



# Høgskulen på Vestlandet

## SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	22-02-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-04-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	233
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7980
<b>Engelsk tittel *:</b>	A life with chronic kidney failure and the consequences for the psychosocial needs

**Egenerklæring \*:** Ja

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	49
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Et liv med kronisk nyresvikt og  
konsekvensene for de psykososiale behov

A life with chronic kidney failure and the  
consequences for the psychosocial needs

**Kandidatnummer: 233**

Bachelor i sykepleie Haugesund  
Institutt for helse og omsorg  
Innleveringsdato: 21.04.21

Ord: 7980



Foto: Colourbox

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Sammendrag:

**Bakgrunn:** Pasienter med kronisk nyresvikt avhengige av hemodialysebehandling, er utsatt for å oppleve dårligere livskvalitet enn den generelle befolkningen. Ved kronisk nyresvikt og behandlingen den medfører, er det vist i flere studier at sykdom og behandling har negativ effekt på pasientens livskvalitet.

**Hensikt:** Hensikt er å undersøke hvordan livskvalitet oppleves av pasientene som er avhengige av behandling for å leve. Et langt sykdomsforløp kan føre til både fysiske og psykiske påkjenninger som går ut over pasientens livskvalitet. Ved å vektlegge pasientens perspektiv, vil oppgaven kunne gi innblikk i og forståelse av hva som påvirker og bedrer pasientens livskvalitet og psykososiale behov.

**Metode:** Metode er en systematisk litteraturstudie basert på 5 forskningsartikler, funnet gjennom søk i database CINAHL og PUBMED. Både kvantitative og kvalitative materialer er inkludert. Data er samlet inn fra forskningslitteratur og faglitteratur.

**Resultat:** Pasienter i hemodialyse opplever lavere verdier for livskvalitet en friske. Opplevelsen av livskvalitet og psykososiale behov hos pasienter i hemodialyse er primært påvirket av sykdom og behandling, og sekundært påvirket av fysiske og sosiale begrensninger. De fysiske begrensningene var mest skadelig for livskvaliteten, mens sosiale forhold hadde best positiv påvirkningskraft. Videre påvirket personlige og miljømessige faktorer overholdelse av behandling og livskvalitet. Aksept, annerkjennelse og takknemlighet var de viktigste faktoren for å komme seg videre, og skape et fungerende liv.

### **Konklusjon:**

Endret tidsopplevelse, kontroll, sosial støtte, fysisk aktivitet, håp, mening og mestring kan redusere stress, angst og depresjon. I helsefremmende arbeid vil formidling av sykdomsbasert kunnskap og god kommunikasjon være sterke hjelpemidler. Sosial støtte fra sykepleier, pårørende og sosiale omgivelser vil være sterk støtte for å ivareta pasientens psykososiale behov. Fysisk aktivitet bør prioriteres for at pasienten kan gå fra en følelse av å være funksjonshemmet til fysisk velvære.

## Abstrakt:

**Background:** Patients with chronic renal failure dependent on hemodialysis treatment are at risk of experiencing poorer quality of life than the general population. In chronic renal failure and the treatment, several studies have shown that illness and treatment have a negative effect on the patient's quality of life.

**Purpose:** The purpose is to investigate how quality of life is experienced by patients undergoing hemodialysis depending on treatment to live. A long course of illness can lead to both physical and mental strains that affect the patient's quality of life. By emphasizing the patient's perspective, the thesis will be able to provide insight into and understanding of what influences and improves the patient's quality of life and psychosocial needs.

**Method:** Method is a systematic literature study based on 5 research articles, found through searches in databases CINAHL and PUBMED. Both quantitative and qualitative information are included. Data are collected from research literature and non-fiction.

**Result:** Patients on hemodialysis experience lower values for quality of life than healthy people. The experience of quality of life and psychosocial needs for patients in hemodialysis is primarily affected by illness and treatment, and secondarily affected by physical and social limitations. The physical limitations were most detrimental to the quality of life, while social conditions had the best positive influence. Furthermore, personal and environmental factors affected adherence to treatment and quality of life. Acceptance, recognition and gratitude were the most important factors in moving forward and creating a functioning life.

**Conclusion:** Changing time experience, control, social support, physical activity, hope, meaning and coping can reduce stress, anxiety and depression. In the health-promoting work, the dissemination of disease-based knowledge and good communication will be strong aids. Social support from the nurse, relatives and social environment will be strong support to take care of the patient's psychosocial needs. Physical activity should be prioritized so that the patient can go from a feeling of being disabled to physical well-being.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG:</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRAKT:</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b> .....	<b>5</b>
1.1.2 MOTIVASJON OG FORMÅL.....	5
1.1.3 TEMAETS SYKEPLEIEFAGLIGE RELEVANS.....	5
1.2 TEORETISK PERSPEKTIV.....	6
1.2.1 <i>Pasienten med kronisk nyresykdom i hemodialyse</i> .....	6
1.2.2 <i>Pasientens psykososiale behov</i> .....	7
1.2.3 <i>Mennesket - til menneske forhold</i> .....	8
1.2.4 <i>Pasientens opplevelse av helse og livskvalitet</i> .....	8
1.4 SAMMENHENG PÅ SAMFUNNSNIVÅ.....	9
1.6 OPPGAVENS FORMÅL.....	9
1.7 <i>Avgrensning og presisering</i> .....	10
1.8 PROBLEMSTILLING.....	10
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>11</b>
2.1 VALG AV METODE.....	11
2.2 INKLUSJONSKRITERIER OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	11
2.3 LITTERATURSØK.....	12
2.4 SØKEHISTORIKK.....	14
2.5 KILDEKRITIKK.....	15
2.6 ETISKE OVERVEIELSER.....	16
2.7 TABELL AV INKLUDERTE FORSKNINGSSTADIER.....	16
<b>3.0 ANALYSE OG TOLKNING AV RESULTATER OG FUNN</b> .....	<b>18</b>
3.1 FYSISKE FORHOLD.....	18
3.2 PSYKOLOGISKE FORHOLD.....	19
3.3 SOSIALE FORHOLD.....	20
3.4 HÅP ANERKJENNELSE OG TAKKNEMLIGHET.....	21
<b>4.0 DISKUSJON</b> .....	<b>21</b>
4.1 METODEDISKUSJON.....	21
4.1.1 <i>Kvalitativ og kvantitativ</i> .....	22
4.2 DRØFTINGSDISKUSJON.....	23
4.2.1 <i>Sykdomsbasert kunnskap og Health literacy</i> .....	23
4.2.2 <i>Tid og krefter – motstandsdyktighet og mening</i> .....	24
4.2.3 <i>Fra håpløs og avhengig, til frihet og selvstendig</i> .....	24
4.2.4 <i>Emosjonelt velvære, selvverd og aksept</i> .....	25
4.2.5 <i>Fra frihet til fangenskap – velgjørenhet og autonomi</i> .....	26
4.2.6 <i>Fra tap av kontroll til gjenvinning av egen helse</i> .....	27
4.2.7 <i>Sosial støtte</i> .....	29
4.2.8 <i>Takknemmelighet og mestring</i> .....	30
<b>5.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING</b> .....	<b>30</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>32</b>
<b>VEDLEGG:</b> .....	<b>39</b>
1: FULLSTENDIGE TABELLER OVER SØKEHISTORIKK.....	39
2: SKJEMA FOR ARTIKKELGRANSKNING.....	42

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

#### 1.1.2 Motivasjon og formål

Motivasjon ble dannet etter å ha gjennomført alternativ psykiatripraksis på dialyseavdelingen i starten av koronapandemien. I alternativ praksis ble det fokus på de psykiske følgene av det å gå i dialyse, som blant annet angst, stress og depresjon. En god relasjon ble et viktig redskap der jeg fikk mulighet til å samtale med pasientene om deres livskvalitet og hvordan dialyse preget hverdagen. I arbeid med pasientgruppen kom det frem at de strenge levereglene var tunge å følge, men fort ble til en vanesak. For dem som hadde noe å leve for, var det verdt å leve med blant annet nedsatt matlyst, tretthet, uro, hudkløe, tørst, og smerter i håp om nyretransplantasjon samt et lenger liv sammen med dem de var glade i. Samtalene fikk meg til å innse at pasientene også hadde behov for mental realisering der en god relasjon til helsepersonell burde være like viktig som den praktiske behandlingen ved dialyse. I sykepleierens rolle vil det være like viktig å tilfredsstille pasientens psykososiale behov, som de funksjonelle behovene kroppen avhenger av. Som ferdig sykepleier vil jeg kunne møte diagnosen på flere arenaer. Jeg mener derfor at det er nødvendig med økende kunnskap rundt dette temaet.

#### 1.1.3 Temaets sykepleiefaglige relevans

Kronisk nyresykdom er et økende problem over hele kloden, og blir rangert som et av verdens største folkehelseproblemer (Gulbrandsen, 2017, s. 113). På verdensbasis rammes over 850 millioner av kronisk nyresykdom. Norge har et godt utgangspunkt når det gjelder behandling av kronisk nyresykdom, men samtidig har behovet for nyreerstattende behandling økt kraftig, spesielt blant de eldste. Nyrene er ofte første organ som svikter ved flerorgansvikt, noe som øker mortaliteten hos svekkende pasienter (Gulbrandsen, 2017, s. 113). Ifølge den demografiske utviklingen med økende antall eldre, samt økende antall mennesker med behov for behandling, kommer antall pasienter også til å øke fremover (Kongsvik, 2019).

Dialysebehandling kan medføre vekslende følelser av blant annet håp, fortvilelse og dødsangst (Gulbrandsen, 2017, s. 113). Ettersom at angst og depresjon tilsynelatende er gode indikatorer for fysiske og mentale komponenter innenfor livskvalitet rettes fokuset mot hva som påvirker de psykososiale behovene til pasienten for å fremme pasientenes livskvalitet. Sykepleieren må informere om reaksjoner som gjerne oppstår ved dialyse, gi støtte og omsorg under behandling, samt følge opp pasienten for å redusere komplikasjoner. Sykepleieren skal kunne ivareta pasientens psykososiale behov og hjelpe pasienten med å opprettholde optimal livskvalitet i forløpet med kronisk nyresvikt. Det er viktig at sykepleier kommuniserer med pasienten på en medmenneskelig måte gjennom hele sykdomsforløpet.

## 1.2 Teoretisk perspektiv

### 1.2.1 Pasienten med kronisk nyresykdom i hemodialyse

Å få påvist diagnose som kronisk syk, eller alvorlig risiko for videreutvikling av sykdom innebærer en personlig krise for den enkelte. Ved endring av livstil kan det bli krevende å leve med flere omfattende restriksjoner og krav i ulike faser i sykdomsforløpet (Kristoffersen, 2017, s. 311). Kroppslig funksjonelle begrensing er en fysisk belastning, der sykdom blir en hindring i livet og pasientene ikke blir i stand til å utføre hverdagsoppgaver.

