



Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patient med hemodialysbehandling

Författare: Katalin Lundbladh & Anneli Sunnerdahl
Handledare: Eva Welander

Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng, SSK 01:H
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Februari 2004

Arbetets titel: Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patienter med hemodialysbehandling
The nurse's pedagogic function in the care of patients undergoing haemodialysis treatment.

Författare: Katalin Lundbladh & Anneli Sunnerdahl

Handledare: Eva Welander

Institution: Institution för omvårdnad
Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I, 10 poäng

Antal sidor: 35

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 01:H

Datum: Februari 2004

ABSTRACT

A patient with a chronic kidney disease is faced with the fact that an essential organ has ceased to function. The number of patients needing dialysis treatment increases with 10 – 12 percent per year. To live with haemodialysis treatment affects the patient's daily life. A part of the nurse profession is to support the patient to lead a normal life to the greatest extent possible. The purpose of this literature study is to describe the patient's experience of living with dialysis. With dialysis we here denote haemodialysis in a hospital environment. An additional purpose is to clarify the nurse's pedagogic function when a patient subject to dialysis and his next of kin is given information through a supporting dialogue. The result shows that the treatment is very time-consuming and burdensome for the patient. The nurse's pedagogic function for patients subject to dialysis is an important part of nursing. By adapting the training to the individual, the nurse minimizes the patient's psychosocial suffering and thereby motivates the patient to take responsibility for his self-care. A well informed and educated patient manages to experience health in spite of chronic disease.

Keywords: haemodialysis, kidney disease, nursing, patient education, self-care

Nyckelord: egenvård, hemodialys, njursjukdom, omvårdnad, patientundervisning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| KRONISK NJURSJUKDOM | 1 |
| Njursvikt | 1 |
| Historik | 2 |
| Hemodialys | 2 |
| Att leva med hemodialys | 3 |
| KASAM – begreppet | 4 |
| Sjuksköterskans pedagogiska funktion | 5 |
| <i>Egenvård – Patientundervisning</i> | 5 |
| <i>Sjuksköterskans ansvar</i> | 5 |
| <i>Sjuksköterskans personliga egenskaper</i> | 6 |
| <i>Kommunikation</i> | 6 |
| <i>Compliance</i> | 7 |
| <i>Empowerment</i> | 7 |
| <i>Hopp</i> | 7 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 8 |
| SYFTE | 8 |
| METOD | 9 |
| Litteratursökning | 9 |
| Urval och avgränsningar | 10 |
| Analys | 13 |

| | |
|--|-----------|
| RESULTAT | 14 |
| Att leva med hemodialys – svårigheter i det dagliga livet | 14 |
| Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patienter med hemodialysbehandling | 17 |
| <i>Hur stödjer sjuksköterskan patienten till en god egenvård?</i> | 17 |
| <i>Hur minimerar/förhindrar sjuksköterskan psykosocialt lidande?</i> | 18 |
| Svårigheter som kan uppstå i patientundervisning | 21 |
| <i>Brister i sjuksköterskans pedagogiska funktion</i> | 22 |
| <i>Ineffektiva undervisningsmetoder</i> | 22 |
| <i>För lite tid till undervisning</i> | 23 |
| <i>Dålig kommunikation</i> | 23 |
| Sammanfattning av resultatet | 24 |
| | |
| DISKUSSION | 24 |
| Metoddiskussion | 24 |
| Resultatdiskussion | 25 |
| | |
| KONKLUSION | 29 |
| | |
| LITTERATURLISTA | 31 |

INLEDNING

Njursvikt är en allvarlig sjukdom som förändrar människans livssituation på ett påtagligt sätt. Sviktande njurfunktion behandlas med kost och läkemedel. När dessa behandlingsformer är otillräckliga och njurfunktionen ytterligare försämras blir det aktuellt med dialys (Ericson & Ericson, 2002). Enligt Svenskt Register för Aktiv Uremivård, SRAU (2002) ökar antalet patienter med behov av dialysbehandling med 10 – 12 procent per år. Som blivande sjuksköterskor fann vi ämnet intressant i samband med vår kliniska utbildning på en hemodialysavdelning. Med tanke på de många och stora förändringar som hemodialysbehandlingen innebär ville vi undersöka hur patienten och närstående upplever den förändrade situationen. Samt vad sjuksköterskan bör göra för att stödja patienten och dess närstående att hantera de problem som uppstår.

