lært utrolig mye om det å være sykepleier, det å gi riktig sykepleie, og hvor viktig det er å kunne gi god veiledning og undervisning til pasienter.

Under en anatomi-forelesning om det endokrine systemet, forstod jeg for alvor hvor viktig stoffskifte er for kroppen og for at et menneske skal kunne fungere normalt. Dette gjorde at min interesse for hypotyreose ble vekket, og jeg ønsket å vinne mer kunnskap om emnet. Jo mere jeg har lært, jo mere oppmerksom har jeg blitt på den manglende kunnskapen som er ute i feltet hos pasienter og sykepleiere. Dette har ført til et ønske om å kunne veilede og undervise pasientene om dere hypotyreose, og jeg ønsker også å dele min kunnskap med mine kollegaer.

Ut i fra dette har jeg valgt å bruke sykepleieteoretiker Dorothea Orem fordi hennes teorier om egenomsorg, egenomsorgssvikt og sykepleiesystemer er beskrivende å bruke i forhold til kroniske sykdommer, hvor det kreves stor egeninnsats fra pasienten selv, men også kunnskap, veiledning og undervisning fra sykepleier.

1.5 Avgrensing og presisering av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg ta for meg voksne kvinner og menn i alderen 40 til 70 år. Dette fordi det er denne aldersgruppen som oftest rammes av hypotyreose. Det er også slik at forekomsten av hypotyreose øker ved økende alder (Aanderud, m.fl. 2002). Barn kan bli født med hypotyreose, man kan få hypotyreose mye tidligere enn ved 40 års alder, man kan få sykdommen etter fødsel og man kan rammes etter annen sykdom eller medikamentell behandling. På grunn av begrensninger i størrelsen på denne oppgaven, vil jeg ikke komme inn på disse tilfellene, selv om de også er veldig interessante. Mine eksempler fra praksis er tatt fra hjemmesykepleien i en kommune, og er innenfor alderssammensetningen som er presisert ovenfor.

1.6 Formålet med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å vinne mer kunnskap om hypotyreose og denne sykdommens virkning på kropp og sinn. Dette vil jeg gjøre fordi jeg mener at både pasienter med hypotyreose, og sykepleiere, har for liten kunnskap om følgene en dårlig behandlet, eller en ubehandlet hypotyreose kan få. Jeg vil også vinne mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan veilede pasientene og øke deres kunnskap om sykdommen slik at de kan leve et godt liv med sin kroniske sykdom.

Det ser heldigvis ut til at det er økende interesse for forskning på stoffskiftesykdommer, og det er kommet noe ny kunnskap og forskning i løpet av de siste 10 årene (Bakke, 2011). Siden hypotyreose er en av de 20 mest vanlige kroniske sykdommene i Norge, mener jeg det er viktig at sykepleiere vet like mye om symptomer og behandling av hypotyreose, slik som de for eksempel gjør med diabetes mellitus. Det er så viktig for våre pasienter at vi klarer å holde oss oppdatert.

1.7 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven består av sju deler. Den første delen er innledningen hvor jeg presenterer tema og problemstilling, og jeg begrunner hvorfor jeg har valgt dette tema. Andre del av oppgaven er hoveddelen, hvor jeg presenterer og begrunner hvilken metode jeg har brukt og hvorfor. Del to inneholder også presentasjon av den litteraturen jeg har valgt å bruke. Del tre inneholder en klargjøring av teoretisk og faglig plattform. I del fire som er en teoridel beskriver jeg skjoldkirtelens anatomi, og årsaker, symptomer og behandling av hypotyreose. Del fem er drøftingsdelen hvor jeg drøfter de funn jeg har gjort opp mot litteraturen jeg har funnet, både forskningsartikler, pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og også mine egne erfaringer i praksis. Sjetten del er en avslutning hvor jeg forsøker å oppsummere hva jeg har lært i prosessen, og hvilken konklusjon jeg har kommet frem til, mens den sjuende delen er en litteraturliste.

I oppgavens disposisjon har jeg fulgt Dalland (2012) sitt oppsett til en litterær oppgave.

2.0 HOVEDDEL

2.1 Presentasjon av litteratur

I min datasamling har jeg brukt relevant pensumlitteratur for å kunne belyse min problemstilling. I tillegg har jeg funnet relevant selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Dette har jeg funnet ved å søke i Bibsys, WEB søk, Pubmed og Google scholar. I tillegg har jeg brukt universitetets bibliotek, Norsk Thyreoideaforbund's nettside www.stoffskifte.org og www.tyreoideagruppen.org som er en undergruppe av Norsk Endokrinologisk Forening og består av spesielt interesserte leger innen dette fagfeltet. For å få tilgang til informasjon på denne adressen, var jeg nødt til å søke administrator av nettsiden, om et eget passord. Dette fikk jeg en uke etter at jeg sendte forespørselen.

Jeg har brukt søkeord som: «hypotyreose», «kosthold ved hypotyreose», «ernæring», «Levaxin», og «kronisk sykdom». Jeg har også brukt engelske søkeord som: «hypothyroidism», og «treatment of hypothyroidism».

Bøkene jeg har brukt for å finne relevant litteratur om hypotyreose, årsaker, symptomer og behandling er «Klinisk sykepleie 1» av Almås med flere (2010), «Menneskekroppen, fysiologi og anatomi» av Sand med flere (2007), disse to bøkene er i hovedsak skrevet for sykepleiestudenter og sykepleiere, med hovedfokus på grunnleggende sykepleie og anatomi. Jeg har brukt boka «*Thyreoideasykdommer – årsaker, diagnostikk og behandling*» av Aanderud og Bjøro (2002) for å forklare begreper som TSH, T3 og T4, denne boka er skrevet for å formidle kunnskap til leger, medisinstudenter og sykepleiere, men også til pasienter og pårørende som er spesielt interesserte. I tillegg har jeg brukt boka «*Stoffskiftesykdom? Veien til et friskere liv*» av Bakke (2011). Denne boka er i all hovedsak skrevet for pasienter med hypotyreose og deres pårørende for å gi disse personene økt kunnskap. Dette er ikke en medisinsk fagbok, men boken er med på å gi mye nyttig informasjon også til meg som sykepleier.

I boka «Grunnleggende sykepleie bind 4» (2005) av Kristoffersen med flere har jeg funnet litteratur om sykepleieteoretikeren Dorothea Orem. Denne boka presenterer de forskjellige sykepleieteoretiske perspektiver og den forklarer hvordan sykepleier er en deltager i samfunnet og setter sykepleiefaget inn i en samfunnskontekst. Disse bøkene er i hovedsak skrevet for sykepleiestudenter, men den er også aktuell for andre helsefaglige utdanninger.

2.2 Forskningsartikler

Jeg har brukt nettsidene til «Tidsskrift for den norske lægeforening», tidsskriftet.no og PubMed for å finne forskningsartikler som kunne være aktuell for å belyse min problemstilling. Jeg vil her presentere to av artiklene jeg har funnet. Artikkel nummer to har jeg forsøkt oversatt til norsk på best mulig måte.

Artikkelen «Behandling av hypotyreose» av Haug (2002) er basert på en litteraturstudie som presenterer diagnostiske kriterier og internasjonalt aksepterte retningslinjer for behandling av hypotyreose. Bakgrunnen for denne artikkelen er at hypotyreose er en vanlig sykdom, og forekomsten hos kvinner er 5-6 % og hos menn 1-2 %. Primær hypotyreose er den mest vanlige formen.

Haug (2002) sier at det i dag er enighet om at et høyt TSH-nivå og et lavt fT3-nivå er diagnostisk for en primær hypotyreose. Han sier også at påvisning av auto-antistoffer mot et enzym som kalles tyreoperoksidase (anti-TPO-antistoffer) viser at en kan ha en autoimmun tyreoiditt. Også forskjellige alvorlige sykdommer kan gi forandringer i metabolismen av thyreoideahormonene, og dette kan gjøre at tolkning av thyreoideaprøvene vanskeligjøres. Det er nå enighet om at hypotyreose skal behandles med tyroksin (levaxin) og at målet med behandlingen skal gi et TSH-nivå på 0,5-1,5 mIE/l. De fleste pasientene skal da ha verdier av fritt tyroksin (fT3) i øvre tredel av referanseområdet, mens noen kan ha et lett forhøyet nivå. Om denne behandlingen ikke er tilfredsstillende kan man øke tyroksindosen til TSH-nivået ligger mellom 0,2-1,0 mIE/l. En klinisk diagnose skal alltid bekreftes biokjemisk før behandling med tyroksin startes.