En pasient med kronisk nyresykdom lever med sterkt reduserte funksjoner i nyrene hvor utskilling av avfallsstoffer, regulering av væske - elektrolyttbalanse og redusert funksjon i produksjon, ikke er egenskaper nyrene behersker på samme måte som før (Gulbrandsen, 2017, s. 120- 121). Grunnleggende behov som eliminasjon, sirkulasjon, ernæring og psykososiale behov vil stå i fare, hvor kvalme, oppkast, hevelse og tretthet kan oppstå. Psykiske symptomer som stress, angst, fatigue og depresjon vil ikke bare kunne komme fra sykdommen selv, men hemodialyse medfører også plager som kan gå ut over pasientens livsutfoldelse og livskvalitet (Gulbrandsen, 2017, s. 122).

Hemodialyse er en prosedyre utenfor kroppen der pasienten via en blodtilgang blir koblet til en dialysemaskin. Et filter som kalles kunstig nyre, brukes for rensing av blod, 3 - 4 ganger i



uken (National kidney fondation, 2020). Transporten av stoffer skjer ved diffusjon der stoffer forflytter seg fra steder med høy konsentrasjon til steder med lav konsentrasjon. Denne prosessen skjer gjennom små porer i en membran fra blodet til filteret (Buur, 2011, s. 29). Den tynne membranen skiller blodet og filteret slik at store stoffer som blodceller og protein forblir i blodet, mens mindre avfallsprodukter som kreatinin og kalium passerer gjennom som avfallsstoffer (National kidney fondation, 2020). Blodet trekkes fra pasienten, pumpes gjennom dialysatoren og herifra tilbake til pasienten (Buur, 2011, s. 62).

Kronisk nyresykdom deles inn i fem stadier hvor nyrefunksjonen svekkes samtidig som at nyreskaden progredierer. Stadium 1 og 2 betegnes som mild nyresvikt, stadium 3 betegnes som moderat nyresvikt, stadium 4 betegnes som alvorlig nyresvikt og stadium 5 som terminal nyresvikt. (Gulbransen, 2017, s. 121). Det er først når tilstanden befinner seg mellom 4 og 5 at den betegnes som kronisk nyresvikt. Lange forløp med diabetes, hypertensjon, glomerulære sykdommer, medfødte misdannelser, samt påfølgende kroniske infeksjoner i nyrene og urinveiene er vanlige årsaker til kronisk nyresvikt. Dette ettersom at økt fettmengde i blodet, stive blodårer, høy hvilepuls eller lav grad av betennelse kan gi raskere fall i nyrefunksjon. (Gulbransen, 2017, s. 121).

### 1.2.2 Pasientens psykososiale behov

De psykososiale behovene har med menneskets psyke, mentalitet og menneskets sjel liv å gjøre. Psykososial er en fellesbetegnelse på psykiske og sosiale forhold som har betydning for helse og mental fungering. Sosiale forhold finnes på arbeidsplassen eller i hjemme, mens psykiske forhold viser til personens måte å håndtere disse forholdene kognitivt og emosjonelt. (World Health Organization, 2012). Psykososiale behov ved sykdom har utgangspunkt i hvordan pasienten opplever å være syk. Når sykepleieren forholder seg til hvordan pasientene ved dialyse opplever sin situasjon, må sykdommen ses i sammenheng med livssituasjonen til pasienten og ikke utelukkende forklare den ut ifra biologiske og kjemiske prosesser (Stubberrud, 2019, s. 16-17).

### 1.2.3 Mennesket - til menneske forhold

Travelbees (1971, s.67) teorier beskriver helsefremmede sykepleie med vekt på håp, mening og mestring innen det helsefremmende arbeidet. Det å finne mening med livet kan ofte være vanskelig for kronisk syke. Travelbee (1971, s.7) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvorved sykepleiere utøver sykepleiepraksisen ved hjelp av assistanse til den individuelle, familien, eller samfunnet for å forebygge eller hjelpe å håndtere opplevelsen av sykdom og lidelse. God sykepleie består av «et menneske – til mennesket forhold som er en primær erfaring og finner sted mellom en sykepleier og pasienten som får omsorg. Hovedmålet med disse erfaringene er at den syke og familien får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til problemløsning, samt evne til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1971, s. 14, 119). Dette oppnås ved fagkunnskaper og evne til å anvende denne i praksis. For å bruke seg selv terapeutisk kreves god innsikt i det å være mennesket.

### 1.2.4 Pasientens opplevelse av helse og livskvalitet

Ifølge Mæland kan helse defineres på tre måter; som fravær av sykdom, som ressurs og som livskvalitet. Livskvalitet og helse kan for noen ses på som to sider av samme sak, mens andre vil hevde at dette er to forskjellige begreper. Livskvalitet reflekterer tilstand og opplevelse, mens helse er mer knyttet til funksjon og prestasjon (Larsen, 2018, s. 38). Funksjon og presentasjon henger sammen med personens opplevelse av styrke, motstandskraft og mestring (Larsen, 2012, s. 40).

Salutogenens far Antonowsky dannet et vendepunkt i sykepleien da han fokuserte på hva som ga helse, fremfor hva som ga sykdom. Han fokuserte på hva som var årsaken til at enkelte mennesker var i stand til å opprettholde sin helse til tross for at de var utsatt. (Kristoffersen, 2017, s. 51). Helse er i forgrunnen, og sykdom og sykdomsrisiko danner bakgrunn i helhetsbilde av pasienten (Haugan & Rannestad, 2018, s.138).

Næss sine fire kriterier beskriver god livskvalitet som å være aktiv, opplevelse av samhørighet, selvfølelse, med en grunnstemning av lykke og glede (Larsen, 2012 s. 41). Hun knytter livskvalitet til enkeltmenneskers indre erfaringer og betegner begrepet som psykisk velvære. (Rustøen, 2016, s. 80) Med det menes pasientens subjektive opplevelser av ulike

sider ved sin livssituasjon, enten den henger sammen med ytre sansepåvirkning, emosjonell tilstand, tankeprosesser eller motivasjon (Kristoffersen, 2017, s. 55-56). Synet til Næss overlappes til dels med Antonowskys salutogene syn, der fokuset er rettet mot hele mennesket og det som gir god helse (Haugan & Rannestad, 2012, s.138).

Opplevelse av velvære utgjør dermed pasientens livskvalitet, - fysisk, psykisk, åndelig, sosialt og materielt (Haugan & Rannestad, 2012, s.142). Som vi ser, er helse og livskvalitet sammensatte begreper med ulike definisjoner. Ettersom at livskvalitet reflekter tilstand og opplevelse vil Mælands teori være aktuell for hvordan kronisk nyresyke opplever hemodialyse, med Travelbees tro på en god relasjon og Antonowskys salutogene syn på helse som ressurs for et helsefremmende arbeid. Ettersom fokus er rettet mot pasientens psykososiale behov vil Næss være aktuell hvor hun knytter livskvalitet til enkeltmenneskets indre erfaringer.

#### 1.4 Sammenheng på samfunnsnivå

Livskvalitet hos pasienter i dialyse i er lite prioritert på norsk samfunnsnivå, da det oppleves lite forskning om tema. På verdensbasis finner vi et bredt spekter med forskning, men som i større grad trengs forskes mer på. Resultat indikerer en viss sammenheng av ulike aspekter, men som tilsynelatende er usikre på grunn av en sammensatt livskvalitet. Derimot påvirker pasienter med kronisk nyresvikt, samfunnet økonomisk der ressurser går til dyre behandlinger, samt tilleggsbehandlinger for å gjenvinne psykososiale behov. I tillegg påvirker dialysebehandlingen arbeidslivet og arbeidskraft med mennesket som ressurs.

#### 1.6 Oppgavens formål

Formålet med oppgaven er å få en dypere forståelse for kronisk syke pasienter som går i hemodialyse. En viktig faktor er at pasientene får god og individtilpasset behandling, ettersom at ventetid på nyre er lang (Kongsvik, L. 2019, s.1-2). Resultat ved transplantasjon er generelt gode, men organmangel begrenser omfanget av behandling. Dialyse kan forsinke sykdomsforløpet, samt gi større muligheter for å få nyre (Kamper & Bro, 2011, s. 20). Dermed er optimal behandling avgjørende for pasienter med kronisk nyresvikt. Et langt sykdomsforløp kan ofte føre til både fysiske og psykiske påkjenninger som går ut over

pasientens livskvalitet i ulik grad. Ved fordypning i dette tema, skal jeg finne ut hva som trengs av en sykepleier for å fremme livskvalitet.

### 1.7 Avgrensning og presisering

Pasientene som inkluderes i denne oppgaven har kronisk nyresvikt og får hemodialyse. Jeg ekskluderer pasienter som får peritonealdialyse og hjemmedialyse. Kronisk nyresykdom deles inn i fem ulike stadier. Det er først når pasienten er ved stadiet 4 -5 med alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyrefunksjon at det defineres som kronisk nyresvikt. (Gulbrandsen, 2017, s. 121). Det er denne pasientgruppen jeg har fokus på. Oppgaven inkluderer alle voksne over 18 år. Barn er utelukket ettersom at det finnes færre studier innenfor dette området, samt at vi sjeldnere møter barn ved hemodialyse i stadiet 4-5.

### 1.8 Problemstilling

*Hvordan oppleves livskvaliteten og de psykososiale behovene hos pasienter som går i hemodialyse, og hvordan utføre helsefremmende sykepleie på best mulig måte?*

## 2.0 Metode

Først ønsker jeg å beskrive hvordan jeg har gått frem for å finne litteraturen som er brukt i denne oppgaven. Videre skal jeg nærmere undersøke problemstillingen og finne litteratur som kan begrunne den med aktuell teori og forskning. Å være metodisk er å overholde intellektuelle standarder i argumentasjon. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 50). Den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap til problembelysning i denne oppgaven kalles metode (Thideman, 2015, s.76).

### 2.1 Valg av metode

Ifølge retningslinjene for bacheloroppgaven ved (Høyskolen på Vestlandet, 2021) skal oppgaven utarbeides i form av systematisk litteraturstudie. Det er en studie som systematiserer kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Ved systematisering samler man inn litteratur som får en kritisk vurdering før det til slutt sammenfattes (Thideman, s.79). Jeg benytter meg av IMRaD – strukturen for å disponere tekst i vitenskapelige artikler for å vise hvor jeg finner forskjellig informasjon. Ved et strukturert litteratursøk med utarbeidende kriterier, kan litteratur bli mer håndterbar, og dermed belyse hensikten i oppgaven på en avgjørende måte (Thideman, 2015 s.82).

Å utvikle en god søkestrategi er vesentlig for et effektivt søkearbeid og handler om å bestemme søkeord, og søkekombinasjoner til søk i ulike databaser. Jeg har både tatt i bruk standardiserte emneordsystemer som blant annet brukes i PUBMED, og headings i Cinahl. Dette for å benytte de søkeordene som databasene har i sitt emneordsystem. Samtidig har jeg også brukt egne søkeord i fritekst for å få et fullstendig resultat av litteratursøkingen (Tinderman, 2015, s. 87).

