



Bacheloroppgave

SY 300215 Bacheloroppgave i sykepleie

Opplevelse av livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresvikt.

Experience of quality of life by patients with chronic renal failure.

Kandidatnummer: 10062

Totalt antall ord: 8551

Antall sider inkludert forsiden: 59

Hovedveileder: Gerd Elisabeth Meyer Nordhus

Innlevert Ålesund, 22/05/2018



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at NTNU vil behandle alle saker hvor det foreligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato:

Forord

“The quality of life is more important than life itself”.

Av Alexis Carrel. (Fransk kirurg tildelt nobelpris i fysiologi/medisin)

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan livskvalitet oppleves av pasienter med kronisk nyresvikt som får hemodialysebehandling. Ved å vektlegge pasientenes perspektiv vil oppgaven kunne gi innblikk i og forståelse av hva som kan gi kroniske nyrepasienter en bedre hverdag. Som sykepleier kommer jeg til å møte pasienter med kronisk nyresvikt i yrkeslivet. Derfor er det viktig å tilegne seg mer kunnskap om dette, for å ha mulighet til å hjelpe pasientene til et bedre liv.

Metode: Metoden er en systematisk litteraturstudie basert på 9 forskningsartikler, funnet gjennom søk i database som CINAHL, ProQuest og PubMed. Alle forskningsartikler er kvantitative. Jeg har brukt Evans (2002) sin metode for å analysere artiklene og kategorisere relevante funn for min problemstilling.

Resultat: Jeg kom frem til følgende hovedfunn som belyser opplevelsen av livskvalitet hos hemodialysepasienter: psykisk og fysisk helse er mest påvirket av sykdommen og behandlingen. Dette fører til begrensning i hverdagen og tap av frihet og autonomi hos pasientene. Sosial støtte kan forbedre pasientenes livskvalitet.

Konklusjon: Litteraturstudien viste at pasienter med kronisk nyresvikt har en stor forandring i livsutfoldelse. Det er en del faktorer som påvirker deres opplevelse av livskvalitet, som psykisk og fysisk helsetilstand, begrensning i hverdagen og tap av frihet og autonomi. Det å akseptere sykdommen er viktig da det gjør at pasienten tilpasser seg den aktuelle situasjonen og hindrer negative følelser. Det er viktig for sykepleier å få mer kunnskap om tiltak som kan styrke livskvaliteten hos pasienter med kronisk nyresvikt.

Abstract

Aim: The aim of this study is to investigate chronic renal patients who receive hemodialysis treatment, their experience of quality of life and the factors that contribute to quality of life. By emphasizing their perspective, this study aims to provide perception and understanding of what can give chronic renal patients a better everyday life. As a nurse, I will meet patients with chronic renal failure in my professional practice. Therefore, it is important to acquire more knowledge of this in order to have the opportunity to help patients to have a better life.

Method: The method is a systematic literature study based on nine research articles, applied to databases such as CINAHL, ProQuest and PubMed. All of them are quantitative. I have used Evans's content analysis to analyze the articles and categorize relevant findings for my main study question.

Result: It was discovered the following key findings that have been shown to affect quality of life for hemodialysis patients: mental and physical health is most affected by the disease and treatment, they later lead to a limitation of everyday life and loss of freedom in patients. Social support can improve quality of life.

Conclusion: Patients with chronic renal failure have a major change in life. There are a number of factors that affect their experience of quality of life, such as mental and physical health, limitation of everyday life and loss of freedom. Accepting the disease is important because it allows the patient to adapt himself to the current situation and prevent negative emotions. It is important for nurses to have more knowledge of measures that can enhance quality of life in patients with chronic renal failure.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med studien	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avklaring av viktige begreper	2
1.5 Avgrensning	3
1.6 Oppbygning av oppgaven.	3
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Nyrenes fysiologi og anatomi	4
2.2 Kronisk Nyresvikt	4
2.3 Behandling	5
2.4 Livskvalitet.....	6
2.5 Å leve med kronisk sykdom.....	7
3.0 Metode	9
3.1 Datasamling	9
3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier	11
3.3 Kritisk vurdering av kvaliteten og relevans av forskningsartikler	12
3.4 Etisk vurdering	13
3.5 Analyse.....	14
4.0 Resultat	15
4.1 Kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling påvirker fysisk og psykisk helse.....	15
4.2 Begrensning i hverdagen og tap av frihet og autonomi.	16
4.3 Sosial støtte	17
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	19
5.2 Resultatdiskusjon.	20
5.2.1 Påvirkning av fysisk og psykisk helse ved kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling.....	20
5.2.2 Tap av frihet, autonomi og begrensning i livsutfoldelse.....	22
5.2.3 Sosial støtte	25
6.0 Konklusjon	28
Litteraturliste	30
Vedlegg 1: Eksempel på sjekklister for Kvantitativ studie.	35
Vedlegg 2: Søkehistorikk	40
Vedlegg 3: Litteraturmatriser	42

1.0 Innledning

Oppgaven handler om opplevelse av livskvalitet hos pasienter med kroniske nyresykdommer som får hemodialysebehandling. Oppgaven skal løses gjennom systematisk litteraturstudie. For å svare godt på problemstillingen, har jeg valgt å bruke pasientperspektivet fordi det er pasienten sin opplevelse som er viktigst i oppgaven. I dette kapitlet presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven og den aktuelle problemstilling. Jeg vil kort forklare viktige begreper, og beskrive avgrensinger. Til slutt skal jeg gi en kort oversikt over oppgavens videre oppbygging.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Kronisk nyresvikt er et økende problem over hele verden, og blir rangert som et av verdens største folkehelseproblemer (Gulbrandsen, 2016, s. 113). Venteliste for nyretransplantasjoner har økt betydelig de siste ti årene. Nyrene er ofte det første som svikter ved flerorgansvikt, dette kan føre til økt mortalitet. Det er anslagsvis 10% av befolkningen i Norge som har kronisk nyresvikt (Gøranson og Larsen, 2011, s. 307). Antallet øker på grunn av økning av sykdommer som kan forårsake nyreskade. Kronisk nyresvikt er oftest forårsaket av aterosklerose, diabetes, glomerulære sykdommer og kroniske infeksjoner i nyrene og urinveiene. Hver tredje pasient over 70 år har tegn eller flere funn på kroniske nyresykdom. Det er stor sannsynlighet for at jeg som sykepleier kommer til å møte pasienter med sykdommer i nyrene, det er derfor nyttig å tilegne seg mer kunnskap om temaet.

Jeg valgte livskvalitet fordi begrepet nå er mye brukt i helsesektoren. Bedre behandlingsmetoder av akutte og kroniske tilstander har resultert i en større andel personer som lider av kroniske plager og sykdommer. En stor andel av den norske befolkningen har en eller annen lidelse, skade eller funksjonshemming som påvirker deres hverdag. Dette fører til at pasienten har behov for hjelp til å tilpasse seg hverdagen på en god måte til tross for ulike typer tap, dette selv etter at helsevesenet har kommet fram til en adekvat medisinsk behandling. Fokus på livskvalitet gir her en innfallsport hvor den syke selv kan få formidlet hvor skoen trykker, på denne måten ha en mulighet til å påvirke behandling og pleietiltak (Wahl og Hanestad, 2004, s. 19). Det er viktig for sykepleiere å kjenne tiltak som styrker livskvaliteten hos disse pasientene.

1.2 Hensikt med studien

Hensikten med litteraturstudien er å belyse opplevelsen av livskvalitet hos kroniske nyrepasienter som får behandling med hemodialyse. Ved å fokusere på pasientperspektiv vil oppgaven kunne gi innblikk i, og forståelse for hva som kan gi kroniske nyrepasienter en bedre hverdag. Som nevnt er det viktig for sykepleier å tilegne seg mer kunnskap om hvordan livskvalitet kan styrkes, da det er stor sannsynlighet for at en kommer til å møte pasienter med kronisk nyresvikt i yrkeslivet.

1.3 Problemstilling

Hvordan oppleves livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresvikt som får behandling med hemodialyse?

1.4 Avklaring av viktige begreper

Kronisk nyresvikt: Kronisk nyresvikt oppstår når nyrenes tre hovedfunksjoner er sterkt redusert eller går tapt. Det vil si utskillingen av avfallsstoffer, regulering av væske- og elektrolyttbalansen, og den endokrine funksjonen med produksjon og utskilling av renin, erythropoietin og aktivering av vitamin D (Gulbrandsen, 2016, s. 121).

Hemodialyse: Ved hemodialyse renses pasientens blod utenfor kroppen. Behandlingen krever en blodtilgang ved hjelp av et dialysekateter eller en arteriovenøs fistel (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Dialysebehandling startes når nyresvikten forverres og avfallsprodukter og væskeoverskudd hoper seg opp i kroppen.

Opplevelse: I følge Ottesen (Store medisinsk leksikon, 2016), er opplevelse innholdet av en persons subjektive erfaring, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosesser, motivasjon eller annet.

Livskvalitet: Livskvalitet er et subjektiv, normativ og multidimensjonalt begrep. En enkel måte å definere det på er å si at livskvalitet er synonymt med det gode liv. Livskvalitet belyser hvilke egenskaper, karakterer eller verdier som betyr mest for at livene våre skal oppleves som gode (Wahl og Hanestad, 2004, s. 23)

1.5 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til kroniske nyrepasienter som får hemodialysebehandling ved sykehuset. Pasienter som får behandlingen hjemme, de som har akutt nyresvikt og de som får peritoneal dialyse blir derfor ikke tatt med her. Jeg har valgt pasientperspektiv, derfor er pasienten sin opplevelse i fokus. Pasientene er voksne, det vil si 18 år og eldre.

1.6 Oppbygning av oppgaven.

Teoridelen vil bestå av litteratur relevant for å belyse min problemstilling, og en presentasjon av grunnleggende kunnskap som trenges for å forstå nøkkelbegrepene jeg har i problemstillingen. I metodedelen beskriver jeg datasamling og analyse av de artiklene jeg har inkludert i studien for å komme frem til relevante funn. Her skal jeg belyse den søkestrategien jeg har brukt og beskrive kvalitet og etisk vurdering av forskningsartiklene. I resultatdelen skal jeg gjøre rede for funnene og kategorisere dem i forskjellige punkter. Diskusjonsdelen vil bestå av metodediskusjon og resultatdiskusjon hvor jeg skal diskutere fremgangsmåten i metode og diskutere funnene opp mot problemstilling og teori. Jeg skal også drøfte dette i forhold til konsekvenser for sykepleie. Til slutt vil jeg skrive en kort konklusjon for oppgaven samt forslag for videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

Dette kapitlet består av teori om nyrenes anatomi og fysiologi, litt om kronisk nyresvikt, livskvalitet og hvordan det er å leve med kronisk sykdom.

2.1 Nyrenes fysiologi og anatomi

De to nyrene ligger bak bukhinnen (peritoneum) mot ribbeina og ryggen. Nyrene er bønneformet, ca 10-12cm lang. Den nedre delen ligger et par fingerbredder under de nederste ribbein, den høyre ligger litt lavere enn den venstre.

Nyrenes hovedoppgave

- Filtrasjon av vann og løste stoffer, dette skjer i glomerulus.
- Reabsorpsjon av vann og løste stoffer (væske og elektrolyttbalansen).
- Regulering av utskillingen av vann og løste stoffer.
- Oppsamling og utskilling av urin.
- Endokrin funksjon.

(Nicolaysen og Holck, 2014, s. 204).

Nyrer er nødvendig for å vedlikeholde kroppens indre miljø. Mengden vann og salter, det som kalles væske og elektrolyttbalansen, holdes nær konstant i kroppen slik at cellene som skal utføre sine spesialiserte funksjoner, har best mulige forhold. Hvis vanninnholdet endrer seg, kan det føre til at cellene hovner opp eller skrumper seg, og cellefunksjonen kan svekkes. Kroppen har en mekanisme som bidrar til å holde både vannutskylling og vanninntak på riktig nivå (Nicolaysen og Holck, 2014, s. 204)

2.2 Kronisk Nyresvikt

Nyresvikt er en tilstand der glomerulær filtrasjonshastighet er redusert. I normale nyrer filtreres samlet over glomerulus membranen cirka 125 ml plasma per minutt, det betyr 180liter per døgn. Det er det som kalles glomerulær filtrasjonshastighet. Nyresvikt i endestadiet kalles ofte uremi (Ørn et al., 2015, s. 305a).