Den andre artikkelen «Thyroid Disorder and Diabetes Mellitus» av Hage med flere (2011) er også basert på en litteraturstudie som viser at diabetes og forstyrrelser i skjoldbruskkjertelen har en tendens til å eksistere side om side i pasienten. Begge disse forholdene innebærer en dysfunksjon i det endokrine systemet. Lidelser i skjoldbruskkjertelen kan ha stor innvirkning på glukosekontrollen og en ubehandlet lidelse i skjoldbruskkjertelen påvirker behandlingen av diabetes hos pasienten. Konsekvensen av dette vil være at det anbefales å utføre en kontroll av skjoldbruskkjertelen hos pasienter med diabetes.

2.3 Metode

I sin bok «*Metode og oppgaveskriving for studenter*» sier Dalland at de to begrepene vitenskap og metode henger nøye sammen. At man gjør noe som er vitenskapelig er også å være metodisk, sier Tranøy. I følge Tranøy er det også uenighet om hva som beskriver en vitenskapelig metode, og det er heller ikke en bestemt metode som er felles for alle vitenskaper. Derimot finnes det helt klart fagspesifikke metoder som brukes innenfor forskning.

Tranøy sin definisjon på en metode er at det er en måte å arbeide på, for å bearbeide kunnskap eller forske på påstander som formidles med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. En metode skal altså fortelle oss noe om hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, og begrunnelsen for at vi velger en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data for å belyse de spørsmål vi måtte ha, på en faglig og interessant måte (Dalland 2012).

Dalland har sitert Vilhelm Aubert for å forklare hva en metode er, og han uttrykker det slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2012:111).

2.4 Valg av metode

Jeg har valgt å skrive en litterær oppgave for å kaste lys over min problemstilling. Jeg vil også bruke eksempler fra praksis i drøftingsdelen av oppgaven.

I følge Dalland er en litterær oppgave i all hovedsak bygd opp av kunnskap og viten fra bøker og andre skriftlige kilder (Dalland 2012).

I tillegg bruker jeg en kvalitativ metode for å belyse min problemstilling. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkninger (Malterud 2011).

«Kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillingen som skal utforskes, er sammensatt eller

kompleks, og der vi stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar» (Malterud 2011:29).

Kvalitative metoder kan brukes til å lage nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. De kan også brukes til å få vite mer om de menneskelige egenskapene som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud 2011).

2.5 Begrunnelse for valg av metode og metodekritikk

Kvalitative tilnærminger er fine å bruke til undersøkning av aktive prosesser som samarbeid, utvikling, bevegelse og helhet, og mange forskjellige medisinske problemstillinger kan bli lettere tilgjengelig for utforskning og forståelse. Dermed kan vi bruke kvalitativ metode for å finne ut av spørsmål som «Hva er...?», og «Hva betyr...?». Målet her blir mer i retning av å forstå et tema, mer enn å få en forklaring på det. Da kan kvalitativ metode brukes på problemstillinger hvor kunnskapsgrunnet er lite, eller at problemstillingen som skal granskes er sammensatt eller kompleks, og i noen tilfeller hvor vi må være åpne for at det kan være flere mulige svar. Med en kvalitativ metode kan vi danne nye beskrivelser, begreper eller teoretiske modeller. (Malterud 2011).

«de kvalitative metodene sikter mot å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive, ikke predikere» (Malterud 2011:33).

I denne oppgaven har jeg vært kritisk til hvor jeg har innhentet informasjon for å kunne belyse min problemstilling, og hver kilde har blitt nøye vurdert. I tillegg har jeg vært påpasselig med at litteraturen har vært oppdatert og av nyere dato. Hypotyreose er en sykdom som det ikke er gjort mye forskning på ennå, men jeg registrerer en større interesse for feltet. Det jeg har funnet av forskningsartikler er fra 2002 og frem til i dag.

3.0 KLARGJØRING AV TEORETISK PLATTFORM

Sykepleieteoretiker Dorothea Orem (1914-2007) har hatt stor påvirkning på tenkningen om sykepleie. Og hun har helt siden 1959 arbeidet med å utvikle sin sykepleieteori. Hennes teori omhandler teorier om egenomsorg og egenomsorgssvikt og i 1971 kom hun med boka «Nursing – Concepts of Practice» hvor hun skriver om dette. Orem beskriver tre teorier omhandlende omsorg og dette er *teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og den siste er teorien om sykepleiesystemene* (Kristoffersen, m.fl. 2005).

Egenomsorg beskriver Orem som en målrettet aktivitet som et menneske på eget initiativ gjør for sin egen del, men også det man gjør for familie eller venner når de måtte trenge hjelp. Hun beskriver egenomsorg og omsorg for andre mennesker som en felles atferd som alle mennesker lærer innenfor den kulturen og det samfunnet mennesket hører til. Denne atferden mener hun er bestående av vaner og bevisste handlinger som skal fremme en normal funksjon, utvikling, helse og velvære hos mennesket selv og hans nærmeste.

Orem mener at mennesket er dynamisk og har stor frihet. Vi ønsker å ta vare på oss selv og vi ønsker å gjøre de tiltak vi må for å sikre og å fremme helse og velvære. Utgangspunktet til Orem er at mennesket har helt

«bestemte grunnleggende behov av fysiologisk, psykologisk og sosial art, og at disse grunnleggende behovene blir ivaretatt på ulike måte i ulike samfunn. Orem nevner ikke spesifikt menneskets åndelige behov, men hun understreker at mennesket er en helhet, og hun avviser oppfatningen om at kropp og sjel er to adskilte deler som innvirker på hverandre (Kristoffersen, m.fl. 2005:39).

I teorien om egenomsorgssvikt forklarer Orem at egenomsorgshandlingene har til hensikt og mål å sikre mennesket en normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Disse målene kaller Orem for «*self – care requisites*» som på norsk oversettes til egenomsorgsbehov. Egenomsorgssvikt kan beskrives som forholdet mellom menneskets evne til egenomsorg og de betingelsene til det å ivareta sin egenomsorg består i. Forholdet mellom disse to tingene er utslagsgivende for å kunne vurdere et menneskes behov for sykepleie. Om det ikke er samsvar mellom et menneskes egenomsorgskrav og dennes evne til å utføre disse kravene, har personen bruk for sykepleie (Kristoffersen, m.fl. 2005).

I teorien om sykepleiesystemene beskriver Orem hvordan en sykepleier kan legge til rette for at sykepleien skal bli mest mulig hensiktsmessig i forhold til pasientens manglende egenomsorg. Orem fremhever at sykepleieren skal erstatte pasientens manglende eller dårlige egenomsorgsevne, for deretter å kunne forbedre pasientens egen evne til egenomsorg der det er mulig.

Orem sier at sykepleiens hovedmål er og «*fremme menneskets normalfunksjon, utvikling og velvære*». Da er det viktig at fokuset ligger på å ivareta hvert enkelt menneskes egenomsorgsbehov. Disse handlingene kan utføres av mennesket selv, av nærmeste pårørende eller av en sykepleier (Kristoffersen, m.fl. 2005).

Prosessen egenomsorg kan deles i to faser, der første fasen inneholder den tankeprosessen og vurderingen som foregår før en beslutning tas om hva som må gjøres for å oppnå et bestemt mål eller en bestemt hensikt. Det betyr at personen vurderer situasjonen han er i og tar eget initiativ til å gjøre noe med den. Fase to inneholder de neste handlingene, der disse handlingene knyttes til de aktuelle egenomsorgsbehovene. For at et menneske skal kunne ha evne til å utføre egenomsorg kreves det kunnskap, og mennesker har en grunnleggende evne til å lære og å klare å bruke kunnskap og ferdigheter til å utøve egenomsorg. Orem sier at egenomsorgshandlinger har en indre og en ytre retning, der handlinger som rettes utover er å søke kunnskap, søke støtte og ressurser, uttrykke mellommenneskelige handlinger og å kunne kontrollere påvirkninger utenfra. De handlingene som er rettet innover er å bruke ressurser på å ha kontroll på de indre påvirkningene og hvordan man kontrollerer egne tanker, følelser og reaksjoner for å tilpasse seg (Kristoffersen, m.fl. 2005).