### 2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Jeg velger å inkludere kvalitative og kvantitative fagfellevurderte artikler. Både menn og kvinner er inkludert i de forskjellige studiene, men forekommer av ulike sammensetninger og mengde. Forskningen omhandler pasienter som er avhengig av behandling på dialyseenhet, hvor jeg ekskluderer pasienter som får peritonealdialyse og hjemmedialyse.

Forskningen har pasientperspektiv, og det brukes ikke forskning eldre enn 2011, ettersom at forskningen skal være oppdatert og presis. Forskningen er ikke begrenset i forhold til geografiske områder. Jeg har begrenset søket til to databaser. Jeg avgrenset søket til å gjelde fagfellevurderte artikler, som betyr at disse artiklene har blitt vurdert og godkjent av eksperter innen det aktuelle fagområdet (Dalland, 2018, s.154). Søkene i CINAHL ble avgrenset i forhold til språk, begrensinger etter evne og publiserings år, mens søkene i PUBMED ble begrenset til abstrakt, gratis full tekst, voksne over 19 år og innenfor de ti siste årene.

### 2.3 Litteratursøk

I oppgaven har jeg anvendt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Den selvvalgte litteraturen består av bøker, informasjon fra offentlige nettsider og forskning via ulike databaser. Til slutt vil jeg bruke egne erfaringer og tolkninger som trekkes inn i drøftingsdelen (Dalland, 2018, s. 200).

Det første trinnet i litteratursøket mitt inngår i et manuelt søk der det ble funnet relevante artikler for å danne en problemstilling, hvor det videre dannet inspirasjon til nye artikler og primærstudier i relevant systematiske litteraturoversikt. Her ble det funnet ulike nøkkelord som kunne bekreftes at var av kvalitet og i tråd med pensum, ettersom at flere av de samme ordene var å finne under «aktuelle søkeord» i pensumkapitlet til Gulbrandsen (2017, s.113). Eksempel på ord er; Chronic renal failure, quality of life, patients experience, experience of coping, psychosocial needs, health promoting, and hemodialysis.

Videre har jeg brukt PIO modellen for å sortere tankene og formulere søkene for en bedre søkestrategi. Engelske søkeord ble brukt for å få med flere treff og inkludere internasjonal forskning. Søkestrategi er aktuelt for et effektivt søkearbeid der en bestemmer emneord/ søkeord og kombinasjoner av disse til søk i ulike databaser (Tidemann, 2015, s 88). Jeg ekskluderte søkeord som jeg følte begrenset litteratursøket og la inn søkeordene jeg mente var relevante i mitt PIO- skjema. Min problemstilling var ikke ute etter å sammenligne tiltak. Dermed valgte jeg å ekskludere «comparison (C)».

**Tabell: PIO - skjema**

Pasient/ Problem Hvem/ hvilke	Intervention Hva	Comparison Alternativer	Outcomes resultater
Voksne pasienter over 18 år med kronisk nyresvikt og deres psykososiale behov	Helsefremmende tiltak og veiledning til pasienter via dialyse/hemodialyse		Opplevelse av mestring og livskvalitet ved endret/ påfølgende livstil
Patients with <b>chronic renal failure/ Kidney failure</b> and their <b>psychosocial needs</b>	<b>Health – promoting measures</b> and guidance for patients with <b>dialysis/ hemodialysis</b>		<b>Experience of hope, Experience of coping</b> and <b>quality of life</b> in the event of a changed lifestyle/ subsequent lifestyle

Videre har jeg utført søk i søkebasen CINAHL, som dekker sykepleie og tilgrensende fag. I tillegg ble synonym søkeord kombinert med «or» på ulike måter for å finne frem til relevante artikler, samt «and» til å kombinere alternative søk. Videre i prosessen brukes også PUBMED som er den mest brukte databasen for helsepersonell hvor forskning angående medisin, og sykepleie blir dekket (Tidemann, 2015, s 85). Jeg ønsket å finne artikler som på hver sin måte kunne hjelpe meg å besvare problemstillingen. Videre skummet jeg gjennom trefflistene og valgte ut relevante artikler basert på tittel. Jeg leste gjennom abstraktene til disse artiklene for å finne frem til de mest relevante.

Det var essensielt å ha med en artikkel om forholdet mellom pasientens livskvalitet og psykologiske forhold som stress, angst, depresjon og smerte. I tillegg valgte jeg en kvantitativ artikkel som vurderte livskvaliteten til pasienter i hemodialyse for å kunne sammenligne disse funnene med to kvalitative artikler som tar for seg pasientens erfaringer og opplevelser relatert til deres psykososiale behov. Jeg fant også en siste kvantitativ artikkel som sammenlignet forholdet mellom endring av fysisk aktivitet og livskvalitet ved kronisk nyresvikt. Dette ettersom tidligere funn konkluderte med at fysisk aktivitet hadde størst positiv innvirkning på livskvaliteten. Jeg valgte artikler med pasientperspektiv for å få innsyn i pasientens erfaringer, med tanke på problemstillingen min som omhandler opplevelse av

livskvalitet og de psykososiale behovene. På den måten har jeg funnet frem til 5 artikler som belyser min problemstilling og flettes inn i drøftingen.

## 2.4 Søkehistorikk

Database	Søkeord og Kombinasjoner	Antall traff	Leste artikler	Artikler inkludert	Dato
Cinahl	S1: Kidney failure, chronic S2: renal failure S3: S1 OR S2 S4: quality of life S5: S3 AND S4 S6: Publiseringsdato: 2011.01.01 – 2021.12.31 S7: Alle voksne S8: Begrensinger etter evne: - Quality og life - Dialysis patients - Kidney failure, chronic - Hemodialysis	20	4	Association between stress/ anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease	20.12.20
Cinahl	S1: Kidney disease S2: renal disease S3: S1 OR S2 S4: Kidney failure S5: S3 AND S4 S6: Dialysis patients S7: S5 AND S6 S8: hemodialysis S9: S7 AND S8 S10: Patiens experiences S11: S9 AND S10 S12: Publiseringsdato: 2011.01.01 – 2021.12.31 S13: Begrensinger etter evne: - Quality og life - Hemodialysis	5	2	Understanding the life experience of people on hemodialysis: Adherence to treatment	20.12.20
Cinahl	S1: Psychosocial needs S2: Quality of life S3: S1 OR S2 S4: Chronic disease S5: Renal failure S6: S4 OR S5 S7: S3 AND S6 S8: hemodialysis S9: S7 AND S8 S10: Publiseringsdato: 2011.01.01 – 2021.12.31 S11: Full tekst S12: Sammendrag tilgjengelig S13: Engelsk S14: Alle voksne	36	6	Relationship between Changes in Physical Activity and Changes in Health-related Quality of Life in Patients on Chronic Hemodialysis with 1-Year Follow-up	02.03.20
Pubmed	#1: Chronic renal failure #2: Kidney failure #3: #1 OR #2 #4: Quality of life #5: Experience of coping #6: #4 OR #5 #7: Hemodialysis #8: #6 AND #7 #9: #3 AND #8 #10: Health – promoting measures #11: # 9 and #10 #12: Full text #13: In the last 10 years	16	7	You live as much as you have time to: The experience of patients living with Hemodialysis.  Assessment of quality of life among end – stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis.	10.03.20



## 2. 5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å både vurdere og karakterisere den litteraturen som er funnet. Ved å redegjøre for hvilke kriterier som er benyttet under utvelgelsen vil leseren få del i refleksjonen som er blitt gjort og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til problemstillingen (Dalland, 2018, s. 158).

I min oppgave har Joyce Travelbee sin bok «Interpersonal – Aspects of nursing (1972) vært svært relevant ettersom at en pasient med kronisk nyresvikt er i en situasjon der det oppleves kriser og problem og der lidelse og mangel på mening er dominerende. Jeg har fått en bredere forståelse for de ulike aspektene som en kronisk syk pasient må gjennom, samt et utvidet syn på hvordan en sykepleier skal gå frem, da denne boka var konkret og presis. Ettersom at jeg strevde med å finne en konkret forståelig definisjon på begrepet psykososiale behov, ble boken til (Stubberud, 2019) «psykososiale behov ved akutt og kritisk syke» svært aktuell for min oppgave.

Kapitler fra pensumbøker om klinisk sykepleie, grunnleggende sykepleie, kommunikasjon, etikk og juss er brukt for å utfylle med nødvendig informasjon til problemstillingen. Jeg har prøvd å tilstrebe bruk av de nyeste utgavene for oppdatert litteratur. Ved bruk av andres tekster og forskning dannes det en risiko for feiltolkning, særlig ved bruk av sekundærlitteratur. Derfor har jeg minimalisert sekundærlitteraturen.

Forskningen som er tatt med er valgt på bakgrunn av relevans til problemstillingen. Alle artiklene følger IMRaD strukturen, er fagfelleurderte og publisert av anerkjente tidsskrifter innen de siste ti årene. Studiene er gjennomført utenfor Skandinavia, noe som kan føre til store variasjoner i kultur og praksis i helsevesenet hvor de ulike studiene er gjennomført. Dette kan virke inn på overførbarheten, og er noe jeg har tatt i betraktning når det gjelder relevans til min problemstilling.

## 2.6 Etske overveielser

Etske overveielser betyr å tenke gjennom hvilke etske utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2018, s. 235). I min oppgave har jeg vært bevisst og fulget etske vurderinger i henhold til retningslinjer for oppgaveskriving. Ved bruk av erfaringer fra arbeid har jeg anonymisert pasienter, ansatte og institusjonene for å ivareta personvern og taushetsplikten. Jeg har også vært bevisst på å se ansatte og pasienter på en respektfull, verdig og profesjonell måte.

Forskningsetiske komitéer har som oppgave å veilede og å gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etske normer og verdier med bred aksept i samfunnet (Dalland, 2018, s. 238). For å opprettholde de etske rammene har jeg valgt artikler som er godkjent av en etske komite, og alle deltakerne som er brukt i forskningsartiklene fikk skiftelig informasjon om studiet og ga samtykke ved deltakelse.

