

BSYBAC

Bacheloroppgave i Sykepleie

Ivaretagelse av livskvalitet til hemodialysepasienter



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 02.01.2024

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Om lag ti prosent av befolkning viser tegn til nyresykdom i Norge. Pasienter som starter opp dialysebehandling opplever ofte en brå overgang i sitt daglige liv. Å rette oppmerksomhet mot pasientens livskvalitet gir mulighet til en tilrettelagt behandling og en forbedret hverdag.

Hensikt

Målet med denne bacheloroppgaven er å utforske faktorene som påvirker livskvaliteten til hemodialyse pasienter i deres daglige liv. Samtidig vurdere hvordan samhandling mellom helsepersonell og dialysekrevenne pasienter kan forbedre deres livskvalitet.

Metode

Vi har benyttet oss av en integrativ litteraturoversikt, hvor vi har analysert to kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler ved hjelp av analysemodellen til Friberg.

Resultater

Resultatene fremholder faktorer som påvirker livskvaliteten til hemodialyse pasientene. Dette innebærer pasientens fysiske og psykiske helse, begrensninger relatert til behandling, pasientens rett til selvbestemmelse, samt den betydningsfulle rollen til pårørende og helsepersonell i omsorgsprosessen.

Nøkkelord: Hemodialyse, Kronisk nyresvikt, Livskvalitet

Abstract

Background

Approximately ten percent of the population shows signs of kidney disease in Norway. Patients initiating dialysis treatment often experience a sudden transition in their daily lives. Focusing on the patient's quality of life provides an opportunity for tailored treatment and an improved everyday life.

Purpose

The aim of this bachelor's thesis is to explore the factors influencing the quality of life of hemodialysis patients in their daily lives. Simultaneously, we assess how collaboration between healthcare professionals and dialysis-dependent patients can enhance their quality of life.

Method

We have utilized an integrative literature review, analyzing two qualitative and three quantitative research articles using Friberg's analytical model.

Results

The results highlight factors influencing the quality of hemodialysis patients. This includes the patients physical and mental health, limitations related to treatment, the patients right to autonomy, and the significant roles of family members and healthcare professionals in the caregiving process.

Key words: Hemodialysis, Chronic kidney disease, Quality of Life

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Innhold	4
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering.....	7
1.3 Hensikt.....	7
2.0 Teoretisk referanseramme.....	7
2.1 Kronisk nyresykdom	8
2.2 Hemodialyse som behandling	8
2.2.1 Livet med hemodialyse	8
2.3 Livskvalitet.....	9
2.4 Sykepleiers funksjon.....	10
2.5 Sykepleiefaglig teori	10
2.5.1. Dorothea Orems modell for egenomsorg.....	11
3.0 Metode	12
3.0.1 Hva er metode?.....	12
3.1 Integrativ litteraturoversikt.....	13
3.2 Litteratursøk	13
3.2.1 Databaser	13
3.2.2 Valg av søkeord	13
3.2.3 Valg av artikler.....	14
3.3 Analyse av valgte artikler	16
4.0. Resultater	17
4.1. Opplevelse av helserelatert livskvalitet	17
4.1.1. Kroppslige utfordringer	18
4.1.2 Påvirkning av psykiske aspekter.....	18
4.2 Begrensinger og pasientens aktive rolle i behandlingsforløp	19
4.2.1 Begrensninger i hverdagen	19
4.2.2 Ivaretagelse av frihet og autonomi	20
4.3 Pårørendes og helsepersonells rolle i helseutfordringer.....	21
4.3.1 Samspill og støtte: Pårørendes bidrag til helse og velvære	21

5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon.....	23
5.1.1 Kritisk diskusjon av svake og sterke sider ved anvendt metode.....	23
5.1.2 Land og arena for studiene	24
5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode	24
5.2 Resultatdiskusjon	25
5.2.1 Kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling påvirker fysisk og psykisk helse.....	25
5.2.2 Begrensninger i hverdagen	27
5.2.3 Ivaretagelse av frihet og autonomi	28
5.2.4 Samspill og støtte: Pårørendes rolle i behandling	29
5.3 Konklusjon	30
6.0 Anvendelse av resultatene i praksis.....	30
Litteraturliste.....	32
Vedlegg.....	36
VEDLEGG 1 – SØKELOGG.....	36
VEDLEGG 2 – LITTERATURMATRISE	38
VEDLEGG 3 – OVERSIKTSTABELL OVER HOVED- OG UNDERKATEGORIER MED FARGEKODER	41
VEDLEGG 4 – FERDIGSTILT TABELL MED FARGEKODER.....	42

Antall ord: 7999

1.0 Innledning

En god livskvalitet er en viktig verdi og et ønskemål for de fleste av oss (Nes, 2021). Begrepet vil få særlig betydning for pasienter som gjennomgår dialysebehandling. Dialyse, en avgjørende prosedyre for de med terminal nyresvikt, og har en dypgående innvirkning på pasientenes daglige liv og emosjonelle velvære (Baxter, 2023).

I en rapport utført av Sosial- og helsedirektoratet blir det fastslått at rundt ti prosent av befolkningen viser tegn på kronisk nyresykdom. Ifølge samme rapport forventes antallet pasienter som gjennomgår dialysebehandling å øke mellom fem og femten prosent årlig (Helsedirektoratet, 2011, s. 1). Denne statistikken understreker viktigheten av å rette oppmerksomheten mot livskvalitet hos denne spesifikke pasientgruppen. Det kan være nødvendig for sykepleier å intervensere for å lindre symptomer, forbedre livskvaliteten, samt redusere komplikasjoner knyttet til kronisk nyresykdom (Os, 2010).

Denne oppgaven vil videre utforske ulike faktorer som påvirker livskvaliteten til personer som gjennomgår hemodialyse, samtidig som vi nærmere undersøker sykepleiers rolle i å forbedre pasientopplevelsen gjennom et helhetlig samarbeid.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har begge vært i praksis på nyreavdeling som en del av medisinsk praksis. Her har vi sett nyresvikt i både akutt og kronisk form, i tillegg sett pasienter med behov for dialysebehandling. Da vi fikk anledning til å hospitere på dialyseavdelingen, ble livskvalitet hos disse pasientene et svært interessant tema for oss.

Pasientene som starter opp med dialysebehandling på sykehuset opplever ofte en plutselig endring i hverdagen (Helsenorge, 2023). Dette krever at pasienten må finne gunstige måter å håndtere den nye virkeligheten på, til tross for den pågående lidelsen. Å fokusere på pasientenes livskvalitet åpner muligheten for at individet selv kan formidle personlige bekymringer og behov (Baxter, 2023). Dette gir dem en sjanse til å påvirke egne behandlings- og tiltaksplaner. Det er derfor av stor betydning at sykepleieren og helsepersonell for øvrig er kjent med faktorer som kan påvirke livskvaliteten til disse pasientene.

1.2 Problemformulering

I løpet av 2022 ble det registrert 1735 dialysepasienter i Norge (Åsberg et al., 2022, s. 39). Ut ifra denne statistikken kan vi anta at flere helsepersonell vil komme i kontakt med pasienter som lider av kronisk nyresykdom. Pasientene vil være mer hjelpetrengende når sykdommen kommer i bilde, og behovet for helsepersonellens faglige kunnskap og omsorg vil være nødvendig for å bedre livskvaliteten deres (Os, 2010).

Den tidskrevende behandlingen skaper begrensinger som kommer i form av arbeid, aktiviteter og sosiale forhold. Denne kan ha en negativ innvirkning på pasientens livskvalitet. Pasientene vil også måtte opprettholde rutinemessige kontroller, samt ta hensyn til væske- og ernærings restriksjoner (NHI, 2023). Depresjon er et langt hyppigere problem hos dialysetrengende. Dermed er den helserelaterte livskvaliteten redusert i forhold til befolkningens generelle livskvalitet (Os, 2007).

1.3 Hensikt

Målet med denne bacheloroppgaven er å utforske faktorene som påvirker livskvaliteten til hemodialyse pasienter i deres daglige liv, og samtidig vurdere hvordan samhandling mellom sykepleier og dialysekrevenne pasienter kan forbedre deres livskvalitet.

2.0 Teoretisk referanseramme

Nyrene, også kjent som renes, er organet i kroppen som danner urin. Deres primære funksjon er å opprettholde kroppens indre balanse, referert til som homeostase (Holch, 2023). I nyrenes karnøste (glomeruli) renses blodet. I tilfelle av nyresvikt endrer glomeruli sin funksjon, noe som resulterer i redusert filtrering (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 292).

I teorikapitlet vil vi klargjøre begrepet kronisk nyresykdom og utforske hvordan hemodialyse påvirker pasientene. Vi vil deretter se nærmere på betydningen av livskvalitet i denne konteksten, samt sykepleiers rolle i samarbeidet. Avslutningsvis vil vi belyse Dorothea Orems teori om egenomsorg.

2.1 Kronisk nyresykdom

Kronisk nyresvikt, eller uremi, blir rangert som et av verdens aller største folkehelseutfordringer (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 159). Denne tilstanden er preget av betydelig svekket eller opphørt nyrefunksjon, utvikler seg gradvis og er ofte forankret i andre sykdomstilstander (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 159).