De hyppigste årsakene til endestadiet av nyresvikt (uremi) i Norge er hypertensjon, primære glomerulonefritter, nyresykdom som følge av diabetes mellitus og medfødte nyresykdommer, som cystenyrrer (Ørn et al., 2015, s. 305b).

Pasienter med uremi har vanligvis diffuse og ikke spesifikke symptomer, dette henger sammen med tap av nyrenes ulike fysiologiske funksjoner etterhvert som nyresvikten utvikles. Det vil da oppstå svikt i syre-base-reguleringen, svikt i utskilling av avfallsstoffer, i elektrolytt- og væskeregulering samt nyrenes endokrine funksjon. De fleste med uremi har hypertensjon. Disse pasientene har en betydelig overdødelighet av hjerte- og karsykdommer sammenliknet med nyrefriske personer, også når det tas hensyn til tradisjonelle risikofaktorer som alder, røyking, kolesterolnivå og familiær belastning (Ørn et al., 2015, s. 307).

2.3 Behandling

I noen tilfeller behandles grunnsykdommen for å hindre eller forsinke utviklingen av endestadiet av nyresvikt. Ved kronisk nyresvikt er det svært viktig å behandle blodtrykket optimalt uansett årsak (Ørn et al., 2015, s. 308a).

Kost og legemidler: Ved nyresvikt blir nyrenes evne til å hydroksylere vitamin D og skille ut fosfat redusert, pasienten trenger derfor vitamin D erstatning for å hindre utviklingen av hyperparatyreose. Det er også viktig at fosfatinntaket reduseres. De fleste får et legemiddel (fosfatbinder) som tas til måltid og bindes til fosfat i maten og transporteres ut med feces uten å bli absorbert. Overhydrering skal behandles med å øke doser av slyngediuretika for å øke diuresen, eller/og med væskerestriksjon. Det er viktig å redusere kaliuminntaket i kosten ved hyperkalemi. Kalium innhold i blodet kan reduseres ved å korrigere den metabolske acidosen ved tilførsel av bicarbonattabletter eller legemidler som binder kalium i tarmen som «Resonium Calcium». Ved renalt betinget anemi får pasienten erythropoietin (Ørn et al., 2015, s. 308b).

Dialyse og transplantasjon: Når nyresvikten er i endestadiet, finnes det to mulige behandlingsformer, dialyse eller nyretransplantasjon. Ofte er dialysebehandling nødvendig i påvente av nyretransplantasjon (Ørn et al., 2015, s. 308). Dialysebehandling kan oppfattes som erstatningsbehandling for manglende nyrefunksjon. Vi har to former for

dialyse: Hemodialyse og peritonealdialyse. Siste nevnte har ikke fokus i denne oppgaven. Ved hemodialyse renses blodet gjennom maskin. Maskinen har en semipermeabel membran som fungerer som en kunstig nyre der blodet passerer på den ene siden og dialysevæske på den andre siden av membranen. Når blodet renses reguleres elektrolytter som kalium og bikarbonat. Disse tilføres for å utlikne den metabolske acidosen, og væskeoverskudd fjernes (Ørn et al., 2015, s. 308c).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet er satt i sammenheng med morbiditet, symptomer og opplevelse av problemer som følge av symptomer. Psykologiske forhold påvirker hvordan symptomer og de problemene som følger blir oppfattet, og hvordan den enkelte vil vurdere sin livskvalitet. Hvordan en opplever symptomer er avhengig av ens sinnstilstand. Noen mennesker har en tendens til å vurdere sin livssituasjon bedre enn andre mennesker. Det har vist seg at personer med kronisk livstruende sykdom redefinerer sine verdier i livet, og kan derfor vurdere sin situasjon mer positiv enn personer som ikke er livstruende kronisk syk (Wahl og Hanestad, 2004, s. 27). For å sikre at livskvalitetsbegrepets subjektive natur også blir ivarettatt i det praktiske arbeidet med pasienter, må pasientens egen opplevelse av sin situasjon kartlegges (Rustøen, 2001, s. 79).

Rustøen (2001, s. 20) hevder at det i livskvalitetsforskning blir tatt utgangspunkt i livskvalitet som et subjektivt og flerdimensjonalt fenomen som inkluderer både positive og negative dimensjoner ved livet, og ut ifra dette er livskvalitet definert som *”enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdisystem de lever i, forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av”*. Denne definisjonen deles videre i seks områder: Det fysiske området, det psykologiske området, nivå av uavhengighet, sosiale relasjoner, omgivelser og åndelighet, religion og personlig tro.

Ulike forskere definerer livskvalitet på ulike måter. Næss (referert i Wahl og Hanestad, 2004, s. 30a) ser på helsetilstand som noe som påvirker livskvaliteten, mens Spilker (i Wahl og Hanestad, 2004, s. 30b) vil si at helsetilstand er en del av livskvaliteten. Mye av kritikken mot livskvalitetsforskningen i klinisk praksis er nettopp rettet mot manglende avklaring av begrepsinnhold og teoretisk forankring. Wahl og Hanestad (2004, s. 30c)

mener derfor at det vil være vanskelig å finne en definisjon av livskvalitet som alle vil kunne enes om, og som kan gjøres målbar på en entydig måte i alle livskvalitetsforskinger. Helserelatert livskvalitet er i følge Padilla et al. (i Rustøen, 2001, s. 30d) definert som: ” *a personal, evaluative statement summarizing the positivity and negativity of attributes that characterize one’s psychological, physical, social, and spiritual wellbeing at a point in time when health, illness, and treatment conditions are relevant*”. Definisjonen viser hvordan helse, sykdom og behandling trekkes inn for å begrense definisjonen av livskvalitet. Et spørsmål som dukker opp her er om denne definisjonen fanger opp helheten i menneskelivet. Konsekvensen blir da at pasienten av og til ikke får hjelp fordi problemene ligger utenfor helsearbeiders arbeidsområde. Eksempelvis medfører det å være en kronisk syk økonomiske problemer for mange pasienter. Sykepleier skal kartlegge dette og videreformidle til pasienten hvilke ulike instanser som kan gi støtte (Rustøen, 2001, s. 30e)

2.5 Å leve med kronisk sykdom

Curtin og Lubkin referert i Fjørtoft (2016, s. 49) hevder at: ” *kronisk sykdom er en irreversibel konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt*”. Det å få en kronisk sykdom har konsekvenser for livsutfoldelsen til den enkelte og for de pårørende. Kronisk syke kan oppleve mange tap: tap av fysiske funksjoner, tap av sosiale roller og relasjoner, tap av selvfølelse, tap av sikkerhet og kontroll, tap av uavhengighet og økonomisk tap (Fjørtoft, 2016, s. 49).

Når pasienten innser at sykdommen ikke lar seg endre, retter han/hun i stedet oppmerksomheten mot framtiden som har muligheter selv om den er forandret (Graubæk, 2010, s. 83). Det er viktig at den syke er i stand til å erkjenne at noe ugjenkallelig har skjedd. Når den syke beveger seg mot framtiden, gjennomlever han den følelsesmessige lidelsen og smerten og blir bedre til å utholde og erkjenne lidelser og håp (Graubæk, 2010, s. 83). Videre er det også viktig å understreke at smerte og lidelse ikke er synonyme fenomener. Smerte uttrykker seg kroppslig og er ufravikelig tilstede som regel uavhengig av våre egne valg, mens lidelse kan gi oss valgmuligheter. Vi kan velge å oppfatte smerte

som lidelse men, vi trenger det ikke, vi kan holde ut og takle den på ulike måter (Nortvedt, 2016, s. 175)

3.0 Metode

Metode, av det greske ordet: ” *metodos*”, betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Metoden som anvendes i sykepleieforskning dreier seg om hvordan vi går frem for å få relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten vi ønsker å undersøke, hvordan informasjonen kan analyseres og hva som er resultater og konsekvenser av slik forskning (Dalland, 2015, s. 18). I denne fasen av undersøkelsesprosessen blir utformingen av undersøkelsen utført, og valgmetoder, datainnsamlingsmetoder, gjennomføring av datainnsamling og analysemetoder blir evaluert. Etske hensyn her også blir vurdert (Forsberg og Wengström, 2015, s. 40)

3.1 Datasamling

Det er sentralt i all forskning å samle inn data. Det må samles inn dokumentasjon eller data som gjenspeiler den virkeligheten som undersøkes (Dalland, 2015, s. 18).

Det første jeg gjorde var å velge tema. Jeg gjorde et generelt litteratursøk i databasene på NTNU biblioteket sine hjemmesider, og fant ut at det var mange forskningsartikler rundt temaet. På CINAHL databasen fant jeg mange forskningsartikler, derfor benyttet jeg hovedsakelig den. Henviser til vedlegg 2 for detaljert søkehistorikk.

Etter å ha formulert en problemstilling, utarbeidet jeg en søkestrategi som omfattet sentrale ord i problemstillingen min, samt inklusjons-og eksklusjonskriterier. Sentrale ord benyttet i søket er: «Kidney failure», «renal failure», «Kidney disease», «renal disease», «hemodialysis» og «quality of life». I ” Subject major heading” har jeg brukt følgende ord til begrensning: «patients experience», «life experience», «chronic renal disease», «dialysis patients», «every day life». Sentrale ord ble valgt ut ved bruk av PICO verktøy. I følge Helsebiblioteket (2016) er PICO et verktøy som bidrar til å gjøre problemstillingen tydelig og presis. Etter å ha formulert en problemstilling, bør en bestemme hvilket kjernesporsmål en står overfor. Dette gjør søket etter forskning rundt problemstillingen enklere. I følge Forsberg og Wengström (2016. s. 60) er PICO en strukturert metode for å kombinere søkestrategier, basert på problemformulering, når du søker i bibliografiske databaser.

I følge helsebiblioteket (2016) forklares PICO slik:

P: Patients, population, problem: Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om? Jeg søker kunnskap om pasienter som er voksne, 18 år eller eldre. Disse lever med kronisk nyresvikt, derfor har jeg valgt søkeord «kidney failure», «renal failure», «kidney disease» og «renal disease».

I: Intervention: Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)? Tiltaket jeg er interessert i er hemodialysebehandling på sykehuset. Søkeord ble: «hemodialysis», «dialysis»

C: Comparison: Om du ønsker å sammenligne to typer tiltak skal det andre tiltaket stå her. Da jeg ikke skal sammenligne to tiltak, har jeg valgt å ekskludere dette punktet.

O: Outcome: Hvilke endepunkter er du interessert i? Utfallet jeg er opptatt av er hvordan kroniske nyrepasienter som får hemodialysebehandling opplever livskvalitet, derfor er søkeord,» «livskvalitet» benyttet (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 1. PICO-skjema

P	I	C	O
Kronisk Nyresvikt	Dialyse Hemodialyse	-	Opplevelse livskvalitet
Renal failure Kidney failure Renal insufficiency	Dialysis Hemodialysis	-	Experience Quality of life

Etter bruk av PICO-skjema har jeg utført søk på databaser som CINAHL, ProQuest og PubMed, søkene ble innstilt på «Advanced search» slik at søket blir så nøyaktig som mulig. Forsberg og Wengström (2016, s. 69) hevder at en vanlig måte å velge søkeord på er å anta ord i spørringen og søke etter enkle ord eller ordkombinasjoner ved hjelp av logiske søkoperatører. Søkeordene kombineres ved hjelp av de såkalte boolske operatørene: «AND», «OR», og «NOT». Operatøren «AND» finner referanser som inneholder både A og B (A AND B). Denne kombinasjonen brukes til å begrense et søk og gi et smalere resultat. «OR» finner referanser som inneholder A eller B. Denne

kombinasjonen utvider et søk og gir et bredere resultat. «NOT» finner referanser som inneholder A, men ikke B. Denne kombinasjonen begrenser søket.