Orem har tre forskjellige typer egenomsorgsbehov som hun forbinder med å opprettholde helse, normal funksjon, utvikling og velvære.

Den første er «*de universelle egenomsorgsbehovene*» der utgangspunktet er at det er helt nødvendig for et menneske å kunne klare de grunnleggende behovene som alle mennesker har, for å kunne bevare livsprosesser, anatomisk struktur, og kroppslig og mental funksjon. Nummer to er «*de utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene*» som baserer seg på at et menneskes utvikling fra unnfangelse til død, forutsetter at bestemte forhold som fremmer utvikling, skapes og opprettholdes gjennom hele livet. Dette betyr at de universelle behovene må ivaretas på bestemte måter alt etter alder, utviklingstrinn og situasjon.

Den siste, nummer tre er «*helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov*» der er utgangspunktet at en svikt i normal funksjon, helse og velvære vil føre til behov for å hindre ytterligere svikt, og at man vil regulere og kontrollere omfanget, og graden av svikten (Kristoffersen, m.fl. 2005).

At egenomsorgsbehovene er universelle betyr at de er felles for alle mennesker, og på alle stadier i livet. Det man må passe på er at hver handling må tilpasses det enkelte menneskes alder og utviklingstrinn.

Det er utarbeidet åtte *universelle egenomsorgsbehov*, disse er igjen delt inn i seks områder, hvor luft, vann og mat utgjør ett område. Disse seks områdene er:

- *Å opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat*
- *Å ivareta tiltak knyttet til eliminasjonsprosesser og eliminasjon av kroppens avfallsstoffer*
- *Å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile*
- *Å opprettholde balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt*
- *Å motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære*
- *Å fremme normalitet*

(Kristoffersen, m.fl. 2005:42)

Utviklingsrelaterte omsorgsbehov har ulik form og det er forskjellige behov alt etter hvilken alder og hvilket utviklingstrinn en personen har. Disse behovene består av hvilke forutsetninger det er nødvendig å ha for å kunne bevare de vilkårene som fremmer liv og utvikling mot et høyere nivå av menneskelig funksjon, organisering og modenhet. De skapes av utviklingsprosesser eller tilstander i et menneskes liv. Noen behov kan knyttes til situasjoner som kan true en normal utvikling og da vil tiltakene være å hindre en utvikling som kan være skadelig eller man må forebygge negative konsekvenser i en allerede oppstått situasjon, noen eksempler på dette kan være sykdom, tap av pårørende eller skilsmisse (Kristoffersen, m.fl. 2005).

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov finner man hos mennesker som er blitt syke, eller skadde, personer som kan ha fått ulike funksjonstap eller funksjonsbegrensninger og hos personer som er under medisinsk diagnostisering eller behandling. Et menneske som får endrete funksjonsevner og som gjør at det daglige livet man er vant til endres, vil ofte rette sin oppmerksomhet inn mot seg selv. En slik situasjon vil føre til mange spørsmål både fra

personen selv, og også hans familie og venner. En endring i helsetilstand kan føre til at personen blir helt eller delvis avhengig av hjelp fra andre. Noen kan komme i en situasjon der de må tilpasse seg en ny og endret livssituasjon. Ved helsesvikt beskriver Orem seks forskjellige egenomsorgsbehov, disse er som følger:

- *Behov for å oppsøke helsetjeneste ved sykdom og helsesvikt*
- *Behov for å være oppmerksom på og ta hensyn til konsekvenser av sykdom og helsesvikt*
- *Behov for å gjennomføre foreskrevet medisinsk behandling*
- *Behov for å være oppmerksom på og ta hensyn til ubehag og negative virkninger av den medisinske behandlingen*
- *Behov for å justere selvbildet ved å akseptere situasjonen, og behovet for bistand av helsetjenesten*
- *Behovet for å lære å leve med sykdom og konsekvenser av medisinsk behandling på en måte som fremmer fortsatt personlig utvikling*

(Kristoffersen, m.fl. 2005:43)

Disse seks egenomsorgsbehovene beskriver de målene som egenomsorgshandlingene må sette i fokus. Alt etter hvilken helsesvikt personen har, vil det være forskjellige handlinger som kan være hensiktsmessige. I det siste punktet kreves det en stor innsats fra personen selv, og også fra hans nærmeste. Å lære seg å leve med en kronisk sykdom krever både tankemessig og følelsesmessig bearbeidelse, før man klarer å finne nye måter å mestre daglivet på (Kristoffersen, m.fl. 2003).

Terapeutiske egenomsorgskrav sier Orem, er «konkrete handlinger som til enhver tid må utføres for å møte egenomsorgsbehovene». Disse handlingene er det, personen selv eller andre, for eksempel sykepleier, som må utføre. Handlingene er nødvendige for å fremme personens normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. For å finne ut av personens terapeutiske egenomsorgskrav må sykepleier kartlegge hva slags egenomsorgskrav personen har problemer med eller ikke klarer å dekke selv. Deretter må man finne ut hvordan disse behovene kan ivaretas for å få en best mulig normal funksjon, helse og velvære. Sykepleieren må ta stilling til hva som bør gjøres for å dekke disse behovene. I følge Orem er det noen medvirkende omstendigheter som virker inn på en persons egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet. Disse omstendighetene er alder, kjønn, utviklingstrinn, helsetilstand,

sosial og kulturell tilhørighet, helsetjenestetilbud, familiesituasjon, livsstil og levemåte, forhold i miljøet og tilgangen på ressurser (Kristoffersen, m.fl. 2003).

Når sykepleier har funnet personens egenomsorgsbehov, og har fått klarhet i hvilke handlinger og tiltak som må til for å ivareta kravene til terapeutisk egenomsorg, er det personens egen evne til møte disse kravene som må vurderes. Orem kaller denne evnen for egenomsorgskapasitet. Egenomsorgskapasitet er personens egen evne til å se sine terapeutiske egenomsorgskrav, kunne ta avgjørelser om handlinger og å utføre handlinger. Orem har laget en beskrivelse av en persons egenomsorgskapasitet på seks punkter:

- *Kunnskap om egenomsorgsbehov*
- *Ferdigheter for å utføre egenomsorgshandlinger*
- *Funksjoner som er nødvendige får å utføre egenomsorg, for eksempel bevegelseskapasitet*
- *Sansing, persepsjon, hukommelse og bevegelse som kan hjelpe personen til å forholde seg til seg selv og sine omgivelser*
- *Mentale funksjoner og evner som gjør personen i stand til å vurdere å handle*
- *Hvilke forhold som påvirker personens persepsjon, motivasjon og valg i konkrete situasjoner, som overordnede verdier, mål og planer for fremtiden*

(Kristoffersen, m.fl. 2005:45)

For en sykepleier er det viktig å kunne vurdere om det er overenstemmelse mellom en persons egenomsorgskapasitet og kravene til terapeutisk egenomsorg. Om det er samsvar mellom kravene til handling og egenomsorgskapasiteten kan personene selv klare å ta vare på sine egenomsorgsbehov, og har ikke behov for sykepleie. Men om det blir et misforhold mellom personens egenomsorgskapasitet og kravene til terapeutisk egenomsorg vil personen ha behov for sykepleie, og sykepleier vil sette i gang handlinger som vil ivareta personens egenomsorgskrav. Det er viktig å huske på at en person opplever sin helsetilstand og situasjon ut fra sin egen synsvinkel og at hans opplevelse av en situasjon farges av hans erfaringsbakgrunn, utdanning, verdier og holdninger til livet, til andre mennesker og hvilken kunnskap han har om og til helsetjenesten. Det er viktig at sykepleier har kunnskap om personens innsikt i sin egen situasjon, hvilken mening han legger i tegn og symptomer, og hvordan han selv mener han kan delta og samarbeide i egenomsorgen. Dette er viktig

informasjon som sykepleier må kunne innhente, og også kunne dra nytte av i konkrete situasjoner (Kristoffersen, m.fl. 2005).