## 2.7 Tabell av inkluderte forskningsstadier

Forfattere (år) Tidskrift Land	Guerra - Guerrero, V., Plazas, M., Cameron, L., Salas, A., Gonzalez, C. (2014).  <i>Continuing Nursing Education</i>  Finland	Jonasson, K., Gustafsson, L. K. (2017).  <i>Continuing Nursing Education</i>  Finland	Katayama, A., Miyatake, N., Nishi, H., Ujike, K., Hashimoto, H., Kurato, R., Koumoto, K. (2016).  <i>Acta Medica Okayama</i>  Japan	Ravindran, A., Sunny, Anjali, Kunnath, R P., & Divakaran, B. (2020).  <i>Indian journal of palliative care</i>  India	Sousa, L., Valentim, O., Vieira, C., Antunes, A V., Severino, S., Jose, H. (2019).  <i>Portuguese Journal of Mental Health Nursing</i>  Portugal
Studiens hensikt	Hensikten med studien er å omfavne sykdommen og dialysen og å forebygge sykdomsutvikling gjennom behandlingsforløpet.  Målet er å gi oversikt over de levde erfaringene til pasienter i hemodialyse når det gjelder å følge behandlingsregimer og deres oppfatning av livskvalitet.	Målet var å beskrive opplevelser av overgangsprosessen for pasienter som gjennomgår kronisk hemodialyse.	Hensikten var å se sammenhengen mellom endringer i fysisk aktivitet og endringer i helserelatert livskvalitet (HRQOL) hos pasienter i kronisk hemodialyse.	Målet med denne studien er å utforske helserelatert livskvalitet av pasienter med kronisk nyresykdom (CKD) i fase 5 på vedlikeholdshemodialyse (MHD) i Sør-India.	Hensikten var å bestemme utbredelsen av stress/ angst og depresjon hos personer med kronisk nyresykdom og å verifisere sammenhengen mellom stress/ angst og depresjon med smerte og livskvalitet.
Metode	En kvalitativ hermeneutisk – fenomenologisk studie, der 15 pasienter ble intervjuet. Det er en doktorstudie som skal identifisere betydelige faktorer som påvirker overholdelsen av behandling og livskvaliteten for individer med hemodialyse.  Forskningen ble utført i to faser ved bruk av blandet metodikk, inkludert kvantitativ og kvalitativ forskning.	En kvalitativ deskriptiv tilnærming med en kvalitativ innholdsanalyse basert på intervjuer med pasienter i hemodialyse. Åpne semistrukturerte intervju etter intervjuguide i dialysebehandling.	Dataene til de 43 pasientene ble brukt til langsgående analyse. komplette målinger ble tatt igjen i september 2014. Kliniske parametere inkludert alder, høyde, tørrvekt, varighet av hemodialyse, blodtrykk (BP), triglyserid i blod og HDL-kolesterolnivå, fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet ble evaluert.	Dette var en tverrsnittsobservasjonsstudie utført blant pasienter med CKD som gjennomgikk MHD ved 11 store sentre i Sør-India. Demografiske data ble samlet inn ved hjelp av et forhåndsdesignet spørreskjema. QOL-indeks ble målt ved hjelp av 26-elementet WHOQOL-BREF-spørreskjema, og statistisk analyse ble utført.	En kvantitativ tverrsnitt- beskrivende og korrelasjonsstudie ble brukt på to klinikker og en sykehusenhet i regionen Lisboa, Portugal.  Intervjuene ble utført av fem utdannede sykepleiere under dialysen.

					Det ble brukt depresjons og stressangstskalaen (DASS – 21), Kort smertebehandling (BPI) og medisinske resultater.
Deltakere/ bortfall	15 pasienter ble intervjuet inkludert seks kvinner og ni menn fra tre dialysecentre i Chile.	Deltakerne var over 18 og gått i hemodialyse i minst 6 år. Ingen form for demens eller dypere depresjon. 10 stk fikk brev, 9 stk ga samtykke.	En langtidsstudie med 71 polikliniske pasienter i Japan der 43 var menn og 28 var kvinner i alderen mellom 44 -89 år. Av dem var 42 videre med i en tversnittsanalyse	503 pasienter i India med kronisk nyresvikt i hemodialyse	Tilfeldig utvalg menn (59%), gift (53,8%) portugisisk nasjonalitet (78,7%), gjennomsnittsalder på 59 år.  hemodialyse med kronisk nyresvikt i seks måneder og i alderen 18 år eller eldre. sykdom.
Funn	Pasienter anerkjenner tilhørighet og overholdelse av behandling og livskvalitet som en tilstand som sikres av egenomsorg og miljøforhold, og dermed må helsepersonell hele tiden vurdere for planlegging av omsorg for å forbedre overholdelse og livskvalitet i denne populasjonen.  Ifølge studien er det omtrent halvparten av hemodialysepasientene som følger minst en del av det forskrevne terapeutiske diagrammet. Resten følger ikke noe av programmet, og denne lave overholdelsen har en høy forekomst av sykkelighet, dødelighet og livskvalitet, som påvirker familien, helse-systemet og samfunnet av tilhørende høye økonomiske kostnader. Tilsvarende er den helse-relaterte livskvaliteten mer redusert hos hemodialysepasienter enn i befolkningen generelt.	Resultater viser at livet i hemodialyse oppleves som en overgang fra frihet til fangenskap, og tilpasser seg det nye livet og det nye livet går mot forsoning. Denne studien viser at støtte mot forsoning er avgjørende for pasientens helse.	I den første tverrsnittsanalysen ble EQ-5D-score signifikant korrelert med daglig trinn telling (trinn per dag) på alle dager og ikke-hemodialyседager. I den andre langsgående analysen, hos kvinnene, var endringer i EQ-5D-score positivt korresponderte med endringer i daglig trinn telling på alle dager. Hos alle pasienter var endringer i EQ-5D svakt og negativt korrelert med endringer i fysisk aktivitet (1-3 METs: min per dag) på hemodialyседager. Å fremme daglig fysisk aktivitet kan forbedre HRQOL hos pasienter i kronisk hemodialyse, spesielt hos kvinner	. Evalueringen av QOL hos CKD-pasienter som gjennomgikk hemodialyse viste at den var relativt kompromittert. Fordi pasientene hadde en kronisk, progressiv irreversibel sykdom, var det mest berørte fysiske domenet. Alder, utdannelse, sysselsetting og sivilstand ble funnet å påvirke ett eller flere domener i QOL. Alder og utdanning er viktige uavhengige variabler; når alderen øker, synker QOL, og høyere utdanning bedre QOL.	høy symptom-belastning reduserer livskvaliteten. Forekomsten av stress og angst 24% og depresjon 37,2%. Stress/ angst hadde en betydelig korrelasjon med depresjon og er forbundet med høye nivåer av smerte, og påvirker aktiviteter i det daglige. Det gir lavere nivåer av livskvalitet i de fysiske og mentale komponentene
Etiske overveielser	Intervjuer ble gjennomført med deltakernes samtykke  Godkjenning ble gitt av University of Concepcion Research Ethics Board og Ethics Committee i Maule Health Service i Chile. Hver deltaker ble informert om studiemålene og om friheten til å trekke seg fra studien når som helst. Navnene på deltakerne ble ikke identifisert for å garantere konfidensialitet.	Innhentet gjennom local university Research Ethics comite  Alle prosedyrene ble utført i samsvar med etiske retningslinjer i Helsinki erklæringen (World medical Assosiation)  - Info til deltaker om mål - frivillig deltakelse - behandler data konfidensielt	Etisk godkjenning for å gjennomføre denne studien ble innhentet fra den etiske komiteen ved Innoshima General Hospital, Onomichi, Japan (H25-2-27 og H26-1-23).  Blant de 28 pasientene som ikke kunne følges opp i ett år, døde 3, den fysiske aktiviteten på 18 ble ikke målt, og de fysiske aktivitetsdataene var ufullstendige for 7.	Etisk godkjenning for denne studien ble innhentet fra Institutional Review Board of Kannur Government Medical College, Kerala	Godkjent av etikkomiteen til de to helseorganisasjonene, i Diaverum og de etiske komiteene i Centro Hospitalar Lisboa Central.  Formålet med studien og den garanterte konfidensialiteten til data med rett til å trekke seg uten risiko for seg selv ble forklart for folket med CKD. Informert samtykke ble derfor innhentet fra de som oppfylte inklusjonskriteriene og ble enige om å delta

## 3.0 Analyse og tolkning av resultater og funn

I sykepleie og helsefag sier en at mennesket består av ulike dimensjoner. (Haugan & Rannestad, 2012, s.142). I forskning som min litteraturstudie bygger på kommer det frem at kronisk nyresvikt har innvirkning på pasientens helse både fysisk og psykososialt. Dermed vil jeg dele resultatet opp i fysiske, psykiske og sosiale forhold for å få en forståelse av aspektene innenfor livskvalitet og pasientens psykososiale behov.

### 3.1 Fysiske forhold

Fysiske forhold ble i den ene studien sett på som det mest skadelige for livskvaliteten til pasientene der søvn og arbeidsevne ble forstyrret på grunn av fysiske smerter og avhengighet av medisinsk behandling. Livskvalitet hos pasienter i dialyse er assosiert med høyere smerteverdier og lavere verdier for livskvalitet (Ravindran et al., 2020). Med en så høy symptombelastning som pasientene gjennomgår vil smertene bidra til økt lidelse og redusere livskvaliteten (Sousa et al., 2020).

Tema som dukket opp i studien til (Guerra – Guerrerro et al., 2020) var at «tap av kontroll over kroppens funksjoner, mobilitet, aktiviteter og forhold til familie og venner var av stor betydning for pasientenes livskvalitet. Noe som gjentatte ganger ble nevnt var følelsen av å være funksjonshemmet. Begrensninger i livet var en faktor som stadig dukket opp som en fysisk belastning blant deltakerne, der sykdommen ble en hindring i dagliglivet slik at pasienten ikke ble i stand til å utføre sine hverdagslige oppgaver (Jonasson & Gustafsson, 2017). Det ble også observert at fysisk aktivitet generelt var lavere hos deltakerne enn det var for en gjennomsnittsperson. Evalueringen av helserelatert livskvalitet var betydelig positivt relatert til daglige skritt hos alle pasientene (Katayama et al., 2016).

Rytme og tid ble okkupert av behandlingen, der dager med dialyse for flere av deltakerne ble ansett som ødelagte. De fikk ikke mulighet til å lage seg planer ettersom at dialysebehandlingen tok opp tid og krefter i timeplanen.

*It is not a good experience; it completely changes your life- style. I mean everything: social life, family, economic situation, it changes absolutely everything. At the beginning, I felt, I mean, the first six months of my treatment was far too limiting... I*

*mean, as a young person who enters into this, you feel handicapped. (Guerra – Guerro, s. 28, 2020)*

Hemodialyse ble sammenlignet med arbeid, uten betaling. Ferie fra hverdagslivet ble det heller ikke noe av. Å måtte gi opp drømmer, planer og karriere på grunn av begrensede tid og krefter påvirket hele livet, også familieøkonomi og sosiale relasjoner (Jonasson & Gustafsson, 2017). Overholdelse av behandling er derfor en alvorlig bekymring og utfordring for pasientene. Selv om mye av livets tid gikk tapt ved dialyse, følte pasientene at de måtte komme til dialyse, og på samme tid innrette seg nye roller. Med mangel på tid og påfølgende stress dannet det seg også komplikasjoner for å overholde nyrebehandlingen som inkluderte oppmøte, medisiner, diett, væske og pleie. (Guerra – Guerrerro et al., 2020). Ved overholdelse av behandling er disse terapeutiske resultatene av helt avgjørende faktor for å redusere sykdom, dødelighet og forbedre livskvalitet. Også det å komme seg fra og til dialyseenheten kunne bli et problem med lange kjøreturer der flere var avhengige av hjelp fra andre (Jonasson & Gustafsson, 2017).