Symptomer er ofte diffuse grunnet nyrenes tap av fysiologiske funksjoner etter hvert som nyresvikten forverres. Ofte blir kronisk nyresvikt oppdaget relativt sent i forløpet. Enten uten en tidlig mistanke om nyresykdom, eller som en del av en rutinemessig helseundersøkelse der det blir påvist hypertensjon eller proteiner i urin som da gir mistanke om nyresykdom. Ved et tidlig stadium av nyresvikt, vil en oppleve diverse plager, men pasientens livskvalitet vil fortsatt være uendret. Vi kan dele kronisk nyresvikt i 5 stadier (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 167). Stadiene 1-2 betegnes som *mild nyresvikt*. Dersom nyrefunksjonen er redusert til det punktet der du har 15% av normal nyrefunksjon, diagnostiseres *terminal nyresvikt* (Helsenorge, 2021). Dette vil da være det femte og siste stadiet av sykdommen. I endestadiet kreves nyreerstattende behandling, vanligvis gjennom dialyse eller transplantasjon (Helsenorge, 2021).

2.2 Hemodialyse som behandling

Ved *hemodialyse* (HD) vil blodet renses for avfallsstoffer og eventuelt også væske via en kunstig nyre utenfor kroppen (Ørn & Bach-Gansmo, 2022, s. 313). I filteret kommer blodet i kontakt med dialysevæsken. Avfallsstoffer og overskuddsvæske fra blodet blir så transportert over i dialysevæsken, og senere tappet ut (Helsenorge, 2023). Hvor ofte og hvor lenge e skal ha behandling, avhenger av flere ting, blant annet om det er restfunksjon i nyrene (Storesund, 2009). HD vil ikke helbrede pasienten fra sykdommen, men gir dem muligheten til å leve med den. Behandlingen gjennomføres enten på sykehus, i visse helsesentre eller hjemme.

2.2.1 Livet med hemodialyse

Dialysebehandlingen medfører store endringer på kort tid i kroppens væske- og saltbalanse. Det er derfor normalt å kjenne seg sliten etter dialyse. De fleste som går i dialyse, har liten til null urinproduksjon. Det som inntas av væske som blir igjen i kroppen, kalles væskeretensjon

(Storesund, 2009, s. 22). Er urinproduksjonen fraværende, bør man ikke drikke mer enn 7 dl pr. dag (Storesund, 2009, s. 22).

Matinntaket er avgjørende, og et godt kosthold bidrar til optimal helse. Det er viktig å spise tilstrekkelig mat for å bevare muskelmasse og unngå energitap (Storesund, 2009, s. 23).

Nyresvikt kan føre til økt kaliumnivå i blodet, som potensielt resulterer i farlige komplikasjoner som hjerterytmeforstyrrelser. Derfor overvåkes kaliumnivået regelmessig gjennom blodprøver (Storesund, 2009, s. 24).

Under dialysebehandling er det ikke uvanlig med tap av proteiner, redusert matlyst og vanskeligheter til å få tilstrekkelig næring gjennom kosten (Storesund, 2009, s. 26).

Nyresykdommen kan også føre til muskelnedbrytning. Aktivitet vil derfor være viktig for å forebygge og reversere skader. Begrensingen av fysisk aktivitet under dialysestolens timer er uunngåelig. Trettheten som følger behandlingen kan føre til en generell inaktivitet (Storesund, 2009, s. 26). For at flere dialysepasienter skal stimuleres til fysisk aktivitet, har myndighetene innvilget fritak for egenandelen til fysioterapi (Storesund, 2009, s. 26).

2.3 Livskvalitet

Pasienter med kronisk nyresvikt kan oppleve redusert livskvalitet knyttet til behandling og sykdom. Behandlingsrelaterte begrensinger fører til en opplevelse av redusert frihet, og svekket prestasjonsnivå hos pasienten. Utmattelse, smerte og bekymringer om egen helse kan føre til at pasienten isolerer seg. Dette kan utløse depresjon og en pessimistisk livsoppfatning. Enkelte pasienter kan også oppleve endringer i personligheten som følge av disse utfordringene. Generelt sett bidrar disse faktorene til en nedsatt livskvalitet for pasienten (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 171).

Livskvalitet kan bli definert som “personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystem de lever i, og i relasjon til deres egne mål, forventinger, normer og interesser”. Psykologen Siri Næss definerer livskvalitet som “menneskets subjektive opplevelse av ulike sider ved livssituasjonen” (Kristoffersen, et al. 2016, s. 55).

Positiv livskvalitet innebærer trivsel og positive vurderinger av ens eget liv. Trivsel utvikler seg gjennom følelser som glede, engasjement og kjærlighet. Samtidig er det knyttet til positive vurderinger, inkludert tilfredshet med livet, selvspekt og opplevelse av mening med tilværelse. Dette avhenger av at negative følelser som nedstemthet, angst og ensomhet ikke

dominerer. De negative vurderingene omfatter misnøye med livet, skamfølelse og følelsen av ubrukte evner (Kristoffersen, et al. 2016, s.55).

2.4 Sykepleiers funksjon

Sykepleierens hovedfokus vil være å ivareta mennesker som trenger omsorg og helsestøtte. Å utøve sykepleie innebærer å fremme og gjenopprette helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og bidra til en verdig død. De yrkesetiske formålene formidlet i norsk sykepleierforbund hevder som følger: “Sykepleieren ivaretar det enkelte menneskets verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til medbestemmelse og retten til å ikke bli krenket.” (NSF, 2023).

En viktig del av sykepleien, er sykepleiers undervisende funksjon. I dialysebehandlingen blir undervisningsaspektet tydelig fremhevet, da det er tilstrekkelig med tid til å formidle informasjon, demonstrere prosedyrer, og engasjere pasientene i samtaler. Dette vil være et svært viktig ledd i pasientens helsekompetanse. Sykepleieren vil få innblikk i hva som er viktig for individet gjennom å konversere med pasienten og deres nærmeste (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 160). Samhandling med pasient, pårørende og annet helsepersonell, vil derfor kreve gode kommunikasjonsferdigheter fra sykepleiers side for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet i behandlingsforløpet (Sykepleien, 2018).

På lik linje som en sykepleier skal utøve sykepleien med barmhjertighet og omsorg, skal vedkommende også være faglig kompetent. En faglig forsvarlig og kompetent sykepleier vil utøve det vi kaller god praksis. Sykepleier må ha tilstrekkelig kunnskaper og ferdigheter for å kunne oppdage og forebygge eventuelle komplikasjoner som kan inntreffe (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 160).

2.5 Sykepleiefaglig teori

Sykepleieteorier er vesentlige i sykepleiefaget. Det gir oss en pekepinn for forståelse, observasjon og anvendelse av kunnskap innenfor sykepleiepraksis. Teoriene beskriver sykepleie på et høyt abstraksjonsnivå, og tar ikke for seg konkrete situasjoner, men fokuserer på det generelle nivå av sykepleie (Kristoffersen et al., 2021, s. 226). Vi har valgt Dorothea Orems egenomsorgsteori på bakgrunn av dens relevans til dialysekrevene pasienter. Når alvorlig helsesvikt foreligger, kreves spesifikk kompetanse for å håndtere de økte kravene til

egenomsorg (Kristoffersen et al., 2021, s. 245). Pasienter som mottar hemodialyse vil ofte bo hjemme, men på grunn av den underliggende sykdommen vil behandlingen fortsette selv etter at de forlater sykehuset. Pasientene har strenge krav som de selv har ansvar for å følge utenom selve hemodialysen, det vil blant annet innebære begrenset inntak av væske og ulike matvarer (Helsenorge, 2023).

2.5.1. Dorothea Orems modell for egenomsorg

Dorothea Orem (1924-2007) var en amerikansk sykepleieteoretiker som introduserte teorien om egenomsorg innen sykepleiefaget i 1971 (Kristoffersen et al., 2021, s. 239). Teorien går ut på at individet tar initiativ til å utføre ulike typer handlinger for å opprettholde liv, helse og velvære (Orem, 2001, referert i Kristoffersen, 2021, s. 239).

Orem definerer egenomsorg som “En aktivitet individet utfører på eget initiativ for å vedlikeholde liv, helse og trivsel” (Kristoffersen et al., 2021, s. 239). Hun hevder ytterligere at et fellestrekk ved disse aktivitetene er at de er *intensjonale*. De er altså rettet mot et bestemt mål. Teorien identifiserer tre hovedkomponenter av egenomsorg:

- Egenomsorg for helse: Dette kan eksemplifiseres av aktiviteter som søvn, mosjon og kosthold.
- Egenomsorg for velvære: Aktiviteter som gir individet en individuell tilfredsstillelse, for eksempel fritidsaktiviteter.
- Egenomsorg for sykdom: Individet utfører aktiviteter for å håndtere spesifikke helseproblemer, for eksempel ta medisiner, eller følge spesielle behandlingsregimer.

Egenomsorgsteorien understreker sykepleierens rolle i å støtte, veilede og undervise pasienten for å sikre at deres behov for egenomsorg blir oppfylt (Kristoffersen, 2021, s. 245). Ved alvorlig helsesvikt må sykepleieren handle for å imøtekomme pasientenes egenomsorgsbehov og fremme utviklingen av terapeutisk egenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2021, s. 246).

Orem identifiserer fem generelle hjelpemetoder som sykepleieren bruker for å møte disse kravene:

- Å gjøre for og 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, 2021, s. 246).

Egenomsorg er avgjørende for dialysepasienters behandling og kan være sentralt for å opprettholde god livskvalitet. Helsepersonell spiller en viktig rolle i å gi støtte, veiledning og ressurser for å hjelpe pasientene med å mestre egenomsorgen effektivt.

3.0 Metode

Bacheloroppgaven er utformet som en generell litteraturstudie og bygger på etablerte fagkunnskaper, eksisterende forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). Vi vil benytte en integrativ litteraturoversikt i oppgaven, inspirert av Fribergs metode (Friberg, 2022), som vil bli utførlig diskutert i dette kapitlet. Dataene som samles inn, vil stamme fra fagfelleverderte tidsskrifter, og innhentingene vil bygge på analyse og sammenstilling av publiserte forskningsartikler. I arbeidet med bacheloroppgaven har vi valgt å følge retningslinjene i den svenske veiledningsboken “Dags för uppsats” (Friberg, 2022).

