

BACHELOROPPGAVE

Emnekode:
SPU 110

Navn:
Sissel Hafsmo & Mathilde R. Hansen

Livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresvikt

- God sykepleie i møte med pasienter i hemodialyse

Quality of life among patients with chronic kidney disease

- Nursing for patients in hemodialysis

Dato: 19.05.2016.

Antall ord: 9206

Abstrakt

Introduksjon: Statistikk tyder på betydelig økning i antall hemodialysepasienter i årene fremover, i hele verden. I 2014 var det 1151 pasienter i Norge som gikk til hemodialysebehandling. Forskning har vist at dialysepasienter har dårligere livskvalitet enn den generelle befolkningen. **Hensikt:** Hensikten var å utforske faktorer som spiller inn på livskvaliteten hos pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling. **Metode:** Det er blitt utført et allment litteraturstudie, som har innhentet forskning gjennom kjente søkebasen. Granskning førte til inkludering av 13 forskningartikler som skulle belyse studiens hensikt. **Resultat:** Fysisk funksjon var den faktoren som ble mest påvirket av sykdommen og behandlingen. Hemodialysebehandling førte til store begrensninger i livet hos pasientene. Enkelte pasienter mente at informasjonen fra helsepersonellet var utilstrekkelig. Kommunikasjonen med helsepersonellet hadde stor betydning for pasientenes trygghet. Mangel på medbestemmelse bidro til følelsen av maktesløshet hos en del pasienter. **Diskusjon:** Resultatene ble diskutert opp mot hva sykepleiere kan bidra med for å ivareta og/eller bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Dette ble gjort ved bruk av relevant litteratur, fagartikler, forskning, lovverk og retningslinjer. **Konklusjon:** En grunnleggende og viktig sykepleieoppgave er å gi god og tilstrekkelig informasjon. Sykepleieren burde motivere pasienten til fysisk aktivitet og tilpasse dette ut fra den enkeltes ønsker. Det å gi pasienten kontroll over egen sykdom og behandling, kan bidra til god livskvalitet.

Nøkkelord: Hemodialyse, livskvalitet, pasientperspektiv, sykepleie.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.0 Metode	5
2.1 Litteraturstudie	5
2.2 Søkestrategi	5
2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
2.4 Analyse	8
2.5 Ethiske overveielser	8
3.0 Resultat	9
3.1 Tilstrekkelig informasjon gjennom god kommunikasjon er avgjørende for pasientens trygghet og velvære.	9
3.2 Tap av frihet og mangel på medbestemmelse bidrar til begrensninger i livsutfoldelsen – Hvordan kan pasienten takle dette?	11
3.3 Kronisk nyresykdom og hemodialysebehandling påvirker pasientens fysiske og psykiske helse	12
4.0 Resultatdiskusjon	14
4.1 Tilstrekkelig informasjon gjennom god kommunikasjon er avgjørende for pasientens trygghet og velvære.	14
4.2 Tap av frihet og mangel på medbestemmelse bidrar til begrensninger i livsutfoldelsen - Hvordan kan pasienten takle dette?	16
4.2.1 Følelsen av avhengighet og begrensninger i livet	16
4.2.2 Medbestemmelse og bruken av makt hos sykepleiere	18
4.2.3 Hjelp til å finne mening og mestre tilværelsen som kronisk syk.....	19
4.3 Kronisk nyresykdom og hemodialysebehandling påvirker pasientens fysiske og psykiske helse	21
4.3.1 Effekten av fysisk aktivitet	21
4.3.2 Virkningen av ergoterapiprogram og avspenningsteknikk	23
4.3.3 Pasientens seksualitet	24
5.0 Metodediskusjon	26
6.0 Konklusjon	27
Referanser	28

VEDLEGG

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi.

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte studier.

Vedlegg 3: Skjema for artikkelgranskning.

Vedlegg 4: Analysetabell.

Vedlegg 5: SF-36(Short Form 36 Health Survey), Spørreskjema om helse.

1.0 Introduksjon

Denne bacheloroppgaven omhandler å utforske faktorer som spiller inn på livskvaliteten hos pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling.

Kronisk nyresykdom blir sett på som ett av verdens største folkehelseproblemer (Gulbrandsen, 2013). I Norge i 2014 fikk 4713 pasienter nyreerstattende behandling, 1151 av disse fikk hemodialyse. Statistikk over pasienter som er avhengige av hemodialyse viser en betraktelig økning fra 1990 til 2014 (Norsk Nefrologiregister, 2014). Denne økningen ses i hele verden og nyreerstattende behandling er blitt en global utfordring (Nugent, Fathima, Feifl & Chyung, 2011). En økning i antall eldre og flere med kroniske sykdommer som diabetes og sykkelig overvekt, kan ses i sammenheng med økning i kronisk nyresykdom. I følge en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet vil det være en økning mellom 5 - 15 % i årene fremover i antall pasienter som vil ha behov for dialysebehandling. Mange pasienter i dialyse har også andre tilleggssykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer. Disse sykdommene er de største risikofaktorene for å utvikle kronisk nyresvikt. I tillegg er glomerulonefritt blant de vanligste årsakene til nyresvikt (Helsedirektoratet, 2011).

Kronisk nyresvikt deles inn i 5 stadier, og blir beregnet ut i fra pasientens glomerulære filtrasjonshastighet(GFR). I de to første stadiene vil GFR fortsatt være bevart, men det er en definert nyreskade. I stadium 3 - 5 er GFR nedsatt, og i stadie 3 har pasienten moderat nedsatt nyrefunksjon. Stadie 4 - 5 betegnes som kronisk nyresvikt og pasienten vil være avhengig av dialyse for å overleve. I utgangspunktet skal alle pasienter med kronisk nyresvikt få tilbudet om nyretransplantasjon (Gulbrandsen, 2013). I dag blir pasienter kandidat for nyretransplantasjon med utgangspunkt i standardisert medisinsk utredning, uavhengig av alder (Heldal, 2015). Med en økning i antall eldre som har kompliserte tilleggssykdommer gjør at mange ikke blir kandidater for transplantasjon (Gulbrandsen, 2013). Kontraindikasjoner for transplantasjon er alvorlig hjerte- og lungesykdom, malignitet og infeksjonstilstander (Heldal, 2015).

Nyreerstattende behandling er et samlebegrep om hemodialyse, peritonealdialyse og transplantasjon. I denne oppgaven er hovedfokuset på hemodialyse. Hemodialyse er den

vanligste formen for dialyse, og pasienten må komme til nyreenheten 3-4 ganger i uken, og hver dialysebehandling varer i ca. 3-5 timer (Helsedirektoratet, 2011; Gulbrandsen, 2013). Ved hemodialyse renses blodet for avfallsstoffer gjennom en dialysemaskin. Pasienten har enten ett dialysekateter innlagt i en stor vene (jugularis interna, femoralis, subclavia) eller fått anlagt en arteriovenøs fistel (AV-fistel) (Gulbrandsen, 2013). Via dialysetilgangen, føres blodet inn i dialysemaskinen, og gjennom dialysefilteret der avfallsstoffene diffunderer over i dialysevæsken (Buur, 2011). Hastigheten og konsentrasjonen på dialysevæsken vil være forskjellig og blir justert ut etter pasientens behov (Gulbrandsen, 2013).

Det er forsket mye på det å leve med kronisk sykdom, for å skape forståelse av den kronisk sykes situasjon. Forskning viser at kronisk sykdom går sterkt utover pasientens selvfølelse, knyttet opp mot blant annet å leve et liv fullt av restriksjoner og oppleve seg selv som en byrde for andre. Kronisk sykdom reduserer ofte pasientens aktivitetsmuligheter og fører til begrensninger i livsutfoldelsen (Gjengedal & Hanestad, 2007). Å bli rammet av kronisk nyresvikt kan oppleves som tap av kontroll i livet (Theofilou, 2011). Kronisk nyresvikt påvirker mange aspekter i pasientens liv (Bezerra & Santos, 2008), mange skaper da egne måter å takle sykdommen på, for å finne tilbake til meningen i livet (Theofilou, 2011).

Et langt liv er ikke nødvendigvis er godt liv, når det å leve med kronisk sykdom kan medføre plager og begrensninger i livsutfoldelsen. Helsetjenesten i dag tilbyr flere mulige og likeverdige behandlingsformer. Men spørsmålet er, hvilke behandlingsform er best i forhold til å ivareta livskvaliteten hos pasienten? I dagens helsevesen er behandlingsfilosofien mer enn tidligere opptatt av å forstå og behandle sykdom i et bredere perspektiv, der også livskvalitet skal være i fokus (Wahl & Hanestad, 2007). I følge Europeiske retningslinjer for dialysebehandling påpekes det at vurdering av helserelatert livskvalitet burde være en kvalitetsindikator i behandlingen (Helsedirektoratet, 2011).

Gjennom forskning er svekket helserelatert-livskvalitet hos pasienter med kronisk nyresvikt godt dokumentert. Helserelatert-livskvalitet knyttes til hvilken grad ens fysiske, sosiale eller følelsesmessige velvære, altså livskvaliteten, blir påvirket av sykdommen (Finkelstein, Wurth & Finkelstein, 2009). Livskvalitet er et subjektivt, normativt og multidimensjonalt begrep som rommer hele livet, og alle sider ved tilværelsen (Wahl & Hanestad, 2004). Siri Næss (2001) definisjon på livskvalitet er:

“Livskvalitet er å ha det godt - å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Gode følelser forstås som glede, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger forstås som tilfredshet, selvrespekt og opplevelse av mening” (gjengitt i Wahl & Hanestad, 2004, s.24).

Denne definisjonen på livskvalitet kan ha god relevans for sykepleien til pasienter med kronisk nyresvikt. Hun mener at hos den kronisk syke vil det å oppleve noe meningsfullt og det å føle samhørighet være viktige områder i livet. Det å ha en kronisk sykdom kan være en trussel mot ens selvbylde da den kan endre en persons levemåte og funksjonsnivå. Ut i fra hennes definisjon har hun gått ut i fra fire punkter, der alle punktene utgjør livskvalitet til sammen og vektlegges likt. Hvor høy eller lav en livskvaliteten vil være går ut i fra graden en person er:

- Aktiv
- Har samhørighet
- Har selvfølelse
- Har en grunnstemning av glede.

(Næss, gjengitt i Rustøen, 2001)

Næss stiller seg spørsmålet om det er nødvendig at alle de nevnte punktene må være oppfylt for at man kan oppleve å ha god livskvalitet. Det første punktet Næss tar for seg er graden en person er aktiv, altså engasjerer seg i noe som betyr noe for den enkelte. I tillegg vil det å ha energi til å være aktiv i sine interesser og ikke føle seg for trett eller utslitt være av betydning. Hun mener også at det å være selvrealisert, det å oppleve å ha kontroll over egne handlinger være sentralt i opplevelsen av god livskvalitet. Det andre punktet handler om tilknytning til noe eller noen. Det å føle samhørighet og ha et nært og varmt forhold til minst ett annet menneske vil være verdifullt mener hun. Punkt nummer tre omhandler selvfølelse og viktigheten av å oppleve mestring, følelsen av å være nyttig og fornøyd med egen innsats. I det siste punktet sier Næss at en må ha en viss grunnstemning av glede, harmoni og føle at livet er rikt og givende. I tillegg bør det være et fravær av uro, bekymring og angst for å oppleve god livskvalitet (Næss, gjengitt i Rustøen, 2001).

Å yte sykepleie til pasienter i dialyse vil ofte være rettet mot å veilede, undervise og gi støtte til pasienten. Sykepleieren må hjelpe pasienten til en forståelse av årsaken og konsekvensene av sykdommen (Gulbrandsen, 2013). Å ha kunnskaper om den kronisk nyresykes opplevelse av livskvalitet vil være nødvendig da dette er et økende helseproblem verden over.