Avhengigheten av dialyse gjorde at maskinene dominerte livene deres, der de visste at de aldri skulle bli selvstendige igjen. Som en pasient i hemodialyse kunne dette føles som overtredelse av integritet hvor det da ble enda vanskeligere å følge behandlingsregimene (Guerra – Guerrerro et al., 2020). I alle intervjuene i studien til (Jonasson & Gustafsson, 2017) var maskinens dominans tydelig. Det å vite at kroppen ikke klarer oppgavene den burde klare, ga deltakerne følelse av skyld. De visste at maskinen var grunnen til at de eksisterte.

### 3.2 Psykologiske forhold

Som forskningen over tilsier vil flere av de fysiske begrensingene føre til psykologiske begrensinger. Stress, angst og depresjon er mer utbredt hos dem med kronisk nyresvikt. Via forskning når det gjelder forholdet mellom stress/ angst, depresjon, smerter og livskvalitet er det kommet frem at psykologiske symptom som stress, angst og depresjon hadde en betydelig innvirkning på dimensjonene av livskvalitet, både fysisk og mentalt (Sousa et al., 2019). Dem med symptomer på psykologiske variabler hadde dårligere livskvalitet enn de uten symptom blant pasientene. 24% av deltakerne ble påvirket av stress, og angst og 37%

av deltakerne ble påvirket av depresjon. Stress og angst hadde betydelig korrelasjon med depresjon, smertepåvirkning, smertefrekvens, og korrelasjon ved fysiske og mentale komponenter av livskvalitet (Sousa et al., 2019).

Stress og angst for å bli fysisk såret var også betydelig faktor i forskningen. Med fysisk implantat i armen fantes det også frykt for å blø i hjel. (Jonasson & Gustafsson, 2017). Pasientene med høyere angstnivå hadde høyere nivåer av depresjon. Angst og depresjon er de beste indikatorene for de fysiske og mentale komponentene innenfor livskvalitet (Sousa et al., 2019). Depresjon var positivt og betydelig assosiert med smertepåvirkning og smertefrekvens, og negativt assosiert med fysiske og mentale komponenter ved livskvalitet. Den fysiske komponenten i livskvalitet er positivt assosiert med den mentale komponenten i livskvalitet, men også negativt assosiert med smertegraden og smerteinterferens (Sousa et al., 2019).

### 3.3 Sosiale forhold

Sosiale forhold ble i den ene studien sett på som det beste forholdet til å påvirke livskvaliteten på en positiv måte hos pasienter i dialyse (Ravindran et al., 2020). Som resultat av (Guerra – Guerrerro et al., 2020) sin studie kom det frem at personlige og miljømessige faktorer påvirker overholdelse av behandling og livskvalitet. Dermed er den individuelle pasientens opplevelser erfaringer, vaner, tillitt, empati, forståelse, prioriteringer, kognitive ferdigheter og roller med på å påvirke pasientens kvalitet av liv. I studien til (Jonasson & Gustafsson, 2017) uttrykket pasientene en kronisk utmattelse som ga dem redusert energi til sosiale situasjoner. Det ble også fysisk vanskelig å forlate huset, noe som gjorde at relasjoner ofte kunne gå tapt. Dermed var nærmeste pårørende en viktig støtte som ga sikkerhet. Også det at noen var der for dem ga deltakerne økt mening med livet. Dermed mente pasientene også at støtten fra sykepleierne på jobb var verdifull og ga trygghet. Sikkerhet var noe som holdt en slags livskvalitet, harmoni og forhold til livet til tross for sykdommen. På den andre siden kom det frem at pasientene fikk en følelse av å miste kontrollen over livet ved mye hjelp. Noen prøvde å tilpasse seg situasjonen mens andre prøvde å kontrollere sykepleierne. Avhengighet kunne her likevel ses på som en betryggelse der pasienten ikke følte seg alene, selv om selvstendigheten ble nedtrykt (Jonasson & Gustafsson, 2017). Som resultat av studien til (Guerra – Guerrerro et al., 2020) kom det frem at pasientene trenger menneskelig

og integrert omsorg i henhold til deres individuelle behov. Omsorg kunne også komme via forbindelser med andre pasienter på enheten der det for mange dannet seg et slags felleskap. Forbindelse med andre hadde stor innflytelse på evnen til å håndtere grov behandling. Da kunne de dele byrder samt erfaringer med andre hvor tilknytning og nærhet var av betydning (Jonasson & Gustafsson, 2017).

### 3.4 Håp anerkjennelse og takknemlighet

I (Jonasson & Gustafsson, 2017) er fokus på håp og anerkjennelse i pasientenes sykdomsforløp. Håp var noe pasientene mente de trengte for å lindre lidelse og var helt avgjørende. Det kunne være håp om å føle seg som den man var før sykdom uten begrensinger, eller håp sammen med andre, der noen hadde troen på deg og din evne til å forbedre. Det ble via forskningen konkludert at håp var avgjørende for pasientenes opplevelse av helse og velvære, der håpet ble til en positiv indre drivkraft, samtidig som å få en følelse av verdighet. Det å kunne planlegge en fremtid var også med på å bedre livssituasjonen til deltakerne. Pasientene som hadde gått i dialyse i flere år mente det beste var å slutte å føre krig mot den nye livssituasjonen. Det var viktig å se sannheten i øynene. For å komme seg videre i livet var den viktigste faktoren å akseptere det som hadde skjedd uavhengig av hvor vanskelig det hadde vært. Annerkjennelse reduserte lidelse og skapte et fungerende liv (Jonasson & Gustafsson, 2017). Takknemlighet mot tekniske utstyr og medisinsk vitenskap og en takknemlighet for relasjonene til familie og venner ble også lagt merke til. Pasientene mente at takknemlighet reduserte sinte og bitre tanker i hverdagen (Jonasson & Gustafsson, 2017).

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Metodediskusjon

Dette kapitelet har to hovedpunkter. Metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal jeg kritisk vurdere datainnsamlingen gjennom litteratursøk og hvordan jeg valgte forskningsartikler. I resultatdiskusjonen vil jeg drøfte sentrale funn fra artiklene i lys av teoribakgrunnen, og konsekvenser for sykepleie skal drøftes. Resultatene

diskuteres mot hvordan pasienter opplever livskvalitet samt konsekvenser for sykepleiepraksis.

#### 4.1.1 Kvalitativ og kvantitativ

I min oppgave har jeg brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

Den kvantitative metodetilnærming er en forklarende metode med målbare enheter og eksakt faktakunnskap. Metoden er hensiktsmessig når en vil ha svar på spørsmål som hvor mye og hvor ofte, og er nødvendig når en ønsker objektive data for å foreta sammenligninger og finne tydelige mønstre slik at kunnskapen kan generaliseres (Dalland, 2015, s. 78). Den kvalitative metodetilnærmingen er en forstående metode der hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som opplevelser, og erfaringer for å få frem nyanser. Samhandling, utvikling og helhet er også prosesser som kan utforskes. Det vil derfor ofte handle om å finne meningssammenhenger (Dalland, 2015, s. 78).

Å bruke begge metodene ser jeg på som både en styrke og en svakhet. Ifølge (Tinderman, 2015 s. 97-98) kan det være problematisk å foreta en sammenstilling av kvalitative og kvantitative metoder ettersom at resultatene er presentert på ulike måter. Likevel er det en økende annerkjennelse å benytte informasjon fra ulike metodiske tilnærminger på bachelornivå. Det å utelukke en god studie for å ha samme metodisk tilnærming vil ikke styrke litteraturstudien (Tinderman, 2015 s. 97-98). Noen av studiene tar for seg et lite utvalg av pasienter, og det har jeg stilt meg kritisk til ettersom at resultatene ikke viser til en stor og mangfoldig pasientgruppe. I slike retrospektive studier er man avhengig av at pasienten husker sine tanker, opplevelser og følelser. Jeg har valgt å inkludere kvalitative studier ettersom at slike pasientbeskrivelser gir en dypere innsikt i individuelle pasienters opplevelser, som i hovedsak vil svare på problemstillingen min.

Jeg har valgt å omgå denne problematikken ved å basere litteraturstudien på kvalitativ metode, men gjennom litteratursøk bruke relevante artikler med kvantitativ metode som bygger på de andre studiene. I litteraturstudiet har jeg valgt et pasientperspektiv, og dermed ekskludert artiklene med sykepleier eller pårørendeperspektiv. Med det i betraktning kan jeg



påføre en svakhet i litteraturstudiet der jeg kan gå glipp av viktig informasjon og synspunkter som kommer fra pårørende.

## 4.2 Drøftingsdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien er å belyse opplevelsen av livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresykdom som får behandling i hemodialyse, og problemstillingen er formulert slik: *Hvordan oppleves livskvalitet og de psykososiale behov hos pasienter som går i hemodialyse, og hvordan utføre helsefremmende sykepleie på best mulig måte?*

### 4.2.1 Sykdomsbasert kunnskap og Health literacy

Mennesker som skal endre livstil, må inneha en rekke ferdigheter for å være mottakelig og i stand til å bearbeide relevant helseinformasjon, samt ha eller utvikle tilstrekkelig informasjon for å tro på at en vil lykkes med å gjennomføre endringene som kreves (Kristoffersen, 2016, s. 313). Med begrenset Health literacy vil pasienten ha begrenset ferdigheter, og mulig ikke leve opp til hva det forventes å kunne av helseinformasjon, for å ivareta egen helse (Finbråten, 2012, s.87).

Ved sykdomsbasert kunnskap vil pasienten forstå egen situasjon bedre, og kan dermed bedre utnytte sine ressurser. Selv om pasienten er ekspert på egen smerte, grenser for fysisk aktivitet og egen diett, kan veiledning og undervisning være til nytte for mer informasjon og kunnskap ettersom at smerteproblematikk, psykososiale behov, ernæring og fysisk aktivitet er svært sammensatte temaer (Winger & Leegaard, 2016, s. 193). Mer informasjon kan hjelpe pasienten til større innsikt og mestring av egen tilstand, samt gi en større forståelse om hva som påvirker helsen og hvordan ivareta den. I følge Anotnowsky handler helsefremmende sykepleie om å hjelpe pasienten til å forstå, konkret håndtere og finne mening i den nye situasjonen (Gammersvik, 2018, 119). Selv om tid og krefter tappes ved dialysebehandling kan sykepleieren hjelpe pasienten med å forstå funksjonen av dialyse, samt forstå konkret hvorfor det er viktig å overholde ernærings og væskerestriksjoner. En skal også arbeide sammen med pasienten for å finne løsninger, sørge for gode erfaringer og flette inn det som er viktig for pasienten i den hjelpen som gis (Gammersvik, 2018, 119). Ved aktiv lytting samt tilpasse pasientens ønsker om behandlingstidspunkt, vil pasienten kunne

føle på selvbestemmelse, kontinuitet, samt en tilsvarende kontroll over eget liv.