3.0.1 Hva er metode?

En metode er en tilnærming eller et verktøy som brukes for å løse problemer og generere ny kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Den gir retningslinjer for hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller bekrefte kunnskap. Å være metodisk innen vitenskapen betyr å anvende og følge intellektuelle standarder i argumentasjonen. Dette krever ærlighet og sannhet, samt strukturering av tankene våre (Dalland, 2020, s. 53). Ved utarbeidelse av bacheloroppgaver brukes generelt sett to tilnærminger: kvantitativ og kvalitativ metode.

De kvantitative metodene vil gi oss data i form av målbare enheter. Tallene gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp. Kvalitative metodene er på utkikk etter å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Med en kvalitativ studie vil målet alltid være å øke forståelsen for det valgte temaet (Friberg, 2022, s. 169).

Begge metodene bidrar til forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2020, s.54).

3.1 Integrativ litteraturoversikt

Litteraturoversikt handler om å skape en oversikt over kunnskapsstatus innenfor et konkret sykepleierrelatert område eller et problem innenfor sykepleierens praksis- eller kompetanseområde (Friberg, 2022, s. 169). Det er ulike tilnærminger en kan anvende for å gjennomføre en litteraturoversikt på, deriblant *allmenn* litteraturoversikt og en *integrativ* litteraturoversikt. Fellesnevneren for disse metodene er å generere en oversikt over et spesifikt fagområde ved å anvende systematiske utvalg av artikler. De to metodene er ulike i den forstand ved at med den integrative metoden, vil man dra *egne* konklusjoner fra resultatene. Hovedfokuset i en integrativ litteraturgjennomgang vil være å danne seg en oversikt, utføre sammenligninger, trekke konklusjoner og bekrefte, og på denne måten skape en 'ny helhet' (Friberg, 2022, s. 196). En slik tilnærming vil gi rom for å gi et bredt og nyansert bilde av forskningsfeltet. I en allmenn litteraturoversikt utarbeider man en deskriptiv oversikt over det valgte fagområdet, der resultatene *ikke* sammenlignes (Friberg, 2022, s. 187).

Vi har valgt å bruke integrativ metode i oppgaven, da denne metoden gir klarhet og oversikt. Etter å ha gjennomført datareduksjon, valgte vi relevant informasjon fra hver artikkel i tråd med vår hensikt og problemstilling. Dette resulterte i en sammenfattende oversikt.

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Databaser

For å identifisere fagfelleverderte artikler som var relevante for vår problemstilling, fant vi databasene SveMed+, CINAHL, MedLine og PubMed som inneholdt sykepleiefaglig forskning. Vi forsøkte å utføre søk med relevant søkestrategier, men endte opp med færre resultater med SveMed+ og CINAHL. Vi gjorde en sammenligning og konkluderte at Medline og Pubmed hadde større basis på relevant forskning innenfor vårt problemområde.

3.2.2 Valg av søkeord

Søkeordene ble utvalgt med grunnlag i vår problemstilling, i tillegg tok vi utgangspunkt i ordene som ble utarbeidet ved hjelp av PICO-skjema. Vi valgte å ta utgangspunkt i PICO med liten o grunnet dens relevans til spørsmål besvart med kvalitativ metode (Helsebiblioteket,

2021). Begrepene i PICO-skjemaet er ment i å gi struktur og tydeliggjøre spørsmålet for litteratursøket (Helsebiblioteket, 2021). Vi strukturerte begrepene i tabell 1.

P: Population/problem: Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om. I vårt tilfelle vil det dreie seg om pasienter med nyresvikt.

I: (Phenomenon of) Interest: Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om? I vårt tilfelle er det opplevelse av livskvalitet hos dialysepasienter.

Co: Context: Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om? Vi ønsket å ta utgangspunkt i sykehusbasert dialyse.

I første omgang valgte vi å ta en bred tilnærming med søkerordene. Vi prøvde oss frem med å søke på “Dialyse OG Opplevelse av Livskvalitet”. Deretter benyttet vi søkeordene “Dialysis AND Quality of life”, og fant relevante søk. Så eksperimenterte vi med andre søkeord som “Kidney failure* OR renal disease AND Quality of Life*” for å utvide søket vårt. Vi ønsket ikke å begrense oss, da vi foretrakk å ikke utelukke relevante artikler. Etter denne prosessen resulterte det med funn av fem relevante artikler, som utgjør grunnlaget for vår oppgave. Vedlegg 1 viser frem søkeordene, databaser og antall treff vi fikk.

Tabell. 1 PICO-skjema

P	I	Co
Terminal nyresvikt Hemodialysepasienter	Opplevelse/erfaringer av/med livskvalitet	Sykehusbasert hemodialyse
Therminal kidney disease Patients treated with hemodialysis	Experiences with quality of life	Hospital-based hemodialysis

3.2.3 Valg av artikler

Vi fikk treff på artikler ved hjelp av PICO-skjemaet, men uten eksklusjonskriterier fikk vi alt for mange treff som vi mente ikke var relevante. Derfor valgte vi å avgrense søket for å få søkeresultater som best belyste vår problemstilling. Vi avgrenset søket vårt fra dialysepasienter til kun pasienter som mottar hemodialyse. Studier som inkluderte barn- og ungdom ble også ekskludert, fordi vi ønsket å skrive om voksne > 18 år. Vi la vekt på artikler

med pasientperspektiv, som var relevant for vår hensikt. Opprinnelig ønsket vi å finne norske artikler, men dette viste seg til å være utfordrende. Vi måtte dermed ekspandere søket ved å ta i bruk engelske søkeord, samt andre databaser som PubMed og MedLine. For å finne relevante søkeord, tok vi i bruk MeSH (Medical Subject Headings), som er en synonymordbok for vokabular innen medisin og helsefag. For å addere var de utvalgte artiklene ikke eldre enn 10 år gamle, dette fordi vi ønsket oppdatert forskning på fagområdet. I vår søkeprosess identifiserte vi to relevante kvalitative forskningsartikler, som oppfylte kriteriene våre. Vi vurderte artiklenes struktur og innhold i henhold til IMRaD-formatet for å bekrefte deres relevans. Et sekundærsøk på kildene og forskerne ble deretter utført for å validere artiklene, og de fem valgte artiklene møtte våre krav. For å skape en oversikt over de valgte studiene har vi presentere studiene i tabell 2, samt har vi utarbeidet en litteraturmatrise (se vedlegg 2).

Tabell 2. Oversikt over analyserte artikler

Forfatter, årstall, land:	Artikkel-tittel	Hensikt:	Perspektiv:	Metode:	Database :
Finderup, J., Jensen, J.D. & Lomborg, K. (2020). Danmark.	Shared decision-making in dialysis choice has potential to improve self-managment in people with kidney disease: A qualitative follow-up study	Utforske pasientens involvering i deres pågående behandling etter prosjektet SDM (Shared decision-making).	Pasientsentret perspektiv.	Kvalitativ tilnærming. Individuelle intervjuer utført med 13 pasienter.	PubMed.
Chen, Y-C., Lin, C-L. & Lee, B-O. (2020). Taiwan.	Relationships of illness representation and quality of life in patients with end-stage renal disease	Utforske sammenhengen mellom uremiske pasienters sykdomsforvetninger og sykdomsbildet.	Pasientsentret perspektiv.	Kvantitativ tilnærming. Studien ble utført ved et hemodialysesenter på et universitetssykehus i Taiwan.	MedLine.

	receiving haemodialysis.			Et total av 172 effektive undersøkelser ble besvart.	
Bender, M, D., Dykowska. G. Zuk, W., Milewska, M., Staniszevska, A. (2018). Polen.	The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency	Hensikten med studien er den subjektive vurderingen av livskvalitet (QoL) til pasienter behandlet med peritoneal og hemodialyse	Pasientsentret perspektiv.	Kvantitativ tilnærming. Spørreundersøkelse besvart av 140 dialysetrengende.	PubMed.
Wu, Y-H., Hsu, Y-J., Tzeng, W-C. (2022). Taiwan.	Physical Activity and Health-Related Quality of Life of Patients on Hemodialysis with Comorbidities: A Cross-Sectional study	Hensikten med studien er å undersøke om pasienter som gjennomgår hemodialyse, både med og uten samtidige sykdommer, har ulike nivåer av fysisk aktivitet og "Health related quality of life".	Pasientsentret perspektiv.	Kvantitativ studie. Spørreundersøkelse besvart av 120 pasienter.	PubMed.
Jonasson, K., Gustafsson, L-K. (2017). Sverige.	You Live as Much as You Have Time To: The Experience of Patients Living with Hemodialysis	Målet med studien var å beskrive endringer i livet for pasienter med nyresvikt som gjennomgår hemodialyse.	Artikkelen belyser pasientenes opplevelser og tanker.	Studien har en kvalitativ beskrivende tilnærming med en kvalitativ innholdsanalyse basert på dybdeintervjuer med pasienten som gjennomgår hemodialyse på sykehus.	PubMed.

3.3 Analyse av valgte artikler

Vi identifiserte fem relevante artikler etter søkeprosessen og startet deretter analysearbeidet.