Orem beskriver sykepleierens hjelpemetoder som sykepleier bruker for å møte en persons terapeutiske egenomsorgskrav. Disse fem generelle metodene er som følger:

- *Å gjøre noe eller handle for en annen*
- *Å veilede og rettlede en annen*
- *Å sørge for fysisk og psykisk støtte*
- *Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling*
- *Å undervise*

(Kristoffersen, m.fl. 2005:48)

Når en sykepleier kan kompensere for en persons ressurssvikt ved å ta initiativ og å gjøre handlinger som stemmer overens med personens terapeutiske egenomsorgskrav er det *å gjøre noe eller å handle for en annen*. Sykepleieren bruker av sin sykepleierkapasitet for og nå bestemte mål for personen.

Når sykepleieren veileder personen i planlegging og utførelse av egenomsorgshandlinger er det *å veilede og rettlede en annen*. Veiledning egner seg som hjelpemetode i de situasjoner hvor personen må gjøre valg eller følge en handlingsplan.

Når en sykepleier deltar og veileder personen i dennes anstrengelser for å nå målene som er satt, er det *å sørge for fysisk og psykisk støtte*. Sykepleieren kan gjennom sin støtte være med å oppmuntre og å gi hjelp, slik at personen har større mulighet for å lykkes i sine anstrengelser, og sykepleier kan være med å hindre at det oppstår ubehagelige eller farlige situasjoner. Hensikten med sykepleierens støtte er at personen skal kunne være i stand til og selv kontrollere og fullføre bestemte handlinger, eller å kunne ta bestemte valg.

Når en sykepleier legger til rette forhold i omgivelsene som kan være med å motivere personen til å sette egne mål, og gjøre handlinger for å oppnå disse målene er sykepleier med *å sørge for omgivelser som fremmer utvikling*. Her må sykepleier fokusere både på fysiske og psykososiale forhold fordi det er det samlede miljøet som fremmer utvikling og vekst, eller om dette ikke lykkes, fører til stagnasjon, avhengighet og manglende utvikling.

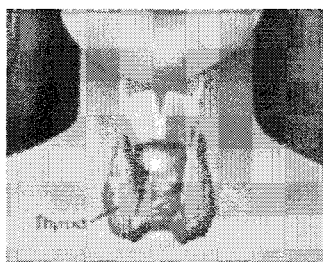
Mange mennesker må lære seg nye ferdigheter eller kunnskaper for å kunne mestre egenomsorgen. Denne læringen kan bare skje om personen er motivert og mentalt forberedt til å lære. Om han ikke forstår at han mangler kunnskap, eller ikke vil lære, må sykepleier

motivere personen slik at han ser betydningen av ny lærdom. Det betyr at sykepleierens oppgave også er å *undervise*. Sykepleier må finne ut av personens behov for læring og også ta hensyn til dennes bakgrunn, tidligere erfaringer, vaner, livstil, ønsker og egenomsorgsbehov for å kunne planlegge og å gjennomføre undervisningen (Kristoffersen, m.fl. 2005).

4.0 PRESENTASJON AV DATA

4.1 Skjoldbruskkjertelen

Glandula thyreoidea «skjoldbruskkjertelen» finner man foran på halsen, like nedenfor strupehodet. Skjoldbruskkjertelen er kroppens største hormonproduserende kjertel. Navnet glandula thyreoidea kommer fra det greske ordet *thyreos* som betyr skjold. Kjertelen har fått sitt navn fordi den ligger så nær skjoldbrusken, som er en del av strupehodet (Aanderud, S., m.fl. 2002).



Skjoldkjertelen veier cirka 20-30 gram og er formet omtrent som en sommerfugl. Den består av to lapper som er bygd opp av væskefylte blærer som kalles follikler. Veggene i disse folliklene er et enkelt lag av epitelceller, kalles også follikelceller. Disse cellene lager hormonene tyroksin (T4) og trijodtyronin (T3), også kalt tyreoiderhormoner. Produksjonen av tyroksin (T4) og trijodtyronin (T3) reguleres av det tyreoiderestimulerende hormon (TSH) fra hypofyseforlappen og TSH-sekresjonen reguleres fra hypotalamus (Sand, O. mfl. 2007).

Skjoldbruskkjertelen har cirka 3 millioner kuleformede follikler i forskjellige størrelser. Follikkelveggen består av et enkelt cellelag som omgir et sentralt hulrom. Follikkelcellene produserer skjoldbruskkjertelens hormoner. Folliklene er omgitt av et tett nettverk av små blodårer, kapillærer som frakter næringsstoffer til follikkelcellene og hormoner fra follikkelcellene til kroppens celler (Aanderud, S., m.fl. 2002).

Thyreoidea blir til i de aller første ukene av et svangerskap og produksjonen av hormoner starter allerede i den 12. svangerskapsuken. Fosteret er allikevel avhengig av å få tilskudd av tyreoiderhormon fra mor i hele svangerskapet (Aanderud, S., m.fl. 2002).

Thyreoidestimulerende hormon (TSH) fra hypofyseforlappen styrer produksjon og utskillelse av tyroksin (T4) og trijodtyronin (T3). TSH-utskillelsen i hypofysen blir styrt fra hypothalamus som lager et *TSH-frigjørende hormon* (TRH). Hypotalamus tar i mot beskjeder fra nervesystemet og videreformidler disse til hypofysen og skjoldbruskkjertelen, og er dermed med på å styre stoffskifte i hele kroppen (Aanderud, S., m.fl. 2002).

Jod er et spormetall som er viktig for kroppen vår, og jod er særdeles viktig i produksjonen av stoffskiftehormonene T4 og T3. Tallene som er bak T forteller oss hvor mange jodatomer som er knyttet til stoffskiftehormonet, altså fire jodatomer i tyroksin og tre jodatomer i trijodtyronin. Å ha både for lite jod og for mye jod er skadelig for skjoldbruskkjertelen. Har man for lite eller for mye jod kan det føre til struma og hypotyreose, for mye jod kan også føre til hypertyreose (høyt stoffskifte) (Aanderud, S., m.fl. 2002).

4.2 Årsaker til hypotyreose

En av årsakene, og den mest vanlige til at man kan få hypotyreose, er tyreoiditt, eller Hashimotos sykdom, som er en betennelse i skjoldbruskkjertelen. Denne betennelsen kan være akutt eller kronisk, og tyreoiditt kan også gi hypertyreose (høyt stoffskifte) og noen pasienter utvikler struma. Struma er en forstørrelse av skjoldbruskkjertelen.

Årsaken til tyreoiditt er som regel autoimmun, altså at det fremkalles av pasientens eget immunforsvar. Dette fører til enten over- eller underproduksjon av tyreoidhormoner i skjoldbruskkjertelen. Tyreoiditt kan også komme av en virusinfeksjon, stråleskade, eller et traume. Tyreoiditt forårsaket av bakterier er svært sjelden. Man kan rammes av tyreoiditt tre til seks måneder etter en fødsel, men dette er vanligvis en midlertidig tilstand (Almås, H. m.fl. 2010).

En annen årsak til hypotyreose er jodmangel. Dette er ikke et stort problem i Norge, men på verdensbasis er dette den viktigste årsaken til sykdommer i thyreoidea (Aanderud, m.fl. 2002).

Man kan også få hypotyreose på grunn av bivirkninger av legemidler, som for eksempel litium som er et stemningshevende middel og som brukes ved maniske og depressive faser i manisk-depressiv sykdom, og amiodaron som er et antiarytmisk middel som brukes i behandling av alvorlige rytmeforstyrrelser som ikke responderer på andre behandlinger eller

hvor andre behandlinger ikke kan brukes. Overbehandling med antityreoidale legemidler kan også gi hypothyreose, men sykdommen vil gå over av seg selv ved seponering av legemiddelet (Almås, H. m.fl. 2010).

4.3 Symptomer og tegn ved hypothyreose

Hypothyreose er en sykdom hvor skjoldbruskkjertelen lager for lite thyroxin. Kjertelen kan ha normal størrelse, den kan hovne opp å bli større og den kan bli mindre enn den skal være. Som nevnt ovenfor er det flest kvinner som rammes, men også menn kan få hypothyreose. Symptomer på hypothyreose er som oftest noe diffuse i begynnelsen, og de kommer gradvis. Dette har i hovedsak en sammenheng med at kroppens organer får for lite thyroxin. Kroppen vil jobbe tregere fordi stoffomsættningen er for liten. De vanligste symptomer og tegn på hypothyreose er nedsatt appetitt, bradykardi, depresjon, tretthet og tiltaksløshet, økt søvnbehov, frossen, hes stemme, tørt hår og hårfall, tørr hud, obstipasjon, og økning i vekt (Almås, H. m.fl. 2010).