Helsefremmende sykepleie kan dermed her defineres som deltagende metoder som legges til rette for at pasienter og samfunn får en opplevelse av større kontroll over eget liv og helse (Mittelmark, et al., 2018, s.17).

#### 4.2.2 Tid og krefter – motstandsdyktighet og mening

Pasientene må lære å leve på nytt for å klare å balansere tid og krefter på arbeid, familie, behandling og aktiviteter (Guerra - Guerrerro, 2020). Som oftest vil pasienten møte motstand hvor det blir nødvendig å justere prioriteringene og atferd underveis for opprettholdelse av mål og krefter (Gammersvik, 2018, s. 215). Selv om justering av atferd ikke er negativt i seg selv, vil det kunne medføre negativ tro på egen evne til å yte og mestre i det nåværende livet. For en pasient med kronisk nyresvikt kan det å kutte ut arbeid, på grunn av hemodialyse få en negativ innvirkning på familieøkonomi, egenverdi og mening med livet, mens det for en annen kan være en positiv avgjørelse for å kunne ivareta familierelasjoner. Helsefremmende sykepleie skal støtte og hjelpe pasienten i søken etter mening. (Haugan & Rannestad, 2018, s.141). Sykepleieren kan hjelpe pasienten med energiøkonomisering der prioritering av energi og krefter til dagligdagse aktiviteter bevisst blir vurdert og overveid på en hensiktsmessig måte (Lerdal, 2019, s. 160). Ved kognitiv læringspsykologi er mennesket nysgjerrig og ønsker å systematisere samt se sammenhenger i kunnskap (Kristoffersen, 2016, s. 366). Opplevelse av mening i livet er sentralt for menneskers psykologiske funksjon. Den beskytter mot depresjon og styrker menneskers generelle velvære. Ved å motivere pasienten målrettet, vil en kunne sette i gang endringsprosess av levevaner som gir mål og mening, samt styrker motstandsdyktigheten til pasienten. Vi kan dermed si at det å finne mening eller en sammenheng i livet og i sitt indre, vil styrke den fysiske og psykotiske helsen, samt gi en god balanse mellom tid og krefter.

#### 4.2.3 Fra håpløs og avhengig, til frihet og selvstendig

I (Ravindran, 2020) sin forskning ble søvn og arbeidsevne forstyrret av smerter, og medisinsk behandling. Hos kronisk syke pasienter hvor det finnes lite lys i tunnelen kan det være vanskelig å finne håp. Håp er en sentral helseressurs innenfor salutogenesen som påvirker emosjonelle og kognitive aspekter. (Haugan & Rannestad, 2018, s.140). Det å vite at kroppen er avhengig av dialysemaskinen, og at en lever på «lånt tid» kan være fremtredende og

danne en følelse av avhengighet og skyld (Jonasen & Gufstafsson, 2017). Her vil integriteten stå i fare av maskinens dominans, der pasienten blir påmint at kroppen ikke klarer oppgavene den burde klare. Hjelpeløshet, og avhengighet kan for enkelte danne dype følelser av mindreverd (Travelbee, 1971, s. 67).

Håp defineres som en dynamisk og positiv livskraft som er orientert mot fremtiden. Da håp ses på som en grunnleggende tillitt til, og følelse av en vei ut av vanskelighetene (Haugan & Rannestad, 2018, s.140). Ved anerkjennelse av den nye livssituasjonen, vil pasienten klare å se livets muligheter uten å dømme, samt se sannheten i øynene. Annerkjennelse reduserte lidelse og skapte et fungerende liv ifølge forskningen til (Jonasen & Gufstafsson, 2017). Annerkjennelse kan fremmes med et positivt tankesett der pasienten ikke ser seg tilbake. Ved å føre fokus fra fangenskap til frihet, vil pasienten lettere kunne anerkjenne sin situasjon. Dermed kan anerkjennelse påvirke pasientens kognitive aspekt der håpet fører til empowerment og frihet. Det blir som en mulighet for pasienten å rømme fra sin nåværende situasjon til sine fremtidige valgmuligheter. Likevel er håpet påvirkelig av hva den enkelte møter (Haugan & Rannestad, 2018, s.140). Sykepleieren kan ikke gi pasienten håp, men hjelpe ham å finne fram til sitt eget. Dermed kan sykepleieren ha en dominerende effekt ovenfor pasientens helseressurser via oppfordring til gruppeterapi eller via sykepleie-pasient relasjonen. På den andre siden er det viktig at relasjonen ikke blir misbrukt ved å sette pasienten fast i et hjørne, der han utløser negative ressurser som angst og depresjon.

#### 4.2.4 Emosjonelt velvære, selvværd og aksept

Identitet handler om å oppleve seg selv som den samme over tid, i ulike situasjoner, gjennom alle aldre og i forskjellige livsfaser og samtidig være forskjellig fra andre (Solvoll, 2016, s. 106). Mål innenfor sykepleien er å redusere psykologiske følger av store livsendringer ved styrking av emosjonelt velvære. Emosjonelt velvære kjennetegnes av gode følelser, godt humør og å være ved godt mot. Da vil en ha høy grad av selvakseptasjon, personlig vekst, hensikt og mening med livet, evne til å håndtere komplekse omgivelser, selvstendighet og positive relasjoner med andre (Langeland, 2012, s. 158). Pasienter med kroniske sykdommer har blant annet behov for støtte og hjelp til å trygge og dempe følelser, for å opprettholde psykososiale behov (Gulbrandsen, 2017, s. 114). For å oppnå emosjonelt velvære gjennom terapi må sykepleier være ekte i relasjonen, positivt aksepterende, og

empatisk ovenfor pasientens indre referanseramme (Langeland, 2012, s. 160). Dermed vil sykepleierens verbale og non-verbale kommunikasjonsevne være betydelig for å skape en aksepterende atmosfære med en aktiv kommunikasjonsmetode. En pasient med helseutfordringer vil som regel oppleve seg sårbar. Da kan empati, ekthet og tillit være med på dannelsen av motivasjon, der pasienten får en følelse av å være akseptert for den han er, selv med sykdom. Tilknytning og aksept fra andre kan igangsette prosessen om å akseptere seg selv. I et salutogent perspektiv balanserer sykepleier mellom å lytte empatisk til problemer, med oppmerksomhet på pasientens styrke og ressurser (Langeland, 2012, s. 161). Sykepleien må styrke pasientens ressurser og muligheter til å reetablere et samsvar mellom sin personlige identitet og selvoppfatning og den nye identiteten sykdommen gir (Kristoffersen, 2016, s. 80). Med et slikt perspektiv vil pasienten kunne angi sin psykiske helse som meget god, til tross for stor livsendring og begrensning i fysisk funksjon.

Forandret opplevelse av kropp, omgivelser og tid er sentrale faktorer som endres som syk (Kristoffersen, 2016, s. 72), og påvirker pasientens psykososiale behov. Ettersom at det i forskningen dukker opp bekymringer rundt sløsing av tid og krefter, kan dannelsen av bekymring, stress om å ikke strekke til, samt stress av å måtte innrette seg nye roller oppstå. Følelse av mindreverd samt å være en byrde for familie, helsepersonell og arbeidsplass kan oppleves (Kristoffersen, 2016, s.78), der pasienten blir nødt til å prioritere hva han skal ivareta, samt bruke ressurser på. Verdighet knyttet til identitet henger sammen med en persons opplevelse av integritet, autonomi, selvrespekt, livshistorie, og sosiale relasjoner (Heggstad, 2017, s.26). Ved livsendring, vil pasienten kunne føle usikkerhet til ny situasjon, men også til seg selv. Sykepleiemål er tilførelse av sikkerhet til pasient ved ivaretagelse av hans identitet, der pasienten ses som et unikt menneske (Solvoll, 2016, s. 106). Det er samtidig viktig at sykepleien trykker og uttrykker kontroll over situasjon for å forebygge usikkerhet.

#### 4.2.5 Fra frihet til fangenskap – velgjørenhet og autonomi

På den ene siden ble dialyse beskrevet som en mulighet for et lengre liv, mens på den andre siden dialyse beskrevet som «torturbehandling» (Jonasen & Gufstafsson, 2017). I forskningen til (Jonasen & Gufstafsson, 2017) uttrykket pasientene en kronisk utmattelse både før og etter behandlingen som ga dem lite overskudd til sosiale situasjoner.

Velgjørenhetsprinsippet omhandler at sykepleieren skal opptre velgjørende og ikke påføre skade (Molven, 2016, s. 69). Ved utførelse av dialyse vil fysiske smerter lindres og forverring av nyresvikt reduseres. På den andre siden kan en overgå pasientens integritet og verdi med fare for påføring av psykososiale følger. Stress relatert til bekymringer i livet, - angst relatert til avhengighet eller frykt for å dø, og - depresjon relatert til kronisk sykdom kan virke negativt inn på livskvaliteten. Selv om det å avvike behandling kan føre til passiv dødshjelp og død har brukeren rett til å avgjøre overholdelsen av behandling (pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Med et sykepleiefaglig perspektiv finnes få goder ved å motsette seg behandling, men gjennom pasientens øyne kan det å motsette seg dialyse føre til opplevelsen av å medvirke i egen helsesituasjon. Pasientens integritet kan oppleves som truet, der han kan få en følelse av å miste all kontroll. Derfor gir det mening at pasienten klamrer seg fast til sin autonomi, selv om han gjerne ikke helt er klar over det selv. Autonomiprinsippet vil være en betydelig faktor ved ivaretagelse av pasientmedvirkning, og går ut på at pasienten har rett til å være med å bestemme over eget liv, der sykepleier må ta hensyn og se pasientens vilje (Heggstad, 2018, s.27). likevel handler ikke prinsippet bare om at pasienten skal bestemme, men også om å kunne være delaktig i eget pasientforløp (Magelssen & Pedersen, 2020, s. 19). Som tiltak bør det legges til rette for å forstå pasienten som person og se pasientens tilstedeværende ressurser som følelser, verdier og vaner (Hauge, 2016, s. 270). Med riktig informasjon og forståelse kan behandlingen oppleves som positiv, følelsen av mestring, verdighet og deltakelse i eget pasientforløp oppstår.

#### 4.2.6 Fra tap av kontroll til gjenvinning av egen helse

Konstante smerter og ubehag sammen med utmattelse fører til redusert fysisk og mental kapasitet (Lerdal, 2019, s. 160). følge (Guerra – Guerro, 2019) var tap av kontroll over kroppens funksjoner av stor betydning, der mobilitet, aktiviteter og forhold til familie og venner påvirket pasientens livskvalitet. Selv om mye er opp til mennesket selv, må det understrekes at valget av mestringsatferd i vanskelige situasjoner ofte forutsetter hjelp og støtte fra andre mennesker, som gode venner, familie, eller det profesjonelle hjelpeapparatet (Kristoffersen, 2016, s. 263). Vi kan dermed si at fysiske endringer kan føre til isolasjon, redusert omsorg og sosial støtte. Selv om pasienten mister kontroll over eget liv, kan sykepleier hjelpe med å gjenvinne kontroll over faktorene som påvirker egen helse.