KRONISK NJURSJUKDOM

Njursvikt

Njurarnas främsta uppgift är att rena blodet från slaggprodukter och reglera vatten- elektrolytomsättningen. Njurfunktionen kan reduceras till cirka 30 – 40 % av sin normala kapacitet innan patienten upplever besvär. Njursvikt kan uppträda hastigt och kortvarigt så kallad akut- eller smygande med kvarstående funktionsnedsättning så kallad kronisk njursvikt (Ericson & Ericson, 2002). Flertalet njursjukdomar kan ha ett progressivt förlopp som leder till fullständig njursvikt och upphävd njurfunktion. Orsaker till kronisk njursvikt kan vara bland annat glomerulonefrit, diabetesnefropati, cystinuresjukdom samt obehandlad hypertoni under lång tid. De tidiga symtomen är trötthet, nedsatt aptit, illamående, huvudvärk, klåda och pinn i benen (Aurell, 1997). Vid avancerad njursvikt används i första hand symtomatisk behandling med hjälp av kost och medicin. När de uremiska symtomen är mer besvärande och den symtomatiska behandlingen är ofullständig startas hemodialysbehandlingen (Ericson & Ericson, 2002).

Historik

Ordet dialys (dia – genom, lysis – lösa ut) nämns första gången 1854 av skotten Thomas Graham. Den moderna dialysbehandlingens fader var Nils Alwall (Bucht, 1994). Han verkade i Lund och ägnade sitt liv åt njurforskning. Alwall utvecklade en konstgjord njure i samarbete med den holländske forskaren Willem Kolff. Det gemensamma arbetet ledde forskningen vidare till dagens dialysmaskiner (Westling, 2000). Alwalls första patient i Sverige dialyserades 1946 och resultatet publicerades i Acta Medica Scandinavica 1947. Vid de första försöken användes korvskinn som dialysmembran och heparin som antikoagulantia (Bucht, 1994).

Den första välfungerande dialysavdelningen i världen startades i Lund 1950 under professor Alwalls ledning (Westling, 2000). Av de femton första dialyserade patienterna avled alla utom en. Den sjuttonde behandlade patienten räddades otvivelaktigt till livet av dialysbehandlingen (Bucht, 1994). Dialysbehandlingen var dock inte en säker metod innan de tekniska förutsättningarna utvecklades så sent som i slutet av 1960-talet (Westling, 2000).

Alwall mötte Holger Crafoord som ville placera sina pengar i något projekt. Han berättade om betydelsen av dialysbehandlingen (Bucht, 1994). År 1958 köpte Crafoord ett nedgången företag vid namn ”Gamla Brogatans sjukvårdsaffär Aktiebolag”. Företaget ändrade inriktning till att bedriva forskning inom medicin. Därifrån utvecklades företaget Gambro som idag är världsledande inom dialysområdet (Westling, 2000). Företaget satsar ännu idag betydande resurser på forskning (Bucht, 1994).

Hemodialys

Dialys verkar genom osmos och diffusion. Med hjälp av dessa mekanismer renas blodet från slaggprodukter och överflödigt vätska. Dialysapparaten består av en blodenhets och en dialysvätskeenhet. Hemodialys innebär att blodet renas extrakorporealt, det vill säga blodet förs in i en maskin ”utanför kroppen”, där reningen sker över ett konstgjort dialysmembran (Ericson & Ericson, 2002). Membranet är semipermeabelt (halvgenomsläppligt), vilket innebär att mindre partiklar och vatten släpps igenom,

medan proteiner och blodkroppar är för stora för att passera över till dialysatet (Danielson, 1992).