Bente Bakke (2011) har i sin bok *Stoffskiftesykdom? Veien til et friskere liv*, nevnt ennå flere symptomer på hypothyreose som jeg også vil nevne. Disse symptomene og tegnene er som følger: lav kroppstemperatur, ukonsentrert, hukommelsessvikt og demenslignende symptomer, humørsvingninger, vekttap, trang til søtsaker, tørre slimhinner, nedsatt svetting, allergier, tap av hår på ytre del av øyenbryn, tynne og sprø negler, et stivt ansiktsuttrykk, hevelser i ansiktet, snakker langsomt, svelgproblemer, uregelmessige og harde hjerteslag, høyt eller lavt blodtrykk, økt kolesterol, insulinresistens, muskelstøvlhet og kramper, leddsmerter og hovne ledd, nedsatt hørsel, tinnitus, anemi, overfølsomhet for lyd og lys, liten toleranse for alkohol, menstruasjonsproblemer, spontanaborter, nedsatt fruktbarhet og nedsatt libido. Men det er viktig å nevne at alle hypothyreosepasienter er forskjellige, og det er ingen av pasientene som har alle disse symptomene og tegnene samtidig.

De fleste hypothyreosepasientene føler seg i begynnelsen mere trøtte og slitne enn vanlig, de fryser lett, har en dårlig søvnkvalitet, vektøkning, obstipasjon, en følelse av nedstemthet og har problemer med hukommelse og konsentrasjon.

Hvilke symptomer pasienten har og hvor tydelige de er, varierer av hvor langt fremskreden hypothyreosen er. Det mest vanlige er en lett til moderat underproduksjon, og veldig ofte er symptomene så ukarakteristiske at pasienten lar være å oppsøke lege. For den nærmeste

familie og venner kan det være lett å si at pasienten er hypokonder eller lat og dermed ikke ta ham/henne alvorlig. Så for en pasient som får diagnosen hypotyreose er det ofte en stor lettelse at de kroppslige og mentale forandringene er vanlige og naturlige symptomer på sykdommen. Blodprøvene vil vise en økt TSH og dette er en indikasjon på at hypofysen prøver å få skjoldbruskkjertelen til å øke produksjonen (Almås, H. m.fl. 2010).

Når en pasient har hypotyreose har organene et lavere oksygenforbruk enn hos en frisk person. Men selv om hjertets slagfrekvens er langsommere og blodvolumet er nedsatt, klarer hjertet å gjøre jobben. Dette fordi også hjertet bruker mindre oksygen.

Når en pasient har en alvorlig hypotyreose vil nedbrytningen av stoffer i kroppen skje veldig langsomt og som en følge av dette vil pasienten kunne få et forhøyet innhold av kolesterol i blodet og dermed stor fare for aterosklerose. Ved anstrengelser kan pasienten få et anfall med angina pectoris, eller i verste tilfelle hjerteinfarkt og hjertesvikt (Almås, H. m.fl. 2010).

Hypotyreosepasienter sliter ofte med treg tankegang, problemer med å engasjere seg i fysiske og mentale aktiviteter, har dårlig oppfattelsesevne og dårlig hukommelse. Disse virkningene på sentralnervesystemet kan komme av at den cerebrale sirkulasjonen går tregere og derfor blir lite mottakelig for glukose. De psykiske endringene skjer som regel veldig sakte og merkes ikke før det er blitt en merkbar forandring av personligheten. Noen føler seg ofte veldig trette, de sovner lett og kan sove mye. Søvnbehovet kan fordobles i forhold til et friskt menneske (Almås, H. m.fl. 2010).

Ved en ubehandlet hypotyreose kan pasienten bli mer og mer sløvet etter hvert som tiden går og kan ende med at han får nedsatt bevissthet og nedsatt reaksjonsevne og tilslutt blir bevisstløs. En slik type bevisstløshet (koma) kalles for myksødemkoma. Myksødemkoma er i følge Almås med flere, mest vanlig om vinteren, fordi kulde kan være en utløsende faktor. Symptomer på myksødemkoma er hypotermi, lav kroppstemperatur, og hypoventilasjon med respiratorisk acidose. Ved en slik alvorlig tilstand må pasienten til intensiv behandling, og må ofte legges i respirator. Prognosen for overlevelse for pasienter som får myksødemkoma er 50 % (Almås, H. m.fl. 2010).

Hypotyreosepasienter sliter ofte også med sene reflekser og trege muskelsammentrekninger. Pasienten kan ha utydelig tale og hes/ru stemme fordi muskelfunksjonene er trege. Å være i aktivitet kan føre til at pasienten fort blir sliten. Samtidig kan sår hos hypotyreosepasienter

gro mye saktere på grunn av den nedsatte proteinsyntesen (prosessen hvor proteinene dannes), og også respirasjonens yteevne kan bli påvirket av at muskelfunksjonen er treg. Respirasjonen er ofte langsom, men den klarer allikevel å gi nok oksygen til kroppen, det er viktig å vite at det er en økt risiko for atelektase (at lungene er mangelfullt utspent av luft) for enkelte pasienter (Almås, H. m.fl. 2010).

Det lave stoffskifte (metabolismen) fører også til at pasienten får nedsatt varmeproduksjon som betyr at han vil fryse lett. Hypotyreosepasienten kan ha behov for en høyere temperatur i sine omgivelser for å slippe å fryse. De perifere karene trekker seg sammen og dette gjør til at varmetapet blir mindre (Almås, H. m.fl. 2010).

Hypotyreosepasienten har som oftest veldig tørr hud som også er lite fleksibel. Har pasienten en alvorlig hypotyreose kan det oppstå ødemer i huden. Disse ødemene er litt spesielle og består av mukopolysakkarider som er en gruppe av karbohydratforbindelser som spesielt finnes i bindevev og brusk og hvor de danner en grunnsubstans (Medisinsk ordbok) og en øket interstitiell – stitialis, som hører til eller har med mellomrom å gjøre (Medisinsk ordbok) væskemengde. Det som er karakteristisk for dette myksødemet (myks = slim) er at det ikke blir fordypninger i huden når man presser på den. Dette ødemet ser man som oftest under øynene og i ansiktet for øvrig, og det kan også ramme tungen, noe som gjør at pasienten kan få en utydelig tale. Dette ødemet kan gi en deigaktig konsistens i huden. Veldig tørt og sprøtt hår og mye håravfall er vanlig, i tillegg til at man også kan miste håret på øyenbrynene (Almås, H. m.fl. 2010).

Pasientene blir ofte også obstipert fordi sammentrekningene i tarmen er tregere enn normalt. Vektøkning er vanlig fordi energiomsetningen i kroppen går tregt, og forbruket av næringsstoffer er nedsatt og pasienten har som regel et mye lavere aktivitetsnivå (Almås, H. m.fl. 2010).

4.4 Behandling av hypotyreose

Behandlingen som gis pasienter som har fått diagnosen hypotyreose er i teorien enkel, og behandlingen vil vare resten av livet. Pasienten får medikamentet Levaxin som er kjemisk fremstilt tyroksin (T4). Når behandlingen starter begynner man som regel med en lav dose, for så å øke dosen etter hvert. Det kan ta tid før pasienten merker noen endring fordi det ofte

tar flere uker og noen ganger måneder, før medikamentet gir effekt. Det kan faktisk ta flere år før pasienten føler seg helt frisk, men dette er selvfølgelig veldig individuelt. Ikke alle pasientene får full effekt med kun å bruke levaxin. Noen vil fortsette å ha en del plager, selv om blodprøveverdiene er normale. Derfor kan det være en utfordring for sykepleier å kunne gi nok støtte og hjelp til disse. Det er viktig at pasienten får informasjon om at dette er en behandling som må vare livet ut, man må ikke slutte å ta levaxin selv om man skulle føle seg helt frisk. Pasienten må gå til kontroll for å få tatt stoffskifteprøver en til to ganger i året, noen ganger flere alt etter prøvesvar. Får pasienten symptomer på høyt stoffskifte, slik som hjertebank, hodepine, skjelving, vekttap og diaré, er det viktig at pasienten selv eller sykepleier, tar kontakt med fastlege for å få justert Levaxindosen. I tillegg er det veldig viktig at pasienten blir informert om at smertestillende og beroligende medikamenter har en lengre virkningstid på kroppen. Dette fordi disse medikamentene skilles langsommere ut av kroppen. For sykepleiere er det viktig å huske på ved bruk av opioder, fordi disse har lengre halveringstid, selv små doser kan føre til respirasjonsdepresjon (Almås, H. m.fl. 2010).