Vi brukte Fribergs modell som grunnlag for analysen. Friberg beskriver analyse som en fremgangsmåte der man starter med å se på helheten, deretter bryter den ned i mindre biter,

for så å gjenforene og forstå sammenhengen på nytt (Friberg, 2022, s. 127). Hun poengterer til viktigheten av å holde hensikten i tankene under analysen for å unngå forvirring. Vår innledende handling i analysen av artiklene, var å lese gjennom artiklene flere ganger, og forsøke å forstå innholdet. Deretter utarbeidet vi en oversiktstabell (se tabell 2), som skapte et godt oversiktsgrunnlag for vår videre analyse. Det påfølgende trinnet var å utforske forskjeller og likheter i resultatene presentert i de ulike artiklene. Deretter utarbeidet vi en tabell over hovedkategorier og underkategorier for hver artikkel, samtidig som vi markerte likhetstrekkene i samme farger (se vedlegg 3). Dette gjorde prosessen med identifisering av studienes forskjeller og likheter enklere. For å finne våre hovedfunn, sammenstilte vi de fargekoordinerte tabellene og skapte nye overskrifter for hovedkategorier og underkategorier basert på likhetene i de ulike artiklene (se vedlegg 3 og 4)

4.0. Resultater

Ved å analysere dataene våre, har vi kategorisert informasjon i tre hovedkategorier og fem underkategorier. Dette belyser de faktorene som vil være med på å påvirke pasientens opplevelse av egen livskvalitet, som er fremstilt i følgende tabell (tabell 4).

Tabell 4. Oversikt over kategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategorier
Opplevelse av helserelatert livskvalitet	<ul style="list-style-type: none">- Kroppslige utfordringer- Påvirkningen av psykiske aspekter
Begrensninger og pasientens aktive rolle i behandlingsforløp	<ul style="list-style-type: none">- Ivaretagelse av frihet og autonomi- Begrensninger i hverdagen
Pårørendes rolle i helseutfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Samspill og støtte: Pårørendes rolle i behandling

4.1. Opplevelse av helserelatert livskvalitet

Pasienters fysiske og psykiske helse er to tett sammenknyttede elementer som påvirker hverandre, og som har direkte effekt på livskvaliteten. Sykepleiers håndtering av psykososial helse vil være viktig i utøvelse av helhetlig omsorg for dialysepasienter, samt en betydelig

faktor i pasientens opplevelse av en bedret livskvalitet (Bender et al., 2018, Chen et al., 2020, Jonasson & Gustafsson, 2017 & Wu et al., 2022).

4.1.1. Kroppslige utfordringer

I flere av studiene forteller pasientene om at den fysiske og mentale utmattelsen de opplevde hadde en tendens til å ta over store aspekter i livet. Dette førte til at viktige elementer gikk tapt. (Jonasson & Gustafsson, 2017, Wu et al., 2023, Chen et al., 2020). I den kvalitative forskningen til Jonasson og Gustafsson (2017), ble det utført dybdeintervjuer med pasienter, der ett av de stilte spørsmål går inn på akkurat dette:

“The body seemed to be weaker, and legs could not carry the rest of the body as before, being shaky and without energy. *“I have a wish to go out for a walk or to run a little bit. Before I walked a lot in the forest, but I cannot now because I do not have the energy and no balance at all..”* (HD03) (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 37).

Ifølge Wu et al. (2023) er såkalte “*comorbidities*”, altså tilleggssykdommer, medskyldige i pasientgruppens lavere aktivitetsnivå: “Relative to patients without multiple comorbidities, those with multiple comorbidities have poorer physical health and limited physical activity, resulting in lower physical participation and a higher mortality rate” (s. 2). I studien fremtrer det at 47,4 % av pasientene har begrenset tid for fysisk aktivitet, og har blitt vant til en stillesittende livsstil. Med tiden har det vist seg at disse pasientene har tendens til å utvikle symptomer som tretthet, muskelsmerter, kramper, samt redusert muskelstyrke i nedre ekstremiteter (Wu et al., 2023, s. 2). Ytterligere hadde pasientene på hemodialyse med tilleggslidelser som trente regelmessig, en høyere livskvalitet enn de som ikke trente regelmessig (Wu et al., 2023, s. 8). Lav fysisk aktivitet og uførhet knyttet til sykdommen vil resultere i redusert fysisk form. Det vil også gi en lavere toleranse for trening, noe som vil være med på å redusere pasienters livskvalitet. I studien utført av Chen et al., (2020), bekrefter de at pasienter som gjennomgår hemodialyse opplever komplikasjoner som involverer fysisk og psykisk helse, samt sosiale forhold, har en redusert livskvalitet (s. 3813).

4.1.2 Påvirkning av psykiske aspekter

Flere studier viser at hemodialyse påvirker pasientenes psykiske helse (Bender et al., 2018, Chen et al., 2020 & Jonasson og Gustafsson, 2017). Oppnåelse av god livskvalitet og velvære

er sentrale mål for et optimalt behandlingsforløp. Pasientene kan ofte erfare tap av kontroll over eget liv, ensomhet, kjedsomhet, utfordringer med å utføre diverse aktiviteter og uforutsigbarhet i livsplanleggingen (Bender et al., 2018 & Jonasson & Gustafsson, 2017). I Bender et al., (2018) referer de til en annen studie som omhandler personlighetsprofil og stemningsforstyrrelser hos hemodialyse pasienter (s. 581). I denne studien viser de at tilstedeværelsen av depresjon og angst er vanlig. Bender et al. (2018) understreker sammenhengen mellom livskvalitet og psykiske lidelser. Spesielt blant de som har en negativ oppfatning av egen situasjon, og ikke aktivt bearbejder problemene deres. Forskningen antyder også at pasienter som mottar psykologisk behandling parallelt med hemodialyse, opplever høyere livskvalitet og bedre mental helse (Bender et al., 2018, s. 577).

Stemningsforstyrrelsene ble sett hyppigere hos de pasientene som holdt et negativt syn på situasjonen (Bender et al., 2018, s. 581). Her kan vi trekke en tråd til artikkelen til Chen et al., (2020), "Illness representations are related to many health outcomes, especially QoL, and in-depth knowledge of hemodialysis patients' IR and QoL is beneficial in assisting patients with their self-management of the ESRD (end-stage renal disease)." (s. 3814). De anvender begrepet 'Illness representations' som et begrep for tolkninger og handlinger tatt av individet når det står overfor trusler mot deres helse (Chen et al., 2020, s. 3812). For å forhindre dårlige sykdomsforventninger, vil det være nødvendig for pasienten å grundig lese seg opp og forstå både sin egen sykdom og behandlingen som kommer med.

4.2 Begrensinger og pasientens aktive rolle i behandlingsforløp

Pasienter som gjennomgår dialyse står ovenfor utfordringer som påvirker livskvaliteten negativt. Aktiv deltakelse i behandlingsforløpet kan imidlertid bidra til å redusere begrensingene, slik at pasienten opplever økt kontroll over eget liv (Bender et al., 2018, Finderup et al, 2020, Jonasson et al. 2017). Denne delen vil utforske pasientens erfaringer og faktorer knyttet til begrensinger i livet, samt pasientens engasjement i behandlingsforløpet.

4.2.1 Begrensninger i hverdagen

Pasienter som gjennomgår hemodialyse er avhengige av behandling flere ganger i uken for å holde sykdommen i sjakk. Behandlingen medfører flere hindringer i det daglige livet som gjør at pasientens livskvalitet blir påvirket. I Bender et al., (2018) konstaterer de følgende: "The

treatment involves limitations in the manner of eating and drinking as well as in physical activities. In turn, the intensity of mental and somatic symptoms largely affects the level of the quality of life as perceived by patients.” (s. 577). Deltakelse i ulike fritidsaktiviteter kan være vanskelig når man skal ta hensyn til behandling. I Bender et al., (2018) siterer de: “Patients suffering from chronic kidney disease also give up other activities, such as sports, hobbies, social activities, and personal development” (s. 578). Behandlingen pågår kontinuerlig gjennom 52 uker i året, det gjør at pasienten blir tvunget til å gi opp drømmer og karriere (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 37). Trettheten og utmattelsen er årsaken til begrensede sosiale relasjoner (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 37).

En “begrenset livssituasjon” beskriver forstyrrelser i dagliglivet som hindrer pasienten fra å utføre oppgaver som før. Dette inkluderer tidsmessige, fysiske og sosiale begrensninger (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 37). Gjennom et intervju utført av Jonasson (2017) beskriver pasienten at etter en ettermiddagsdialyse, var det begrenset tid og rom for andre aktiviteter (s. 37). I Bender et al. (2018) beskriver de samtidig at hemodialysen begrenset muligheten for reise. “Own research showed similar results confirming that patients receiving hemodialysis felt limitations related to longer travelling outside the dialysis” (Bender et al, 2018, s. 581).

Sykdommen og dialysebehandlingen fører med seg negative symptomer som kan gjøre hverdagen krevende. I studien til Bender et al. (2018) tydeliggjør de at: “The most common complications were muscle spasms and skin itching. In turn, patients receiving hemodialysis more often experienced back pain, headache, and increased blood pressure.” (s. 579). Symptomene pasientene opplever kan føre til fysiske begrensninger som medfører endringer i sosiale roller og relasjoner. Oppgaver som pasientene tidligere mestret alene, må nå håndteres med assistanse. Dette kan medføre endringer i forholdene for pasientens nærmeste (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 37).

4.2.2 Ivaretagelse av frihet og autonomi

Mange pasienter uttrykker et ønske om deltakelse og involvering. I studien til Finderup et al. (2020) forteller pasientene om sin erfaring av involvering i behandlingsløp. Pasientene som gjennomgikk sykehusbasert dialysebehandling, mottok begrenset opplæring, noe som resulterte i manglende oppfyllelse av grunnleggende behov for kompetanse (Finderup et al, 2020, s.1886). Dialysepasienten ga uttrykk for at det fundamentale behovet for tilhørighet var

viktig. Vedkommende ønsket å bli behandlet som et individ og ikke redusert til et objekt av helsepersonell (Finderup et al, 2020, s.1886). Finderup et al., (2020) formidler at mangelen på involveringen kan skyldes atferden til helsepersonell. I et intervju av tre pasienter som hadde startet hemodialyse, snakket de om hvor vanskelig det var å tilvenne seg en ny hverdag. Alle pasientene beskrev at de til slutt klarte å tilpasse seg dialysen, fordi de hadde vært involvert i beslutningsprosessen (Finderup et al, 2020, s.1881).