Etter å ha funnet relevante søkeord har jeg kombinert dem i databasen for å finne forskningsartikler. Jeg har brukt «Kidney failure» OR «renal failure» for å utvide søket slik at det gir treff på artikkelreferanser som inneholder enten «Kidney failure», «renal failure» eller begge. Jeg har kombinert søket med AND «quality of life» for å avgrense søket slik at jeg får forskningsartikler om livskvalitet.

3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Akkurat som ved systemiske litteraturstudier, hjelper inkluderingskriteriene å bestemme hvilke kilder som skal inkluderes i studien (Forsberg og Wengström, 2016, s. 174). Uten eksklusjonskriterier fikk jeg alt for mange forskningsartikler, derfor tenkte jeg å begrense søket for å få søkeresultat rundt den problemstillingen jeg ønsket å finne svar på. Jeg fant først 18 forskningsartikler, ni senere ble ekskludert på grunn av de fylte ikke kravene jeg hadde tatt for meg. Pasienter som ble inkludert i denne studien var 18 år og over, hadde kronisk nyresvikt og var avhengig av hemodialysebehandling på et dialysesenter (på sykehuset).

I utgangspunktet bør forskningsartikler ikke være eldre enn fem år. Dette for å ha de som er mest oppdatert rundt temaet. Jeg hadde i utgangspunktet geografiske begrensinger, men det ble til slutt vanskelig å finne forskningsartikler som er kun fra Norden, derfor ble det hentet forskning fra hele verden unntatt de som er i utviklingsland som land i Afrika og Asia. Jeg har valgt pasientperspektivet fordi det er en del forskning som tyder på at andre er dårlige til å vurdere pasientens opplevelser og erfaringer (Wahl og Hanestad, 2014, s. 35). Betydning av å lytte til pasientens egne opplevelser og erfaringer, samt å bruke kommunikasjonskunnskaper i møte med pasienten, framheves for å få kartlagt og styrt pasientens livskvalitet (Rustøen, 2001, s. 80).

Tabell 2. Oversikt over inklusjons og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none">• Voksne fra 18 år og eldre• Kronisk nyresvikt• Hemodialyse på sykehus• Årstall 2013- i dag• Språk: Norsk, engelsk• Etisk og faglig vurdert• Pasientperspektivet	<ul style="list-style-type: none">• Peritonealdialyse• Barn 0-17• Nyretransplantasjon• Akutt nyresvikt• Hemodialyse i hjemmet

3.3 Kritisk vurdering av kvaliteten og relevans av forskningsartikler

Som del av et systematisk litteratursøk skal man kritisk vurdere den metodiske kvaliteten på artiklene (Folkehelseinstituttet, 2014). Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere gyldigheten av informasjonen i studien (Helsebiblioteket, 2016). Det er anbefalt å bruke sjekklister som hjelpemiddel for å lette arbeid med kritisk vurdering av forskningslitteratur. Sjekklister har noen fellestrekk. En generell innføring i kritisk vurdering av artiklene er at en bør stille to generelt overordnede spørsmål som første steg i kritisk vurdering uavhengig av forskningsmetode. Deretter går man grundig gjennom sjekklister som passer til forskningsmetode i artikkelen som skal vurderes. De to overordnede spørsmålene er: Har artikkelen en klart formulert problemstilling? Er designet velegnet for å svare på problemstillingen? (Helsebiblioteket, 2016).

Noen av artiklene mine ble ekskludert fordi de ikke oppfylte kravene for inklusjonskriterier. Tidligere i prosjektplanen hadde jeg funnet ni forskningsartikler, hvor kun fire av dem direkte omhandlet livskvalitet. Derfor gjorde jeg et nytt litteratursøk og fant fem nye forskningsartikler som jeg mener svarer mer direkte på problemstillingen min. Som nevnt før hadde jeg i utgangspunktet tenkt å bruke forskningsartikler kun fra Norden men, det ble vanskelig for meg å finne dem, derfor har jeg brukt de som kan overføres i norsk levestandard. Alle forskningsartiklene er publisert de siste fem årene

unntatt en som er publisert i 2010. Den valgte jeg å bruke fordi den svarer til problemstillingen min og siden jeg hadde vansker med å finne forskningsartikler fra Norge. Alle artiklene er skrevet på engelsk og følger IMRaD-strukturen (Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon).

I følge Dalland (2015, s. 78) må artikler som publiseres i de vitenskapelige tidsskriftene, gjennomgå en mye strengere kvalitetssikring. Det stilles bestemte krav til innhold og form i vitenskapelig tidsskrift. For å sikre kvaliteten på artiklene har jeg kontrollert om de ble publisert i et kjent vitenskapelig tidsskrift. De artiklene som blir publisert der gjennomgår det som kalles fagfelleevaluering (peer review), det betyr de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet. Jeg har brukt register over vitenskapelige publiseringskanaler som er et autoritativt register over samtlige forlag og tidsskrift der publikasjoner kan gi uttelling i form av publiseringspoeng i finansieringssystemet (Database om Statistikk om Høgre Utdanning, 2018).

3.4 Etisk vurdering

Før arbeidet med en systematisk litteraturstudie påbegynnes, bør etiske hensyn tas. Etiske hensyn i systematiske litteraturstudier bør gjøres angående valg og presentasjon av resultater (Forsberg og Wengström, 2016, s. 59). I følge Christoffersen et al (2015, s. 43), må alle som driver med forskning innen helsefagene gjøre det etisk forsvarlig. Dette er regulert på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen som har formål å beskytte pasienter mot farer som følge av forskning og det informerte samtykke står sentralt.

I Norge er det Regionale Komiteer for Medisinsk og helsefag forskningsetikk(REK) som forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet i forskningen. Det er utarbeidet retningslinjer og veiledere som kan sammenfattes i tre typer hensyn som en forsker må tenke gjennom: informantens rett til selvbestemmelse og autonomi(her skal den som deltar kunne bestemme over sin deltagelse og gi samtykke til å delta), forskerens plikt til å respektere informantens privatliv (overtakelse av konfidensialitet og å ikke bruke opplysninger sånn at personen blir identifisert, taushetsplikt) og forskerens ansvar for å unngå skade (de som deltar i undersøkelse skal utsettes for minst mulig belastning) (Christoffersen et al., 2015, s. 45). Alle forskningsartiklene jeg har brukt i denne oppgaven er etiske og faglig godkjent,

deltagerne som oppfylte kriterier til å delta fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studiet og måtte samtykke. Alle ble anonymisert.

3.5 Analyse

Analyse betyr å dele opp i mindre deler. En vitenskapelig analyse innebærer å dele de undersøkte fenomenene i mindre stykker og undersøke dem individuelt (Forsberg og Wengström, 2016, s. 152). Analysen ble gjennomført i fire faser som beskrevet av Evans (2002):

Fase 1: Første fase handler om å samle inn materiale. I denne studien ble dette utført ved at jeg samlet forskningsartikler som belyste min problemstilling og undersøkte om de fylte kravene om inklusjonskriterier jeg hadde satt opp. Ni kvantitative forskningsartikler er inkludert.

Fase 2: Andre fase handler om å identifisere nøkkelfunnene i hver studie. Her leste jeg godt gjennom de valgte forskningsartiklene og nummererte dem. De sentrale elementene som ble funnet i hver artikkel er: fysiske og psykiske symptomer, depresjon, angst, mat og drikkerestriksjon, fatigue, morbiditet, nummenhet, hodepine, dødelighet, dårlig matlyst, kvalme, dyspne, brystsmerte, kortpustet, kløe, muskelkrampe, smerte, søvnforstyrrelser, livsstilsendring, begrensinger, tap av frihet og autonomi. Disse nøkkelordene beskriver pasientene som faktorer de opplevde at påvirket deres livskvalitet.

Fase 3: Fase tre handler om å bestemme om disse funnene er relatert til funnene i de andre artiklene. Her har jeg sammenlignet de funnene jeg fikk og prøvde å føre dem i ulike kategoriene. Hovedkategoriene jeg kom frem til var påvirkning av fysisk og psykisk helse, begrensning i hverdagen, tap av frihet og autonomi, og at sosial støtte forbedrer livskvalitet.

Fase 4: Fjerde fase omhandler å bringe alle funnene sammen for å lage en beskrivelse av fenomenet. Dette presenteres som hovedkategorier i resultatdelen.

4.0 Resultat

Her blir resultatene fra analysen presentert. Gjennom analysering av det innsamlede materialet kom jeg frem til følgende: Pasienter med kronisk nyresvikt som får hemodialysebehandling opplever en påvirkning på sin fysiske og psykiske helse, deres hverdag er begrenset og fører dermed til tap av frihet og autonomi. Sosial støtte forbedrer livskvalitet hos disse pasientene. Jeg vil nå presentere disse funnene.

4.1 Kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling påvirker fysisk og psykisk helse.

Gjennom flere av studiene oppgaven bygger på, kom det fram at kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling har negative konsekvenser for pasientens fysiske og psykiske helse, også ut over de symptomene som selve sykdommen gir. I følge Marchesan et al. (2013) er aktivitet begrenset etter påbegynt hemodialysebehandling. Fysisk inaktivitet og uførhet assosiert med sykdommen fører til reduksjon i fysisk kondisjon og lav treningstoleranse. Dette er faktorer som er relatert til muskelatrofi, myopati og dårlig ernæring. Hemodialysepasienter har ofte nedsatt oksygenopptak og svekket muskelstyrke. Pasienter med nyresykdom i endestadiet som får hemodialyse rapporterer flere sammenfallende symptomer forbundet med nyresykdom i endestadiet. I tillegg kommer fysiske symptomer knyttet til selve behandlingssituasjonen som svimmelhet på grunn av rask væsketrekking, kramper på grunn av osmotisk trykk eller smerte assosiert med innsetting av nål kan forekomme under dialysebehandling. Fysisk aktivitet har positiv effekt på fysisk funksjon hos pasienter som får hemodialysebehandling. Fysisk aktivitet kan redusere kroppslige smerter (Knudsen et al., 2016).

Studier av hemodialysepasienter viser at de har dårligere oppfatning av sin livskvalitet enn friske personer. I andre studier, skyldes den signifikante reduksjonen i dialysepasienters livskvalitet forverret fysisk kondisjon, økt angst og depresjon. Helserelatert livskvalitet er vesentlig redusert hos pasienter med kronisk nyresykdom som får dialysebehandling sammenlignet med den generelle befolkningen. Depresjonen har vist seg å være svært utbredt hos dialysepasienter, og har en dyp negativ innvirkning på helserelatert livskvalitet (Østhus et al., 2010). Depresjon er forbundet med dødelighet når den går utøver lengre periode (Perl et al., 2016).

4.2 Begrensning i hverdagen og tap av frihet og autonomi.

Pasienter med kronisk nyresvikt som får hemodialysebehandling møter begrensninger i hverdagen, og opplever tap av frihet og autonomi (Amro et al., 2016; Knudsen et al., 2016; Lopes et al., 2014; Lowney et al., 2015; Marchesan et al., 2013; Polanska et al., 2016; Zyga et al., 2015). Polanka et al. (2016) hevder at kronisk nyresvikt påvirker fysisk kondisjon og begrenser sosial og yrkesaktivitet. Derfor er aksept av sykdom viktig, da det tillater pasienten å tilpasse seg sin nye situasjon og lindrer negative følelser. Bedre sykdomsaksept minimerer også tiden som kreves for tilpasning til begrensningene fra svekket helse, reduserer psykisk ubehag, og bidrar til en bedre livskvalitet.