Dialysvätska består av dialyskoncentrat och renat vatten. Det eftersträvas att uppnå samma koncentration av salter och elektrolyter i dialysvätskan som i blodet. Njursjukdomen leder ofta till att blodet blir surt. Det sura neutraliseras av bikarbonat som finns i dialysvätskan (Nilsson, 1999).

För att kunna få dialys måste bra tillgång till blodbanan finnas, eftersom cirka tre deciliter blod per minut passerar filtret under dialysen. Det finns inga ytliga kärl som klarar den belastningen flera gånger i veckan. Den vanligaste metoden för att skapa tillgång till ett blodkärl med högt flöde är via en så kallad arteriovenös fistel på underarmen. Det ökade blodflödet uppstår när en ven och en artär kopplas ihop. Venen ”arterialiseras” vilket betyder att kärlen dilateras och dess vägg förtjockas (Danielson, 1992). Efter tre – sex veckor har kärlväggen förtjockats och först då kan kärlet börja användas för dialysbehandling (Nilsson, 1999).

Central dialyskateter – CDK – är en alternativ tillgång till blodbanan. Denna kateter är som regel dubbel – lumenkateter och används för långvarigt bruk i samband med dialys. CDK läggs vanligtvis in i vena subclavia som har högt flöde. Subclaviakateter används under betydande tidsperioder, upp till ett – två år. Vid akuta dialyser används oftast vena femoralis. På grund av infektionsrisk bör inte denna kateter ligga kvar mer än tre – fyra dygn. Mellan behandlingstillfällena fylls katetern med heparinlösning för att motverka trombosbildning (Danielson, 1992).

Att leva med hemodialys

Kronisk njursjukdom innebär förändringar för patienten och den anhöriges livssituation oavsett om det är ett akut insjuknande eller en väntad sjukdomsutveckling. Livsstilsförändringar som diet, vätskerestriktion och bundenhet blir nödvändiga i behandlingen av sjukdomen, vilket kan medföra flera sociala konsekvenser för den sjuke individen. Det sociala nätverket kan bli kraftigt reducerat eller helt försvinna.

Individens vardag blir inrutad och behandlingen ger begränsad rörelsefrihet (Danielson, 1992).

Enligt Lindberg (2003) utsätter kroniska sjukdomstillstånd individen för betydande psykosociala utmaningar och anpassningskrav. Att leva med en kronisk njursjukdom innebär alltid osäkerhet om de egna framtidsutsikterna med ständig oro och känslomässig stress för framtiden. Jöberger (1991) påpekar att patient med kronisk njursjukdom ställs inför att hennes/hans livsnödvändiga organ upphört att fungera. Jämfört med många andra sjukdomar kan den kroniskt njursjuka patienten inte hoppas på att bli frisk.

KASAM – begreppet

Antonovsky (2001) utvecklade begreppet känsla av sammanhang – KASAM – som avspeglar människans förmåga att hantera påfrestande situationer i livet. Hans fråga var, varför somliga blir sjuka medan andra förblir friska under samma omständigheter. Antonovsky definierar coping som en förmåga hos individen som används för att hantera stressituationer. Definitionen utgår från den salutogena modellen, vilken värdesätter hälsa som en individuell resurs. Han definierar hälsa som ett kontinuum mellan hälsa och ohälsa. Människan rör sig oavbrutet mellan de två motsatta polerna. Känsla av sammanhang det vill säga copingförmåga, utgår från ett hälsoperspektiv som säger att hälsa – ohälsa är en mångdimensionell företeelse och inte ett antingen eller tillstånd. Han avvisar delningen friskt – sjukt; i stället för att bara undersöka sjukdomsfaktorer bör man också studera vilka faktorer som bidrar till en god copingförmåga.

KASAM består av tre centrala komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innebär att en människa förväntar sig att de händelser och skeenden som han möter är förutsägbara eller att det kan ordnas och förklaras. Detta leder till nya erfarenheter. Hanterbarhet betyder att en individ med hjälp av sina resurser kan möta och påverka de krav som ställs i olika situationer. Upplevelsen av hanterbarhet innebär att situationen går att bemästra även utan stöd och hjälp. Meningsfullhet beskriver vikten av att vara delaktig. Individen konfronteras med svårigheten att söka en

mening i livet, att kämpa, att anstränga sig och att hålla ut. Att kunna se meningen i en situation gör det lättare att klara av den förändrade livssituationen (Antonovsky, 2001).