I Finderup et al.,(2020) beskriver en at hjemme-hemodialysen hadde bedret helsen etter oppstart av dialyse. Selv om dagene var fylt med dialyse, følte vedkommende at de hadde styrke til å håndtere behandlingen. Dette ga mulighet til at pasienten kunne reise og være mer selvstendig (Finderup et al, 2020, s.1882).

I studien Jonasson (2017) fremstiller de at hemodialysen innebar ulike former for ufrivillige avhengigheter som pasienten ikke kunne velge bort, det inkluderte andre mennesker og dialyse maskiner. Pasientene som må tilpasse seg disse forholdene, opplever at støtten fra pårørende spiller en viktig rolle for en positiv opplevelse (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 38).

4.3 Pårørendes og helsepersonells rolle i helseutfordringer

Samarbeidet mellom sykepleier og dialysepasienter vil være sentralt i ivaretagelsen av pasientens behov. Det å inkludere pasientens pårørende i behandlingen vil hjelpe nyresyke pasienter med å raskere finne seg selv tilfreds med sykdom og behandling. (Finderup et al, 2020, Chen et al, 2020, Bender et al, 2018, Wu et al, 2022 & Jonasson et al, 2017).

4.3.1 Samspill og støtte: Pårørendes bidrag til helse og velvære

Sosial støtte blir i studiene fremhevet som en sentral faktor i ivaretagelse av pasientenes livskvalitet (Finderup et al, 2020, Chen et al, 2020, Bender et al, 2018, Wu et al, 2022 & Jonasson et al, 2017). De pasientene som opplever å få en kronisk nyresykdom vil leve med en uheldelig tilstand som ofte krever livslang behandling. På toppen av dette vil sykdoms- og behandlingsforløpet føre til endringer i deres erfaringer med livskvalitet, og en endring i relasjoner med familie og venner.

En av pasientene som ble intervjuet i forskningen til Finderup et al., (2020) beskriver helsepersonellet som aktive i behandlingen, men ikke i det å involvere pasienten selv i behandlingen (s. 1883). I studien til Chen et al., (2020) formidler de at helsepersonell som arbeider med hemodialyse aktivt kan tilby informasjon om sosiale velferdstiltak. Disse kan bistå i sosiale settinger med å vurdere hvilke ressurser som kan tilbys av pasienter, og gi relevant informasjon om økonomisk status og sosial støtte (Chen et al., 2020, s. 3820). I introduksjonen til Bender et al., (2018) skriver de:

“Not only family but also good social relationships are of great importance and are the source of positive feeling and self-esteem and improve the QoL. On the other side, a lack of support and acceptance from family and friends has a negative influence on patients’ health through lower self-esteem, and feelings of hopelessness and helplessness [..]” (Bender et al., 2018, s. 578).

Videre skriver de at mangel på aksept fra familie og venner fører til dårligere humør, depresjon, følelser av resignasjon samt en følelse av at livet mangler mening (Bender et al., 2018, s. 578).

Familien blir også berørt av behandlingen: “The patients next of kin are also affected by the patients illness and treatment, and the changes in daily life that comes with it. Everyone has to constantly take the treatment into account when the family makes decisions.” (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 35). Noen pasienter opplever belastninger og en skyldfølelse i deres nære relasjoner, mens andre opplever å få en økt takknemlighet for de rundt dem. Det å plutselig bli minnet om sin egen dødelighet, fikk mange til å innse hva som virkelig var viktig for dem (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 39).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil vi introdusere to hovedpunkter: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal vi kritisk vurdere datainnsamlingen gjennom litteratursøk og diskutere de utvalgte artiklenes gyldighet og relevans for hensikten. Avslutningsvis vil vi drøfte pasientens livskvalitet og samhandlingen mellom pasient og sykepleier, samt ta i bruk teori og egne refleksjoner for å danne en ny helhetlig forståelse.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Kritisk diskusjon av svake og sterke sider ved anvendt metode

I dette litteraturstudiet har vi anvendt databasene PubMed og MedLine. Dette er grunnet deres store relevans innenfor sykepleiefaglig forskning, samt forskninger fra verden rundt og velkjente tidsskrifter. Kronisk nyresvikt rammer helst voksne, på bakgrunn av dette har vi fokusert på voksne over 18 år. Det er gjennomført omfattende forskning om den psykososiale helsen og opplevelsen av livskvalitet hos pasienter som gjennomgår hemodialyse. Dette mener vi har skapt et solid fundament av kunnskap for oppgaven vår.

Til å starte med hadde vi tre kvantitative artikler og kun én kvalitativ. Etter vi hadde kommet godt i gang med analysen, innså vi raskt at dette ble problematisk for å oppnå ønskelige svaret på problemstillingen. Vi fant enda en kvalitativ studie ved hjelp av andre søkeord, slik at oppgaven var basert på en blanding av kvalitative og kvantitative studier. Dette bidro til en forsterkning av oppgavens litterære bakgrunn. Vi anså at å ha en blanding av begge metodene som både en styrke og en svakhet. Kvalitative studier ville gitt oss mer grunnlag på pasientens subjektive opplevelser og mer fokus på dybdeintervju. I boken 'Måling av livskvalitet i praksis' påpekes det at spørreskjemaer er verktøy som kan brukes i målingen av livskvalitet gjennom kvantitative studier (Wahl, 2004, s. 36). Dette vil være et nyttig instrument for å måle livskvaliteten til en stor gruppe pasienter, over en lengre tidsperiode. Innen kvantitativ forskning søker man å utforske årsakssammenhenger for å oppnå en omfattende forståelse av et spesifikt område (Sykepleien, 2019). Vi anser at de valgte studiene hadde som formål å undersøke akkurat dette. Vi kan eksempelvis trekke inn studien til Chen et al. (2020), her er hensikten å undersøke sammenhengen mellom uremiske pasienters sykdomsforventninger og selve sykdomsforløpet, og finne årsakssammenhengen mellom disse. Vi anerkjenner derimot at flertallet av de kvantitative studiene kan ses som begrensende i forhold til vår problemstilling, da de ikke fullstendig dekker hele spekteret av den menneskelige opplevelsen.

Siden alle artiklene vi har identifisert er på engelsk, er det mulig at noen nyanser kan være tapt i oversettelsen til norsk. Dette er noe som må tas i betraktning, gitt at alle artiklene inneholdt et komplekst språk. Det er også mulighet for feiltolkninger av engelske ord, da de kan ha forskjellige betydninger på norsk.

For å forsterke kvaliteten på forskningsartiklene, tenkte vi begge at det var en god idé å anvende PICO-skjema. Vi tok utgangspunkt i Kunnskapsbasert praksis for utarbeidelsen av

skjemaet. Etter vi hadde ferdigstilt PICO-skjemaet, fikk vi tilbakemelding fra veileder at det er mer hensiktsmessig for vår oppgave å lage PICO-skjema med liten o, da den egner seg mer for kvalitative studier (se tabell 1 i punkt 3.2.2).

5.1.2 Land og arena for studiene

De utvalgte studiene ble utført i Danmark, Polen, Sverige og Taiwan. De tre første landene har veletablert helsevesen, som gjør de representative for det norske helsevesenet. Vi identifiserte innledningsvis det å ha to artikler fra Taiwan som en potensiell svakhet. Etter å ha lest flere artikler på nett, oppdaget vi at Taiwan har flest tilfeller av nyresykdom i endestadiet per innbygger sammenlignet med andre regioner globalt. Noe som gjør at det er en omfattende bruk av dialyse, og det har derfor blitt utført omfattende forskning i området (Lin, 2018). Vi ønsket i utgangspunktet kun å bruke studier utført i skandinaviske land, tross dette mener vi at vi har valgt en passende rekke forskningsartikler i henhold til deres relevans for oppgaven.

Vi hadde til hensikt å utforske livskvaliteten til pasienter som gjennomgår hemodialyse på sykehus, og derfor valgte vi dialyseavdelinger som arena. Målet var å gjøre sykehusbasert hemodialyse til et særlig fokusområde i vår litteraturstudie, men det viste seg å være utfordrende å implementere. I studien til Bender et al., (2018) foretok de en sammenligning av pasienter som får behandling i form av hemodialyse og de pasientene som får peritoneal dialyse, noe som ofte gjøres i eget hjem. I Finderup et al., (2020) foretar de seg også en sammenlikning der de skriver om livskvaliteten til pasienter med hemodialyse i hjemmet sammenlignet pasienter som gjennomgår dialyse på sykehuset.

5.1.3 Integrativ litteraturoversikt som metode

Arbeidet med den integrative litteraturoversikten som metode har vist seg svært hensiktsmessig for å besvare vårt formål. Å arbeide på denne måten ga oss en god oversikt over de fem artiklenes formål og hensikt. Noe vi begge fant oss enige i, var at vi gjerne skulle hatt én til kvalitativ studie å ta utgangspunkt i, men på grunn av begrenset tid var det utfordrende å ta for oss analyse av flere artikler. Vi innser at flertallet av de kvantitative artiklene er med på å begrense vår evne til å svare fullstendig på formålet. Likevel har vi valgt

artikler som er relevante for å besvare vår hensikt. Vi har dermed hatt muligheten til å trekke våre egne konklusjoner og skapt en helhet av resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet sammenligner vi våre funn med relevant teori, utforsker faktorer som påvirker livskvaliteten til hemodialysepasienter, og vurderer muligheter for forbedret samhandling mellom helsepersonell og pasienter.