For å kunne styrke en persons livskvalitet er det nødvendig å tilegne seg en forståelse av dens erfaringer og opplevelse av livssituasjonen (Rustøen, 2001). Ut i fra dette er det derfor blitt valgt et pasientperspektiv for å belyse denne hensikten:

Hensikten med dette litteraturstudie er å utforske faktorer som spiller inn på livskvaliteten hos pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling. I tillegg vil hensikten være rettet opp mot hva sykepleiere kan bidra med for å ivareta og/eller bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

1.0 Metode

Metode er en framgangsmåte og et redskap til å innhente informasjon til undersøkelser (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er skrevet som et allment litteraturstudie. Hensikten med et allment litteraturstudie er å skape en bakgrunn som kan inspirere til å gjennomføre et empirisk studie eller beskriv et kunnskapsgrunnlag innenfor et vist område. I et allment litteraturstudie beskrives og analyseres de utvalgte studiene, men sjelden på en systematisk måte (Forsberg & Wengström, 2013).

2.2 Søkestrategi

Databaser som er bruk for å finne relevante artikler er MEDLINE, SveMed+ og CINAHL. Polit & Beck (2012) beskriver CINAHL og MEDLINE som to svært nyttige databaser for sykepleieforskning.

Ut fra hensikten er det blitt brukt følgende søkeord på de ulike databasene; *hemodialysis, quality of life, dialysispatients, nursing, renal dialysis, caregivers, renal insufficiency, nurse's role, coping, chronic kidney failure*. Ved å hake av på “explode” og “include all subheadings” på MEDLINE og CINAHL ble søket mer utvidet og man får et beredere utvalg. Søkeordene ble også kombinert på ulike måter for å finne frem til relevante artikler. Ved søk i databasene MEDLINE og CINAHL ble det i tillegg brukt “And” til å kombinere søkeordene. Full oversikt over søkestrategi sees i vedlegg 1: Tabell over søkestrategi.

Tabell 1: Eksempel på søkestrategi.

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 06.04.16.	Renaldialysis AND Nursing AND Quality of life.	Abstract, full text, Danish, English, Norwegian, Swedish.	23	23	6	2	1

Utvalg 1: lest artikkelens tittel.

Utvalg 2: lest artikkelens abstrakt.

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet.

Utvalg 4: artikkelen er valgt ut for granskning og vurdering.

2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Å strukturere et litteratursøk med utarbeiding av kriterier kan bidra til at litteraturen blir mer håndterlig. Hensikten som skal belyses i oppgaven bør være avgjørende for valgte kriterier (Dalland, 2012).

Enkelte av søkene i MEDLINE og CINAHL ble avgrenset i forhold til språk, tilgjengelig abstrakt, full tekst og publiseringsår.

Både menn og kvinner er inkluderte i de forskjellige studiene, men forekommer av ulik sammensetning og mengde. Pasientene som ble inkludert i denne studien var over 18 år. Forskingen omhandler pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling på dialyseenheter, og dermed er pasienter som får peritonealdilayse og hjemmedialyse ekskludert. Ut fra hensikten er det brukt studier som har pasientperspektiv. Det er valgt å ikke bruke forskning som er eldre enn 2005 for å ha fokus på mer oppdatert forskning på området. Forskingen er hentet fra hele verden, det er ikke gjort begrensninger i forhold til geografisk områder.

Ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriene er det valgt ut seks kvalitative og syv kvantitative forskningsartikler, for å besvare studiens hensikt. Blant flere av de kvantitative artiklene er det brukt et anerkjent skjema(SF-36) for måling av livskvalitet. SF-36 er det mest brukte spørreskjemaet ved forskning som omhandler livskvalitet (Malt, 2009), se vedlegg 5.

Enkelte artikler bruker begrepet helse-relatert livskvalitet, mens andre bruker begrepet livskvalitet. Dette litteraturstudiet har ikke lagt vekt på å skille disse begrepene. Tabell 2 viser eksempel på inkludert studie. Fullstendig oversikt over inkluderte studier sees i vedlegg 2.

Tabell 2: Eksempel over inkluderte artikler:

Forfattere (År) Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kvalitet
Aasen et al. (2011) Scandinavian journal of caring sciences. Norge	Undersøke eldre ESRD som får hemodialyse i resten av deres liv, sitt perspektiv på deltakelse på en dialyse- enhet.	Kvalitativ studie.	188 Pasienter.	Endre en paternalistisk ideologi til en ideologi med pasient- deltakelse.	Godkjent av etisk komité. Stor relevans i forhold til studiens hensikt.

2.4 Analyse

Analyse er granskning der hensikten er å finne ut hva materialet forteller (Dalland, 2012). I dette studiet er det benyttet en enkel tekstanalyse (content analysis), som er inspirert av Graneheim & Lundman (2004).

Litteraturen ble vurdert opp mot relevansen i henhold til studiens hensikt. Tittelen på forskningen avgjorde om abstraktet ble lest. Samtlige artikler ble lest i sin helhet i de tilfeller abstraktet hadde relevante resultater for studiens hensikt. Det ble skrevet et lite sammendrag fra hver artikkel før de ble brukt videre. Granskningen av forskningsartiklene ble utført ved hjelp av et skjema som er anbefalt av universitetet (se vedlegg 3).

Fokuset i starten var å skaffe en oversikt av litteraturen. Resultatkapitlet i forskningsartiklene ble nøye gjennomgått. Resultater med relevans til studiens hensikt, ble satt inn som meningsbærende enheter, også kalt subkategorier. Ut fra de meningsbærende enhetene, ble det utarbeidet 3 hovedkategorier som blir sentrale i oppgavens resultat- og diskusjonsdel. Vedlegg 4 viser hvordan de meningsbærende enhetene ble samlet til tre kategorier.

2.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å ivareta personvernet og sikre at forskningsresultater er troverdige (Dalland, 2012). Når mennesker blir brukt i forskning må det forsikres om at deres rettigheter blir ivaretatt. Deltakelse i forskning skal ikke medføre en ulempe eller skade hos pasienten (Polit & Beck, 2012). Alle artiklene som er inkludert, men unntak av én, er godkjent av en etisk komité. Den ene artikkelen som ikke har oppgitt godkjenning av etisk komité, har beskrevet forskningsetisk kvalitet godt i metodekapittelet.

For å beskytte forskningsresultatene skal en være tro mot både funn og kilder. Med dette menes det at en ikke skal forfalske funn eller plagiere andres ideer og resultater (Polit & Beck, 2012). Studiet har tatt hensyn til dette ved å referere til brukte kilder ved bruk av en troverdig metode.

3.0 Resultat

Hensikten med dette litteraturstudie er å utforske faktorer som spiller inn på livskvaliteten hos pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling. I tillegg vil hensikten være rettet opp mot hva sykepleiere kan bidra med for å ivareta og/eller bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

Etter granskning og analysering av artiklene har det vokst fram 3 hovedkategorier; ”Kronisk nyresykdom og hemodialysebehandling påvirker pasientens fysiske og psykiske helse”, ”Tap av frihet og mangel på medbestemmelse bidrar til begrensninger i livsutfoldelsen - Hvordan kan pasienten takle dette?” og ”Tilstrekkelig informasjon gjennom god kommunikasjon er avgjørende for pasientens trygghet og velvære”.

3.1 Tilstrekkelig informasjon gjennom god kommunikasjon er avgjørende for pasientens trygghet og velvære.

Informasjonen pasientene fikk var avhengig av hvor akutt behandlingen var og hvor syk pasienten var. Enkelte av pasientene var fornøyd med den informasjonen de hadde fått, andre ikke. Pasientene forventet at sykepleieren skulle dele sin kunnskap med dem. Noen hadde en følelse av at sykepleieren bestemte kunnskapen og hva pasienten hadde behov for å vite. De som hadde vært i dialysebehandling i flere år, formidlet at det var vanskeligere å få informasjon nå, enn i begynnelsen. Enkelte pasienter uttrykte at de ikke viste at de ikke lenger var kandidater for transplantasjon, og fikk da dette fortalt av forskeren (Aasen, Kvangarsnes & Heggen, 2011). Informasjonen pasientene fikk om behandlingsforløpet fra helsepersonellet var feilaktig i forhold til deres oppfatning. Enkelte deltakere i studiet følte at deres forutsatte tidsramme for hemodialysebehandling ikke stemte overens med realiteten (Monaro, Stewart & Gullick, 2014).

Studier viser at kosthold- og væskerestriksjoner påvirker livskvaliteten i stor grad. Pasientene mente det var vanskelig å følge dietten, spesielt i forhold til selvkontroll og støtte fra familie og venner (Kaba et al., 2007; Guerra-Guerrero, Camargo Plazas, Cameron, Santos Salas & Cofre González, 2014). Når pasientene fikk tilbakemelding om prøveresultat, fikk de beskjed om å følge kosthold- og væskerestriksjoner bedre enn de hadde gjort. De ble også fortalt at hvis de ikke gjorde dette ville de ødelegge årene foran seg. Pasientene i dette studiet som

valgte å ikke følge dietten, hadde ingen sykdomsforverring. Flere av pasientene mente selv at det var viktigere å opprettholde god livskvalitet i dag enn å ha et langt liv (Aasen et al., 2011). På en annen side var også noen villige til å leve med ulike plager og smerter, så lenge de fikk muligheten til å leve. De ønsket å gjøre det beste ut av livet til tross for sykdommen og behandlingens begrensinger (Kaba et al., 2007).

Enveiskommunikasjon var noe pasientene opplevde, der de følte sykepleierne dominerte og følte at de aldri ble spurt om hvordan de hadde det. Pasientene følte at de måtte tilfredsstille sykepleierne, og hadde medlidenhet ovenfor sykepleierne, som hadde mye å gjøre (Aasen et al., 2011).

Enkelte følte en sykdomsforbedring av behandlingen, men var redde for hva som kunne skje dersom de ikke fulgte de anbefalingene som ble gitt. Redselen i forhold til å ikke følge behandlingsanbefalingene kombinert med tilliten til helsepersonellet skapte passivitet hos pasienten. Dette kunne være til hinder i dialog og felles beslutninger (Aasen et al., 2011). I studien til Bæk, Pedersen, Poulsen & Agerskov (2011) uttrykte pasientene bekymring for stikke-situasjonen pga. dårlige erfaringer fra tidligere. Dette påvirket pasientene både kroppslig og mentalt. De uttrykte behov for å ha samme sykepleier(e) som tidligere, for å føle trygghet i slike situasjoner. Det betydde mye for pasientene at sykepleierne hadde tid til en samtale. At noen var villig til å lytte, ga utløp for frustrasjoner og var viktig for pasientenes velvære.

Noen pasienter uttrykte følelse av emosjonell distanse fra legen. De følte det var mangel på kommunikasjon og dårlig informasjon om deres helsetilstand. Enkelte pasienter brukte sykepleierne som et mellomledd mellom seg selv og legen. En del følte også at sykepleieren ikke forsto eller respekterte deres livssituasjon, som også kan relateres til emosjonell distanse (Hagren, Pettersen, Severinsson, Lützén & Clyne, 2005). Det ble også nevnt av noen pasienter at det var viktig for dem at de følte seg velkommen på dialyseenheten. Det å bli tatt vare på av noen med ekspertise ga dem trygghet. At noen sykepleiere hadde evnen til å se dem individuelt, bidro til lindring (Kaba et al., 2007).

3.2 Tap av frihet og mangel på medbestemmelse bidrar til begrensninger i livsutfoldelsen – Hvordan kan pasienten takle dette?