Sjuksköterskans pedagogiska funktion

Egenvård - Patientundervisning

Korta vårdtider och ökad poliklinisk behandling ställer höga krav på patient och närståendes egenvård. Begreppet omfattar således hela patientens tillvaro och livsföring och sjuksköterskans uppgift är att erbjuda utbildning och psykologiskt stöd så att patienten kan fatta egna beslut (Beck-Friis & Strang, 2000). Patienten förväntas samarbeta med personalen och att vara delaktig i sin vård. Eget ansvar väntas förstärka individens självständighet och känsla av delaktighet (Granum, 1994). När egenvården är otillräcklig behövs patientundervisning (Klang Söderkvist, 2001).

Enligt Granum (1994) är dagens patienter mer medvetna om sina rättigheter i vården och vill bli bättre informerade än tidigare. Patienter förväntar sig att få svar på sina frågor och önskar sig mer kunskap om sitt hälsotillstånd. Klang Söderkvist (2001) påpekar att patientundervisning är en av sjuksköterskans självständiga omvårdnadsuppgifter. Patientundervisning riktar sig mot att utveckla och anpassa egenvården till den förändrade livssituationen som sjukdomen medför. Granum (1994) anser att i undervisningssituationen är det den enskilde patienten som ska lära och varje individ lär sig på sitt sätt. Inläring är en process, via patienternas egna egenskaper och intressen. Sjuksköterskan bör lägga upp undervisningen så att patienten blir motiverad till inläring. Att uppleva undervisningen som meningsfull och att inse vikten av att lära är patientundervisningens syfte. Resultatet i en undervisningssituation påverkas av aktiv samverkan mellan parterna (Granum, 1994).

Sjuksköterskans ansvar

Hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) mål är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagen anger att all information skall vara individuellt anpassad om hälsotillstånd och de metoder som finns för undersökning, vård och behandling. All behandling skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1993:17) syftar till att skapa en hälsobefrämjande miljö, undanröja smärta och obehag. Enligt ovanstående råd skall sjuksköterskan ge stöd och hjälp utifrån en helhetssyn till patienter och närstående i samband med reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och behandlingssituationer. Med omvårdnad inom hälso- och sjukvård menas att hjälpa individer vilka på grund av sitt hälsotillstånd inte har förmågan att genomföra och planera handlingar som påverkar det dagliga livet (SOSFS 1993:17).

Sjuksköterskans personliga egenskaper

Att kommunicera med andra människor är en förmåga att vara i kontakt med sig själv. Att känna sig själv, sina gränser, att kunna inse sina personliga egenskaper, vilka starka och svaga sidor personen har och vilken inverkan sjuksköterskan utövar på andra människor är en betydelsefull färdighet (Dimbleby & Burton, 1997).

Malmsten (2001) refererar i sin bok till Henriksen och Vetlesen där det beskrivs hur sjuksköterskan kan använda sin egen person i den professionella omvårdnaden. Det ligger i sjuksköterskans ansvar att svara på de behov som patienterna ger uttryck för. Den eftertänksamma sjuksköterskan är känslig för sin patients behov och utövar en omvårdnad med empati och sympati.

Kommunikation

Kommunikation kan ske på olika plan verbalt eller icke verbalt, via kroppsspråk, gester och mimik. Ett sätt att förmedla mänsklig gemenskap är via samtalet. För att det skall bli ett samtal krävs två jämställda individer som pratar, lyssnar och förstår varandra så kallad tvåvägskommunikation. När den ena individen inte är delaktig uppkommer en monolog. En konst är att kunna lyssna (Arlebrink, 1996). Omvårdnad bygger på en relation mellan patient och sjuksköterska, där sjuksköterskan kan lyssna, förstå och ta del av andra individers upplevelser (Bentling, 1995).