5.0 DRØFTING

I boka «*Klinisk Sykepleie 1*» kan Almås med flere (2010) fortelle at mennesker som får en endring av funksjonen i kroppens hormonproduksjon, kan fortelle om en lang og kronglete vei for og få en diagnose og en tilfredsstillende behandling. Når en pasient får en svikt i det endokrine systemet, er symptomene ofte svært diffuse og de kan også være lite målbare, og da spesielt for sykepleiere som ikke har noen erfaring med denne pasientgruppen. For at sykepleier skal kunne gjenkjenne symptomene til disse sykdommene må en sykepleier kunne lytte til og ha tillit til det pasienten forteller om sine plager. I tillegg til dette kreves det kompetanse på området. Har sykepleier et erfarent blikk, kan hun medvirke til å sette sammen alle brikkene til et helt bilde, slik at fastlegen kan gi pasienten rett undersøkelse, og behandling kan komme i gang. I denne prosessen er sykepleieren veldig sentral, fordi sykepleier kan hjelpe og veilede pasienten til å leve med sin sykdom. Sykepleien bør skje i et nært samarbeid med pasienten, hans pårørende og også med fastlege (Almås, H. m.fl. 2010).

Jeg tror nok at Almås med flere(2010) her tenker at dette gjelder pasienter på institusjoner og i hjemmesykepleie. Disse pasientene har sykepleier ofte kontakt med daglig, og det er mulig å observere, støtte, veilede og undervise. Pasienter utenfor dette systemet, har nok mest kontakt med sin fastlege, og vil i hovedsak få sin informasjon og veiledning fra denne. I denne drøftingen er det pasienter i hjemmesykepleien jeg fokuserer på.

5.1 Medikamenthåndtering/administrering

I min praksis har jeg som nevnt tidligere observert at pasienter med hypotyreose får sin daglige dose tyroksin gitt sammen med andre medikamenter, og sammen med mat. Dette tror jeg dessverre er nokså vanlig, og jeg tror dette skyldes at sykepleiere har for liten kunnskap om medikamentet.

Stoffskiftemedisinen Levaxin skal tas hver dag, og det anbefales at den tas med en gang pasienten står opp om morgenen. Det bør gå minst ½ til en time etter inntak av Levaxin, før man spiser frokost. Dette er fordi effekten av tyroksin reduseres om man tar det sammen med, eller rett etter matinntak. En annen grunn til at medikamentet bør tas før frokost er i følge pakningsvedlegget til Levaxin, at effekten av behandlingen kan påvirkes dersom det tas sammen med følgende medikamenter:

- Jerntilskudd, kalsiumprodukter og midler mot halsbrann og sure oppstøt (antacida)
- Enkelte legemidler som brukes for å senke blodsukkernivået
- Digitalisglykosider som brukes ved hjertesykdommer
- Enkelte kolesterolsenkende midler som kolestyramin og kolestipol
- Polystyrenulfonat som brukes ved forhøyede kaliumverdier i blod (hyperkalemi)
- Og blodfortynnende midler som Marevan

Pakningsvedlegget sier at det bør gå **minst to timer** mellom inntak av disse legemidlene og Levaxin. I Apotek 1 sin lille informasjonsbrosjyre informerer de om at dette gjelder for melk og meieriprodukter, kaffe og kosttilskudd. Bente Bakke (2011) nevner i sin bok også at soyaprodukter og fluor kan redusere opptaket av jod i thyreoidea, og at man bør utvise forsiktighet ved bruk av disse. Dette er det mange av pasientene, og sykepleiere som ikke er klar over.

Det skal være mulig å gi pasientene Levaxin i god tid før de inntar frokost og andre medikamenter. Jeg tror at om sykepleiere får økt sine kunnskaper på dette, vil man kunne gjøre endringer i de daglige medikamentrutinene som vil være til det beste for pasientene. Dette vil også være i tråd med Orem sin teori om sykepleiesystemene hvor hun blant annet sier at hovedmålet for sykepleie er «*å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling og velvære*». Her må man også tenke på de helsesviktrelaterte omsorgsbehovene som Orem har utarbeidet (Kristoffersen, m.fl. 2005). I de tilfeller hvor pasienten er på institusjon eller har hjemmesykepleie er det sykepleier som har ansvaret for at pasienten får sin medisin til rett tid.

5.2 Autoimmun sykdom

For meg var det faktisk overraskende å lese i boka til Bente Bakke (2010) at det kan være en sammenheng mellom hypotyreose, ME, fibromyalgi, cøliaki, diabetes, revmatisme, leddgikt, Sjøgrens syndrom, pernisiøs anemi, allergier og andre autoimmune sykdommer. Hun nevner også at de som har andre autoimmune sykdommer kan være mere disponert for å utvikle en autoimmun thyreoideasykdom. Dette er ny kunnskap og jeg har ikke klart å finne noen dokumentasjon på dette, men velger å referere fra en engelsk artikkel jeg fant. Denne artikkelen er fritt oversatt til norsk og tolket av meg selv.

I en studie som er gjort av Hage med flere (2011) sies det at lidelser i skjoldbruskkjertelen og diabetes mellitus er de to mest vanlige endokrine forstyrrelsene som de møter på i klinisk

praksis. Diabetes og forstyrrelser i skjoldbruskkjertelen viser seg å ha en gjensidig påvirkning på hverandre og sammenheng mellom begge lidelser har blitt rapportert over lengre tid. På den ene siden bidrar hormonene i skjoldbruskkjertelen til reguleringen av karbohydrat metabolismen og funksjonene i pankreas. På den andre siden påvirker diabetes tester som gjøres av funksjonen i skjoldbruskkjertelen. Denne studien viser viktigheten av å gjenkjenne denne nære sammenhengen mellom diabetes og lidelser i skjoldbruskkjertelen, som i neste instans vil kunne hjelpe leger med å kunne gjenkjenne og behandle disse lidelser på best mulig måte (Hage, m.fl. 2011).

Dette tolker jeg slik at sykepleier bør være ekstra oppmerksom på at personer med en lidelse i skjoldbruskkjertelen, kan være disponert for å få diabetes og omvendt.

Bente Bakke (2010) skriver i sin bok at om en pasient med hypotyreose begynner å legge på seg spesielt rundt livet, er det viktig å sjekke om pasienten kan ha insulinresistens. For å hindre en slik utvikling er det viktig å legge om kostholdet for å få færrest mulig raske karbohydrater, slik som sukker, hvitt mel, ris og pasta. Det er også en fordel å legge om livstilen til å være fysisk aktiv og å forsøke å ha en hverdag uten for mye stress.

Bente Bakke (2011) sier også i sin bok at det i USA anbefales å undersøke skjoldbruskkjertelen og at det blir tatt blodprøve for å måle TSH for alle over 60 år, som er hos legen får en generell helsesjekk. Dette spesielt om det er flere i en familie som har en sykdom i skjoldbruskkjertelen eller andre beslektede autoimmune sykdommer. Det finnes forskning som viser at det kan være en arvelig disposisjon for å få en sykdom i kjertelen.

I min praksis opplevde jeg at en mannlig hypotyreosepasient fikk diabetes type 1. Denne pasienten fikk sin tablett med Levaxin hver morgen sammen med andre medikamenter og sammen med frokost. Det er da sannsynlig å tenke at hans hypotyreose ikke var godt nok behandlet og dermed at han ble ekstra disponert for diabetes. Denne pasienten kunne kanskje unngått å få diabetes om hans egenomsorgsbehov hadde vært bedre dekket. Det er etter min mening viktig å si kanskje, fordi man i dette tilfelle ikke har noen oversikt over om pasienten kunne være arvelig disponert for diabetes, og derfor kan man heller ikke gi noe entydig svar på spørsmålet. Men tanken er sådd om en mulig sammenheng.