Pasienter følte avhengighet av dialysemaskinen (Guerra-Guerrero et al., 2014; Kaba et al., 2007; Bæk et al., 2011). De mistet evnen til å være spontan fordi dialysebehandlingen styrte all deres tid (Tsay, Lee & Lee, 2005). I studiet til Aasen et al. (2011) formidlet pasientene følelse av tapt frihet, og det å være bundet. Enkelte pasienter brukte 'fengsel' som en metafor for dialyseavdelingen (Aasen et al., 2011). De var klar over at dialysemaskinen var deres eneste måte å overleve på, derfor ble dette også deres eneste motivasjonen til å fortsette behandlingen (Guerra-Guerrero et al., 2014; Kaba et al., 2007).

Enkelte pasienter følte at selvfølelsen ble endret da de gikk fra å være en frisk person, til å bli syk og avhengig av andre. Andre pasienter følte at de ikke lenger kunne gjøre ting de tidligere hadde gjort. I tillegg mistet de muligheten til å opprettholde sine grunnleggende behov, og følte seg hjelpeløse og sårbare (Monaro et al., 2014). Pasientene uttrykte at sykdommen og dialysebehandlingen førte til store begrensninger til å delta i samfunnet og seksuelle-, materielle-, psykososiale-, økonomiske-, arbeids- og feriebegrensninger (Tsay et al., 2005; Monaro et al., 2014; Kaba et al., 2007).

Tidspunkt på dagen behandlingen skulle skje var viktig for pasientene og deres livsutfoldelse. Enkelte pasienter fikk mulighet til å diskutere tidspunktet, mens andre på samme enhet ikke hadde mulighet til det (Aasen et al., 2011). Noen pasienter følte at også prosedyren før selve dialysen tok for lang tid. Dette førte til frustrasjon da det hele tok lengre tid enn nødvendig (Hagren et al., 2005). På større dialyseenheter følte pasientene seg glemt av sykepleierne, noe som bidro til følelse av maktesløshet. Ordet 'fangevoktere' ble brukt om sykepleierne og deres dominans ovenfor pasientene (Aasen et al., 2011).

Valget om å bruke AV-fistel under dialysebehandling hadde ikke pasientene noen bestemmelsesrett over. Flere av pasientene foretrakk sentralt venekateter, men de følte at de ikke hadde noe valg. De ble fortalt at bruk av AV-fistel var det beste alternativet pga. lavere risiko for infeksjon og bedre dialyseresultat. Ut i fra pasientenes ønske var ikke AV-fistel et gunstig alternativ. De mente at det påvirket deres livsutfoldelse i forhold til bruk av armen fistelen var i. En pasient fra studien fortalte at det under dialysebehandlingen ble fjernet for mye væske fra kroppen enn det han hadde ønsket, noe som påvirket hans velvære i etterkant.

Han forklarte at dette var noe han ikke fikk påvirke fordi det var bestemt fra helsepersonellet. Han hadde prøvd å diskutere alternativer, men ble ikke hørt (Aasen et al., 2011).

Pasientene oppga ulike mestringsstrategier (Guerra-Guerrerro et al., 2014), blant annet fornektelse og distansering av sykdommen. En sykepleier i studien til Hagren et al. (2005) inkluderte en pasient i behandlingen og fikk opplæring i å sette nålen selv. Dette bidro til at pasienten opplevde mestring.

3.3 Kronisk nyresykdom og hemodialysebehandling påvirker pasientens fysiske og psykiske helse.

Kronisk nyresykdom har en negativ innvirkning på fysisk funksjon og energi allerede i de tidlige stadiene av sykdommen (Pagels, Söderkvist, Medin, Hylander & Heiwe, 2012; Guerra-Guerrerro et al., 2014). Den negative innvirkningen viser seg også å øke i takt med sykdommens progresjon (Pagels et al., 2012). Fysisk funksjon er den faktoren som påvirkes mest av sykdommen og dermed fikk lavest score i evalueringen av skjemaet for livskvalitet (Alshraifeen, McCreddie & Evans, 2014). I følge forskningen til Monaro et al. (2014) oppga noen deltakere negative innvirkninger på kroppen etter hemodialysebehandlingen. Flere pasienter oppgav at dialysebehandlingen førte til utmattelse og tretthet, dette hadde negativ innvirkning på deres daglige aktivitet (Monaro et al., 2014; Hagren et al., 2005). Dialysepasienter med høyere energiforbruk pr. uke scorer høyere på skjema som måler livskvalitet (Brenner & Brohart, 2008).

Nærmere 50% av pasientene i en studie oppga tilstedeværelse av stress og angst i deres liv. Det viste seg også at kvinner hadde høyere forekomst av stress og angst sammenlignet med menn (Alshraifeen et al., 2014). Bruk av et tilpasset treningsprogram kan føre til redusert stress og depresjon blant hemodialysepasienter, samt økning i livskvaliteten (Tsay et al., 2005).

I studien til Mariotti & Carvalho (2011) undersøkte de virkningen av et ergoterapiprogram blant hemodialysepasienter, som la til rette for meningsfulle aktiviteter under behandling. Resultatet viste at pasientene som fikk bruke sine gjenværende ressurser i et ergoterapiprogram ga økning i livskvaliteten. Resultatet viste også reduksjon av smerte spesielt blant kvinnelige deltagere (Mariotti & Carvalho, 2011). Signifikante forskjeller i

smerte og livskvalitet ble oppdaget i evalueringen av virkningen av Bensons avspenningsteknikk (Rambod, Sharif, Pourali-Mohammadi, Pasyar & Rafi, 2014).

Kvinnelige dialysepasienter i et studiet ble sammenlignet med friske kvinner i forhold til hvilken innvirkning seksuell aktivitet hadde på livskvaliteten. Resultatene viste en signifikant lavere seksuell aktivitet og livskvalitet blant kvinner i dialyse i forhold til friske kvinner (Coelho- Marques, Wagner, Poli de Figueiredo & d'Avila, 2006). I flere artikler forteller pasientene om endringer i sitt samvær med andre. Flere var redde for at partneren skulle trekke seg unna og at det førte til en mangel på intimitet i forholdet (Monaro et al., 2014). Dialysebehandlingen og reisen til og fra, gjorde at de fikk lite tid sammen med sine ektefeller noe de syntes var vanskelig (Hagren et al., 2005). Noen følte at det var mye en måtte ofre i hverdagen som dialysepasient. Den lidelsen pasienten følte, var også noe som gikk utover deres nærmeste (Kaba et al., 2007).

4.0 Resultatdiskusjon

Hensikten med dette litteraturstudie er å utforske faktorer som spiller inn på livskvaliteten hos pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling. I diskusjon vil resultatene diskuteres mot hva sykepleiere kan bidra med for å ivareta og/eller bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

Funnene i resultatet viser at fysisk funksjon var den faktoren som ble mest påvirket av sykdommen og behandlingen. Hemodialysebehandlingen førte til store begrensninger i livet hos pasienter. Enkelte pasienter mente at informasjonen de fikk var utilstrekkelig og følte seg ikke inkludert i behandlingen. Sykepleiernes kommunikasjon hadde stor betydning for hvordan pasienten opplevde behandlingssituasjonen og følelsen av trygghet.

4.1 Tilstrekkelig informasjon gjennom god kommunikasjon er avgjørende for pasientens trygghet og velvære.

Informasjon innebærer å gi kunnskap om hva pasienten har behov for og er i stand til å motta. Dette skal være uavhengig av hvordan en møter pasienten og hvilken situasjon vedkommende befinner seg i (Eide & Eide, 2011). Resultatet viser at informasjonen pasientene fikk fra helsepersonellet var avhengig av sykdomstilstanden. Det viste seg også å være delte meninger om hvor fornøyd pasientene var med informasjonen de fikk. Ut fra resultatet kommer det også frem at enkelte pasienter følte at sykepleieren bestemte hvor mye informasjon de hadde behov for. Andre undersøkelser har også vist at pasientene hadde behov for å få informasjon om bivirkninger og hva de selv kunne gjøre for å lindre symptomene og bivirkningene. I tillegg oppga de at de ønsket mer informasjon om sosiale rettigheter som trygde-, støtte- og hjelpeordninger (Helsedirektoratet, 2011).

Pasientrettighetsloven (1999, § 3) fastslår at pasienter har rett på informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. I følge loven skal informasjonen tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte. *Helsepersonelloven* (1999, §10) fastslår at den som yter helsehjelpen er pliktig til å oppfylle pasientenes krav på informasjon. Det er viktig at en som sykepleier er klar over hvordan en formidler informasjon. Det krever omtanke å gi tilpasset informasjon etter pasientens behov. Pasienten skal kunne forstå og huske den informasjonen som blir gitt, samtidig som at den føler seg

ivaretatt. Mer kunnskap kan gi følelse av å ha kontroll, og opplevelse av mestring (Eide & Eide, 2011).

I resultatet kommer det fram at pasientene ønsket å ha bedre relasjon til sykepleieren, da det ga følelsen av trygghet. Tilgjengelighet er viktig i forbindelse med relasjonstrygghet, at noen er tilstede når det trengs. Relasjonstrygghet bygger blant annet på åpenhet, gjensidighet og en evne til å nå hverandre (Thorsen, 2011). Ut fra resultatet uttrykte noen pasienter at de ønsket å møte samme sykepleier(e) når de kom til dialysebehandling for å føle trygghet. Å ha en kontaktsykepleier å forholde seg til, gjorde at pasientene slapp å bruke energi på å forklare sin dialysehistorie gang på gang (Agnholt, Galsgaard, Schlosser, Lahoz & Leschly, 2008). Et studie viser at sykepleiere hadde forståelse for at det å møte en ny sykepleier hver gang, kunne føre til frustrasjon (Bæk et al., 2011). Undersøkelser viser at ønsket om ha en fast kontaktperson å forholde seg til, var viktig for pasientene. Viktigheten var knyttet til det å ha noen å snakke med, for å takle det psykiske rundt sykdommen (Helsedirektoratet, 2011).

Pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling kommer til sykehus flere ganger i uken (Gulbrandsen, 2013). Sykepleierne møter derfor pasienten jevnlig, noe som gir gode forutsetninger for å skape et menneske-til-menneskeforhold. Et kjennetegn ved et slikt forhold er at man forholder seg til hverandre som enkeltindivider. Det er sykepleierens oppgave å gå bevisst inn for å lære seg å kjenne pasienten og den sykes ulike behov (Travelbee, 1999). Joyce Travelbee sykepleieteori og filosofi har hatt stor innflytelse på sykepleierutdanningen i Norge. Sykepleieteorien har fortsatt betydning den dag i dag, med fokus på de mellom-menneskelige aspektene i sykepleien. Travelbee mener sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Hun mener i tillegg at sykepleieren må hjelpe pasienten til å mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse (Kristoffersen, 2011a).

Resultatet viser at pasientene følte mangel på respekt for deres livssituasjon og en emosjonell-distanse fra sykepleieren. I følge Travelbee (1999) må en sykepleier oppleve og respondere på det unike ved hvert enkelt individ, for å kunne hjelpe den enkelte med å mestre sykdom og lidelse. Om en pasient føler at en kjenner og har tillit til sykepleieren, vil det føles lettere å fortelle om sin frykt eller angst. Det blir også da lettere for sykepleieren å oppdage forandringer i pasientens tilstand (Travelbee, 1999). I forskning med intervju av sykepleiere kommer det frem at sykepleiere også ser viktigheten med å kjenne pasientene og deres historie. Sykepleierne formidlet at dette kunne skape en gjensidig tillit, og føre til trygghet

hos pasienten (Bæk et al., 2011). Trygghet og omsorg ligger i det vi gjør, våre handlinger, det vi sier og måten vi sier det på, i våre holdninger og kroppsspråk og ikke minst i det vi ikke sier, stillheten. Måten vi blir møtt og tatt i mot på, vil ha en stor betydning på hvor trygg man vil kjenne seg. Det er viktig å tenke på at mennesker har ulikt behov for trygghet, og kan oppleves forskjellig fra person til person (Thorsen, 2011).