Hemodialysepasienter opplever en monoton og begrenset hverdag. Aktiviteter er begrenset etter påbegynt behandling, et faktum som bidrar til fysisk inaktivitet og uførhet. Dette kan påvirke livskvaliteten (Marchesan et al., 2013). Under behandlingsstadiet, kan kroniske nyresviktpasienter ha endret livskvalitet. Siden de opplever angst før og under behandlingen, tap av autonomi, vanskeligheter med å håndtere en irreversibel og uhelbredelig sykdom, problemer med å dra til sykehus daglig eller ukentlig, reduksjon i vitalitetsnivåer, begrensninger i å utføre hverdagslige aktiviteter, og hyppig mangel på støtte fra slektninger og venner, kan alle påvirke pasientens livskvalitet.

Sykdommen tvinger en begrensning i normal funksjon og krever hyppig sykehusinnleggelse (Polanska et al., 2016). Etter hvert som nyresvikten utvikler seg, kan pasientene få symptomer som påvirker deres daglige liv. I mer avanserte stadier, blir virkningen på funksjonell tilstand og livskvaliteten veldig tydelig. Nyresvikterapi, som for eksempel hemodialyse, retter delvis opp symptomene som oppleves av pasienter og kan påvirke livskvaliteten (Lopes et al., 2014). Polanska et al. (2016) hevder at en betydelig del av behandlingsprosessen er vedlikeholdet og / eller gjenoppretting av uavhengig funksjon i dagliglivet. Ved kroniske sykdommer avhenger livskvalitet av sykdomstype, lengde på sykdomsforløp, symptomintensitet, behandlingsmuligheter, bivirkninger, begrensninger som følge av sykdommen, pasientens alder og evner til å ivareta seg selv. Pasienter behandlet med hemodialyse tilhører spesiell gruppe av kronisk syke, som er i fare for hyppige sykehusinnleggelser og flere lidelser på grunn av nyresvikt og hemodialysebehandling. Lopes et al. (2014) skriver at arbeidsforhold hos disse pasientene er mest berørt. Arbeid er: *«en grunnleggende betingelse for menneskelig frigjøring og er*

en del av hver persons identitet». Som et resultat av sykdommen og behandlingen, må pasienter ofte slutte å jobbe eller reduserer arbeidsbelastning, dette har en negativ innvirkning på livskvaliteten (Lopes et al., 2014). Deltagerne rapporterte at smerte begrenser fullt eller delvis deres daglige aktivitet. Dialysepasienter har også begrensinger i forhold til hva de kan spise og drikke (Knudsen et al., 2016 og Polanska et al., 2016).

4.3 Sosial støtte

Betydningen av sosial støtte kommer frem som et viktig aspekt i flere av studiene. Kroniske nyrepasienter lever med en uhelbredelig sykdom som trenger langsiktig behandling. Dessuten fører utviklingen av sykdommen og dens komplikasjoner til begrensninger og endringer i deres livskvalitet og forhold til slektninger og venner. Resultatene viser at sosial støtte til pasienten er betydelig, og at omsorgsfull deltagelse av familien er en viktig ressurs for å bedre aksept av sykdommen og behandling av pasienter (Lopes et al., 2015). Sosiale aspekter som å ha hemodialysekollegaer (medpasienter, eller pasienten som ligger i senga ved siden av under dialyse) forbedrer hverdagen (Marchesan et al., 2013). En av strategiene for å bedre livskvalitet er å øke sosial støtte (Perl et al., 2017).

Tretthet forårsaket av hemodialyse, muskelkramper, dårlig matlyst og diettrestriksjon har vist seg å påvirke livskvalitet på sosialområdet (Polanska et al., 2016). Det har blitt observert at sosial funksjon og at kvaliteten på sosiale interaksjoner er mer redusert hos hemodialysepasienter som røyker enn de som ikke røyker, dette på grunn av søvnforstyrrelse forårsaket av røyk (Østhus et al., 2010).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet har to hovedpunkter. Metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal jeg kritisk vurdere datainnsamling gjennom litteratursøk og hvordan jeg valgte forskningsartikler. Her skal framgangsmåten brukt for å finne svar på problemstillingen min belyses. 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 og konsekvenser for sykepleie i praksis.

5.1 Metodediskusjon

I dette litteraturstudiet, har jeg mest brukt CINAHL, PubMed og ProQuest, på grunn av stort innhold av sykepleierforskning fra hele verden og kjente tidsskrifter. Litteratursøket ble mer nøyaktig etter å ha brukt inklusjon og eksklusjonskriteria. Jeg har valgt å fokusere på voksne over 18 år, fordi sykdommen rammer helst voksne, og med tanke på at det er få forskningsartikler om barn med kronisk nyresykdom i det geografiske området jeg hadde tenkt å bruke.

Alle forskningsartikler er kvantitative. Å bruke kun kvantitative artikler ser jeg på både som en styrke og en svakhet. Vanligvis er det gjennom kvalitativ forskning man fokuserer på pasientens subjektive opplevelse av noe, mens i livskvalitet er det annerledes. Wahl og Hanestad (2004, s. 36) hevder at spørreskjemaer er instrumenter som brukes til måling av livskvalitet i kvantitative undersøkelser og er utviklet gjennom mange år. Kvalitative studier kan brukes til å utdype og forklare funn fra en kvantitativ studie (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Det å ikke bruke kvalitative artikler kan regnes som en svakhet.

Jeg har brukt PICO-skjema (se tabell i punkt 3.1). For å styrke kvaliteten på forskningsartiklene, har jeg brukt sjekklister fra kunnskapsenteret. I litteraturstudiet, har jeg valgt et pasientperspektiv. Et teoretisk perspektiv dreier seg om å undersøke et fenomen fra en spesiell synsvinkel eller ut fra en bestemt betraktningssmåte. Sett fra ulike perspektiver vil fenomenet fortone seg ulikt (Dalland, 2015, s. 27). Jeg har derfor ekskludert artiklene med sykepleier eller pårørendeperspektiv, dette kan være en svakhet med tanke på at jeg kan gå glipp av viktig informasjon som kommer fra pårørende og sykepleier som har erfaring med disse pasientene. En annen svakhet i litteraturstudiet er at jeg har både norsk og engelsk som andre språk, noe som medførte vanskeligheter når det kom til oversettelse av enkelte ord i forskningsartikler. Det må tas med i beregning siden alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk og mange av dem hadde et vanskelig språk. Det kan også hende at jeg feiltolket engelske ord ettersom de kan ha forskjellige betydning på norsk. Det har også vært vanskelig å definere tydelige kategorier da mange av funnene går inn i hverandre.

5.2 Resultatdiskusjon.

Hensikten med litteraturstudien er å belyse opplevelsen av livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresykdom som får behandling med hemodialyse, og problemstillingen er formulert slik: ”*Hvordan oppleves livskavitet hos pasienter med kronisk nyresvikt som får behandling med hemodialyse?*”.

Som jeg viste i teorikapittelet er livskvalitet et mangfoldig begrep, og det finnes ingen omforent definisjon av dette, men ut fra de mest vanlige forståelsesmåtene har jeg valgt ut noen aspekter som jeg vil diskutere resultatene opp mot.

5.2.1 Påvirkning av fysisk og psykisk helse ved kronisk nyresvikt og hemodialysebehandling.

I følge Marchesan et al (2013) forbedrer regelmessig fysisk trening fysisk kondisjon og livskvalitets oppfatning av enkeltpersoner som opplever funksjonell tap. Studien viser at strukturert trening bidrar til rehabilitering av hemodialysepasienter. En pasient (i Graubæk, 2010, s. 31) med kronisk nyresvikt forteller at ”*På et tidspunkt er jeg så langt nede fysisk at jeg nesten ikke er i stand til å arbeide*” I følge Skaug (2016, s. 314) blir fysisk aktivitet av helsemyndighetene framhevet som et virkemiddel for å fremme og bevare helse, forebygge, og behandle sykdom, samt ha rehabiliterende hensikt. Det har vist seg at fysisk aktivitet fremmer mental aktivitet. Sammenheng mellom fysisk og psykisk helse er godt dokumentert og fysisk aktivitet ser ut til å ha effekt på depresjon (Skaug, 2016, s. 316).

Å finne fram pasientens ressurser samt pasientens egen opplevelse av situasjonen har stor betydning for livskvalitet. Dårlig fysisk fungering kan være pasientens hinder for god livskvalitet. Ulike symptomer som smerte, tungpustethet og tretthet vil naturligvis være en trussel mot ens livskvalitet, og pasienten må primært få hjelp til å bli kvitt disse hvis mulig. En del plager kan man allikevel lære seg å leve godt med. For å få hjelp til å mestre å leve med eventuelle plager må pasientens egen opplevelse komme fram (Rustøen, 2001, s. 80). Det finnes en rekke foreslåtte intervensjoner sykepleieren kan iverksette. I tillegg til eventuell medikamentell behandling kan informasjon, undervisning og trening i mestringsferdigheter slik som avspenningsøvelser være en hjelp, dersom pasienten har en

tendens til å tenke svart – hvit og bare se problemer, kan det være en hjelp at sykepleier diskuterer negativ tenking med pasienten (Rustøen, 2001, s. 92).

Å få angst er en vanlig reaksjon ved sykdom. Sykepleier bør støtte pasienten ved å skape trygge omgivelser. Utmattelse grunnet langvarig terapi kan forsterke en rekke reaksjoner som håpløshet, apati, motløshet og irritasjon (Polanska et al., 2016). Yrkesetiske retningslinje for sykepleiere bygger på at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2014).

I følge Marchesan et al. (2013) regelmessig fysisk trening forbedrer fysisk kondisjon og livskvalitetsoppfatning hos enkeltpersoner som opplever funksjonell tap. Studier viser at strukturert trening bidrar til rehabilitering av hemodialysepasienter. Hovedfunnet til Marchesan et al. (2013) er at fysisk trening under hemodialyse forbedrer fysisk kondisjon og livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresykdom. Resultatene i Marchesan et al. (2013) viser at et planlagt treningsprogram som respekterer begrensningene til hemodialysepasienter har mange fordeler for rehabilitering av pasienter med nyresykdom i endestadiet, spesielt med tanke på livskvalitet og fysiske helse.

Sykepleieren som følger pasienten under hans sykdomsutvikling og eventuelle dialysebehandling har en viktig oppgave i å støtte og oppmuntre pasienten, slik at han best mulig klarer å mestre livssituasjonen (Gulbrandsen, 2016, s. 124). I Helsepersonelloven, kapittel 2 § 4 om forsvarlighet blir det slått fast at: *”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”*.

Sykepleieansvaret er ikke bare rettet mot pasientens faktiske problemer eller sykdomstilstand, men også mot pasientens opplevelse av helseproblemene sine (Nortvedt, 2016, s.54). For å være en god sykepleier er det følgelig ikke bare de medisinske sett objektive, men også de personlig opplevde og subjektive sidene ved sykdom som er særlig viktige å være oppmerksom på (Nortvedt, 2016, s.112). Pasienten kan være plaget av mye fysiske ubehag og ha angst for å miste livet mens han venter på en donor. Sykepleier har en viktig rolle gjennom å motivere vedkommende i den vanskelige situasjonen. Her er det mye pasienten må lære og forstå om årsaken til og konsekvensene av sykdommen.

Sykepleier sin oppgave blir da å gi pasienten og eventuelt pårørende informasjon på en forståelig måte (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Joyce Travelbee sier i sin interaksjonsteori at

i situasjoner der pasienten opplever et problem eller er i en krise, hvor situasjonen kjennetegnes av lidelse og mangel på mening, eller har ulike grader av lidelse som beskrives som forbigående, ubehagelig, sterk angst, alvorlig fortvilelse og apatiske likegyldighet, skal sykepleier bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Hun skal etablere et likeverdig menneske – til – menneske –forhold. Hun skal kunne gi pasienten hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og bevare håp (Kristoffersen, 2016, s. 26).

Følelsen av forandret personlighet er beskrevet av pasienter med kronisk nyresvikt som får behandling med hemodialyse. Ofte kommer depressive tanker, og alt handler om liv eller død. Kognitiv svikt forekommer også hos 27- 87% av dialysepasienter. Årsakene er sammensatte og kan skyldes grunnsykdommen, virkingen av uremien og effekter av behandling. Sykepleier må derfor kartlegge den kognitive funksjonen hos eldre pasienter som får hemodialyse, for å kunne vurdere forebyggende tiltak og behandling (Gulbrandsen, 2016, s. 124).