Med kunskap om Cullbergs (1992) kriteori kan sjuksköterskan genom tvåvägskommunikation hjälpa den njursjuka att se sin förändrade situation. Den traumatiska krisen är händelser av sådan karaktär och grad att människan upplever sin

fysiska existens, trygghet och sociala identitet eller andra livsmål hotade. Danielson (1992) påpekar att sjuksköterskan stödjer patient och närstående, inbjuder till samtal om sjukdomen, behandlingen och dess följder. Arlebrink (1996) menar att samtal inte kan bota en sjukdom men kan bli ett led i botandet av de själsliga sår sjukdomen gett upphov till.

Compliance

Begreppet compliance står för patientens förmåga och vilja att följa råd och anvisningar. För att patienten ska kunna följa behandlingen bör sjuksköterskan informera och motivera. En god relation mellan sjuksköterska och patient är en förutsättning. Det är speciellt angeläget då patienten får obehag av behandlingen eller när den sträcker sig över en längre tid. För att förbättra compliance uppmuntras patienten till en god egenvård (Simonsen & Aarbakke, 2001).

Empowerment

Klang Söderkvist (2001) beskriver empowerment som en hjälpande process mellan patient och sjuksköterska i ett ömsesidigt beslutsfattande i syfte att göra patienten medveten om sin styrka, förmåga och personliga kraft. Det innefattar självrespekt och respekt för andra samt en frihet att välja och att ta ansvar. Empowerment kan resultera i att patienten kan ta kontroll över de faktorer som kan påverka hans hälsa. Centralt för begreppet self-empowerment, är patientfokuseringen. Det innebär att patienten har rätt och förmåga att kunna påverka och medverka i sin vård och egenvård så långt som det är möjligt.

Hopp

Hoppet är viktigt för människors hälsa och välbefinnande. Hoppet är nödvändigt för att livet ska upplevas som gott att leva, och det utgör en väsentlig källa för livskvalitet. Hoppet utgör en grund för förmågan att bemästra livsprocessen, och det bildar en utgångspunkt för hur människan handlar och vilka beslut som tas. Alla individer kan under vissa perioder i livet känna att de förlorar hoppet. Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att bevara det. När sjuksköterskan visar engagemang och inlevelse

kan det ge nya krafter och aktivera hoppet för patienten. Sjuksköterskan kan även stärka hoppet genom att uppmuntra patienten att använda sina egna resurser (Rustöen, 1993).

PROBLEMFÖRMULERING

Kronisk sjukdom påverkar alla delar av livet och medför många förändringar i livsföringen. Patientens äktenskap, familj, sociala umgänge, ekonomi, arbete, och utbildning påverkas. Tankar om livet, döden och meningen med livet kommer också upp till ytan (Danielson, 1992). I och med det ökade antalet patienter med hemodialysbehandling anser vi att det är viktigt att sjuksköterskan stödjer patient och närstående i sin egenvård för att hantera kronisk njursjukdom.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patientens upplevelse av hemodialysbehandling i det dagliga livet samt att tydliggöra sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patient med hemodialysbehandling.

- Vilka svårigheter upplever patient med hemodialysbehandling i det dagliga livet?
- Hur använder sjuksköterskan sin pedagogiska funktion till patient med hemodialysbehandling?
- Vilka svårigheter kan uppstå i patientundervisningen och vilka blir följderna?

METOD

Metoden för datainsamlingen var litteraturstudie som enligt Polit och Hungler (1999) innebär att identifiera, sortera, kritisk granska och skriftligt beskriva existerande information i det gällande ämnet.

Litteratursökning

Datainsamlingen skedde vid Högskolan i Trollhättan/Uddevallas (HTU) bibliotek i Vänersborg samt sjukhusbibliotek Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL). Databaserna CINAHL, Libris, PubMed, SOFIA, och SweMed+ användes. Vid sökning i databaserna Libris och SweMed+ erhöles inga träffar. De svenska sökorden var dialys, familj, hemodialys, njure, omvårdnad och undervisning. De engelska sökorden som användes var dialysis, education, haemodialysis, next-of-kin, nursing, psychosocial, quality of life. Sökorden användes enskilt samt i kombination med varandra. Sökresultat och kombinationer redovisas i tabell 1.