For å kunne ha nytte av bekreftende ferdigheter må det ligge grunnleggende verdier i bunn. Anerkjennelse og respekt for den andres integritet, frihet og selvbestemmelse er sentrale verdier i kommunikasjon med pasienter. Det å føle seg sett og hørt, og at noen viser interesse for det vi forteller, oppleves ofte som godt (Eide & Eide, 2011). Det å ha det godt og det å ha god livskvalitet er noe Næss bruker om hverandre i sin teori. Hun knytter også det å ha god livskvalitet opp mot det å ha selvfølelse og føle seg vell som menneske (Næss, gjengitt i Rustøen, 2001). En tilknytning til andre mennesker som ønsker å forstå, kan styrke selvfølelsen. Bekreftende ferdigheter er nødvendig for å skape tillit og trygghet og er med på å bygge relasjoner med noen andre (Eide & Eide, 2011).

Som sykepleier må en skape trygg og god relasjon til pasienten. Dette kan skapes ved aktiv lytting, som er grunnleggende i all kommunikasjon. Ved å lytte aktivt får en gjort nytte av informasjon og hva pasienten er opptatt av. I tillegg til det å lytte, må en også vise interesse med blikkontakt og ved å bruke bekreftende ord og kroppsspråk. Hvordan man bruker kroppen viser også om en er interessert og “inviterer” til at pasienten skal fortelle mer. Sykepleieren bør sitte med kroppen vendt mot pasienten i en avslappende stilling som vil signalisere at en har tid til å høre på hva pasienten forteller (Kristoffersen, 2011c).

4.2 Tap av frihet og mangel på medbestemmelse bidrar til begrensninger i livsutfoldelsen - Hvordan kan pasienten takle dette?

4.2.1 Følelsen av avhengighet og begrensninger i livet.

Pasientenes avhengighet av behandlingen og begrensningene det førte til, kommer tydelig frem i resultatet. Det kommer også i frem resultat at metaforen ”fengsel” ble brukt om dialyseavdelingen. I en studie fra Sverige har man også funnet ut at det å få dialyse er et stort hinder i livet, på flere måter. Det som oftest gikk igjen var den nedsatte muligheten til å bestemme over sin egen tid (Andersson, 2012). Dette førte til en innskrenket frihet som gikk utover muligheten til å utfolde seg fritt og muligheten til å gjøre det en måtte ønske.

Omstendighetene vil også ha en påvirkning. Personer som tidligere har levd et aktivt liv kan det å bli bundet til en behandlingsform som dialyse være sjokkerende og virke truende på selvbildet (Solvoll, 2011). Sykepleieren burde vise respekt for pasientens livssituasjon og være forberedt ved oppstart og avslutning av behandling. Dette medfører at pasienten raskere kan vende tilbake til sitt hverdagslige liv (Bæk et al., 2011). Pasienter i mindre dialyseenheter oppga at atmosfæren var vennligere og følte at sykepleierne hadde mer tid til dem. Som sykepleier er det viktig å ha en tankegang som er basert på pasientdeltagelse. Dette inkluderer mer dialog, gi pasienten makt og dele informasjon og kunnskap mellom sykepleier og pasient (Aasen et al., 2011).

Resultatene viser også at sykdommen og behandlingen medførte begrensninger i forhold til feriering hos hemodialysepasienter. HELFO(Helseøkonomiforvaltningen) gir pasienter som er avhengig av hemodialyse muligheten til å feriere i andre land. Pasienten selv må inngå avtaler med dialyseenheten eller sykehuset på feriestedet, men HELFO dekker kostnadene for behandlingen (HELFO, 2015). Pasienten kan ha behov for hjelp til bevisstgjøring av egne ressurser og muligheter (Haugli, 2010). Alle pasienter med langvarig behandlingsbehov har krav på en individuell plan. Der kan det kartlegges i et tverrfagligteam sammen men pasienten om tilrettelegging i arbeidslivet (Helsedirektoratet, 2011). For mange kan det å være i arbeid gi opplevelsen av mening, mestring og tilhørighet. Det å ha muligheten til å være i arbeid kan bidra til opprettholdelse av god psykisk helse (Holte, 2010).

LNT(Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte) utførte en spørreundersøkelse om hvor vidt dialysebehandlingen påvirket den enkeltes livskvalitet. Det ble rapportert at 81% mente at dialysebehandlingen hadde innvirkning på deres livsutfoldelse, og 41% av disse oppga "i stor grad" (Helsedirektoratet, 2011). I resultatet kommer det fram at pasientene følte at de ikke lenger kunne gjøre ting de hadde gjort før. Tap av selvstendighet oppleves ofte som vanskelig og for mange er det viktig å ha kontroll over eget liv og det å få være selvstendig. I vestlige samfunn vil det å ikke være i stand til å ta vare på seg selv ofte bli sett på som negativt, fordi våre normer og idealer legger vekt på selvstendighet (Solvoll, 2011). Det å oppleve kontroll over eget liv og egne handlinger, altså det bli selvrealisert er noe Næss også setter som en viktig del i opplevelsen av god livskvalitet (Gjengitt i Rustøen, 2001).

Det å bli avhengig av en behandlingsform og andre mennesker, vil kunne kreve at pasienten gjennomgår en endringsprosess. Sykepleiernes oppgave vil være å støtte og hjelpe pasienten

til å tilpasse seg de nye endringene i livet (Eide & Eide, 2011). Det er pasientens forutsetninger og motivasjon som vil avgjøre om vedkommende kan leve et tilnærmet normalt hverdagsliv og oppleve livskvalitet (Gulbrandsen, 2013).

4.2.2 Medbestemmelse og bruken av makt hos sykepleiere

Resultatet viser at mange pasienter følte at de ble fratatt sin rett til medbestemmelse i behandlingen. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til selvstendige avgjørelser og respektere pasientens rett til å foreta valg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Pasientens rett til å medvirke i behandlingen understrekes også i pasientrettighetsloven. Det påpekes det at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten. Pasienten har rett til å medvirke i valg om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som skal tas i bruk (Pasientrettighetsloven, 1999, § 3-1). Sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg, og fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon. Dette innebærer også å ta pasienten med på råd, å respektere pasientens opplevelse av hva som er viktig. En bør la pasienten beholde ansvaret for å bidra med sitt til å nå målene- i den grad dette er mulig og naturlig. Å respektere pasientens selvbestemmelse og autonomi er en etisk norm for alle helsefag (Eide & Eide, 2011).

Det kommer frem i resultatet at metaforen “fangevoktere” ble brukt for å beskrive sykepleierne. At pasienter opplever at de er fanget, må tas på alvor og sier noe om måten en kommuniserer på, både verbalt og non-verbalt. Måten vi plasserer oss på og relaterer oss i et rom, sier noe om forholdet vi har til andre mennesker. Autoritetsforhold og intimitet kan komme til uttrykk ved bruken av kroppslig-avstand i et rom. Pasienter som ligger i seng kan ofte føle at man blir “sett ned på” og føle seg forsvarsløs. Det å tilstrebe mer likeverdighet i kroppsstillingen, skaper man en annen relasjon til pasienten. Kroppen sier mye om hvordan vi kan oppfattes. Samsvar i blikkontakt og kroppsstilling kan være invitasjon til samhandling og konversasjon. Om sykepleieren virker travel og utålmodig, er uoppmerksom og viser mangel på interesser, er det lett å føle seg til bry (Thornquist, 1998). Ved å bruke rolige bevegelser og ved å la disse bevegelsene understøtte det som blir formidlet, viser oppmerksomhet og interesse som kan virke betryggende. Dette kan la seg overføre til andre, slik at en slapper av og føler seg bedre til pass. Videre kan dette skape relasjoner som kan stimulere den andre til å fortsette å snakke (Eide & Eide, 2011).

I følge Travelbee (1999) vil det å oppfattes som “pasient”, det vil si som en arbeidsoppgave, virke inn på mennesket. Når en person får tittelen “pasient”, er vedkommende utsatt for stereotypisering i samsvar med sykepleiernes oppfatninger om “alle pasienter”. Travelbee mener at det å bli oppfattet som “pasient” kan føre til avhumanisering. Reaksjoner hos den som utsettes for avhumanisering sees ofte i sinne, tristhet og håpløshet. Skal en bygge et forhold til andre, er en nødt til å oppfatte og relatere seg til den andre som menneske. Fasadefaktorer som tittel, posisjon eller status må overskrides for å kunne oppfatte den andre som menneske. Det ligger i sykepleierens funksjon å skulle kunne forholde seg til mennesket i “pasienten”, samt å hjelpe det syke mennesket til å forholde seg til mennesket i “sykepleieren”.

Maktforholdet mellom helsearbeidere og pasienter innebærer at pasientene har lite makt, fordi de er avhengig av helsearbeidernes hjelp (Ingstad, 2013). I resultatet kommer det frem at valget om bruk av AV-fistel eller sentralt venekateter ble ofte bestemt etter helsepersonellens ønske. Når sykepleiere bruker makten til egen vinning, blir det ansett som maktmisbruk. Undersøkelser tyder på at pasienter ofte bare får delta i beslutninger så lenge deres synspunkter samsvarer med fagpersonellens. Lovverk og retningslinjer pålegger sykepleiere oppgaven til å myndiggjøre pasienter, slik at de får mer kontroll over egen situasjon (Ingstad, 2013). Det å gi pasienter medvirkning i beslutninger og muligheten til å gjøre noe med situasjonen selv, øker opplevelsen av kontroll. Det styrker også følelsen av mestring (Kristoffersen, 2011b).

4.2.3 Hjelp til å finne mening og mestre tilværelsen som kronisk syk.

Det å bli syk og få et funksjonstap vil føre til store mestringsutfordringer hos den som er rammet. Verdier som er knyttet til personens liv og familie vil virke inn på opplevelsen av stress og valget av mestringsstrategi i den aktuelle situasjonen (Kristoffersen, 2011b).

Resultatet viser at pasientene oppga ulike mestringsstrategier, blant annet fornektelse og distansering av sykdommen. I følge Benner og Wrubel (gjengitt i Konsmo, 1995) er målet med mestring å finne mening igjen. De mener også at det ikke finnes en fasit på ”god mestring”. Hvis en ønsker å hjelpe andre, kan en ikke overse den faktoren at folk er forskjellige og dermed opplever situasjoner forskjellig.

For at sykepleiere skal kunne hjelpe pasienten til å mestre, må en forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjonen være til stede. Det å vite hvilke muligheter pasienten selv opplever å ha i forhold til å mestre, er også viktig for sykepleieren (Konsmo, 1995).

Sykepleieren kan bidra til mestring på flere måter. Ved å være den praktiske hjelper som får nødvendige ting gjort, å lytte, gi psykologisk og eksistensiell støtte. En kan også bidra med et realistisk perspektiv på hva som kan gjøres og hva som kan oppnås på kortere og lengre sikt (Eide & Eide, 2011).