Deltagelse av fagfolk med utdanning i fysisk trening i nefrologisk team kan favorisere fysisk og psykologisk rehabilitering, slik at pasientene kan utføre visse aktiviteter som de ikke lenger kunne etter påbegynt hemodialyse. Sykepleier bør oppfordre pasienter i å gjennomføre fysisk trening for hemodialysepasienter i et forsøk på å forbedre pasientens livskvalitet. Funnene i Lowney et al. (2015) støtter at pasienter som får hemodialysebehandling er en sårbar gruppe når det gjelder symptombelastning. Smerte og dårlig mobilitet ser ut til å påvirke livskvalitet. Sykepleier bør ta vurdering av smerte og mobilitet rutinemessig. En klinisk gjennomgang av smertevurdering og identifisering av forverring av mobilitet, pluss intervensjoner for eksempel smertebehandling, fysioterapi, ergoterapi, er praktiske måter å forbedre livskvalitet på til disse pasientene.

5.2.2 Tap av frihet, autonomi og begrensning i livsutfoldelse

Etter hvert som nyresvikt utvikler seg, kan pasientene vise symptomer som påvirker deres daglige liv. I mer avanserte stadier, blir virkningen på funksjonell tilstand og livskvaliteten veldig tydelig. Nyresviktterapi, som for eksempel hemodialyse, retter delvis opp symptomene som oppleves av pasienter og resultere i flere endringer i deres livsstil, som

kan påvirke livskvaliteten. Disse pasientene opplever tap av frihet, autonomi, og har vanskeligheter til å utføre daglige aktiviteter (Lopes et al., 2013).

I følge Solvoll (2016, s. 106) griper helseplager inn i menneskets liv og får betydning for selvsopplevelsen. Identitet og opplevelsen av å være verdifull er nær forbundet med helse og helsesvikt. Mens akutt smerte har sin funksjon som en del av kroppens biologiske varslingsystem, er langvarig og vedvarende smerte dysfunksjonell og kan medføre store lidelser. Langvarig smerte kan forringe livskvaliteten og gjøre det vanskelig å leve et normalt og fullverdig liv (Nortvedt, 2016, s. 174). Lidelsen og sterke smerter står hele tiden i fare for å okkupere personens liv og utgjør en trussel mot det å ville leve. Samtidig er det enkeltes livskraft og ønske rettet mot det å ta tilbake et normalt liv og det å skape mening selv i en situasjon med sterke lidelser (Nortvedt, 2016, s. 173).

I studiet av Lowney et al. (2015) ble det rapportert at pasientene opplevde å ha praktiske problemer ved reising, kostholdrestriksjoner og at tiden brukt på hemodialyseenhet ble opplevd som spesielt tyngende. Aksept av sykdommen er viktig da det minimerer tiden som kreves for tilpasning til begrensningene fra svekket helse, reduserer psykisk ubehag og bidrar til en bedre livskvalitet (Polanska et al., 2016).

Smerte, mangel på energi, tretthet og hjerteproblemer oppleves som begrensende for et fullverdig liv. Begrensninger i livet er relatert til ikke å kunne drikke og spise som andre mennesker. Avhengighet av dialysemaskinen og av personell som tar seg av behandlingen, opplever pasientene som nødvendighet (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Marrott i Graubæk (2010, s.30) sier: ” *Jeg tar en liten pille hver dag, og det er grenseoverskridende for en som ikke normalt bruker legemidler, ... i det hele tatt flyttes grensene mine for hva som er normalt, gjennom hele sykdomsforløpet: en pille blir til fire, og når en må begynne med flere legemidler, følger så mye annet med, for eksempel bivirkninger. Når en så må begynne å ta piller mot bivirkningene av de andre pillene, er det kommet ganske langt.* ” Her ser man hvordan disse pasientene opplever tap av frihet, det å være avhengig av medisiner, av dialysemaskinen oppleves tungt og gir begrensning i livet deres.

Aggernæs (i Rustøen, 2001, s. 79a) hevder at når det er små eller ingen mulighet til å kurere det syke hos de pasientene man skal hjelpe, må man kartlegge hva pasienten har eller lett kan få av ressurser som kan brukes til å bedre livskvalitet. Deretter bør pasientene

hjelpes til å bli mer beviste på hvilke behov de har, og hva de kan gjøre for å tilgodese disse behovene selv om visse måter å tilfredsstille dem er blokkert. Det viktigste området kan være å fokusere på ressurser og verdier. Dette kan være et hjelpemiddel for å belyse muligheter og kanskje tenke nytt i en situasjon som kan være vanskelig for pasienten (Rustøen, 2001, s. 79b)

Resultatene viser at sykdommen og behandling medfører begrensning til hvor pasienten kan feriere. Personer med vedvarende og regelmessig behov for dialyse skal få dekket nødvendige utgifter under utenlandsoppholdet. Innenfor EØS-området / Sveits, skal pasientene i utgangspunktet motta behandlingen på et offentlig sykehus (LNT, 2016). LNT (2016) har gjennom sin handlingsplan 2017-2019 vedtatt bedre feriedialyse i inn og utland, følge opp at minst 30 % får tilbud om hjemmedialyse, få oversikt over dialysepasientenes transportsituasjon med mål om å forbedre den.

Pasientens livstil endres ofte når han blir dialysetrengende, fra å være en aktiv og selvstendig person, til å bli totalt avhengig av å tilbringe flere timer hver uke på en dialysemaskin (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Å oppleve frihet og fleksibilitet i sitt eget liv handler om livskavitet. Like mye som en kronisk lidelse kan redusere personens autonomi, kan den også redusere en persons følelse av frihet og fleksibilitet. Pasientens oppfatning av sykdommens alvorlighet har betydning for om personen klarer å leve normalt hverdagsliv (Gulbrandsen, 2016, s. 129). En av de viktigste elementene Næss mener utgjør at en person har det godt og har høy livskvalitet er når en har frihet til å velge og oppleve selvkontroll over egne handlinger og er selvrealisert (Rustøen, 2001, s.18), noe kroniske nyrepasienter som får behandling med hemodialyse mangler.

Kari Martinsen sier at lidelsen hører til livet, og at å leve et helt liv som menneske er å integrere lidelsen som en del av tilværelsens grunnvilkår. Videre sier hun at aksept av lidelse er et grunnvilkår ved tilværelse og innebærer også en bekreftelse på at et liv med skade, funksjonsbegrensning og/eller sykdom likevel kan være et fullverdig liv (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 188). Sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å forstå sykdommen sin og hjelpe pasienten til å tenke mer positiv. Pasienter med kronisk nyresvikt som får behandling med hemodialyse føler store begrensninger i det daglige livet (Lopes et al., 2013). Under behandlingsstadiet kan kroniske nyrepasienter ha endret livskvalitet og oppleve en rekke faktorer som kan påvirke den: angst før og under

behandling, tap av autonomi, vanskelighet med å håndtere en irreversibel og uhelbredelig sykdom, problemer med å gå til sykehuset daglig eller ukentlig, begrensinger i å utføre hverdagslige aktiviteter. Alle disse kan skade pasientens fysiske og psykiske helse (Lopes et al., 2013). Sykepleier sin rolle blir da rettet mot å hjelpe pasienten å se situasjonen fra andre perspektiver som kan hjelpe å fokusere på det positive istedenfor å ha fokus på det negative. Disse pasientene møter begrensinger når det kommer til aktiviteter, det er viktig at sykepleieren oppmuntrer pasienten å delta i de aktiviteter en mestrer eller liker, dette kan gi pasienten motivasjon eller noe å se frem til. For pasientene som ikke klarer å planlegge aktiviteter skal sykepleier kunne hjelpe dem å planlegge og veilede dem. For pasientene som ønsker å ta ferie mener jeg at sykepleier skal gi nødvendige informasjon til pasienten angående dialyse i utlandet. I praksis har jeg møtt pasienter som hadde sluttet å arbeide tidligere enn ønsket på grunn av hyppige innleggelse forårsaket av kronisk nyresvikten og hemodialyse og konsekvensene de førte til, mange opplevde at de er nytteløse og dette går ut over psykisk helse.

Undervisning og trening i mestringsferdigheter slik som avspenningsøvelser samt å sette mål for fremtiden eller være delaktig på andre måte kan også være en hjelp for pasienten til å mobilisere egne krefter. Dette kan gi en økt følelse av kontroll og dermed fremme mestring av situasjonen (Rustøen, 2001, s. 92).

5.2.3 Sosial støtte

Kronisk nyresvikt varer hele pasientens levetid og påvirker alle aspekter av livet (Kristoffersen og Breievne, 2016, s. 188). Betydningen av sosiale støtte til pasienten er betydelig. Deltakelse av familien i omsorg er en viktig ressurs for å bedre aksept av sykdommen og behandling av pasienter (Lopes et al., 2013). Det hevdes at det viktigste for livskvalitet er kvaliteten på de relasjonene man har (Næss 1986, Aggernæs 1988, referert i Rustøen, 2001, s. 81). Å få sosial støtte og hemodialysekollegaer forbedrer livskvalitet (Marchesan et al.; 2013). Pårørende kan være nyttige støttespillere for pasienten og kan være med pasienten til både veiledning, undervisning og øvrige samtaler. Nærmeste pårørende trenger også støtte fra helsepersonell (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Rustøen (2001, s. 82) mener at psykososiale forhold som sosial støtte er en av de viktigste områdene for å styrke livskvalitet.

Generell helseoppfatning er knyttet til individets opplevelse av fysisk, psykisk og sosialt velvære. Global livskvalitet representerer individets opplevelse av å være tilfreds eller likelig med livet i sin helhet. I tillegg vil psykologiske karakteristika ved individet, slik som personlighetstrekk og motivasjon, verdier og preferanser, samt karakteristika ved omgivelsene, for eksempel sosial støtte, representerer påvirkende faktorer (Rustøen, 2001, s. 28). Ensomhet og manglende sosial støtte øker faren for både fysiske og psykiske lidelser (Solvoll, 2016, s. 151). Pasienter med kronisk nyresvikt som får behandling med hemodialyse lever med en uheldelig sykdom og trenger langsiktig behandling. De opplever tap av sosialt liv (Lopes et al., 2013). Vi mennesker trenger kontakt med andre for å ha et meningsfullt liv, man kan ha sosial kontakt med venner, slektninger, arbeidskollegaer, skolekamerater, osv. Dialysepasienter får begrensinger i dette på grunn av sykdommen, derfor må dialysepasienter finne en annen måte for å oppfylle det sosiale behovet.