5.2.1 Kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling påvirker fysisk og psykisk helse

Basert på forskningsartiklene fremkommer det at både kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling utøver en ugunstig påvirkning på pasientens fysiske og psykiske helse (Chen et al., 2020, Bender et al., 2018, Jonasson & Gustafsson, 2017 & Wu et al., 2022). I tråd med studiene, indikerer resultatene et generelt lavere nivå av den psykososiale helsen blant sykehusbaserte hemodialysepasienter sammenlignet med pasienter som gjennomgår peritonealdialyse, hjemmedialyse og den generelle befolkningen ellers. Studiene indikerer også en sammenheng mellom disse faktorene.

Kroppslige utfordringer

Hemodialyse påvirker den helserelevante livskvaliteten betydelig, og det er observert redusert fysisk helse i denne pasientgruppen. Pasientens symptombyrde under hemodialyse påvirker kapasiteten for fysisk aktivitet (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 37). Det kom frem en felles frustrasjon og oppgitthet i dybdeintervjuene, spesielt knyttet til manglende tillit til egen kropp og matbegrensningene som etterfulgte. Dette aspektet førte til redusert matinntak og dermed mindre energi, som igjen begrenset fysisk aktivitet (Jonasson & Gustafsson, 2017, s.37)

Redusert funksjonsevne, som manifesterer seg gjennom symptomer som pustebesvær, muskelsmerter, utmattelse og kramper, utgjør en trussel mot livskvaliteten. Helsepersonell bør hjelpe med å lindre plagsomme symptomer ved behandling over lengre tid. De negative symptomene som oppstår, korrelerer negativt med nivået av fysisk aktivitet og helserelevante livskvalitet (Wu et al., 2022). Bender et al., (2018) referer til studier utført av Sapilak et al.,

(2006), som observerte 418 pasienter over tre år og påviste en betydelig reduksjon i livskvalitet, spesielt knyttet til fysisk og daglig aktivitet. To andre studier utført av García-Llana et al., (2013) og Arenas et al., (2009) viste forverret fysisk helse i en gruppe pasienter som mottok hemodialyse på sykehus (Bender et al., 2018, s. 581). Det å holde seg fysisk aktiv kan være utfordrende for mange, grunnet den betydelige energibruken under hemodialyse. Noe som gjør det vanskelig å finne overskudd til andre aktiviteter i tillegg til behandlingen.

En litteraturoversikt ble gjennomført av Stolic et al., (2023) mot slutten av 2022. Søket hadde en tidsbegrensing fra 1981 til 2021. Her sier de at implementering av fysiske treningsprogram hos hemodialysepasienter bekreftet alle de forventede fordelene: forbedring av kardiovaskulære funksjoner, stabilisering av blodtrykket, økt muskelstyrke, forbedring av ernæringsstatus og dialysekvalitet, reduksjon av negative følelser, angst og depresjon, samt sosial interaksjon for pasientene og deres familier (Stolic et al., 2023, s. 229). Fysisk aktivitet anerkjennes som avgjørende for å forbedre livskvaliteten til hemodialysepasienter, redusere progresjon av nyrefunksjonsfeil og lindre smerte (Stolic et al., 2023, s. 229). På tross av viktigheten av regelmessig fysisk aktivitet, er bruk av fysisk rehabilitering sjelden ved de fleste dialyseenhetene. Pasienter med kronisk nyresykdom føler ofte mangel på prioritering og individualisert støtte fra helsepersonell angående trening (Stolic et al., 2023, s. 234)). Hver dialysepasient er unik, og deres fysiske evner vil variere. Implementeringen bør derfor være skreddersydd pasienten og tilpasset deres nåværende helsestatus og fysiske kapasitet. Helsepersonell bør derfor implementere effektive fysiske aktivitetstiltak for å øke nivået av fysisk aktivitet hos disse pasientene, oppmuntre dem til å utføre regelmessig fysisk aktivitet og ta opp en mer fysisk aktiv livsstil, disse livsstilsendringene vil forbedre livskvaliteten deres (Wu et al., 2022, s. 10).

Påvirkning av psykiske aspekter

Når vi sier at sykepleiers funksjon er å ivareta helse og forebygge sykdom, vil man ofte tenke på de fysiske plagene som inntreffer personen. Å få beskjed om en kronisk diagnose kan være utfordrende. Det vil derfor være viktig for helsepersonell å ivareta pasientens psykiske velvære.

Dialysebehandling vil påvirke pasientens mentale helse på bakgrunn av den betydelige belastningen den utgjør. God psykisk helse vil være viktig for velvære og livskvalitet (Mjøsund, 2020).

Jonasson & Gustafsson (2017) understreker i sin studie at pasienter opplever helseendringer som en stor krise i livet, og dette kan føre til en følelse av separasjon fra livet før sykdommen, dermed betydelig psykologiske konsekvenser (s. 40). Aksept blir viktig i håndteringen av slike endringer, og Jonasson & Gustafsson (2017, s. 39) deler opplevelsen av aksept i to dimensjoner: aksept av behandlingen og aksept av den nye livet som møter dem. Aksept av behandlingen innebærer nødvendigvis ikke passivitet, men heller å unngå å kjempe mot den nye livssituasjonen. "It feels good because I know that I need it, and I feel good when I come home, when I receive it... I feel clean and nice on the inside... I don't think it is so tough", sier 'HD05' (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 39). For pasientene i studien ble aksept en anerkjennelse av nåværende livssituasjon, og det reduserte lidelsen samtidig som det skapte en daglig rutine som fungerte for dem (Jonasson & Gustafsson, 2017).

Pasienter som gjennomgår hemodialyse har en økt forekomst av depresjon og angst (Os, 2007). Bekymringer om fremtiden, behandlingseffektivitet og livskvalitet kan påvirke den psykiske helsen hos disse pasientene. På nyre- og dialyseavdelinger er fokuset primært rettet mot pasientens fysiske tilstand og dialysemaskinens funksjon. Psykologiske utfordringer blir sjelden systematisk kartlagt, og blir ofte oversett i praksis. Pasienters mestring av helseendringer varierer, og støtte fra helsepersonell og nærmiljøet spiller en avgjørende rolle i håndtering av disse endringene.

5.2.2 Begrensninger i hverdagen

Begrensningene som går igjen i de analyserte studiene er knyttet til restriksjoner pasienter har, dialysebehandlingen og symptomene knyttet til behandling (Jonasson & Gustafsson, 2017, Bender et al, 2018). Hverdagene blir preget av restriksjoner og symptomer, som fører til isolasjon og en følelse av å være den kjedelige i sosiale omstendigheter. (Jonasson & Gustafsson, 2017, Bender et al, 2018). Isolasjon og opplevelsen av å ikke være tilstrekkelig interessant, gir opphav til negative følelser. Ifølge psykologen Siri Næss er positiv livskvalitet assosiert med trivsel og opplevelse av positive følelser som engasjement og glede. Når livskvaliteten oppleves som dårlig, kan man erfare motsatte følelser som nedstemthet og isolasjon (Kristoffersen, et al. 2016, s.55).

Samhandlingen med pasienten vil kreve at vi har gode kommunikasjonsferdigheter for at vi kan sikre forutsigbarhet og kontinuitet i behandlingsforløpet (Sykepleien, 2018). Når det blir observert at pasienten møter opp nedstemt til behandling, må man opprettholde kommunikasjon og iverksette tiltak, slik at støtten og omsorgen blir opprettholdt.

Hemodialysebehandlingen varer vanligvis 4-5 timer og gjennomføres 3 ganger i uken. Den tidskrevende behandling fører til at karriere og drømmer må gis opp, og man vil ha begrenset tid for planer den dagen man har dialyse. Dette kan medføre utfordringer for sosial deltakelse eller reise (Jonasson & Gustafsson, 2017, Bender et al, 2018).

I følge Orem vil man ta i bruk generelle hjelpemetoder for å ivareta pasienten: handle for en annen, rettlede, sørge for fysisk og psykisk støtte, fremme utvikling og undervise (Kristoffersen, 2021, s. 246). Ved å innhente pasientens synspunkt, og kommunisere åpent om begrensninger, kan det legges til rette for å redusere begrensninger. Det er essensielt å ta hensyn til pasientens ønsker og behov for å sikre at pasienten føler seg forstått. Det er dermed avgjørende å bruke tid å planlegge og veilede pasienten, slik at begrensningene ikke dominerer pasientens gode livskvalitet.

5.2.3 Ivaretagelse av frihet og autonomi

Å ha muligheten til å ta beslutninger om ens egen behandlingsplan er både lovpålagt og avgjørende. Pasientene i studiene uttrykket om å bli behandlet som mennesker og objekter. Det å kunne være med i beslutningsprosessen hadde en stor betydning for tilpasningen for dialysen, og pasientens livskvalitet. Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal også bidra med å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell, og ivareta respekten for den enkeltes liv (lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §1-1). Det innebærer at sykepleieren er pliktig til å gi tilstrekkelig informasjon, slik at pasienten kan delta i beslutningene.

Under intervjuer i de utvalgte studiene har pasienter beskrevet sine opplevelser av involvering. Pasienter som fikk hjemmedialyse hadde en god erfaring med opplæring, samt involvering og deltagelse i beslutningsprosessen. De som ble behandlet på sykehus opplevde dårligere kvalitet av opplæringen, som resulterte i lite involvering. Pasientene opplevde

utfordringer med å tilpasse seg hemodialysen, men de uttrykte at de til slutt mestret det takket være deltakelse i beslutningsprosessen (Finderup et al, 2020, Jonasson, 2017).