Dette viser at om Orems terapeutiske egenomsorgskrav, som er de konkrete handlingene sykepleier utfører for å møte egenomsorgsbehovene til pasienten (Kristoffersen, m.fl. 2005), hadde vært kartlagt på en god måte, og kanskje også på et tidligere tidspunkt, kunne man muligens fanget opp faresignalene på et tidligere tidspunkt. Det er selvfølgelig også en forutsetning at sykepleier har kunnskap om hypotyreose, for å kunne gjennomføre de handlingene som trengs.

5.3 Psykiske symptomer

Det er mange hypotyreosepasienter som sliter med at de føler seg nedstemt, er lettere deprimert eller har angst. Enkelte kan i sterkere grad få depressive symptomer, tankemessig svekkelse, følelsesmessig ubalanse og en destruktiv adferd. I følge Bente Bakke (2011) er disse psykiske symptomene sterkt undervurdert av legene. Hun kan også fortelle at slike pasienter kan risikere å få en psykiatrisk diagnose, om fastlegen ikke sjekker stoffskifte. Innenfor psykiatrien er leger og sykepleiere oppmerksomme på sammenhengen mellom sykdommer i skjoldbruskkjertelen og psykisk ubalanse, og de er i følge Bente Bakke (2011) flinke til å ta rutinemessige stoffskifteprøver av pasientene som legges inn.

En tanke jeg da gjør meg er hvordan det var før i tiden? Jeg vil ut i fra disse opplysningene anta at det tidligere var mange pasienter som ble feildiagnostisert med en belastende psykiatrisk diagnose? Det er flere av symptomene på hypotyreose som hos eldre pasienter kan forveksles med depresjon eller en begynnende demens. Om disse symptomene kommer av at pasienten har hypotyreose, er det om pasienten har fått antidepressiva, i beste fall ingen virkning, og i verste fall får pasienten flere helseproblemer fordi han er feildiagnostisert. Om pasienten får korrekt behandling kan depresjonen forsvinne. Dette gjelder også ved en mistanke om begynnende demens hos en pasient. Om det er stoffskifte som er årsaken til at pasienten er forvirret eller glemsk, vil dette rette på seg ved god og riktig behandling (Bakke, 2011).

Dette har jeg for øvrig også observert i min praksis, hvor en eldre pasient med behandlet hypotyreose, over en periode ble mere glemsk og forvirret. Det var flere som både observert og diskuterte dette, og ingen kunne forstå hvorfor dette skjedde. Jeg tenker, etter alt jeg har lært i forbindelse med denne oppgaven, at denne pasienten muligens fikk for liten dose med Levaxin og har derfor fått typiske symptomer på hypotyreose igjen. En kontrollprøve av

stoffskifte hadde nok kunnet gitt et svar, i alle fall ville denne prøven kunnet utelukke eventuelle endringer i pasientens stoffskifteverdier.

Derfor tenker jeg at det kan være en fordel at det blir tatt stoffskifteprøve av alle eldre, uansett om de bor hjemme, eller på sykehjem, om de skulle vise til flere symptomer som er felles med hypotyreose. Da vil man også kunne få muligheten til å forebygge utvikling av andre autoimmune sykdommer som for eksempel diabetes (Bakke, 2011).

Det vil være i tråd med Orem sin teori om terapeutiske egenomsorgskrav som er «*konkrete handlinger som til enhver tid må utføres for å møte egenomsorgsbehovene*». I hjemmesykepleien vil det være sykepleier som utfører de nødvendige handlingene for å kunne fremme pasientens normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Kristoffersen, m.fl. 2005).

5.4 Vitamintilskudd

Det anbefales at eldre hypotyreosepasienter bør få målt sine vitamin B12- verdier fordi en B12 mangel ser ut til å være vanlig hos disse og det kan være vanskelig å oppdage. B12 mangel kan føre til anemi, og fysiske eller mentale forandringer. Disse problemene vil som regel forsvinne med behandling av B12 (Bakke, 2011).

Mangel på vitamin B12 kan komme av utilstrekkelig inntak via kostholdet, eller et redusert opptak av vitamin B12 fra tarmen. Denne tilstanden kan være vanskelig å oppdage, fordi den ofte er uten symptomer (NHI.no, 2011).

Det kan også se ut til at hypotyreosepasienter, og da spesielt eldre som ikke er så mye ute i solen, bør ha ekstra tilskudd av vitamin-D (Bakke, 2011). I medlemsbladet til Norsk Thyreoideaforbund «Thyra» informerer endokrinolog ved Oslo Universitetssykehus Aker, Sara Hammerstad om viktigheten av nok vitamin-D. Hun sier at for lite vitamin-D kan forverre en kronisk sykdom som for eksempel hypotyreose, og at det er gunstig å ta tilskudd av vitamin-D i måneder med r i. Den viktigste kilden til vitamin-D er solen, den andre kilden er via kosten og da spesielt fet fisk og tran. Sara Hammerstad sier at man kan ta tilskudd av vitamin-D og i følge helsedirektoratet er anbefalt dose for voksne mennesker 7,5 mikrogram per dag. Hammerstad sier også at det for de fleste ikke er behov for å ta en test for å kontrollere innholdet av vitamin-D i blodet. Men om det er behov for dette, er det viktig og også kontrollere innholdet av kalsium. For at kalsium skal bli tatt opp av maten vi spiser må

vi ha vitamin-D. Et lavt kalkinnhold kan tyde på for lite vitamin-D. Hun sier også at vitamin-D i hovedsak er viktig for beinbygning, muskler, skjelett og tenner og at vitamin-D har en viktig funksjon for cellene i kroppen (Holm, 2012).

I praksis har jeg sett at de pasientene som har hypotyreose, men også andre pasienter blir godt fulgt opp i forhold til vitamin B12 med en intramuskulær injeksjon hver tredje måned. Når det gjelder vitamin-D var det ingen som fikk ekstra tilskudd, men jeg observerte at få av disse pasientene spiste nok fet fisk og tran, og de færreste var noe særlig ute i solen i sommerhalvåret. Ut fra disse observasjonene kan man jo tenke at de derfor er i faresonen for mangel på vitamin-D. Jeg tenker at det derfor er viktig at sykepleier også har dette i bakhodet når kartlegging av egenomsorgsbehov og egenomsorgskapasitet gjøres. Dette fordi mange av pasientene i hjemmesykepleien har liten interesse for og liten kunnskap om sin sykdom og dennes følger og bivirkninger.

Dette viser også at for å kunne gi pasienten god veiledning, støtte og undervisning må sykepleier kunne *«legge til rette forhold som kan være med å motivere pasienten slik at han ser betydningen av ny lærdom»*). Ved helsesvikt beskriver Orem seks forskjellige egenomsorgsbehov, og i denne sammenhengen vil alle disse seks punktene beskrive de målene som egenomsorgshandlingene må fokusere på. (Kristoffersen, m.fl. 2005).

5.5 Kosthold og fysisk aktivitet

Å ha en sunn livsstil med fysisk aktivitet og et sunt kosthold gjelder like mye for pasienter med hypotyreose, slik det gjelder for alle andre mennesker. Det er aldri for sent å begynne å trene, heller ikke for de pasientene som bor på institusjon. Erfaringer viser at eldre som er fysisk aktiv har bedre helse, bedre humør og husker bedre enn de på samme alder som er inaktive. De eldre som har hypotyreose kan med god behandling leve slik de gjorde før de ble syke og alder er ingen hindring for å ha fremgang med trening (Bakke, 2011).

Når det gjelder kosthold anbefales det å ha et sunt og næringsrikt kosthold, og i den forbindelse er det i juni 2012 kommet en ny versjon av *«Kosthåndboken - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten»*. Denne boken bygger på Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, andre relevante nasjonale faglige retningslinjer som for eksempel overvekt, diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer,

samt de gjeldende nasjonale og nordiske kostråd og næringsstoffanbefalinger (Helsedirektoratet.no, 2012). Jeg mener at denne boken også er relevant for sykepleiere å bruke i forbindelse med pasienter som har hypotyreose, fordi sykepleier kan kompensere for pasientens ressursvikt ved å ta initiativ og å gjøre handlinger som er i tråd med pasientens terapeutiske egenomsorgskrav. Sykepleieren må bruke av sin sykepleierkapasitet for å nå pasientens bestemte mål (Kristoffersen, m.fl. 2005).