Det å være trett og sliten vil for mange ses på som en naturlig følge av sykdommen, og ikke som et symptom. Som konsekvens kan pasienten tilpasse seg tilstanden ved å redusere aktivitetsnivået i stedet for å iverksette tiltak som kan redusere utmattelsen og konsekvensene av den (Lerdal, 2019, s. 160). Konstante smerter og ubehag sammen med utmattelse fører til redusert fysisk og mental kapasitet (Lerdal, 2019, s. 160). Med et sykepleieperspektiv vil dette kunne ha negativ virkning på livskvaliteten, ettersom at pasienten mulig ikke orker å delta så aktivt ved tiltak innen fysiske og sosiale sammenhenger som kan mulig burde gjøre om følelsen av overskudd på energi var der. Som resultat i forskningen til (Ravindran, 2020) ble negative fysiske forhold sett på som mest skadelig for livskvaliteten til pasientene. Dette kan henge sammen med en svært sammensatt livskvalitet hvor mangel på en faktor, vil negativt gå ut over de andre.

Funksjonsnedsettelse skapes i møtet mellom individets forutsetninger og miljøets utforming (Næss & Eriksen, 2011, s. 131). Sykepleien bør inneholde tilrettelegging av individuell plan med langvarig og koordinerte tilbud, og oppfølging. I Spesialhelsetjenesteloven (1999 §2-5) skal helseforetakene samarbeide med andre som yter tjenester om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Avgjørende er hva som oppleves som viktig for den enkelte og i hvilken grad, helse eller funksjonsnedsettelse virker inn på de områder den enkelte opplever som viktige (Larsen, 2012 s. 42). Helsefremmende aktiviteter skal motivere pasienten til positive aktiviteter for å nå et høyere nivå av velvære og helse (Skaug, 2016, s. 315). Forskningen viser at stress, angst og depresjon hadde en negativ virkning på livskvaliteten hos pasienter i dialyse (Sousa et al, 2019). Ved økt stillesitting, isolering, og tap av kontroll, vil den påfølgende inaktiviteten være en progredierende trussel mot helsen og de psykososiale behovene ettersom at pasienten ikke får mulighet til å oppnå kroppslig kontroll, fysisk velvære og påfølgende mestring. I stedet har pasienten mer tid til bekymring over livets vanskeligheter og begrensinger. Ettersom at daglige skritt var positivt relatert med helserelatert livskvalitet bør sykepleien fokusere på antall skritt hver dag utfra pasientens individuelle kapasitet for å tilføre mer aktivitet. Behandling med kognitiv terapi kan bidra til å redusere utmattelse, som et verktøy for å håndtere negative tanker, og øke mestring og kontroll (Hauken, 2012, s. 190). Ettersom at pasientene uten psykologiske variabler hadde bedre livskvalitet enn dem med (Sousa et al, 2019), vil sykepleien også

omhandle mestringsstrategier for å danne forståelse av sammenheng mellom sykdom og symptom og sykdomsbasert kunnskap.

#### 4.2.7 Sosial støtte

Pasientene mente at følelsen av at noen var der for dem ga økt mening med livet (Jonasen & Gufstafsson, 2017). I følge (Lode, 2017, s 48) vil sosial støtte anses som en problemløsende strategi der pasienten søker instrumentell støtte i form av råd og informasjon, eller emosjonell støtte i form av empati og omsorg. Dette forklarer hvorfor pasientene mente at støtten fra sykepleierne på jobb var verdifull og ga sikkerhet trygghet (Jonasen & Gufstafsson, 2017). Det forklarer også at forbindelse med andre pasienter på enheten hadde stor innflytelse på pasientens evne til å håndtere grov behandling (Jonasen & Gufstafsson, 2017). Likevel kom det frem at deltakerne hadde lite overskudd til sosiale situasjoner, samt vansker med å overholde sosiale relasjoner på grunn av underskudd på energi. Ettersom at sosial støtte er såpass betydelig bør sykepleieren oppfordre pasientene til å motta sosial støtte fra dem rundt, samt aktivt legge til rette for at sosial støtte utspilles i samhandling med pasienten for å bidra til mestring. Støtte finnes i sosiale fellesskap som dialyseenheten, via mennesket til mennesket relasjon, samt konkret hjelp i form av planer innenfor diet, og vekt i helsetjenesten.

Når en pasient blir stilt ovenfor en situasjon som oppleves så stressende at den overstiger tilgjengelige ressurser, kan den sosiale støtten i form av nærmeste pårørende tilføre de manglende ressursene og dermed gi personen mestringsfølelse (Lode, 2017, s 48). At den nærmeste pårørende var en viktig støttespiller som tilførte sikkerhet i livet, var av betydning i forskningen (Jonasen & Gufstafsson, 2017). Sikkerhet kan dermed ses på som et virkemiddel til livskvalitet, harmoni og forhold til livet til tross for sykdommen. Noen pasienter har mange pårørende, mens andre ikke har noen. Samtidig trenger pasientene ulike typer og mengder støtte. Ved et truet selvbilde som påvirker psykososiale behov, kan sosiale relasjoner og selvhjelpsgrupper være viktig hjelp (Solvoll, 2016, s. 125), der opplevd sosial støtte kan gi lettelse og frigjøre energi.

#### 4.2.8 Takknemmelighet og mestring

Takknemmelighet er beskrevet som en uvurderlig følelse av å kunne leve, samt det å oppleve lykke om ting pasientene tidligere tok for gitt, som å puste uten problem og bevege seg fritt (Jonasson & Gustafsson, 2017). Mestringstro er en positiv forventning om å mestre situasjoner eller nå konkrete mål. Dersom pasienten mangler tro på overholdelse av behandlingsrestriksjonene som å gå ned i vekt for å være en potensiell nyretaker, eller å møte opp 3 ganger i uken, vil han mulig ikke engang prøve. Ettersom at mestringstro er bygget på tidligere erfaringer (Kristoffersen, 2016, s. 314) vil det for sykepleieren være viktig å lytte til hva pasienten sier om seg selv, for å forstå hvordan pasienten ser sin situasjon, og hjelpe ham med å se egne styrker og motstandsressurser. En positiv mestringstro kan betraktes som en vesentlig beskyttelsesfaktor knyttet til helse og livskvalitet (Kristoffersen, 2016, s. 314). Som tidligere nevnt er pasientene forskjellige når det gjelder tro på egen mestring, og det er derfor viktig å se individet, samt fremme en indre overbevisning om at egne evner vil kunne gjennomføre oppgaver og nå mål som settes (Kristoffersen, 2016, s. 314). Da kan sykepleieren bidra til å understøtte og fremme positive forventninger til mestring av sykdom, samt de påfølgende endringene. Ved å gjøre situasjonen forståelig, håndterbar og meningsfull vil pasienten ha mulighet om økt livskvalitet og bedre utgangspunkt for å bedre pasientenes psykososiale behov.

## 5.0 Oppsummering og avslutning

Et langt sykdomsforløp fører til både fysiske og psykiske påkjenninger som går ut over pasientens livskvalitet i ulik grad. Endret tidsopplevelse, sosial støtte, aktivitet, håp, mening og mestring kan redusere stress, angst og depresjon. En viktig del i sykepleien til pasienter i hemodialyse er sykdomsbasert kunnskap, der god informasjon om sykdom og behandling, samt rettigheter og tjenestetilbud skal prioriteres. Like viktig er evnen til å lytte aktivt til pasienten for å få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin livssituasjon. Iboende kommunikasjonsevne, kunnskap, erfaring, og respekt er da viktige sykepleieegenskaper for å kunne tilføre pasienten en positiv opplevelse samt verdighet knyttet til hans identitet. En faktor for god livskvalitet er å ha kontroll i egen situasjon. Som sykepleier vil det være viktig å legge til rette for trygge omgivelser, samt tilstrebe at pasientens krav om medbestemmelse blir ivaretatt. Pasienten burde inkluderes i valg av behandlingstidspunkt



og i avgjørelser rundt behandlingen for å minske følelsen av fengsel og tortur og styrke kontrollen over eget liv. Sosialt forhold ble sett på som det beste forholdet til å påvirke livskvaliteten til pasientene. Dermed vil sosial støtte fra sykepleier, pårørende og sosiale omgivelser være sterke hjelpemidler for å ivareta pasientens psykososiale behov der sikkerhet, menneskelig omsorg, og aksept holdt en slags livskvalitet, harmoni, og forhold til livet, tross sykdommen. Viktigheten av fysisk aktivitet var stor med en positiv innvirkning på pasientens livskvalitet. Kunnskap, samt små individuelle tiltak bør implementeres i pasientens behandling for å gå fra å en følelse av funksjonshemming til mestring og fysisk velvære.

## Litteraturliste

- Buur, T. (2011). Hæmodialyse. I I. Eidemak, T. Elung – Jensen, & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3 utg., s.61-81). FAD`d Forlag.
- Buur, T. (2011). Dialysens biofysik. I I. Eidemak, T. Elung – Jensen, & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3. utg., s.61-81). FAD`d Forlag.
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, T. B Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis* (2. utg., s. 112- 134). Fagforlaget.
- Guerrerro, V., Plazas, M., Cameron, L., Salas, A., Gonzalez, C. (2020). Understanding the life experience of people on hemodialysis: Adherence to treatment and quality of life. AN 147755838  
<http://web.b.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=0&sid=f5b23a9c-8ca1-4696-9669-589d445c6462%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=147755838>
- Gulbrandsen, T. (2016). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I D.-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 114-131). Gyldendal Akademisk.
- Gøransson, L & Larsen, M S. (2016). Sykdommer i nyrene og urinveiene. I S. Ørn & E. Bach Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., 298-319). Gyldendal akademisk.

Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjemmet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (2 utg., s. 265- 283). Gyldendal Akademisk

Haugan, G., & Rannestad, T. (2012). Helsefremmende Sykepleie i spesialist – og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik, T. B Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. (s. 14 - 36). Fagforlaget.

Hauken, M. (2012). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, T. B Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis* (2. utg., s. 112- 134). Fagforlaget.

Høgskolen på Vestlandet. (2021, 09.03). Bachelor – og masteroppgåver  
<https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>

Jakobsen, S. (2019). Mange flere dør av nyresvikt. (fotografi)  
<https://www.abcnyheter.no/helse-og-livsstil/helse/2019/03/23/195563771/mange-flere-dor-av-nyresvikt>

Jonasson, K., Gustafsson, L-K. (2017). You live as much as you have time to: The experience of patients living with Hemodialysis. *NLM UID: Medline: 100909377*  
<http://web.b.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=9&sid=27f59ae8-c2c3-4d9a-90d7-30c694a68923%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=121353760&db=cin20>

Kamper, A-L & Bro, S. Kronisk nyreinsufficiens og dialyseforbredelse. I I. Eidemak, T. Elung – Jensen, & M. Rix (Red.), *Dialyse* (3 utg., s.20-28). FAD`d Forlag.