På hvilken måte pasienten opplever ulike situasjoner er knyttet til ens tidligere erfaringer, kroppslig viten, innholdet i situasjonen og hva vedkommende bryr seg om. For sykepleieren er det viktig å forstå hvordan disse faktorene påvirker pasientens mestringsmuligheter. Å bli rammet av en kronisk sykdom og bli avhengig av andre, kan skape situasjoner som krever mestring. Manglende tilhørighet og opplevelsen av meningsløshet er den største trusselen mot mestring. Sykepleieren kan motarbeide disse følelsene ved å involvere seg i pasientens situasjon, og ikke bare fokusere på de praktiske oppgavene i møte med pasienten. At sykepleieren gir omsorg og bryr seg om pasienten kan hindre opplevelsen av meningsløshet. Dette kan bidra til at pasienten har muligheten til å mestre situasjonen sin på en helt ny måte (Konsmo, 1995). Faktorer som kan oppleves belastende eller stressende for den som har en kronisk sykdom er ofte det den enkelte må mestre, og lære seg å leve med for å få best mulig livskvalitet til tross for sykdommen (Hanssen & Natvig, 2007). Mange pasienter med kronisk nyresvikt er avhengig av dialysebehandling over lang tid og deres behov og liv kan endre seg i løpet av den tiden. Derfor bør sykepleiere hele tiden oppdatere seg på og vurdere den individuelle behandlingen ut i fra pasientens opplevelser og behov (Guerra-Guerrerro et al., 2014).

Som sykepleier kan man lære og hjelpe pasienten til å tilpasse seg sin kroniske sykdom. Med kunnskaper om mestringsstrategier og stressmestring kan en motivere pasienten til å dele sine følelser. Ved å introdusere nye strategier kan pasienten mestre sin situasjon på best mulig måte. Resultatet viser til at et tilpasset treningsprogram kan redusere stress og depresjon. Dette programmet er basert på en form for gruppeterapi, der hemodialysepasienter kan dele sine erfaringer med hverandre. Dette kan bidra til å oppdage nye måter å mestre sykdommen og dens utfordringer på (Tsay et al., 2005). Gjennom å dele sine opplevelser og erfaringer i en gruppe kan gi en følelse av å tilhøre et fellesskap. Det kan også gi en følelse av at en ikke er alene og en opplevelse av å være verdifull for andre i samme situasjon. Gruppeterapi kan

være med på å gi håp og oppdagelse av nye måter å takle sykdommen og behandlingen på (Hummelvold, 2012).

4.3 Kronisk nyresykdom og hemodialysebehandling påvirker pasientens fysiske og psykiske helse.

4.3.1 Effekten av fysisk aktivitet.

Siri Næss' definisjon på livskvalitet kan støttes opp mot funn i resultatet. Hun mener at det å være fysisk aktiv, og ikke føle tretthet vil ha en positiv innvirkning på livskvaliteten (Gjengitt i Rustøen, 2001). Ut fra resultatet viste det seg at pasientenes fysiske funksjon var den faktoren som ble mest påvirket av sykdommen og behandlingen. Pasientene rapporterte også at utmattelse og tretthet var en stor utfordring. Tretthet kan oppleves som kronisk og uansett hvor mye søvn eller hvile de fikk, følte de seg ikke bedre. Det kan være både fysiske og psykiske årsaker til tretthet. Fysiske i form av sykdommen i seg selv, lav Hb og ikke optimal dialyse. Psykiske faktorer som avhengighet av behandling, angst og ensomhet kan også være årsaker (Agnholt et al., 2008). Resultatet viste også at pasienter som oppga et høyere energiforbruk viste seg å ha en bedre livskvalitet. Pasienter som overvakt trettheten og som var aktive på en eller annen måte, reduserte tretthetsfølelsen selv om den føltes konstant. Det å vise støtte, oppfordre til sosial aktivitet og å oppmuntre til å ha en strukturert hverdag er en viktig sykepleieoppgave (Agnholt et al., 2008).

Det kommer også frem i resultatet at ulike former for fysisk aktivitet har positiv innvirkning på flere områder og gir generelt økning i livskvalitet. Fysisk aktivitet er viktig for pasienter i hemodialysebehandling, da det kan gi reduksjon i smerte og mindre risiko for å utvikle depresjon og stress. Det er dokumentert at fysisk trening kan være effektiv behandling i forebygging mot depresjon og redusere depressive symptomer (Aarre, 2012). Pasienter som har kronisk nyresvikt har også ofte tilleggssykdommer som blant annet hjerte- og karsykdommer og diabetes, der fysisk aktivitet vil ha positiv effekt (Mølsted, 2011).

Det er ingenting som står i veien for at en pasient i dialyse ikke skal kunne være fysisk aktiv, men det bør foretas individuelle vurderinger for å best kunne tilrettelegge ett godt treningsopplegg (Mølsted, 2011). Forskning tyder på at manglende motivasjon til fysisk aktivitet, er en av hovedgrunnene til pasientenes inaktivitet (Mitrou et al., 2013). Om en pasient har en AV-fistel i en arm tilsier ikke det at den ikke kan brukes, men om pasienten er utrygg med det bør det unngås. I lengden vil kondisjonstrening med trening av store

muskelgrupper gi mest gevinst, og bør også da prioriteres fremfor trening med armer. Å ha et treningstilbud i dialyseavdelingen eller på sykehuset kan føre til at flere blir aktive og føre til en stor helsegevinst blant pasientene. En bør oppmuntre pasienten til å være mer fysisk aktiv også utenom dialysen. Oppmuntring til hverdagsaktivitet, som for eksempel å ta trapper i stedet for heis og selv transportere seg til og fra dialysen. Ettersom at jevnlig fysisk aktivitet har mange positive effekter på friske personer, er det også rimelig å tro at det har samme virkning på pasienter i dialyse (Mølsted, 2011). Forskning viser at fysisk aktivitet har positiv innvirkning på den fysiske formen, kondisjon, blodtrykket og blodsukker hos pasienter i dialyse (Heiwe & Jacobson, 2010).

Trening med aerobic både under dialysebehandling og når pasienten er hjemme, er den vanligste formen for trening blant pasienter i hemodialyse. Under dialyse kan pasienten bruke en stasjonær trimsykkel. I tillegg har aerobic-trening vist seg å ha psykiske og mentale fordeler. Styrketrening i form av bruken av vekter på ankler og håndledd er også en form for trening som vist gode resultater hos pasienter med kronisk nyresvikt. Dette kan både gjøres under dialyse og hjemme hos pasienten (Mitrou et al., 2013).

Forskning viser at for å sikre en effektiv gjennomføring av fysisk trening hos dialysepasienter er det viktig at sykepleieren engasjerer og involverer seg i pasientens trening. Det er viktig at helsepersonell gjør en nøye vurdering av pasientens fysiske kapasitet slik at hver enkelt pasient får et skreddersydd treningsprogram (Capitanini et al., 2014). Sykepleieren kan sammen med pasienten hjelpe med å finne meningsfulle aktiviteter for den enkelte, og sette realistiske mål (Tuntland, 2012). Pasientens ønsker og fysiske funksjon er de viktige faktorer for å utarbeide et individuelt treningsprogram. Med dette kan man unngå å få et ensformig og kjedelig treningsopplegg (Capitanini et al., 2014). Å finne balanse mellom aktivitet og hvile vil være viktig spesielt med tanke på at personen har en kronisk sykdom og kan fortære bli sliten av ulike aktiviteter (Tuntland, 2012).

Undervisning og veiledning er sentrale hjelpemetoder i sykepleien når en pasient har behov for ny kunnskap eller nye ferdigheter. Dette vil også være sentralt når pasient har behov for alternativ smertelindring. Sykepleieren og pasienten må i fellesskap finne fram til den teknikken som passer den enkelte pasient best, gjennom informasjon og veiledning i bruken av ulike teknikker. God undervisning og veiledning kan virke smertelindrende i seg selv (Nortvedt & Nesse, 1997). Veiledning har fokus på likeverdighet og et samarbeid mellom

sykepleieren og pasienten. Kunnskap og god kommunikasjon fra sykepleieren er viktig for dialogen som veiledning baseres på. I dialogen utforsker sykepleieren pasientens tanker og opplevelser, for så å formidle kunnskap som er relevant i pasientens situasjon. Ved at begge parter i dialogen formidler noe, bidrar til en felles forståelse. Ut av dette kan sykepleieren oppdage at pasienten har et mål, og dermed kan veiledning bli en istandsettingsprosess. Der sykepleieren videre i forløpet kan dele hensiktsmessig kunnskap og hjelpe pasienten til å nå målet sitt (Tveiten, 2012).

4.3.2 Virkningen av ergoterapiprogram og avspenningsteknikk

Et menneske som har muligheten til å engasjere seg i noe meningsfylt, føle mestring og å være fornøyd med egen innsats kan oppleve å ha god livskvalitet (Næss, gjengitt i Rustøen, 2001). I resultatet fremgår det at et ergoterapiprogram, bedrer livskvaliteten til pasienter som er avhengig av hemodialyse. Gjennom dette programmet ble det under dialysebehandling lagt til rette for at pasienter kunne utføre ønskede aktiviteter. Dette medvirket til at pasientene fikk brukt og vedlikeholdt sine ressurser, noe som bidro til å øke livskvaliteten (Mariotti & Carvalho, 2011). I en studie gjort i Sverige var det noen pasienter som fortalte at de brukte ulike strategier for å få tiden til å gå og som bidro til at tiden kjentes meningsfull. En pasient brukte blant annet tiden til å skrive, lese eller male, mens andre var mer passive og ønsket å fortrenge tiden de var i dialyse (Andersson, 2012).

Videre viser resultatet at Bensons avspenningsteknikk førte til reduksjon av smerter, og hadde positiv påvirkning på livskvalitet. Denne avspenningsteknikken har tidligere blitt prøvd ut på pasienter med andre kroniske sykdommer. Hos blant annet personer med multipel sklerose eller artrose har den vist reduksjon i symptomer, og positiv innvirkning på livskvaliteten (Rambod et al., 2013). Bensons avspenningsteknikk går ut på at man slapper av i hele kroppen. En begynner med føttene og går systematisk gjennom kroppen og opp mot ansiktet. Pasienten skal være oppmerksom på pusten og puste gjennom nesene. For hver utpust kan pasienten si "en" til seg selv og gjøre dette i ca. 20 minutter. For å sjekke tiden kan man åpne øynene regelmessig, men ikke bruke alarm. Denne avspenningsteknikken er anbefalt å gjøre 2 ganger om dagen. Flere studier viser til at avspenning er en dokumentert metode til smertelindring (Nortvedt & Nesse, 1997). Det å kunne slappe av i hele kroppen kan virke smertelindrende for mange. Å konsentrere seg om inn- og utånding, å kjenne på sine egne hjerteslag kan være et alternativ (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Nortvedt og Nesse

(1997) påpeker at det er sykepleierens oppgave å presentere og instruere pasienten i ulike teknikker.

4.3.3 Pasientens seksualitet.

Ut fra resultatet kommer det fram sammenheng mellom redusert seksuell aktivitet og dårligere livskvalitet. Seksualitet er et vidt begrep som omfatter alle aspekter ved det å være en seksuell person, og ikke bare selve aktiviteten. Dette er et sammensatt fenomen bestående av fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold. For mange kan bare det å være nær noen være tilfredsstillende nok. God kjennskap til egen seksualitet og gode relasjoner er viktige faktorer for å ha et godt seksuelt liv og livskvalitet (Gamnes, 2011). Det å ha et varmt og nært forhold til minst en person, er noe som vil være en del av det å ha god livskvalitet i følge Siri Næss (Gjengitt i Rustøen, 2001). Vi mennesker er født som seksuelle vesener, og seksualiteten er en del av våre grunnleggende behov på lik linje med sult og søvn. Temaet seksualitet bør derfor inngå som en selvstendig del av den helhetlige sykepleien til pasienten (Agnholt et al., 2009). Tidligere forskning på seksualitet hos dialysepasienter, har oftest vært rettet mot menn (Coelho- Marques et al., 2006). Hos menn kan man rette problemene mot det fysiske, mens hos kvinner kan det tyde på at problemene er mer rettet mot det psykiske. Seksuelle problemer kan ha både psykiske og fysiske årsaker. Anemi, trøtthet og depresjon kan være tilstander som ofte kan påvirke dette, hos begge kjønn. Endret kroppssoppfatning med sentralt venekateter/AV-fistel eller ødemer, sammen med tap av sosiale relasjoner og angst, kan føre til at det oppstår seksuelle problemer. I tillegg kan smerter og ubehag være med på å forsterke problemene (Prescott, 2011). Seksuelle problemer kan oppstå ved at emnet blir unngått og tabuisert, og mange par kan oppleve en avstand fra den seksuelle kontakten ved sykdom. Det å få informasjon om hvordan situasjonen og sykdommen påvirker seksuallivet vil bidra til å unngå seksuelle vanskeligheter (Almås, 2004).