I en av studiene har en av deltagerne utalt seg om at hjemmedialyse har forbedret helsen etter oppstart. Dette har gjort det lettere for vedkommende å håndtere behandling, og har gitt mer frihet i livet (Finderup et al, 2020, s.1882). Dette alternativet kan derfor være en passende løsning for noen pasienter som søker mer frihet, selv om det kanskje ikke er egent for alle.

I Finderup et al. (2020) blir det påpekt at atferden til helsepersonell kan være knyttet til manglende involvering (s.1883). Sykepleierens rolle inkluderer undervisning, som omfatter formidling av informasjon, demonstrasjon av prosedyrer og involvering av pasient (Stubberud & Grønseth, 2022, s. 160). Utilstrekkelig informasjon resulterer i redusert opplevelse av autonomi og frihet, med påfølgende redusert livskvalitet.

5.2.4 Samspill og støtte: Pårørendes rolle i behandling

Dialysepasienter møter begrensninger som påvirker deres evne til å opprettholde meningsfulle relasjoner med venner, familie og kollegaer. De plutselige endringene i livsrytmen, der tidligere selvstendig utførte oppgaver nå krever assistanse fra andre, kan føre til betydelige endringer i pasientens familiære og sosiale forhold (Jonasson & Gustafsson, 2017, s. 38). Pasientene søker derfor alternative måter å tilfredsstille sine sosiale behov på. Familie og nære venners deltakelse representerer en verdifull ressurs for å styrke pasientens aksept av sykdom og behandling.

I teoridelen undersøker vi konseptet subjektiv livskvalitet, på grunn av behandling må tilpasses individuelt. Nes et al., (2021) påpeker at selv om dialysepasienter kan oppleve belastninger som helseplager og økonomiske utfordringer, kan sterke sosiale relasjoner forbedre livskvaliteten. Folkehelse rapporten understreker betydningen av en positiv samlivsstatus for livskvalitet (Nes et al., 2021). Forskning viser at mangel på støtte og aksept fra familie og venner påvirker dialysepasienters helse negativt, med lav selvfølelse, følelser av håpløshet og hjelpeløshet som resulterer i dårlig humør, depresjon, resignasjon og manglende mening i livet (Bender et al., 2018, s. 578).

Pårørende er viktige støttespillere for pasienten og kan delta i veiledning, undervisning, og samtaler sammen med pasienten. Studien til Chen et al., (2020) konkluderte med at familiesystemet spiller en betydelig rolle for pasienter som mottar hemodialyse, de undersøkte

at pasientene hadde relativt bedre sosial- og miljømessig livskvalitet sammenlignet med fysiologisk og psykologisk livskvalitet (s. 3813). Over 90% av respondentene, hadde kinesisk kulturell bakgrunn, bodde sammen med familien og opplevde høy miljømessig livskvalitet (Chen et al., 2020, s. 3813). Nærhet til et annet menneske kan beskytte mot en rekke fysiske lidelser og psykiske problemer, mens manglende sosial tilhørighet ofte fører til ensomhet.

Pasienter som mottar kronisk hemodialyse bør motta helhetlig omsorg. Dette er med tanke på somatiske, mentale og sosiale aspekter, noe som kan forlenge livet deres og bedre deres oppfatning av egen livskvalitet (Bender et al., 2018, s. 578).

5.3 Konklusjon

Kroniske nyrepasienter som gjennomgår hemodialysebehandling står overfor betydelige livsstilsendringer. Behandlingen krever mye tid og energi, og medfører begrensninger i hverdagen, inkludert tap av aktiviteter og arbeid. Mange opplever en følelse av sosial isolasjon, da avhengigheten og hyppigheten av behandlingen begrenser pasientens frihet og autonomi. Forskningen peker på fem faktorer som er med på å påvirke pasientens livskvalitet: den fysiske og psykiske helsen, begrensninger i hverdagen, tap av frihet og autonomi og tilstedeværelsen av de kjære. Det erkjennes at lidelsen er en uunngåelig del av livet, og en persons aksept er avgjørende for å lære å leve vedsiden av den.

6.0 Anvendelse av resultatene i praksis

Vi har reflektert ovenfor faktorer som påvirker livskvaliteten til hemodialyse pasienter, og vurdert samhandling mellom pasienten og helsepersonellet. Når det gjelder pasientens sosiale krets, er dette et område der en sykepleier ikke kan utøve direkte innflytelse. Sykepleieren kan dermed bidra med veiledning og råd, for at den gode livskvaliteten til pasienten opprettholdes.

I et lys av dette vil vi legge frem forslag som til hensikt skal kunne forbedre pasientens psykiske og fysiske helse, autonomi og frihet, pasientens daglige begrensninger og støtte av pårørende. På den måten mener vi at pasienten kan føle på en bedre livskvalitet.

Forslagene er som følgende:

Kandidatnummer: 1508 og 1509

- Vi foreslår iverksettelse og tilpasse aktivitetsprogram, som skal være tilpasset til pasientens helsestatus og fysisk kapasitet. Samt oppmuntre pasienten til å utføre regelmessig fysisk aktivitet som kan bidra til en bedre livskvalitet. Dette vil gi pasienten flere fordeler, inkludert lindring av ulike symptomer og økt selververd.
- Vi foreslår regelmessig evaluering og kartlegging av psyken til pasienten, hvor helsepersonell kan bidra med støtte og veiledning. Det kan bidra med tidlig identifisering av utfordringer og til å gi mer helhetlig omsorg.
- Vi foreslår mer strukturert og tilrettelagt behandling, med sikte på å redusere begrensningene i hverdagen for pasienten i forbindelse med behandling. Dette vil gi pasienten økt autonomi og unngå at vedkommende må gi slipp på karrieren og drømmen sine.
- Vi foreslår å sette mer lys på informasjon, opplæring og undervisning. Det vil sikre at pasienten kan aktivt delta i beslutningsprosessen og oppleve en form av inkludering.
- Vi foreslår inkludere pårørende i veiledning, undervisning og samtaler med pasient. Dette vil skape mer trygghet hos pasienten som kan forbedre deres livskvalitet.

Litteraturliste

Baxter. (2023). Leve godt med dialyse. Hentet fra:

<https://mykidneyjourney.baxterhealthcare.ie/live-well-dialysis>

Bender, M. D., Dykowska, G., Zuk, W., Milewska, M., Staniszewska, A. (2018). The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency. *Dovepress* 18(12) 577-583. <http://dx.doi.org/10.2147/IPPA.SI56356>

Bjørnes, A.K., Gjevjon, E.R. (2019, 31. Oktober). Kvalitet i kvantitativ metode – et innblikk. *Sykepleien*. Hentet fra: [10.4220/Sykepleienf.2019.78806](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78806)

Bulatovic, K., Karanovic, A., Mitrovic, V., Rasic, D., Stolic, R. V. & Zdravkovic, N. (2023). Physical Exercise of Patients on Hemodialysis, Optimistic or Pessimistic. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 17(5). 229-237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37838932/>

Chen, Y-C., Lin, C-L. & Lee, B-O. (2020). Relationships of illness representation and quality of life in patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*. 29(19-20). 3812-3821. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jocn.15412>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Finderup, J., Jensen, J.D. & Lomborg, K. (2020). Shared decision-making in dialysis choice has potential to improve self-managment in people with kidney disease: A qualitative follow-up study. *Journal of Advanced Nursing*. 77(4). 1878-1887. <https://doi.org.ezproxy.uis.no/10.1111/jan.14726>.

Friberg, F. (2022). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. Utg.). Studentlitteratur.

Gøransson, L.& Larsen, S. M. (2022) Sykdommer i nyrene og urinveiene. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. red. *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk,

Helsebiblioteket. (2021, 30.september). Kunnskapsbasert praksis: 2.1PICO.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering>

Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom: 2011 2015*.

https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf

Helsenorge. (2023, 1. april). Kronisk nyresykdom i endestadiet. Hentet den 21. November

2023 fra: <https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/kronisk-nyresykdom-i-endestadiet/hemodialyse-nyresykdom>

Holck, P. (2023, 13. August). Nyrene. I Store Medisinske Leksikon. Hentet den 27.oktober

2023 fra: <https://sml.snl.no/nyrene>

Jonasson, K., Gustafsson, L-K. (2017). You Live as Much as You Have Time To: The Experience of Patients Living with Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 44(1).

35-41. <http://ezproxy.uis.no/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/you-live-as-much-have-time-experience-patients/docview/1870849072/se-2?accountid=136945>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A., Grimsbø, G. H. (red). (2021).

Grunnleggende Sykepleie: Fag og profesjon bind 1 (3.utg.). Oslo: Gyldendal
Akademisk

Landsem, I.P. (2018, 17. Juni). *Sykepleiers kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen*. Sykepleien. Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2018/06/sykepleieres-kompetanse-i-kommunikasjon-ma-systematisk-inn-i-undervisningen>

Lov om pasient- og brukerrettigheter, [Online], 1999.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Mjøsund, N. H. (2020). Helsefremmede sykepleie i psykisk helsevern – Pasienters drømmesykehus. *Sykepleien Forskning* 2020;15(80478). Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2020/02/helsefremmende-sykepleie-i-psykisk-helsevern-pasienters-drommesykehus>

Nes, R.B., Røysamb, E., Eilertsen, M.G., Hansen, T., Nilsen, T.S. (2021,18.12). Livskvalitet i Norge. FHI. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=>

NSF. (2023, 31. Mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Norsk Sykepleierforbund.