I følge Bente Bakke (2011) er det noen matvarer hypotyreosepasienter bør være forsiktige med, dette er blant annet noen planter i kålfamilien slik som brokkoli, blomkål, kål, rosenkål og spinat som i rå tilstand kan føre til en nedsatt funksjon i skjoldbruskkjertelen. Nøtter. Som peanøtter, mandler, valnøtter og pinjekjerner bør de heller ikke spise for mye av, og et for høyt inntak av soyaprodukter kan hindre opptaket av jod. Jeg går ikke nærmere inn på kosthold og ernæring, fordi jeg mener at dette er punkter som de fleste sykepleiere har relativt mye kunnskap om, og det er også lett å finne tak i kunnskap, via bøker og internett. Det som er viktig er at også kosthold, ernæring og fysisk aktivitet blir tatt med når man skal veilede og undervise pasientene med hypotyreose, slik at pasienten forstår at også dette er viktige tiltak for en god helse og livskvalitet.

Ennå en gang noen tanker fra praksis hvor jeg registrerte at det er lite fokus på fysisk aktivitet og kosthold for pasienter med hypotyreose. Det er ikke alltid like lett å motivere en eldre pasient som er inaktiv og helst vil ligge i senga eller på sofaen til å være i fysisk aktivitet. Så nok en gang ser jeg viktigheten for en sykepleier, av å ha kunnskap om hypotyreose for å kunne motivere, veilede og å undervise pasienten.

Jeg ser også at jeg på alle punktene i denne drøftingen ender med å vise til Orem sine teorier om egenomsorg, egenomsorgsbehov, egenomsorgskapasitet og sist men ikke minst sykepleierens hjelpemetoder for å kartlegge og å møte en pasients terapeutiske egenomsorgskrav og da spesielt for pasienter i hjemmesykepleien og på institusjoner. For å få pasienten til å legge om kosthold og å være fysisk aktiv er det viktig at han har evnen til å ta egne avgjørelser og handlinger for å utføre endringer. Dette kaller Orem for terapeutiske egenomsorgskrav (Kristoffersen, m.fl. 2005).

5.6 Stoffskifteprøver

Til slutt i denne drøftingen vil jeg poengtere at når en pasient med hypotyreose skal få tatt sin stoffskifteprøve, som bør tas en til tre ganger i løpet av et år, skal ha vært medikamentfastende fra Levaxin, i minimum åtte timer. Dette fordi FT4-verdien kan bli falskt forhøyet etter inntak av medisinen. Dette er det veldig viktig at både lege og sykepleier informerer pasienten om. I hjemmesykepleien hvor det er sykepleier som administrerer og gir medikamenter, vil det være sykepleiers oppgave å passe på dette. Det er også best å ta blodprøven tidlig på dagen fordi TSH forandrer seg i løpet av døgnet og er som oftest høyest om natten og tidlig på morgenen. TSH vil bli lavere utover dagen og tas blodprøven sent på dagen kan det virke som om at pasienten er bedre behandlet enn det han egentlig er. Når en pasient er under behandling med tyroksin (Levaxin) bør TSH være mellom 0,5 og 1,5 mIE/l, og hos eldre pasienter cirka 2,0, og FT4 bør være i den øvre halvdel av referanseområdet (Bakke, 2011). Dette stemmer godt overens med det som Egil Haug (2002) skriver i sin artikkel «Behandling av hypotyreose». Dette er kunnskap som pasienten, og ikke minst sykepleier, bør kunne litt om, blant annet for å ha kontroll på stoffskifteverdiene.

Dette er selvfølgelig avhengig av pasientens mentale og fysiske kapasitet. Sykepleierens oppgave vil være å undervise, veilede og rettlede pasienten. Dette er i tråd med Orem sin beskrivelse av sykepleierens hjelpemetoder. Ved sykdom må pasienten kunne lære seg nye ferdigheter og ny kunnskap for å mestre egenomsorgen. Forutsetningen er at han er motivert og er mentalt forberedt til dette. Sykepleieren må undervise pasienten og sykepleiers oppgave er å finne ut av pasientens behov for læring og også ta hensyn til pasientens bakgrunn, erfaringer, vaner, livstil og ønsker for å planlegge og å gjennomføre undervisningen på en god måte (Kristoffersen, m.fl. 2005).

6.0 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering og konklusjon

I mitt arbeid med denne oppgaven har jeg fått mye ny kunnskap om hypotyreose, symptomer, årsaker og behandling. Jeg ser at symptomene på hypotyreose har mange likheter med flere andre sykdommer og at det derfor kan være vanskelig å finne riktig diagnose. Derfor er det viktig at sykepleiere får økt kunnskap om sykdommen og at de bruker kunnskapen i sitt arbeide med å veilede, støtte og undervise pasienter. Siden hypotyreose er den niende vanligste kroniske sykdommen, mener jeg at sykepleierstudenter bør få mer undervisning om dette emnet i sin utdanning. Det er viktig at en sykepleiere som handler på vegne av en pasient har nok kunnskap om pasientens sykdom.

Jeg ser at Dorothea Orem sine vitenskapsteorier er viktige teorier å kunne bruke spesielt ved kroniske sykdommer. Det er mye kartleggingsarbeid som skal til for å kunne møte en pasients behov på en god måte.

Det finnes flere gode sider på internett hvor man kan få økt kunnskap om stoffskiftesykdommer, blant annet Norsk Thyreoideaforbund sine nettsider, Norsk Tyreoideagruppe og nettsidene til Norsk Helseinformatikk. Det kan også være nyttig å lese bøkene til Per Egil Hegge «Og så må du ikke stille spørsmål!» og Audhild Løhre «Hypotyreosen og meg» for å få et innblikk i hvordan en pasient med hypotyreose, kan oppleve den noen ganger kronglete veien for å få en diagnose. Jeg har ikke brukt disse bøkene i oppgaven, men har lest begge og synes de kan være informativ for sykepleiere.

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven er konklusjonen at jeg ønsker å dele mine kunnskaper og erfaringer med hypotyreosepasienter, slik at vi sammen kan arbeide for at de kan leve godt med sin kroniske sykdom. Jeg ser også at jeg kan bruke disse kunnskapene til å veilede mine kollegaer for å øke deres kunnskap.

7.0 LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 5. utgave.

Sand, O. m.fl. (2007). *Menneskekroppen, fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2. utgave.

Selvvalgt litteratur (323 sider)

Aanderud, S., Bjøro, T. (2002). *Thyreoidesykdommer – årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2. utgave. **(100 sider)**

Almås, H.m.fl. (2010). *Klinisk Sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4. utgave. **(22 sider)**

Bakke, B. (2011). *Stoffskiftesykdom? Veien til et friskere liv*. Oslo: Kom forlag as. **(100 sider)**

Gjengedal, E., Hanestad, B.R. (red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS. **(4 sider)**

Kristoffersen, N.J. m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1. utgave. **(33 sider)**

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. 3. utgave. **(50 sider)**

Fra internett

Hage, M. m.fl. (2011). *Thyroid Disorder and Diabetes Mellitus*. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139205/> [Lest 24.09.12] **(3 sider)**

Haug, E. (2002). *Behandling av hypotyreose*. Tilgjengelig fra:
<http://tidsskriftet.no/article/520952> [Lest 24.09.12] **(3sider)**

Helsedirektoratet.no, (2012). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx> [Lest 23.10.12] **(1 side)**

NHI.no, (2011). *Vitamin B12 mangel*. Tilgjengelig fra:
<http://nhi.no/sykdommer/blod/anemier/vitamin-b12-mangel-25890.html?page=all> [Lest 23.10.12] **(3 sider)**

Statistisk Sentralbyrå (2007) *Liste over 20 viktige kroniske sykdommer i allmennpraksis*. Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200703/05/tab-2007-06-19-04.html> [Lest 24.09.12]. **(1 side)**

Tidsskrift/medlemsblad

Holm, T. (2012). *Solskinnsvitaminet, slik får du nok D-vitamin*. Medlemsbladet *Thyra* nr.1/12 s.4-6. **(3 sider)**