Sykepleieren har plikt til å informere pasienten uten at pasienten tar initiativ, eller krever å få informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10). Dette gjelder også de muligheter og begrensninger som kan oppstå som følge av en kronisk sykdom eller behandling, som er av betydning for seksualiteten. Det vil være forskjellig hvor mye tanker og forestillinger hver enkelt pasient har i forhold til seksualitet. Hvor mye råd og veiledning hver enkelt vil ha behov for, vil også være forskjellig og bør tilpasses den enkelte situasjon. For at man skal kunne hjelpe eller gi råd til pasienten, må en først og fremst kjenne på egne verdier og

holdninger til seksualitet og utfordre disse. Sykepleieren i kommunikasjon med pasienten om seksualitet bør være lyttende og utforskende, samtidig som at man har respekt for sin egen profesjonalitet. Det bør skapes rom for at pasientens opplevelse av seksualitet, grenser og problemer rundt dette kommer fram og respekteres (Gamnes, 2011).

Pasienter har gitt uttrykk for at deres seksualitet har endret seg etter at de fikk kronisk nyresvikt. De følte også at det var stor mangel i omsorgen, at deres seksualitet ikke ble tatt opp, hverken av sykepleier eller lege. De ytret forventning til at sykepleierne skulle ta initiativ til å prate om deres seksualliv (Agnholt et al., 2009). Det å gi sexologisk rådgivning og det å forholde seg til de konsekvensene som kan oppstå i forbindelse med sykdom og behandling er både hensiktsmessig og moralsk riktig. Til tross for dette er det mange sykepleiere som føler seg lite profesjonelle i slike situasjoner og unngår da å snakke med pasientene om seksualitet (Almås, 2004). "To-veis tabu" kan oppstå når sykepleieren vegrer seg for å ta opp seksualitet med pasienten, for å unngå å gjøre pasienten forlegen. Det samme kan ses motsatt, da pasienter kan tenke at de gjør sykepleieren forlegen, ved å ta opp temaet seksualitet. Det å få undervisning om hvordan kronisk nyresykdom påvirker seksualiteten hos begge kjønn kan være nyttig for en sykepleier. Med fokus på hvordan en sykepleier kan takle et slikt tabubelagt område, kan gjøre det lettere å tilnærme seg temaet. Utarbeiding av for eksempel hefter med informasjon om vanlige seksuelle problemer ved kronisk nyresykdom, behandling og medisinske bivirkninger kan være et nyttig arbeidsredskap. De kan også inneholde konkrete forslag til hvordan en kan ta opp seksualitet med den enkelte pasient (Agnholt et al., 2009).

Som sykepleier bør en kjenne til PLISSIT-modellen, som er en pyramideformet modell man kan forholde seg til når en har med seksuelle problemer å gjøre. Det nederste nivået(P), er det nivået som er av størst betydning for sykepleiefaget. Dette nivået kan være inngangsporten, der sykepleieren kan "gi tillatelse" til å snakke om seksualiteten. I hovedsak er det på dette nivået pasientene er når de trenger informasjon eller hjelp med seksuelle problemer. De høyere nivåene i modellen er tilegnet helsepersonell med spesialkompetanse innenfor feltet (Gamnes, 2011).

5.0 Metodediskusjon

Det har blitt brukt databaser som MEDLINE og CINAHL fordi de inneholder sykepleieforskning fra hele verden og har artikler fra mange kjente tidsskrifter. I tillegg er det brukt Svemed+ som er en mindre database. Her finnes det mer forskning hentet fra Norden, tre artikler med relevans for å belyse hensikten i studien ble funnet der. Det er ikke satt noen begrensninger i forhold til geografi, dette vil føre til spørsmål om overførbart i forhold til kulturforskjeller. Funnene viser likheter fra ulike land, noe som tyder på at dette kan være overførbart. Artikkene fra land utenfor Europa ble inkludert fordi de var publisert i anerkjente tidsskrift.

Søkeordene som er anvendt har vært gode i den grad at det har resultert i at det har kommet opp et overkommelig antall artikler pr. søk. For å forbedre søket hadde det kunne blitt brukt andre søkeord som har basert seg mer på pasientens erfaringer og velvære.

Enkelte av søkene er avgrenset med publiseringsår 2005-2016. Dette gir forskning som fortsatt kan være aktuell i dag. Å avgrense alle søkene hadde resultert i mindre antall treff pr. søk. Ved å avgrense til artikler med abstrakt og full tekst har vi fått opp tilgjengelige artikler med en gang, å unngår da å bruke tid på å se gjennom artikler som en ikke kan lese.

Flertallet av de inkluderte artiklene er kvalitative studier, dette var nødvendig for å belyse hensikten i forhold til pasientens erfaringer og opplevelse av livskvalitet. To kvantitative er inkludert for å finne virkningen av fysisk aktivitet opp mot livskvalitet. To av tverrsnittstudiene som er inkludert gir oss et blick på forskjellen i livskvalitet mellom friske mennesker og dialysepasienter. Det tredje tverrsnittsstudie viste forskjeller i livskvalitet i de ulike stadiene av nyresvikten. RCT- studiene var relevante i forhold til at de omhandler virkningen av fysiske tiltak hos pasienter som får dialyse. For å se effekten av ulike tiltak ville det vært en styrke å hatt med flere RCT-studier.

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet er å utforske faktorer som spiller inn på livskvaliteten hos pasienter som er avhengig av hemodialysebehandling. I tillegg vil hensikten være rettet opp mot hva sykepleiere kan bidra med for å ivareta og/eller bedre livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

- En viktig del av sykepleien til pasienter i hemodialyse er å gi god informasjon om sykdommen og behandling, samt rettigheter og tjenestetilbud. Like viktig er evne til å lytte aktivt til det pasienten har å si for å få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin livssituasjon.
- En faktor for god livskvalitet kan være å ha kontroll i egen situasjon. Det er sykepleierens oppgave å tilstrebe at pasientens krav på medbestemmelse blir ivaretatt. Resultatet viser også at mange pasienter ønsker mer deltakelse i behandlingen. Pasienten burde inkluderes i valg av tidspunkt for dialysebehandlingen og i avgjørelser rundt behandling. Dette kan minske følelsen av å være i ”fengsel” og styrke kontrollen over egen livsutfoldelse.
- Det å skape gode relasjoner med en pasient med kronisk sykdom er viktig da pasienten er jevnlig til behandling. Å tilstrebe at pasienter får samme sykepleier(e) ved hemodialysebehandlingen kan skape trygghet hos pasienten.
- Ved å ha kunnskap om hvordan sykdommen og behandlingen påvirker pasientens seksualitet samt ulike tilnærmingens metoder, kan en unngå et ”to-veis-tabu”. At sykepleieren viser at dette er et tema en kan snakke om sammen, kan gjøre det enklere for pasienten å snakke om sin seksualitet.
- Viktigheten av fysisk aktivitet var stor, da det viste en positiv innvirkning på pasientens livskvalitet. Derfor bør det implementeres i den standardiserte behandlingen hos pasienter i hemodialyse. Som sykepleiere vil det å være motiverende, inkluderende og støttende sentralt for å opprettholde en form for aktivitet hos pasienten.
- Videre forskning på hemodialysepasienters erfaringer og opplevelse av livskvalitet, vil være viktig. Da dette kan benyttes av sykepleiere for å tilegne seg kunnskap og forståelse av pasientsituasjonen, og videre bidra til nyttige tiltak for å styrke livskvaliteten til pasientene.

Referanser

- Aarre, T. F. (2012) Stemningslidinger, i: Dahl, A. A. & Aarre, T. F. (red.). (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Aasen, E. M., Kvangarsnes, M. & Heggen, K. (2011). Perceptions of patient participation amongst elderly patients with end-stage renal disease in a dialysis unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 61-69. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00904.x
- Agnholt, H., Galsgaard, I-M., Schlosser, M., Lahoz, M. & Leschly, A. (2008). Kronisk traethed blandt dialysepatienter. *Dialäsen*, 4, 34-37. Hentet 13. Mai 2016 fra http://www.dialasen.com/PDF/dial4_08.pdf
- Agnholt, H., Nielsen M. B., Østergaard, J., Emmersen, M. D., Kassow, P. B., Gjytkjær, N. L. & Laursen, B. S. (2009). Seksualitet hos den kronisk nyresyge patient. *Sygeplejersken*, 2009(12), 52-55.
- Almås, E. (2004) *Sex og sexologi*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Alshraifeen, A., McCreddie, M. & Evans, J. (2014). Quality of life and well-being of people receiving haemodialysis treatment in Scotland: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 518-523. doi: 10.1111/ijn.12194
- Andersson, S. (2012) *Dialyspatienters hälsa och livskvalitet*. Dialäsen, 2012(6) s. 14-16.
- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerte, i: Almås, H., Stubberud, D-G & Grønseth, R.(red.).(2011). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Bezerra, K. V. & Santos, J. L. F. (2008). Daily life of patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(1), 686-691. Hentet 04. Mai 2016 fra <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400006>
- Brenner, I. & Brohart, K. (2008). Weekly energy expenditure and quality of life in hemodialysis patients. *The CANNT Journal*, 18(4), 36-40. Hentet 05. Mai 2016 <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3ff030a4-19d0-45ae-b4cc-4e9eb8c762b5%40sessionmgr106&vid=1&hid=106>
- Buur, T. (2011). Hæmodialyse, i: Eidemak, I., Elung-Jensen, T. & Rix, M. (red.). (2011). *Dialyse* (3 Utg.) København: FADL's forlag.
- Bæk, B., Pedersen, B. D., Poulsen, B. & Agerskov, H. (2011). Sygeplejen ved hæmodialyse: pasientens og personalets perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(1), 57-65. Hentet 04. Mai 2016 fra <https://www.idunn.no/file/pdf/48385130/art02.pdf>
- Capitanini, A., Lange, S., D'Alessandro, C., Salotti, E., Tavolaro, A., Baronti, M. B., Giannese, D. & Cupisti, A. (2014). Dialysis exercise team: the way to sustain exercise programs in hemodialysis patients. *Kidney & Blood pressure research*, 39, 129-133. doi: 10.1159/000355787

Coelho-Marques, F. Z., Wagner, M. B., Poli de Figueiredo, C. E. & d'Avila, D. O. (2006). Quality of life and sexuality in chronic dialysis female patients. *International Journal of Impotence Research*, 18, 539-543. doi: 10.1038/sj.ijir.3901470

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*(5 Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fikelstein, F.O., Wuerth, D. & Finkelstein, S.H. (2009). Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney international*, 76(9), 946-952. DOI: 10.1038/ki.2009.307

Forsberg, C. & Wengström, Y.(2013). Olika typer av litteraturstudier, i: Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.utg). Stockholm, Natur och kultur.