Några biblioteksbesök gav viktiga referenser genom osystematisk sökning. De funna adekvata artiklarnas referenslistor användes för vidare efterforskning. Det kallas kedjesökning enligt Nyberg (2000). Manuell sökning enligt Backman (1998) kan göras via patientföreningar. Författarna till denna litteraturstudie kontaktade Riksförbundet för Njursjuka – RNj, och dialysavdelningen på NÄL, vilket gav grundläggande information om ämnet.

Tabell 1. Sökresultat i använda databaser, sökord, kombinationer samt resultat

| Databas | Sökord | Antal träffar |
|----------------|---------------------------------------|----------------------|
| CINAHL | Hemodialysis | 1105 |
| CINAHL | Hemodialysis nursing | 46 |
| CINAHL | Hemodialysis nursing psychosocial | 32 |
| CINAHL | Dialysis psychosocial | 80 |
| CINAHL | Dialysis quality of life | 6 |
| PubMed | Hemodialysis family | 886 |
| PubMed | Hemodialysis family nursing | 20 |
| PubMed | Hemodialysis family nursing education | 8 |
| PubMed | and quality of life | 1 |
| SOFIA | Njure | 3 |
| SOFIA | Dialys | 3 |

Urval och avgränsningar

Litteraturen valdes utifrån hur väl den motsvarade vårt syfte. Fyra relevanta skönlitterära självbiografier är funna och bearbetades av författarna. Dessutom fann författarna 40 artiklar som granskades och de artiklar som exkluderades belyste medicinsk teknik. De artiklar som inkluderades i resultatet var de som beskrev patientens upplevelse av att leva med dialysbehandling eller kronisk sjukdom samt tydliggjorde sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden. I sökningen avgränsades urvalet till att artiklarnas utgivningsår var från år 1999 och framåt. Publiceringspråket var svenska, engelska och norska. Artiklarna granskades utifrån om de var vetenskapliga. Några artiklar bearbetades trots att de inte uppfyllde kriterier för att vara vetenskapliga men bidrog med viktig information. Även Polit och Hungler (1999) skriver att inte vetenskapliga artiklar får användas om de tillför relevant information. Efter 40 granskade artiklar återstod 15 som analyserades och ligger till grund för resultatet. I flertalet artiklar betecknades hemodialysbehandlingen enbart med ordet dialys. Författarnas syfte var att endast beskriva hemodialysbehandling som genomförs på sjukhus därför exkluderades övriga former av dialysbehandlingar. De bearbetade artiklarna redovisas enligt Benzein (2000) i tabell 2.

Tabell 2. Artikelpresentation och dess använda metoder och syfte

| Författare/ Titel | Publikations- år | Metod/ Antal intervjuade | Syfte |
|---|-----------------------------|--|---|
| Ahlström, G., & Hansson, B. A model for supporting the patient's coping with chronic illness. | 2000. | Litteraturstudie | Artikeln beskriver hur sjuksköterskan kan använda olika copingstrategier för att uppnå framgångsrikt välbefinnande. |
| Barker-Parker, E.D. Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nurses. | 2002. | Kvalitativ, intervjuer med tre sjuksköterskor under ett år och patientobservationer. | Studien undersökte och beskrev hur patientundervisningen integreras i den allmänna omvårdnaden. |
| Braun-Curtin, R., Bultman, D.C., Thomas-Hawkins, C, Walters, B.A.J., & Schantell, D. Hemodialysis Patients' Symptom Experiences: Effects On Physical and Mental Functioning. | 2002. | Kvantitativ, studie med 307 patienter. | Studien visar sambandet mellan hemodialys och patientens fysiska och psykiska hälsa. |
| Freitas, T. Nursing Experience with Daily Dialysis at El Camino Hospital. | 2002. | Litteraturstudie. | Hur den dagliga dialysen förbättrar patientens välbefinnande och leder till en mer ekonomisk vård. |
| Hagren, B., Pettersen, I-M., Severinsson, E., Lutsen, K., & Clyne, N. The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. | 2001. | Kvalitativ, 15 patienter ingick. | Beskrivelse av att leva med kronisk njursjukdom. Studien visar deras förändrade familje- och sociala liv relaterat till dialysbehandlingen. |