Katayama, A., Miyatake, N., Nishi, H., Ujike, K., Hashimoto, H., Kurato, R., Koumoto, K. (2016). Relationship between changes in physical activity and changes in health – related Quality of life in patients on chronic Hemodialysis with 1 year follow – up. DOI: [10.18926/AMO/54593](https://doi.org/10.18926/AMO/54593)

Kongsvik, L. (2019). – *Økende behov for dialyse og nyretransplantasjon*.  
<https://tidsskriftet.no/2019/09/aktuelt-i-foreningen/okende-behov-dialyse-og-nyretransplantasjon>

Kristoffersen, N J. (2017). Helse og sykdom- utvikling og begreper. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E – A. & Grimsbø, G H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.15-80) Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N J. (2017). Livstil og endring av livstil. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E – A. & Grimsbø, G H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.15-80) Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N J. (2017). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E – A. & Grimsbø, G H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.15-80) Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N J. (2017). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E – A. & Grimsbø, G H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s.239- 348) Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2012). Salutognese som forståelsesramme i sykepleie. I Scriven A., & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik, T. B Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. (3. utg., s. 157-178). Fagforlaget.

Heggestad, A K. (2017) Verdighet som fenomen. I Heggestad, A K., Knutstad, U. (red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (4. utg., s. 40-54). Cappelen Damm Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Randomisert kontrollert studie. (vedlegg 3)  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Magelssen, M., & Pedersen, R. (2020). Hva er «etikk» i helsetjenesten? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen., & R, Pedersen. (Red.), *Etikk i helsetjenesten*. (s. 15-25) Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2021). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensinger. (vedlegg 2). <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Mittelmark, M. B., Kicksbusch, I., Rootman, I., Scriven A., & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik,

T. B Larsen (Red), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. (3. utg., s. 14 - 36). Fagforlaget.

Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5.utg.), Gyldendal akademisk.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (Desember, 2013). *Effekt og kostnadseffektivitet av ulike dialysemetoder hos pasienter med alvorlig nyresvikt i Norge*. (Health Technology Assessment, No 19 - 2013).  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport\\_2013\\_19\\_dialyse.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/rapport_2013_19_dialyse.pdf)

National Kidney foundation. (2020) Hemodialysis.  
<https://www.kidney.org/atoz/content/hemodialysis>

Norsk sykepleieforbund (1983) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.  
<https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

Næss, S., Eriksen, J. (2011). Funksjonshemning. I Næss, S., Moum, T., Eriksen, J. (red.), *Livskvalitet – forskning om det gode liv*. (s. 128- 136) Fagbokforlaget.

Pasient - og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). Lov om pasient - og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ravindran, A., Sunny, Anjali., Kunnath, R P., & Divakaran, B. (2020). Assessment of quality of life among end – stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *indian J Palliat Care* 2020; 26:47-53. [10.4103/IJPC.IJPC\\_141\\_19](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_141_19)

Rannestad, T., Haugan, G. (2018). Helsefremmende sykepleie I spesialist og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik, T. B Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. (3. utg., s. 135- 156). Fagforlaget.

Rustøen, T. (2017). Livskvalitet og velvære. I Heggstad, A K., Knutstad, U. (red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (4. utg., s. 40-54). Cappelen Damm Akademisk.

Sousa, L., Valentim, O., Vieira, C., Antunes, A V., Severino, S., Jose, H. (2019). Association between stress/ anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n23/n23a07.pdf>

Solvoll, B-A. (2016). Identitet og egenverd. I Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E – A. & Grimsbø, G H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., s. 105- 140) Gyldendal Akademisk.

Søk & skriv. (2021). APA 7th. Søk og skriv. <https://sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#henvisninger-i-teksten>

Stubberud, D-G. (2019). Psykososiale behov. I Stubberud, D-G (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (2. utg., s. 15-47). Gyldendal norsk Forlag.

Spesialisthelsetjenesteloven – sphi. (1999). Lov om spesialhelsetjenesten m.m. (LOV- 2020-12-04-134). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Thidemann, I – J. (2015). *Bachelor- oppgaven for sykepleiestudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1972). *Interpersonal aspects of nursing*. (2. utg)., F. A. DAVIS COMPANY.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning – Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, T. B Larsen (Red), *Helsefremmende sykepleie – teori og praksis*. (s. 237- 258). Fagforlaget.

World Health Organization. (1986, 21. november). Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

World Health Organization. (2012) Assessing mental health and psychosocial needs and resources – toolkit for humanitarian settings. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76796/9789241548533\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76796/9789241548533_eng.pdf?sequence=1)

Winger, A., Leegaard, M. (2016). Smerter. I Heggstad, A K., Knutstad, U. (red)., *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. Sykepleieboken 2 (4.utg., s. 40-54). Cappelen Damm Akademisk.



## Vedlegg:

### 1: Fullstendige tabeller over søkehistorikk

Database: Cinahl: 03.03.2021

Søkenummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler i sin helhet	Artikler inkludert
S1	Kidney failure, chronic		23 037			
S2	renal failure		15 811			
S3	S1 OR S2		36 62			
S4	quality of life		202 715			
S5	S3 AND S4		2 259			
S6		Publiseringsdato: 2011.01.01 – 2021.12.31	1385			
S7		Alder: alle voksne	707			
S8		Begrensinger etter evne: - Quality og life - Dialysis patients - Kidney failure, chronic - Hemodialysis	277 63 44 20	8	4	1

Database: CINAHI: 03.03.2021

Søkenummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall traff	Leste abstrakt	Leste artikler i sin helhet	Artikler inkludert
S1	Kidney disease		37 260			
S2	renal disease		26 399			
S3	S1 OR S2		48 560			
S4	Kidney failure		37 461			
S5	S3 and S4		71 459			
S6	Dialysis patients		7 926			
S7	S5 AND S6		4 352			
S8	hemodialysis		22 399			
S9	S7 AND S8		2 1719			
S10	Patients experiences		42 098			
S11	S9 AND S10		124			
S12		Publiseringsdato: 2011.01.01 – 2021.12.31	149			

S13	Begrensinger etter evne:	- hemodialysis	65			
S14		- Quality of life	5	4	2	1

Database: CINAHL: 03.03.2021 oppdatert 06.04.2021

Søkenummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler i sin helhet	Artikler inkludert
S1	Psychosocial needs		3068			
S2	Quality of life		203 850			
S3	S1 OR S2		206 375			
S4	Chronic disease		142 304			
S5	Renal failure		15 871			
S6	S4 OR S5		155 769			
S7	S3 AND S6		13 959			
S8	hemodialysis		22 549			
S9	S7 AND S8		527			
S10		Publiseringsdato: 2011.01.01 – 2021.12.31	484			
S11		Full tekst	85			
S12		Sammendrag tilgjengelig	79			
		Engelsk Alle voksne	72 36	10	6	3

Database: Pubmed: 12.03.2021/ oppdatert 31/04.2021

Søkenummer	Søkeord/ ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler i sin helhet	Artikler inkludert
#1	Chronic renal failure		124 732			
#2	Kidney failure		235 400			
#3	#1 OR #2		245 087			
#4	Quality of life		430 689			
#5	Experience of coping		30 461			
#6	#4 OR #5		456 531			
#7	Hemodialysis		159 860			
#8	#6 AND #7		7061			

#9	#3 AND #8		4596			
#10	Health – promoting measures		60 268			
#11	# 9 and #10		30			
# 12		Full text In the last 10 years Adult 19+ years	28 16 11	6		1 1

## 2: Skjema for artikkelgranskning

Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier, Malterud (16)			
	Ja	Komm	Nei
<b>Problemstilling</b>			
Er forskningsspørsmålet relevant?			
Er problemstillingen tilstrekkelig avgrenset og fokusert?			
Gir artikkelen tittel et dekkende inntrykk av innholdet?			
<b>Refleksivitet</b>			
Har forskeren presentert motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser?			
Er konsekvensen av for forståelsen drøftet tilfredsstillende?			
<b>Metode og design</b>			
Er kvalitative metoder egnet for utforskning av artikkelens problemstilling?			
Har forskeren valgt den mest adekvate kvalitative design?			
<b>Datainsamling og utvalg</b>			
Har forskeren presentert sin utvalgsstrategi (oftest strategisk eller teoretisk, ikke representativ eller tilfeldig)?			
Er dette tilfredsstillende begrunnet?			
Er dette en utvalgsstrategi som er best mulig egnet til å belyse problemstillingen?			
Har forskeren drøftet konsekvensene av sin utvalgsstrategi i forhold til alternative valg?			
Presenteres betydningsfulle kjennetegn ved utvalget tilstrekkelig til at leseren kan forstå konteksten for gjennomføring av studien?			
<b>Teoretisk referanseramme</b>			
Presenteres de teoretiske perspektivene som studien bygger på?			
Er den teoretiske referanserammen adekvat i forhold til prosjektets problemstilling?			
Forklarer forfatteren hvordan teorigrunnet har formet analysen?			
<b>Analyse</b>			
Beskrives prinsipper og prosedyrer for bearbeiding og analyse av data tilstrekkelig til at leseren får innsyn i veien fra rådata til resultater?			
Forklarer forfatteren hvordan kategoriene i resultatdelen ble etablert – stammer de fra teorigrunnet eller er de utviklet med bakgrunn i de empiriske data?			
Forklares prinsippene for organisering av resultatpresentasjonen?			
Presenteres strategier for resultatvalidering (f.eks. alternative fortolkninger, informantvalidering, triangulering) i metodepresentasjonen eller diskusjonen?			
<b>Resultater</b>			
Gir resultatene relevante svar på studiens problemstilling?			
Lærer vi noe nytt ved å lese resultatene?			
Er resultatpresentasjonen en overbevisende fremstilling av funn utviklet fra det empiriske materialet som noe annet og noe mer enn forskerens forståelse og teoretiske referanseramme?			
Brukes sitater på en adekvat måte til å understøtte og berike forskerens sammenfatning av mønstre identifisert og gjenfortalt fra systematisk analyse av materialet?			
<b>Diskusjon</b>			
Drøftes spørsmål om intern validitet (hva handler egentlig denne studien om)?			
Drøftes spørsmål om ekstern validitet (overførbarhet av funn eller begreper)?			
Drøftes spørsmål om refleksivitet (forskerens rolle, perspektiver og posisjoner)?			
Finner vi selvkritiske overveielser om konsekvenser av den valgte design?			
Drøftes studiens begrensninger, samtidig som forskeren tar ansvar for de valg som er gjort?			
Drøftes funnene i lys av aktuelle teoretiske og empiriske referanser?			
Peker forskeren på noen utvalgte implikasjoner av de funn som er presentert?			
<b>Presentasjon</b>			
Er teksten velorganisert og lettlest?			
Kan leseren skjelne mellom informantenes stemmer og forskerens stemme?			
<b>Referanser</b>			
Er sentrale og spesifikke referanser på feltet tilfredsstillende dekket og presentert?			