Gamnes, S. (2011) Nærhet og seksualitet, i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livutfordringer* (2 Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom, i: Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. Oslo: Cappelens akademisk.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing reseach: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Guerra-Guerrerro, V., Camargo Plazas, M. D. P., Cameron, B. L., Santos Salas, A. V. & Cofre González, C. G. (2014). Understanding the life experience of people on hemodialysis: Adherence to treatment and quality of life. *Nephrology Nursing Journal*, 41(3), 289-297. Hentet 05. Mai 2016 fra <http://search.proquest.com/docview/1546004090?accountid=31880>

Gulbrandsen, T. (2013). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt, i: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). (2013). *Klinisk sykepleie 2* (4 Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hagren, B., Pettersen, I-M., Severinsson, E., Lützén, K. & Clyne, N. (2005). Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3) 294-300. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.01036.x

Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007) Livskvalitet, helse, stress og mestring: stress og mestring, i: Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (2 Utg.). Oslo: Cappelens akademisk.

Haugli, L. (2010). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag – hvor står vi og hvor går vi? *Utposten*, 4, 2-8. Hentet 13. mai 2016 fra <http://docplayer.no/7282419-Arbeidsrettet-rehabilitering-i-norge-i-dag-hvor-star-vi-og-hvor-gar-vi.html>

Heiwe, S. & Jacobson, H. S. (2010) Exercise training for adults with chronic kidney disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003236.pub2/full>

Heldal, K. (2015). Nyretransplantasjon – et behandlingalternativ også for eldre? *Indremedisinen*, 4, 24-26. Hentet 04. Mai 2016 fra
<http://www.indremedisinen.no/2016/01/nyretransplantasjon-et-behandlingalternativ-ogsaa-for-eldre/>

HELFO (2015). *Dialyse i utlandet*. Hentet 12. mai 2016 fra <https://helsenorge.no/behandling-i-utlandet/dialyse-i-utlandet#Innenfor-EU/EOS>

Helsedirektoratet (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom* (2011-2015). Hentet 12. mai 2016 fra
http://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf

Helsepersonelloven (1999). (2016, 1. Januar) *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*. Hentet 2. Mai 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Holte, A. (2010). Arbeid viktig for god psykisk helse. *Folkehelseinstituttet*. Hentet 12. mai 2016 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=86334>

Hummelvold, J.K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg). Oslo, Gyldendal akademisk.

Ingstad, K. (2013) *Sosiologi: i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kaba, E., Bellou, P., Iordanou, P., Andrea, S., Kyritsi, E., Gerogianni, G., Zetta, S. & Swigart, V. (2007). Problems experienced by haemodialysis patients in Greece. *British Journal of Nursing*, 16(14), 868- 872. doi: 10.12968/bjon.2007.16.14.24325

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør, om omsorgens betydning for sykepleie*. Otta: TANO.

Kristoffersen, N. J. (2011a). Teoretiske perspektiver på sykepleie, i: : Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livutfordringer* (2 Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011c). Den myndige pasienten, i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livutfordringer* (2 Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b) Stress og mestring, i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livutfordringer* (2 Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malt, U. (2009). Sf 36. *Store medisinske leksikon*. Hentet 12. mai 2016 fra <https://sml.snl.no/SF-36>.

- Mariotti, M. C. & Carvalho, J. G. (2011). Improving quality of life in hemodialysis: impact of an occupational therapy program. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18, 172-179. doi: 10.3109/11038128.2010.488271
- Mitrou, G. I., Grigoriou, S. S., Konstantopoulou, E., Theofilou, P., Giannaki, C. D., Stefanidis, I., Karatzaferi, C. & Stakkas, G. K. (2013). Exercise training and depression in ESRD: a review. *Seminars in Dialysis*, 26(5), 604-613. doi: 10.1111/sdi.12112
- Monaro, S., Stewart, G. & Gullick, J. (2014). A 'lost life': coming to terms with haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3262-3273. doi: 10.1111/jocn.12577
- Mølsted, S. (2011). Fysisk aktivitet, i: Eidemark, I., Elung-Jensen, T. & Rix, M. (red.). (2011). *Dialyse* (5 Utg.). København: FADL's forlag.
- Norsk nefrologiregister (2014). Annual report 2014. Hentet 04. Mai 2016 fra <http://www.nephro.no/nnr/AARSM2014.pdf>
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 13. mai 2016 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, F. & Nesse, J. O. (1997) *Smertelindring: utfordring og muligheter* (2 Utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nugent, R. A., Fathima, S. F., Feigl, A. B. & Chyung, D. (2011). The burden of chronic kidney disease on developing nations: a 21st century challenge in global health. *Nephron clinical practice*, 118, 269-277. doi: 10.1159/000321382
- Pagels, A. A., Söderkvist, B. K., Medin, C., Hylander, B. & Heiwe, S. (2012). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health and Quality of life Outcomes*, 10(71), 1-11. doi: 10.1186/1477-7525-10-71
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2015, 1. November) *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 2. Mai 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9 Utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Prescott, L. (2011). Seksuel dysfunksjon, i: Eidemark, I., Erling-Jensen, T. & Rix, M.(red.).(2011). *Dialyse*. (3.utg.). København, FADL's forlag.
- Rambod, M., Sharif, F., Pournali-Mohammadi, N., Pasyar, N. & Rafii, F. (2014). Evaluation of the effect of Benson's relaxation technique on pain and quality of life of haemodialysis patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 964-973. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.11.004
- Rustøen, T.(2001). *Håp og livskvalitet: - en utfordring for sykepleieren?* Oslo, Gyldendal Akademisk.

Solvoll, B-A. (2011) Identitet og egenverd, i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg.). Oslo, Gyldendal akademisk.

Theofilou, P. (2011). Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs. *International Urology and Nephrology*, 44(1), 245-253. doi: 10.1007/s11255-011-9975-0

Thornquist, E.(1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo, Ad Notum Gyldendal AS.

Thorsen, R. (2011). Trygghet, i: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A.(red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg.). Oslo, Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tsay, S-I., Lee, Y-C. & Lee, Y-C. (2005). Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 39-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03347.x

Tuntland, H. (2012). *Grunnbok i ADL for sykepleiere*. Kristiansand: Cappelens Damm.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i: Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red.). (2012). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. Bergen: Fagboklaget.

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

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007) Livskvalitet, helse, stress og mestring: livskvalitet, i: Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (red.). (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (2 Utg.). Oslo: Cappelens akademisk.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi.

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte studier.

Vedlegg 3: Skjema for artikkelgranskning.

Vedlegg 4: Analysetabell.

Vedlegg 5: SF-36, Spørreskjema om helse.

Vedlegg 1: Tabell over søkestrategi.

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
SveMed+ (29.02.16)	Hemodialysis AND Quality of Life.	Ingen.	34	34	5	4	2
CINAHL (29.02.16)	Dialysispatients AND Quality of life	Full text, abstract, 2005-2015.	66	66	7	4	3
SveMed+ (15.03.16)	Nursing AND dialysis.	Ingen.	40	30	3	2	1
MEDLINE (29.03.16)	Dialysis AND Quality of life.	Ingen.	31	31	3	2	2
MEDLINE (15.03.16)	Renal dialysis AND Quality of life AND Caregivers AND Renal insufficiency.	Abstract, full text, Danish, English, Norwegian, Swedish, Last 5 years.	7	2	1	1	1
MEDLINE (29.03.16)	Renal dialysis AND Quality of life AND nurse's role.	Abstract full text.	3	3	3	1	1
MEDLINE (06.04.16.)	Renaldialysis AND Nursing AND Quality of life.	Abstract, full text, Danish English, Norwegian og Swedish.	23	23	6	2	1
MEDLINE (07.04.16.)	Coping AND Quality of life AND chronic kidney failure.	Abstract, full text, 2005-2016.	13	13	4	1	1

<u>Manuelt søk:</u> (15.04.16) referanseliste fra klinisk sykepleie bind 2. Artikkel 12							1
---	--	--	--	--	--	--	---

Utvalg 1: lest artikkelens tittel.

Utvalg 2: lest artikkelens abstrakt.

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet.

Utvalg 4: artikkelen er valgt ut for granskning og vurdering.

Vedlegg 2: Tabell over inkluderte studier.

Forfattere (År) Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design	Deltakere/ bortfall	Hovedresultat	Kvalitet
Aasen et al. (2011) Scandinavian journal of caring sciences. Norge.	Undersøke eldre ESRD som får hemodialyse i resten av deres liv, sitt perspektiv på deltakelse på en dialyseenhet.	Kvalitativ studie.	188 pasienter.	Endre en paternalistisk ideologi til en ideologi med pasientdeltakelse.	Godkjent av etisk komité. Stor relevans i forhold til studiens hensikt.
Bæk et al. (2011) Nordisk sygeplejeforskning. Danmark.	Undersøke sykepleien ved hemodialyse sett fra pasientenes og sykepleienes perspektiv.	Kvalitativ studie.	22 8 pasienter. 14 sykepleiere.	Viktig for pasientene at sykepleierne viste respekt og at pasientene fikk opprettholdt sin integritet og kontroll over situasjonen.	Forsknings- -etiske kvalitet er beskrevet. Svært relevant i henhold til studiens hensikt.
Alshraifeen et al. (2014) International journal of nursing practice. Scotland.	Vurdere pasientenes helse og hvilke effekt hemodialyse behandling hadde på livskvaliteten.	Tverrsnittstudie.	72 av 814 pasienter fullførte.	Deltakerne i studiet scoret betydelig lavere på alle områder av helse relatert livskvalitet i forhold til Storbritannias befolkning.	Godkjent av etisk komité. Relevant for å belyse studiens hensikt.
Mariotti & Carvalho. (2011) Scandinavian Journal of Occupational Therapy.	Hensikten med studiet var å vurdere hvilke effekt et OT-program hadde på livskvaliteten til hemo- dialyse-pasienter.	Kvantitativ studie.	60 pasienter.	Bruk av et OT-program i HD-behandling ga økning i livskvalitet. Og reduksjon av	Godkjent av etisk komité. Svært relevant i henhold til

Brasil.				smerte, spesielt blant kvinner.	studiens hensikt.
Guerra-Guerrero et al. (2014) Nephrology Nursing Journal. Chile.	Belyse dialyse-pasienters erfaringer i forhold til å følge behandlings-regimer og deres oppfatning av livskvalitet.	Kvalitativ studie.	15 pasienter.	Tilslutning til behandling og livskvalitet er knyttet til egenomsorg og miljømessige forhold. Helsepersonell må planlegge for å forbedre etterlevelse av behandling og livskvalitet.	Godkjent av etisk komité. Relevans for studiet.
Pagels et al. (2012) Health and quality of life outcomes. Sverige.	Vurdere helserelatert livskvalitet hos HD-pasienter i ulike stadier av den kroniske nyresykdommen. Og utforske mulige sammenhenger og påvirkende faktorer.	Tverrsnittstudie.	535 pasienter.	Kronisk nyresykdom påvirker livskvaliteten allerede fra tidlige stadier.	Godkjent av etisk komité. Noe relevans for studiets hensikt.
Brenner & Brohart. (2008) The CANNT Journal. Canada.	Undersøkte forholdet mellom fysisk aktivitet og livskvalitet hos hemo-dialyse-pasienter.	Kvantitativ studie.	19 pasienter.	Dialyse-pasienter med høyest energiforbruk pr. uke hadde best livskvalitet.	Godkjent av etisk komité. God relevans for å belyse studiens hensikt.
Monaro et al. (2014)	Beskrive essensen av erfaringene hos pasienter i en tidlige	Kvalitativ studie.	16 11 pasienter	Pasienter i den tidlige fasen av	Godkjent av etisk komité.