Perl et al. (2016) mener at å øke sosialstøtte spiller en stor rolle i livskvalitetsforbedring. Isolasjon eller manglende fellesskap kan ha store konsekvenser for livskvalitet. Opplever man satt utenfor og alene, kan det gi en følelse av fremmedhet og angst. Nesten alle som har definert begrepet livskvalitet er enige om at et sosialt nettverk og fellesskap for livskvalitet har en stor betydning (Rustøen, 2001, s. 87). I dag er det dokumentert at isolasjon kan være en medvirkende årsak til utvikling av sykdom eller en forsinket helbredelse. Nærhet til et annet menneske kan etter all sannsynlighet beskytte mot en del fysiske sykdommer og psykiske problemer. Undersøkelse viser også at det er sammenheng mellom endringer i det sosiale nettverk og helse. Fellesskap gir trygghet ved at vi har mennesker rundt os som bidrar til at omgivelsene blir forutsigbare. Familien kan gi støtte og nytt håp når man holder på å gi opp. Familien er også en stadig påminnelse om hvordan livet var før sykdom inntrådte. Dette kan være en hjelp til å våge se fremover igjen. Selv om familie, venner og arbeidskameratene vanligvis er de som danner vårt sosiale nettverk, kan sykepleier hjelpe pasienter til å opprettholde sitt sosiale nettverk gjennom sykdomsbehandling (Rustøen, 2001, s. 88a). Dialysepasienter er ofte på dialyseenhet, sykepleier vil ofte få en sentral rolle i forhold til pasientens opplevelse av fellesskap. Dersom pasienten ikke har nære pårørende vil sykepleier sin rolle kunne bli veldig betydningsfull: Sykepleier må ha kunnskap om hva som kan hindre og hva som kan fremme utviklingen av et fruktbart fellesskap. Sykepleier kan vise pasienten at hun tror på pasienten og på den måten gi støtte. Det er vider viktig at sykepleier viser respekt til

pasienten slik at evnen til å leve i og holde ved like fellesskap ivaretas hos pasienten (Rustøen, 2001, s. 88b). Sykepleier er ansvarlig for at pasientens grunnleggende behov blir møtt så langt som mulig. Sykepleieren må ha kunnskaper om pasientens udekkede behov dersom pasienten ikke selv makter å uttrykke sitt behov. Dette er grunnleggende for at helsen bedres og livskvalitet heves. Sykepleie skal være oppmerksom når behovet for fellesskap trues hos pasientene. Det er viktig at sykepleieren er klar over at pårørende også har det svært vanskelig når pasienten er syk. Derfor når pårørende skal være en støtte for pasientene må de også støttes slik at de er i stand til å være det (Rustøen, 2001, s. 89). Betydning av å delta i støttegrupper ved sykdom har fått stadig større oppmerksomhet i de senere årene (Rustøen, 2001, s. 93). Dette gir muligheten til å snakke om tanker og reaksjoner rundt sykdommen, man får satt ord på og gitt uttrykk for eventuelle frykt og engstelse, og man kan oppleve støtte gjennom deltagelse i gruppen. En annen positiv effekt ved slike gruppetilbud er at man møter andre i mer eller mindre samme situasjon som seg selv, dette skaper trygghet og gir en fellesskapsfølelse (Rustøen, 2001, s. 95).

6.0 Konklusjon

Kroniske nyrepasienter som gjennomgår hemodialysebehandling står ovenfor en stor livsstilsforandring. Hemodialysebehandling tar mye av pasientens tid og energi. De fleste opplever mange begrensninger i hverdagen, og klager over at de ikke kan være aktiv som før og slutter å arbeide. Dette fører til at de føler tap av sosialt liv. Det å være avhengig av dialysemaskin og få behandling 2-3 ganger hver uke førte til tap av frihet og autonomi. Ut i fra forskningen jeg har funnet, kom jeg jeg frem til disse hovedfunnene som påvirker livskvalitet: fysisk og psykisk helse, begrensning i livsutfoldelse, tap av frihet og autonomi, og at sosial støtte forbedrer livskvalitet. Psykisk og fysisk helse har stor betydning for livskvalitet. Fysisk aktivitet er ikke bare et virkemiddel for å fremme helse og forebygge sykdom, men det har også visst seg å ha en rehabiliterende virkning, og fremmer mental aktivitet. Det er dokumentert høy prevalens av depresjon i dialysepasienter, psykisk helse er derfor med å påvirke livskvaliteten deres. I flere av studiene er det vist at aksept av sykdommen reduserer psykiske ubehag, negative følelser og angst. Lidelse er noe vi mennesker ikke kan bli spart for, det er derfor viktig å akseptere den og lære seg å leve med den.

Det er stor økning i kronisk sykdom, noen av dem er uhelbredelig og blir vanskelig å behandle. Sykepleierens oppgave blir da å gjøre livet til den enkelte pasient bedre å leve ved å øke livskvaliteten. For å gi den rette hjelpen bør ikke sykepleieren fokusere kun på smerte og symptomer, men må se hvordan disse påvirker hele pasientens liv. Det betyr at sykepleier må være opptatt av å se hvordan mennesket kan leve sitt liv best mulig framover. For sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvordan livskvalitet kan styrkes, og ulike definisjoner av livskvalitet. For å kunne gi best mulig hjelp må sykepleieren avdekke hvilke områder disse pasientene har mest behov for.

Det trengs mer forskning på livskvalitet. Anbefalingen min er at det forskes mer på sykepleiers kunnskaper om helsefremmende arbeid i møte med kroniske nyrepasienter som får hemodialysebehandling, og mer om deres livskvalitet. De fleste livskvalitetsstudier er beskrivende og viser hvordan pasienten opplever sin situasjon men det foreligger lite forskning rundt konkrete tiltak om hvordan sykepleier kan styrke livskvalitet hos kroniske nyrepasienter.

Livskvalitet ser ut til å ha forskjellige definisjoner, noe som fører til en del uenighet. Det er viktig at begrepet klareres for at forskning skal ha en klinisk relevans for pasientens behandling og omsorg. Selv om det ser ut som det er en utvikling i forskning rundt livskvalitet, er det fortsatt ikke så mye forskningsartikler om dette fra Norden.

Litteraturliste

- Amro A., Waldum, B., Dammen, T., Miaskowski C., Os, I. (2014) Symptom clusters in patients on dialysis and their association with quality-of-life outcomes. *Journal of Renal Care* 40(1); s. 23–33.
- Christoffersen, L.; Johannessen, A.; Tufte, P.A.& Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2015) *Metode for oppgaveskriving for studenter*. 5 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Database for Statistikk om Høgre Utdanning (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. [internett] Database for statistikk om høgre utdanning, tilgjengelig fra: http://dbh.nsd.uib.no/kanaler_old/nye_kanaler.do [Lest 17. april 2018]
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2), s. 22-26.
- Fjørtoft, A-K. (2016) *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. 3utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet (2014) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. [internett], Folkehelseinstituttet, tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/> [Lest 02. april 2018]
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analyse och presentation*. 4.utg. Stockholm: Natur & kultur.
- Graubæk, A-M. (2010) *Å være pasient- en innføring i pasientologi*. 1utg. Oslo: Akribe AS.

- Gulbrandsen, T. (2016) Sykepleie ved akutt nyre-skade og kronisk nyresvikt. I: Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. red. *Klinisk sykepleie bind 2. 5utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 113-131.
- Gøransson, L. & Larsen, S. M. (2011) Sykdommer i nyrene og urinveiene. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. red. *Sykdom og behandling.* Oslo: Gyldendal akademisk, s. 289-311.
- Helsebiblioteket (2012) *Metodebok for indremedisinere, kroniske nyresvikt* [internett], helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok/nyresykdommer/kronisk-nyresvikt>. [Lest 02. april 2018]
- Helsebiblioteket (2012) *Kunnskapsbasert praksis, Kritisk vurdering* [internett], helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: < <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering> > [Lest 02. april 2018]
- Helsepersonelloven. (1999) *Lov 2. Juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: < https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 > [lest 13. mai 2018]
- Knudsen, S. D. P.; Eidemak, I.; Molsted, S. (2016) Health related quality of life in 2002 and 2015 in patients undergoing hemodialysis: a single center study. *Renal failure.* [internett], 38(8), s. 1234-1239. DOI: 10.1080/0886022X.2016.1207051
- Kristoffersen, N. J. (2016) Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F.; Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3.3 utg.* Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 15-80.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016) Lidelse, mening og håp. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3. 3. Utg. 4.* Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 188- 235.

- Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (2017) *Donasjons- og transplantasjonstallene for 2016* [internett], Tilgjengelig fra: < <https://www.lnt.no/vi-jobber-for/transplantasjon>> [Lest 02. januar 2018]
- Lopes M. J.; Fukushima, R. L., M.; Inouye, K.; Lost Pavarini, S.C. & Orlandi, F., S. (2014) Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis. *Acta Paul Enferm.* [internett], 27(3), s. 230-236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400039>
- Lowney, A.C.; Myles, H.T.; Bristowe, K.; Lowney, E.L.; Shepherd, K.; Murphy, M.; O'Brien, T.; Casserly, L.; McQuillan, R.; Plant, W. D; Conlon, P.J.; Vinen, C.; Eustace, J. A. & Murtagh; F. (2015) Understanding What Influences the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Collaborative Study in England and Ireland. *Journal of pain and symptom management.* [internett]. 50(6), s. 778-785. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.07.010>
- Marchesan, M.; Nunes, V. G. S. & Rombaldi; A. J. (2013) Physical training improves physical fitness and the quality of life of patients on hemodialysis. *Original article.* [internett]16(3), s. 324-344. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/1980-0037.2014v16n3p334>
- Martinsen, K. (1996) *Fenomenologi og omsorg*. Otta: Engers Boktrykkeri AS.
- Nicolaysen, G. & Holck, P. (2014) Nyrene og Urinveiene. I: Nicolaysen, G.(red). *Kroppens funksjon og oppbygning*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordtvedt, P (2016) *Omtanke – En innføring i sykepleiens etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk Helse Informatikk (26.03.2014) *Kronisk nyresvikt*[internett] Norsk Helse Informatikk. Tilgjengelig fra: < <https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/kronisk-nyresykdom/kronisk-nyresvikt/>> [Lest 02. januar 2018]

Norsk Senter For Forskningsdata (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

[internett] Norsk Senter For Forskningsdata. Tilgjengelig fra:

<<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> > [Lest 01. april 2018]

Nortvedt, F. (2016) Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. Red. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 3. Utg, 4. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 170- 185.

Perl, J.; Karaboyas, A.; Morgenstein, H.; Sen, A.; Rayner; H.C.; Vanholder, R.C.; Combe, C.; Hasegawa,T.; Finkelstein, F. O.; Lopes, A.A.; Robinson, B.M.; Pisoni, R.L. & Tentoni, F. (2017) Association between changes in quality of life and mortality in hemodialysis patients: results from the DOPPS. *Nephrol Dial Transplant*. [internett]. 32: s. 521-527. DOI: 10.1093/ndt/gfw233

Polanska; B. J.; Uchmanowicz, I.; Wysocka, A.; Uchmanowicz, B.; Lomper, K.; Fal, A.M. (2016) Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients. *The European Journal of Public Health*. [internett]. 27(2), s. 262-267. DOI: 10.1093/eurpub/ckw193.

Rustøen, T. (2001) *Håp og Livskvalitet: en utfordring or sykepleieren?* 1utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skaug, E-A. (2015) Aktivitet. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie bind 2*. 3. Utg. 4. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 313- 346.

Solvoll, B-A. (2016) Identitet og egenverd. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 3. Utg. 1. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 105- 137.

Store Medisinske Leksikon (16.oktober 2017) *Kroniske nyresykdom* [internett], Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: < https://sml.snl.no/kronisk_nyresykdom > [Lest 02. januar 2018]

Store Medisinske Leksikon (2016) *Personlighetspsykologi* [internett], Store Norske Leksikon. Tilgjengelig fra: < <https://snl.no/opplevelse> > [Lest 27. mars 2018]

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

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2018): I: *Norsk sykepleie forbund* [internett] Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> [Lest 13. mai 2018]

Zyga, S.; Alikari, V.; Sachlas, A.; Stahoulis, J.; Aroni, A.; Theofilou, P. & Panoutsopoulos, G (2015) Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *American society for Pain management Nursing*. [internett]. 16(5), s. 712-720. DOI: <http://dx.doi.org/1016/j.pmn.2015.03.004>

Østhus, T. B.; Dammen, T.; Sandvik, L.; Bruun, C. M.; Nordhus I. H. & Os, I. (2010) Health-related quality of life and depression in dialysis patients: Associations with current smoking. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*. [internett]. 44(1), s. 46-55, DOI: 10.3109/00365590903449324

Vedlegg 1: Eksempel på sjekkliste for Kvantitativ studie.

Kritisk vurdering - RCT, Undervisningsbruk : eksempel på forskningsartikkel: Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients.

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

Målgruppe: studenter og helsepersonell Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. User's Guides to the medical literature. A manual for

evidence based clinical practice, second edition. JAMA & Archives Journals,

AMA Press, 2008.

- Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka "Slik oppsummerer vi forskning" og «Risk of bias tool» (kunnskapssenteret.no)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014

Kritisk vurdering - RCT, Undervisningsbruk

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Populasjonen som studeres</i> • <i>Tiltaket som gis</i> • <i>Sammenligningen som gjøres</i> • <i>Utfallene som vurderes</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet</i> • <i>Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc)</i> • <i>Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon (tabell for karakteristikk ved baseline)</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var det stort frafall, - og var frafallet likt fordelt i gruppene?</i> • <i>Er grunner for frafallet beskrevet?</i> • <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i> • <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig.</i> • <i>Subjektive utfallsmål (for eksempel smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding.</i> 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<ul style="list-style-type: none"> • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 	
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014

Kritisk vurdering - RCT, Undervisningsbruk

<p>5. Var gruppene like ved starten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Andre faktorer kan påvirke resultatene, f eks alder, kjønn og sosial klasse.</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. • For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke utfall ble målt? • Er det primære utfallet klart spesifisert? • Hva er effektestimaten for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelvei (median), prosent, Relativ Risiko, Numbers needed to treat (NNT) etc. • Er det en viktig forskjell mellom gruppene? • Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i én setning? 	<p>Pasienter i hemodialyse hadde moderate til lav aksept av sykdommen, som er en selvstendig faktor som er relatert til livskvalitet.</p>
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Er det oppgitt konfidensintervaller eller p-verdier? Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt.</p>	<p>Det er gitt intervaller i resultater.</p>

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

9. Kan resultatene overføres til praksis?			
<i>TIPS:</i>			
<ul style="list-style-type: none"> Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis? Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart? 	Ja	Uklart	Nei
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Er tiltaket akseptabelt for brukerne?</i>			

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014

Kritisk vurdering - RCT, Undervisningsbruk

10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?		Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i>				
<i>Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder?</i>				
11. Er fordelene verdt ulemper og kostnader?		Ja	Uklart	Nei
<i>TIPS:</i>				
<ul style="list-style-type: none"> Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? Støttes resultatene i en systematisk oversikt? 		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UTREGNING AV EFFEKTESTIMATER

	Utfall JA (syk)	Utfall NEI (frisk)
Intervensjon Y	a	b
Kontroll X	c	d

Risiko for utfall:

$$Y = a/(a+b) \quad X = c/(c+d)$$

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014

Relativ risiko/Risk Ratio (RR)

Relativ risiko (RR) er ratioen mellom de to risikoene:
(Risikoen i intervensjonsgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen)

$$RR = Y/X$$

Odds Ratio (OR):

Odds Ratio (OR) er sjansen (oddsen) for et utfall i intervensjonsgruppen dividert med sjansen for det samme utfallet i kontrollgruppen.

$$OR = (a/b)/(c/d)$$

Relative Risk Reduksjon (RRR)

Relativ risikoreduksjon er prosent reduksjon i risiko i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen

$$RRR : 1-RR = 1-Y/X \times 100 \%$$

Absolutt Risk Reduksjon (ARR)

Differansen mellom risikoen for et utfall i intervensjonsgruppen minus risikoen for et utfall i kontrollgruppen

$$ARR = Y-X$$

Number needed to treat (NNT)

Antall som må behandles for å oppnå én hendelse $1/ARR$ eller $(100/ARR) / 100$

Kritisk vurdering - RCT, Undervisningsbruk

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014

Vedlegg 2: Søkehistorikk

SY300215 - Søkehistorikk – tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
ALL: Kidney failure OR: Renal failure AND: quality of Life Begrensing: 1. Age: all adult 2. Published date: 2013-2018 3. Subject major heading: <ul style="list-style-type: none">• Kidney failure• Hemodialysis• Dialysis patients• Renal insufficiency,chronic• Quality of life• Dialysis	16/01/2018	CINAHL(EBSCO)	1959	15	8	4
ALL: Kidney disease OR: Renal disease AND: Patients experiences	16/01/2018	CINAHL(EBSCO)	720	10	5	0

<p>Begrensning: Age: All adults Published date: 2013-2018 Subject major heading:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronic kidney failure • Hemodialysis • Dialysis patients • Quality of life • Renal insufficiency • Dialysis • Depression 						
<p>ALL: Kidney failure OR: Renal insufficiency AND: Hemodialysis AND: Quality of life</p>	25/03/2018	ProQuest	613	10	4	2
<p>ALL: Kidney failure OR: Renal insufficiency AND: Hemodialysis AND: Quality of life</p>	25/03/2018	PubMed	388	9	5	3

Vedlegg 3: Litteraturmatriser

Litteraturmatrise nr 1: Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Forfattere: Lopes M.J; Mor Fukushima, R.L; Inouye,K.; Lost Pavarini S.C; De Souza Orlandi, F.</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Artikkelens navn: Quality of life related to the health of chronic renal failure patients on dialysis</p> <p>Navn på tidsskrift: Acta paul Enferm.</p> <p>Vol nr: 27</p> <p>Utgave nr: 3</p> <p>Sidetall:230-236</p>	<p>Hensikt med studiet var å vurdere livskvaliteten hos pasienter med kroniske nyresvikt i dialyse.</p>	<p>Renal dialysis, nursing assessment , chronic renal failure, quality of life.</p>	<p>Dette er en tversnittstudie utført i en spesialisert helsevesenet i Sao Paulo. 101 pasienter ble inkludert i studiet. Kriteriene var: kroniske nyresvikt med minst tre måneder hemodialyse behandling. Pasientene måtte være 18 år eller eldre. Forskningsinstrumentene som ble brukt består av spørsmål relatert til identifikasjon, sosiodemografisk data og klinisk forhold og KDQOL-SF(Kidney Disease Quality of Life-Short Form). Analyse ble utført ved å identifisere de faktiske problemene relatert til pasients helse og som har innflytelse på livskvalitet. Data fra KDQOL-SF ble overført til et gjennomgangsprogram som har Microsoft Excel ark og ble analysert ved hjelp av statistikkprogram. Artikkelen er godkjent av Research Support Foundation of Sao Paulo og tilhører Federal University of Sao Paulo</p>	<p>Helserelatert livskvalitet til kroniske nyrepasienter som får hemodialysebehandling viste en bedre oppfatning av aspektene:”kognitiv funksjon” ”sosial støtte” ”seksuell funksjon” og ”kvalitet av sosial interaksjoner” og lavere score i ”fysisk funksjon”, ”arbeidsforhold”, ”fysisk fungering” og ”generell helsestatus”.</p>	<p>Artikkel er relevant i forhold til min problemstilling fordi den kommer frem med forskjellige aspekter livskvaliteten deres ble kompromittert i.</p>

Litteratormatrise nr 2: Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel begrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Forfattere: Zyga, S.; Alikari, V.; Sachlas, A.; Stahoulis, J.; Aroni, A.; Theofilou, P.; & Panoutsopoulos, G.</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Artikkelens navn: Management of Pain and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis</p> <p>Navn på tidsskrift: Pain management Nursing</p> <p>Volnr: 16 Utgave nr: 5 Sidetall: 712-720</p>	<p>Hensikt med studier var å undersøke hvordan smerte kan påvirke livskvaliteten blant hemodialysepasienter som har nyresykdom i endestadium.</p>		<p>Studiet er kvantitativt studiet, der det ble valgt 230 hemodialysepasienter fra 4 sykehus i Peloponnes, eldre enn 18 år, som har evne til å snakke, skrive og lese på gresk og ha gjennomgått hemodialyse i minst 1 år.</p> <p>Data ble samlet ved bruk av to anonyme spørreskjemaer som inneholder spørsmål relatert til sosiodemografiske data, personlig historier og data om livskvalitet.</p> <p>For å beskrive demografiske egenskapene og aspekter av livskvaliteten og effekten av smerte hos pasienter, de brukte grunnleggende tiltakene for posisjon og spredning.</p> <p>Forskning har fulgt grunnleggende etiske prinsipper for forskningsartikler (s.714)</p>	<p>24% av deltagerne i undersøkelse indikerte mobilitetsproblemer. Under dialyse, nevnte 61,2% kramplidelse, 54,9% hodepine og 33,9% kløe. I følge resultatene av studien er gjennomsnittet av smerte selvvirking blant hemodialyse pasienter, nøytral.</p>	<p>Artikkel er relevant med tanke på at den svarer på spørsmål om smerte påvirker livskvaliteten hos dialyse pasienter.</p>

Litteratormatrise nr 3: Understanding What Influences the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Collaborative Study in England and Ireland

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Forfattere: Lowney, A.C.; Myles, H.T.; Bristowe, K.; Lowney, E.L.; Shepherd, K.; Murphy, M.; O'Brien, T.; Casserly, L.; McQuillan, R.; Plant, D.; Conlon, P.J.; Vinen, C.; Eustace, J.A & Murtagh, F.</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Artikkelens navn: Understanding What Influences the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Collaborative Study in England and Ireland</p> <p>Navn på tidsskrift: Journal of pain and symptom management</p> <p>Vol nr: 50</p> <p>Utgave.nr: 6</p> <p>Sidetall: 778-785</p>	<p>Hensikt med studiet er å beskrive symptomprofilen til en kohort av pasienter med nyresvikt i endestadiet som mottar dialyse behandling, og vurdere hvordan symptombelastning kan påvirke resultatene på livskvalitet.</p>	<p>End-stage renal disease, hemodialysis, health-related quality of life, palliative care, symptom burden</p>	<p>Dette studiet er en tverrsnittsobservasjonsstudie av hemodialysepasienter som ble utført i England og Irland. Pasienter som ble valgt ut var eldre enn 18 år, og hadde hatt hemodialysebehandling i mer enn 3 måneder. Datasamling i UK ble startet som en nøkkelkomponent i et tjenesteutviklingsprosjekt ledet av NHS Kidney Care. Et validert klinisk verktøy POS, ble brukt, det er et instrument pasienten fullfører, som identifiserer alvorlighetsgrad av symptomer opplevd i løpet av den siste uken. Den andre er EQ-5D-3L et</p>	<p>Mange pasienter som mottar hemodialysebehandling hadde en høy symptombyrde og dårlig livskvalitet relatert til helse.</p>	<p>Artikkelen er relevant fordi det handler om å vite hva som påvirker livskvalitet hos hemodialysepasienter</p>

			<p>beskrivende system som består av dimensjoner som: mobilitet, selvomsorg, vanlige aktivitet, smerte/ubehag og angst/depresjon</p> <p>Anonymiserte fagdata ble inngått i en dedikert database.</p> <p>En del av denne undersøkelsen ble presentert på: <13th World Congress of the European Association for palliative Care> i 2013 og abstraktet ble publisert i European Journal of Palliativ Care.</p>		
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Litteratormatrise nr 4: Physical training improves physical fitness and the quality of life of patients on hemodialysis.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p><u>Forfattere:</u> Marchesan, M.; Nunes, V.G.S.; Rombaldi; A.J.</p> <p><u>Årstall:</u> 2013</p> <p><u>Artikkelens navn:</u> Physical training improves physical fitness and the quality of life of patients on hemodialysis.</p> <p><u>Navn på tidsskrift:</u> RBCDH, original article.</p> <p><u>Vol nr:</u> 16</p> <p><u>Utgave nr:</u> 3</p> <p><u>Sidetall:</u> 324-344</p>	<p>Målet med studien var å analysere effekten av fysisk trening på fysisk form og livskvalitet hos pasienter som får hemodialyse behandling.</p>	<p>Chronic renal failure; Muscle strength; Physical exercise; Rehabilitation.</p>	<p>Dette studiet er kvalitative intervjuer som ble utført ved bruk av enkel tilfeldig prøvetaking for å velge utvalg av hver gruppe. 33 pasienter ble valgt ut, inkluderingkriteriene var, at de var uten psykisk lidelse, uten hjerte sykdom og med tilstrekkelig fysisk tilstand til å delta i studien.</p> <p>Hvordan pasienten opplever fysisk aktivitet ble evaluert av halvstrukturert intervju.</p> <p>Kvantitative dataene ble analysert ved hjelp av en beskrivende statistikk ved bruk av SPSS 17,0 program. Studien er godkjent av etikkomité for: < School of Physical Education, Federal University of Pelotas.>protokoll nr.098/2009</p>	<p>Fysisk aktivitet bedrer fysisk kondisjon og livskvalitet hos pasienter i hemodialyse, viser vurderingen av forskerne og oppfatninger av pasientene selv.</p>	<p>Fysisk trening er en av de faktorene som har stor rolle i livskvalitet hos pasienter med kroniske sykdommer.</p>