Hentet 8.oktober fra: <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Os, I. (2007). *Livskvalitet i dialyse*. Foskningsprosjekter. Hentet fra:

<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/2005102>

Os, I. (2010). *Nor Legeforen.* 130:1853. doi: [10.4045/tidsskr.10.0734](https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0734)

Stubberud, D.G., Grønseth, R. (2022). *Klinisk sykepleie 2.* (6.utg.) Gyldendal.

Wahl, A.K., Hanestad, B.R. (2004). *Måling av livskvalitet i praksis: En innføring.*
Fagbokforlaget.

Wu, Y-H., Hsu, Y-J., Tzeng, W-C. (2022). Physical Activity and Health-Related Quality of Life of Patients on Hemodialysis with Comorbidities: A Cross-Sectional study. *International Journal of Environmental Research and public health*, 19(2): 811, s. 1-12.
doi: [10.3390/ijerph19020811](https://doi.org/10.3390/ijerph19020811)

Vedlegg

VEDLEGG 1 – SØKELOGG

Søkedato	Databas e/Søkem otor	Søkeord og ordkombina sjoner	Avgrensni nger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikle r	Antall valgte artikler
24.10.23	PubMed	Renal dialysis* OR Hemodialysi s* NOT Peritoneal dialysis* OR Artificial Kidneys* AND Quality of Life* OR Improved life quality AND Nursing*	2013-2023 Fagfelle vurderte tidsskrifte r	22 311	15	8	1
25.10.23	Medline	Kidney failure* OR Renal disease* AND Hemodialysi s* AND Quality of Life*	2013-2023 Fagfelle vurderte tidsskrifte r	187	11	7	2
23.10.23	Pubmed	Dialysis* Quality of life*	2013-2023 Fagfelle vurderte tidsskrifte r	8 548	13	9	1

Kandidatnummer: 1508 og 1509

20.11. 23	Pubmed	Dialysis* Physical activity* Quality of life*	2013-2023 Fagfelle- vur- derte tidsskrifter	85	10	4	1
------------------	---------------	--	---	----	----	---	---

VEDLEGG 2 – LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall, Tidsskrift, Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasienten/p årørende)	Utvalg/populasjo n	Hovedfunn/resulta t
Wu, Y-H., Hsu, Y-J., Tzeng, W-C. 2022 International Journal of Environmental Research and public health Taiwan.	Physical Activity and Health- Related Quality of Life of Patients on Hemodial ysis with Comorbid ities: A Cross- Sectional study	Hensikten med studien er å undersøke om pasienter som gjennomgår hemodialyse, både med og uten samtidige sykdommer, har ulike nivåer av fysisk aktivitet og "Health related quality of life".	Artikkelen har et pasientsentrert perspektiv.	Forskningen er en deskriptiv tversnittstudie. Pasienter som mottok hemodialyse ble rekruttert fra poliklinikken i et medisinsk senter i Nord-Taiwan mellom januar-desember 2020. Totalt 120 pasienter utførte en helseundersøkelse.	Pasienter på hemodialyse med lavintensitets fysisk aktivitet viste lavere livskvalitet enn de uten tilleggsykdommer. Moderat-intensitets trening forbedret livskvaliteten for pasienter med tilleggsykdommer på hemodialyse, det blir derfor anbefalt som en viktig del av behandlingsplaner for langvarige hemodialysepasienter.
Chen, Y-C., Lin, C-L. & Lee, B-O. 2020 Journal of Clinical Nursing Taiwan	Relations hips of illness represent ation and quality of life in patients with end- stage renal disease receiving haemodia lysis.	For å undersøke forholdet mellom "illness representations" (IR) og livskvalitet, og for å teste om disse "sykdomsrepresentasjonene" kan forutsi livskvaliteten hos pasienter som gjennomgår hemodialyse.	Studien har et pasientsentrert perspektiv på hvordan deres egen oppfatning av sykdommen samt opplevelse av hemodialyse spiller inn på egen livskvalite	Studien ble utført ved et hemodialysesenter på et universitetssykehus sør i Taiwan. Et total av 172 effektive undersøkelser ble besvart.	Denne studien avslørte en sammenheng mellom sykdomsrepresentasjoner og livskvalitet hos pasienter med hemodialyse. Sykdomsrepresentasjonen var moderat balansert, uten tydelig positiv eller negativ vekt.

Kandidatnummer: 1508 og 1509

<p>Bender, M, D. Dykowska. G. Zuk, W. Milewska, M. Staniszewsk a, A. 2018 Dovepress Polen</p>	<p>The impact on quality of life of dialysis patients with renal insufficiency</p>	<p>Hensikten med studie var den subjektive vurderingen av livskvalitet (QoL) til pasienter behandlet med peritoneal og hemodialyse</p>	<p>Artikkelen har et pasient-perspektiv som utledet fra pasientens erfaringer</p>	<p>Det var en gruppe på 140 polske dialysepasienter som deltok i studie, hvor noen av pasienten fikk hemodialyse og andre fikk peritonealdialyse</p>	<p>Pasienter på peritonealdialyse opplevde høyere livskvalitet enn de som mottok hemodialyse. Begrensninger i arbeid, studier og endringer i livsplaner reduserte livskvaliteten hos hemodialysepasienter. Studien anbefaler at helsepersonell tar hensyn til individuelle behov og forventinger, for å unngå kollisjoner med arbeid eller studier for hemodialysepasienter. De burde også motta psykologisk omsorg for å forbedre behandlingsresultatet og livskvalitet.</p>
<p>Finderup, J., Jensen, J.D. & Lomborg, K. 2020 Journal of Advanced Nursing. Danmark.</p>	<p>Shared decision-making in dialysis choice has potential to improve self-management in people with kidney disease: A kvalitativ</p>	<p>Utforske pasientens involvering i deres pågående behandling etter prosjektet SDM (Shared decision-making).</p>	<p>Pasientsentrert perspektiv.</p>	<p>Individuelle intervjuer med 13 pasienter ble gjennomført umiddelbart etter deres deltakelse i en felles beslutningsintervensjon for valg av dialyse, og igjen 3 måneder etter dialysebehandling en ble startet.</p>	<p>Etter felles beslutningsintervensjonen hadde pasienter som valgte hjemmebasert behandling blitt mer involvert i sin behandling og omsorg for egen helse. Involvert støtte fra pårørende og helsepersonell bidro positivt til dette. I motsetning var pasienter som hadde valgt sykehusbasert behandling mindre</p>

Kandidatnummer: 1508 og 1509

	e follow-up study				involvert i egen behandling.
Jonasson, K., Gustafsson, L-K. 2017 Nephrology Nursing Journal. Sverige.	You Live as Much as You Have Time To: The Experience of Patients Living with Hemodialysis	Studiens hensikt er å belyse forandringer i livet for pasienter med kronisk nyresvikt som gjennomgår hemodialyse.	Artikkelen har et pasientsentrert perspektiv.	Det ble utført dypbdeintervju med 9 pasienter i ulike aldersgrupeper som gjennomgår hemodialyse i Sverige.	Resultatene viser at livet med hemodialyse vil oppleves som en overgang fra “frihet til fangenskap”, tilpasning til det nye livet, og at det nye livet vil bevege seg mot forsoning. Studien viser at støtte til harmoniseringen er avgjørende for pasientens helse.

VEDLEGG 3 – OVERSIKTSTABELL OVER HOVED- OG UNDERKATEGORIER MED FARGEKODER

Art. 1 (Wu)

Hovedkategori	Underkategorier
Helserelatert livskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> - Forbedring av helse - Redusert dødelighet - “En Stillesittende livsstil”
Tilleggssykdommer	

Art. 2 (Finderup)

Hovedkategori	Underkategorier
Involvering i sykdomsforløpet	<ul style="list-style-type: none"> - Helsepersonellets atferd - Støtte fra helsepersonell og pårørende
Psykososial støtte	
Livskvalitet	

Art 3 (Chen)

Hovedkategori	Underkategorier
Sykdomsforventninger	<ul style="list-style-type: none"> - Sykdomsforventninger kan påvirke forløpet - Behovet for veiledning og kunnskap
Livskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> - Moderat livskvalitet

Art. 4 (Bender)

Hovedkategori	Underkategorier
Livskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienter som får PD-beh. Har høyere livskvalitet enn pas. med HD. - Nytt livsperspektiv og reorientering ut fra et liv med nyresvikt/dialyse - Begrensninger i det daglige
Tilpasset sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier må ta stilling til individuelle behov
Psykologisk omsorg	

Art. 5 (Jonasson & Gustafsson)

Hovedkategori	Underkategorier
Livsstileendringer	<ul style="list-style-type: none"> - “Fra frihet til fangenskap” - Tilpasninger til det nye livet
Begrensninger i dagliglivet	<ul style="list-style-type: none"> - Tidsbegrensninger - Fysiske begrensninger – en svak kropp, et svakere sinn - Begrensede sosiale relasjoner
Avhengighet	<ul style="list-style-type: none"> - Det å være avhengig av noen andre - Det å være avhengig av en maskin
Håp	<ul style="list-style-type: none"> - Håpet for forandring - Håp for en fremtid

VEDLEGG 4 – FERDIGSTILT TABELL MED FARGEKODER

Hovedkategori	Underkategorier
Opplevelse av helserelatert livskvalitet	<ul style="list-style-type: none">- Kroppslige utfordringer- Påvirkningen av psykiske aspekter
Begrensninger og pasientens aktive rolle i behandlingsforløp	<ul style="list-style-type: none">- Ivaretagelse av frihet og autonomi- Begrensninger i hverdagen
Pårørendes rolle i helseutfordringer	<ul style="list-style-type: none">- Samspill og støtte: Pårørendes rolle i behandling