Journal of Clinical Nursing. Australia.	fase av en livslang dialyse- behandling.		5 familie-medlemmer.	dialyse-behandlingene kan ha vanskelig for å forutse en positiv fremtid.	Svært relevant for studiens hensikt.
Tsay et al. (2005) Journal of Advanced Nursing. Taiwan.	Undersøkte effekten av et tilpasset trenings- program for å hjelpe pasienter med kronisk nyresykdom å takle sykdoms- relaterte påkjenninger, dermed bedre livskvaliteten.	Kvantitativ studie.	57 pasienter fullførte.	Store begrensninger i tid og sted i forhold til arbeid, væske-inntak, transport-problemer, tap av kropps-funksjon, tid i dialyse og begrensinger i fysisk aktivitet.	Godkjent av etisk komité. God relevans.
Hagren et al. (2005) Journal of Clinical Nursing. Sverige.	Undersøke hvordan pasienter som er avhengig av HD-behandling opplever sin livssituasjon. Med fokus på hvordan behandlingen påvirker tid og sted, og omsorgen.	Kvalitativ studie.	41 pasienter.	Pasientene oppgav begrensinger i livet og emosjonell distanse fra helsepersonell. Pasientene oppgav mestring av det begrensede livet.	Godkjent av etisk komité. Relevant i henhold til studiens hensikt.
Rambod et al. (2014) International Journal of Nursing Studies.	Undersøke effekten av Bensons avslapningsteknikk i forhold til smerte og å bedre livskvalitet hos hemodialysepasienter.	RCT	81 pasienter.	Pasientene i studiegruppen viste bedringer både i smerte og i forhold til livskvalitet.	Godkjent av etisk komité. God relevans for

Iran.					studiens hensikt.
Marques et al. (2006) International Journal of Impotence Research. Brasil.	Sammen- lignede friske kvinner og kvinnelige HD-pasienter i forhold til demografisk, ekteskapelig, seksuelle- forhold og livskvalitet.	Tverrsnittstudie.	124 kvinnelige pasienter. 86 friske personer. 38 ESRD-pasienter.	Gruppen med kvinnelige HD-pasienter viste seg å ha lavest livskvalitet. HD-pasientene var seksuell inaktiv, men dette påvirket ikke livskvaliteten.	Godkjent av etisk komité. Svært relevant for studiens hensikt.
Kaba et al. (2007) British Journal of Nursing. Hellas.	Undersøke hvordan greske pasienter i HD- behandling opplevde sine plager og for å beskrive virkningen av dette på livet.	Kvalitativ studie.	23 pasienter.	HD-behandlingene førte til store begrensninger i livene til pasientene.	Godkjent av etisk komité. Relevant for studiens hensikt.

Tabell 3 Mal for granskning av forskningsartikler

For å bli dyktig til å lese og vurdere forskningsartikler trenger man trening og noe å vurdere utifra. Denne malen skal kunne være til nyttig hjelp for å kunne bli bedre til å forstå, lese og vurdere relevans og faglighet av artikler.

Viktige hovedspørsmål bør være:

Studiens betydning for sykepleie. Har problemstillingen sykepleiefaglig fokus og relevans? Er problemet relatert til sykepleiepraksis? Har problemstillingen nytteverdi for min oppgave, evt hvilken?

Ved vurdering av forskningsartikler bør følgende sees på:

Tittel

Klar og relevant for innholdet?

Sies det noe om hvem og hva som er undersøkt?

Ofte en hovedtittel med undertittel

Forfatter

Presentasjon av navn, grad, (tittel) evt arbeidssted?

Abstrakt

Alltid abstrakt i forskningsartikler, oftest på engelsk

Kort og konsist om studien: Hvem, hva, hvorfor og hvordan (IMRaD)?

Er de viktigste funnene presentert?

Introduksjon

Er problemstilling presentert logisk og med hensikt og mål?

Er problemområdet relevant?

Er leseren presentert for innholdet?

Er spørsmål og hypoteser klargjort?

Er det relatert til og presentert tidligere forskning og kunnskap?

Er sentrale begrep definert eller belyst?

Metode

Er metoden beskrevet, grundig eller tynt?

- Er metoden relevant for problemstillingen?
- Er svakheter og styrke med metoden vurdert?
- Er etiske vurderinger med?

Ved empiriske studier:

- Hvilket design er anvendt, ser det anvendbart ut i forhold til problemområdet?
- Er utvalget beskrevet tydelig, antall og kriterier for utvelgelse nevnt?
- Er representativitet, generaliserbarhet, troverdighet, reliabilitet og validitet vurdert?
- Er datainnsamlingen beskrevet?

Ved litteraturstudier:

- Hvordan har litteraturen blitt funnet?
- Hvilke søkeord og baser er det søkt i?
- Er det relevante publikasjoner for temaet og fins det mange publikasjoner om emnet?
- Er litteraturen vurdert utifra vitenskapelige kvalitetskriterier?
- Hvordan har man valgt ut litteraturen?
- Er det beskrevet hvordan artiklene er analysert.

Resultat:

- Er resultatene presentert klart og tydelig?
- Svarer resultatene til undersøkelsens hensikt?
- Er fremgangsmåten for analyse forståelig og logisk presentert?
- Forekommer tolkninger og diskusjon i resultatavsnittet?

Diskusjon:

- Er diskusjonen klart og logisk oppbygd?
- Forekommer nye resultat i diskusjonen?
- Er konklusjonene logiske og rimelige?
- Er diskusjonen tilstrekkelig fyldig?
- Refaterer forfatteren sine funn til eksisterende forskning og kunnskap?
- Er forfatter kritisk og klar i forhold til funn, metode og konklusjon?

Referanser:

- Er referanselisten oppsatt systematisk og ryddig?
- Er alle referanser med?
- Er referansene vitenskapelig artikler, hvilke tidsskrifter er de presentert i?
- Er referansene relevant, ny eller gammel?

Vedlegg 4: Analysetabell.

Subkategorier	Kategorier
<p>Kronisk nyresykdom har negativ innvirkning på fysisk funksjon.</p> <p>Dialysebehandlingen førte til utmattelse og tretthet.</p> <p>Fysisk aktivitet reduserer forekomsten av depresjon og stress.</p> <p>Meningsfulle aktiviteter under behandling ga økning i livskvalitet.</p>	<p>Kronisk nyresykdom og hemodialysebehandling påvirker pasientens fysiske og psykiske helse.</p>
<p>Pasienter følte en avhengighet av dialysemaskinen.</p> <p>Dialysebehandlingen styrte all deres tid og ga følelse av tapt frihet.</p> <p>Endret selvfølelse.</p> <p>Begrensinger i livsutfoldelsen.</p> <p>Følelse av maktesløshet.</p>	<p>Tap av frihet og mangel på medbestemmelse bidrar til begrensninger i livsutfoldelsen - Hvordan kan pasienten takle dette?</p>
<p>Utilstrekkelig informasjon.</p> <p>Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.</p> <p>Følelse av trygghet.</p>	<p>Tilstrekkelig informasjon gjennom god kommunikasjon er avgjørende for pasientens trygghet og velvære.</p>

Vedlegg 5: SF-36, Spørreskjema om helse.

SF-36 SPØRRESKJEMA OM HELSE
INSTRUKSJON: Dette spørreskjemaet spør om hvordan du ser på din egen helse. Disse opplysningene vil hjelpe oss til å få vite hvordan du har det og hvordan du er i stand til å utføre dine daglige gjøremål.

Hvert spørsmål skal besvares ved å krysse av det alternativet som passer best for deg. Hvis du er usikker på hva du skal svare, vennligst svar så godt du kan.

1 Stort sett, vil du si helsen din er: (Kryss av ett alternativ)

1 Utmerket
 2 Meget god
 3 God
 4 Ganske god
 5 Dårlig

2 Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si helsen din stort sett er nå? (Kryss av ett alternativ)

1 Mye bedre nå enn for ett år siden
 2 Litt bedre nå enn for ett år siden
 3 Omtrent den samme som for ett år siden
 4 Litt dårligere nå enn for ett år siden
 5 Mye dårligere nå enn for ett år siden

3 De neste spørsmålene handler om aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Er helsen din slik at den begrenser deg i utførelsen av disse aktivitetene nå? Hvis ja, hvor mye?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

	Ja, begrenser meg mye	Ja, begrenser meg litt	Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå tur eller drive med hagearbeid	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. Løfte eller bære en handlekurv	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. Gå opp trappen flere etasjer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
e. Gå opp trappen en etasje	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
f. Bøye deg eller sitte på huk	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
g. Gå mer enn to kilometer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
h. Gå noen hundre meter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
i. Gå hundre meter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
j. Vaske deg eller kle på deg	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

- 4 I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av din fysiske helse?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

- | | JA | NEI |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Har du redusert tiden du har brukt på arbeidet ditt eller andre aktiviteter | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| b. Har du utrettet mindre enn du hadde ønsket | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| c. Har du vært hindret i visse typer arbeid eller andre aktiviteter | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| d. Har du hatt vanskeligheter med å utføre arbeidet ditt eller andre aktiviteter (f.eks. fordi det krevde ekstra anstrengelser) | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

- 5 I løpet av de siste 4 ukene, har du hatt noen av følgende problemer i ditt arbeid eller i andre av dine daglige gjøremål på grunn av følelsesmessige problemer (f.eks. fordi du har følt deg deprimert eller engstelig)?

(Kryss av ett alternativ på hver linje)

- | | JA | NEI |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Har du redusert tiden du har brukt på arbeidet ditt eller andre aktiviteter | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| b. Har du utrettet mindre enn du hadde ønsket | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| c. Har ikke arbeidet eller utført andre aktiviteter like nøye som vanlig | 1 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

- 6 I løpet av de siste 4 ukene, i hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer hatt innvirkning på din vanlige sosiale omgang med familie, venner, naboer eller foreninger?

(Kryss av ett alternativ)

- 1 Ikke i det hele tatt
2 Litt
3 En del
4 Mye
5 Svært mye

- 7 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 ukene?

(Kryss av ett alternativ)

- 1 Ingen
2 Meget svake
3 Svake
4 Moderate
5 Sterke
6 Meget sterke

- 8 I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye har smerter påvirket ditt vanlige arbeid (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)?

(Kryss av ett alternativ)

- 1 Ikke i det hele tatt
2 Litt
3 En del
4 Mye
5 Svært mye

- 9 De neste spørsmålene handler om hvordan du har følt deg og hvordan du har hatt det de siste 4 ukene. For hvert spørsmål, vennligst veig det svaralternativet som best beskriver hvordan du har hatt det. Hvor ofte i løpet av de siste 4 ukene har du:

	(Kryss av ett alternativ på hver linje)					
	Hele tiden	Nesten hele tiden	Mye av tiden	En del av tiden	Litt av tiden	Ikke i det hele tatt
a. Følt deg full av tiltakslyst?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b. Følt deg veldig nervøs?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c. Vært så langt nede at ingenting har kunnet muntre deg opp?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d. Følt deg rolig og harmonisk?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e. Hatt mye overskudd?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f. Følt deg nedfor og trist?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
g. Følt deg sliten?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
h. Følt deg glad?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
i. Følt deg trett?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

- 10 I løpet av de siste 4 ukene, hvor mye av tiden har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer påvirket din sosiale omgang (som det å besøke venner, slektninger osv.)?
- (Kryss av ett alternativ)
- 1 Hele tiden
 2 Nesten hele tiden
 3 En del av tiden
 4 Litt av tiden
 5 Ikke i det hele tatt

- 11 Hvor RIKTIG eller GAL er hver av de følgende påstander for deg?

Påstander om din helse	(Kryss av ett alternativ på hver linje)				
	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis gal	Helt gal
a. Det virker som om jeg blir lettere syk enn andre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Jeg forventer at helsen min vil bli dårligere	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Helsen min er utmerket	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>