Litteratormatrise nr 5: Association between changes in quality of life and mortality in hemodialysis patients: results from the DOPPS

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Forfattere: Perl,J.; Karaboyas, A.; Morgenstein, H.; Sen, A.; Rayner; H:C.; Vanholder, R.C.; Combe,C.; Hasegawa,T.; Finkelstein,F.O; Lopes, A.A.; Robinson, B.M.; Pisoni, R.L.& Tentoni, F.</p> <p>Årstall: 2017</p> <p>Artikkelens navn: Association between changes in quality of life and mortality in hemodialysis patients: results from the DOPPS</p> <p>Navn på tidsskrift: Nephrology Dialysis and Transplantation</p> <p>Vol nr: 32</p> <p>Utgave nr:</p> <p>Sidetall: s.521-527</p>	<p>Hensikt med studiet var å beskrive sammenheng mellom tidligere endringer i helserelatert livskvalitet og etterfølgende dødelighet blant hemodialyse pasienter.</p>	<p>Dialysis Outcomes Practice Patterns Study, hemo-dialysis, quality of life, survival</p>	<p>Dette studiet er et internasjonalt prospektiv kohort studiet. Pasientene som ble tilfeldig valgt ut i forskjellige land, gjennomgikk hemodialysebehandling og var 18 år eller eldre.</p> <p>Inkluderte land: Australia, New Zealand, Belgia, Spania, Frankrike, Tyskland, Sverige, Italia, England, Japan og USA. Laboratorieverdier ble tatt fra medisinske journaler ved bruk av enhetlige og standardiserte datasamlingsverktøy i alle land.</p> <p>Data om dødelighet ble samlet under studieoppfølging. Pasienten administrerte selv et spørreskjema etter kurset. En praksisundersøkelse ble brukt for å beskrive analyse: Er pasientens livskvalitet rutinemessig (minst en gang årlig)vurdert?. Spørsmålet ble utført i 321 fasiliteter av sosialarbeidere eller sykepleiereleder. Studie godkjenning og pasient samtykke var oppnådd etter behov av nasjonal og lokal etikk komité forskrifter.</p>	<p>I dette studiet var bare den siste helserelatert livskvalitet poengsum forbundet med dødelighet. Derfor er den prediktive effekten av en måling av helserelatert livskvalitet ikke påvirkes av endringer i helserelatert livskvalitet før den målingen; Hyppigere helserelatert livskvalitet målinger er nødvendig for å forbedre prediksjonen av resultatene i hemodialyse. Ytterligere studier er nødvendig for å bestemme optimal frekvens og passende instrument som skal brukes til seriemålinger.</p>	<p>Artikkelen viser frem sammenheng mellom livskvalitet og dødelighet hos hemodialyse pasienter</p>

Litteratormatrise nr 6: Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p><u>Forfattere:</u> Polanska, B.J; Uchmanowicz,I.; Wyspcka, A.; Uchmanowicz, I.; Lomper, K.; Fal, A.M.</p> <p><u>Årstall:</u> 2016</p> <p><u>Artikkelnavn:</u> Factors affecting the quality of life of chronic dialysis patients..</p> <p><u>Nav på tidsskrift:</u> The European Journal of Public Health <u>Vol.nr.:</u> 27 <u>Utgave nr:</u> 2 <u>Sidetall:</u> 262-267</p>	<p>Hensikt med studiet var å vurdere virkningen av annerkjennelse av sykdom og andre sosio kliniske variabler på livskvalitet hos hemodialyse pasienter.</p>		<p>Dette er en kvantitativ studiet. 100 pasienter i 20-85 alder ble valgt ut, de måtte ha gjennomgått hemodialyse i minst 2 år. De måtte samtykke til å delta i studien, ikke være alvorlig g syk, ikke ha depresjonsdiagnose og kognitive dysfunksjon. Det ble brukt to validerte instrumenter:” Acceptance of illness Scale (AIS)” og”World Health Organisation Quality of Life”spørreskema. Instrumente ble distribuert av en sykepleie på dialyseenhet, men pasientene svarte selv på spørsmål og fikk hjelp av sykepleien om nødvendig. Betydningen av forskjeller mellom grupper ble verifisert ved hjelp av analyse av varians. Flere faktoranalyser for livskvalitet og egenskaper som korrelerte med det i enkeltfaktoranalysen var utført ved hjelp av flere korrelasjonsanalyser og trinnvis teknikk. Studiet er etisk godkjent av biotetisk komite.</p>	<p>Pasienter i hemodialyse har moderat til lav annerkjennelse av sykdom. Annerkjennelse av sykdom er en selvstendig faktor som er relatert til livskvalitet i alle felter bortsett fra sosiale relasjoner. Den sosial og psykologiske støtte til dialyse pasienter kan forberede deres livskvalitet og sykdom annerkjennelse.</p>	<p>Artikkelen skal brukes for å vise frem hvilke faktorer som spiller inn i livskvalitet hos dialysepasienter.</p>

Litteratormatrise nr 7: Health-related quality of life and depression in dialysis patients: Associations with current smoking

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Forfattere: Østhus, T.B.; Dammen, T. ; Sandvik,L.; Bruun, C.M.; Nordhus I.H. & Os, I. Årstall: 2010 Artikkelens navn: Health-related quality of life and depression in dialysis patients: Associations with current smoking</p> <p>Navn på tidsskrift: Scandinavian Journal of Urology and Nephrology</p> <p>Vol nr: 44 Utgave nr: 1 Sidetall: s.46-55</p>	<p>Studiet utforsket helse relatert livskvalitet og depresjon i en kulturell homogen populasjon av dialysepasienter, videre ble sammenheng mellom livskvaliteten og depresjon med nåværende røyking utarbeidet.</p>	<p>Chronic dialysis, Current smoking, depresjon, quality of life.</p>	<p>Dette er tversnittstudiet av 301 dialysepasienter fra 20 dialysesentre i Norge. Inklusjonskriterier: voksen over 18 år, ha gjennomgått hemodialyse mer en to måneder, klinisk stabil tilstand, tilstrekkelig norsk ferdigheter både muntlig og skriftlig. Eksklusjonskriterier: kognitivsvikt, og psykisk lidelse. Pasientene fikk et spørreskjema som de tidligere hadde fått undervisning om av en sykepleier og svarte under dialyse. Helse relatert livskvalitet ble evaluert ved hjelp av ”Kidney Disease and Quality of Life Short Form, versjon 1.3. ” ”Physical Component Summary Score(PCS)” og ”Mental Component Summary(MCS)” ble beregnet . Depresjon ble vurdert ved hjelp av ”Beck Depression Inventory(BDI)” og ”Cognitiv Depression Index(CDI) ble beregnet. Depresjon ble definert som en BDI- Score større enn 14. Studien er godkjent av Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk.</p>	<p>Helse relatert livskvalitet er lavere hos norske dialysepasienter enn i befolkningen, og depresjon er utbredt. Studien antyder at dårlig oppfattet mentale aspekter ved livskvalitet og depresjon er forbundet med dagens røyking i dialysepasienter, men en årsakssammenheng gjenstår å bli vist.</p>	<p>Artikkelen blir brukt for å vise sammenheng mellom livskvalitet, depresjoner og røyking.</p>

Litteratormatrise nr 8: Health related quality of life in 2002 and 2015 in patients undergoing hemodialysis: a single center study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Forfattere: Knudsen, S.D.P.; Eidemak, I.; Molsted, S.</p> <p>Årstall: 2016</p> <p>Artikkelens navn: Health related quality of life in 2002 and 2015 in patients undergoing hemodialysis: a single center study</p> <p>Navn på tidsskrift: Renal failure</p> <p>Vol nr: 38</p> <p>Utgave.nr: 8</p> <p>Sidetall: 1234-1239</p>	<p>Hensikt med studiet var å vurdere endringer i livskvalitet rapportert av to forskjellige pasienter som fikk hemodialsyebehandling i samme dialysesentert i 2002 og 2015</p>	<p>Chronic kidney disease, health related quality of life, hemodialysis treatment, time trend.</p>	<p>Dette studiet er en kvantitativ studiet utført i Danmark. Pasientene som ble valgt ut måtte være over 18 år, fikk hemodialyse behandling i minst tre måneder og ikke ha blitt innlagt på sykehus i løpet av den siste måneden. 81 pasienter deltok i 2015 studiet og 2 av dem var fra 2002 pga den høye dødeligheten på dialyse og utførte krav for å bli valgt. Alle pasientene ga sine samtykker etter skriftlig og muntlig informasjon om studien. Studien var i samsvar med reglene i det lokal etiske komiteen. Data ble samlet gjennom pasientens casestudier og elektronisk laboratedatabase parallelt med et spørreskjema. Resultater fra 2002 og 2015 ble sammenlignet med en:”unpaired student test” når dataene var kontinuerlige og en chi2-test da dataene var kategoriske.</p>	<p>Studiet fant en uendret livskvalitet hos hemodialyse pasienter som fikk behandling fra et dansk dialysesenter over 13 års tidsperiode som strekker seg over 2002-2015. Sammenliknet med den generelle danske befolkningen ble pasientene som fikk hemodialyse, sterkt svekket i 2015. Det er derfor avgjørende å fokusere på intervensjoner som kan være forbundet med forbedret livskvalitet hos pasienter som får hemodialyse. Basert på resultatene av denne studien, kan økt fokus på vekttap blant overvektige og en forbedret ernæringsstatus kreve oppmerksomhet i det nåværende dialysesenter.</p>	<p>Denne artikkelen skal jeg bruke for å vise frem om livskvaliteten hos hemodialyse pasienter har bedret seg i løpet av den siste 13 årsperiode.</p>

Litteratormatrise nr 9: Symptom clusters in patients on dialysis and their association with quality-of-life outcomes.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p><u>Forfattere:</u> AmroA.; Waldum, B.;Dammen, T.; Miaskowski, C.; Os, I. <u>Årstall:</u>2016 <u>Artikkelens navn:</u> Symptom clusters in patients on dialysis and their association with quality-of-life outcomes. <u>Navn på tidsskrift:</u> Journal of Renal Care <u>Volnr:</u>40 <u>Utgave nr:</u>1 <u>Sidetall:</u> 23-33</p>	<p>Hensikt med studiet var å vurdere og identifisere multiple symptomer hos pasienter i dialyse og deres mulige forbindelse med depressive symptomer og livskvalitetsresultat relatert til helse. Forskning ville også finne ut om behandling av symptomer klynger istedet for enkle symptomer kan forbedre livskvalitet.</p>	<p>Dialysis, quality of life, symptom clusters.</p>	<p>Dette studiet er et tversnittstudiet med 301 pasienter fra 10 dialysesentre over hele Norge. Kvalifikasjon for å delta var at pasienten var over 18 år, ha gode språkferdigheter, være klinisk stabil og samtykkekompetent. Fysiske symptomer, depressive symptomer og helse relatert livskvalitet ble vurdert ved hjelp av ” Beck Depression Inventory(BDI) ”og ”Kidney Disease and Quality –of-Life-Short Form versjon 1.3(KDQOL-SF36). Disse er spørreskjemaer administrert av sykepleiere som hadde fått kurs om det, pasienten svarte under dialyse. Multiple symptomer ble identifisert ved hjelp av hovedkomponentanalyse med varimaksrotasjon. Forskjellige variasjon av linear regresjonsanalyser ble utført for å evaluere sammenheng mellom symptomklynger og depressive symptomer og helse relatert livskvalitetsutfall. Studiet er godkjent av Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk.</p>	<p>De sterke forbindelse mellom symptomklynger, depressive symptomer og de fysiske og mentale domenene til helse relatert livskvalitet burde føre til økt fokus på symptomlindrende intervensjon.</p>	<p>Artikkelen skal brukes for å vise frem om symptomer kan tyde på livskvalitet til dialysepasienter.</p>