| | | | |
|---|-------|---|--|
| Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L., & Salmela, M. | 2003. | Kvantitativ, enkätundersökning med 754 patienter. | Att finna hur patienter på sjukhus tog till sig patientundervisningen för att uppnå en god egenvård med hjälp av empowerment. |
| Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. | | | |
| Karlsson, A., & Klang, B. | 2001. | Kvalitativ, induktiv inriktning med sex deltagare. | Syftet med denna studie var att beskriva en grupp HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning. |
| Att leva med HIV. HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning. | | | |
| Klang, B., Björvell, H. & Clyne, N. | 1999. | Kvantitativ, explorativ undersökning med 64 patienter. | Studiens syfte var att påvisa vilka effekter patientutbildningen hade genom att använda en jämförelsegrupp som inte erbjöds undervisning. |
| Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease specific knowledge. | | | |
| Lindberg, M. | 2003. | Kvalitativ, fyra hemodialyspatienter djupintervjuas. | Utifrån litteraturgenomgång beskrevs copingstrategier/copingstilar och individens anpassning till kronisk njursjukdom samt identifiera omvårdnadsåtgärder. |
| Coping och anpassning till hemodialysbehandling. | | | |
| Pang, S-K., Ip, W-Y., & Chang, A.M. | 2001. | Kvantitativ, deskriptiv undersökning med egen designat frågeformulär, 92 deltagare. | Studien presenterar hur compliance för vätskerestriktion påverkar patientens psykosociala hälsa. |
| Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. | | | |
| Polaschek, N. | 2003. | Kvalitativ, intervjustudie med sex män. | Målet med denna studien var att öka förståelsen hos sjuksköterskan hur det är att leva med kronisk njursjukdom genom patienternas egna erfarenheter. |
| Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. | | | |

| | | | |
|--|-------|--|--|
| Stammes, J.H. Social support, social network and health. | 2000. | Litteraturstudie. | I artikeln framhålls vikten av socialt stöd och socialt nätverk för att bevara autonomin, självständighet och att öka livskvalitet. |
| Suit-Ching, W.L. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. | 2001. | Kvantitativ, 164 patienter ingick. | Att mäta livskvalitet hos patienter med hemodialysbehandling. |
| Thygesen, E. Patientoplevelser og kronisk sygdom. | 2001. | Kvalitativ, sex patienter intervjuades. | Syftet med studien var att öka kunskapen om hur livet förändras med en kronisk sjukdom och konsekvenserna i det dagliga livet samt behovet av omvårdnad. |
| Weil, C.M. Exploring Hope in Patients with End Stage Renal Disease on Chronic Hemodialysis. | 2000. | Kvalitativ, 14 patienter ingick, både kvinnor och män. | Syftet var att undersöka och definiera källorna till hopp hos patienter med dialysbehandling. |

Analys av artiklarna

Litteraturen lästes och analyserades utifrån frågeställningarna;

- Vilka svårigheter upplever patienten med hemodialysbehandling i det dagliga livet?
- Hur använder sjuksköterskan sin pedagogiska funktion till patient med hemodialysbehandling?
- Vilka svårigheter kan uppstå i patientundervisningen och vilka blir följderna?

Analysen gjordes i två steg. Artiklarna delades upp mellan författarna och lästes enskilt igenom utifrån frågeställningarna och samtidigt markerades svaren i texten med olika färger. Därefter analyserades artiklarna gemensamt för att finna likheter och skillnader mellan de olika författarnas studier. I artiklarna benämndes vårdpersonalen med olika

namn, som vårdare, personal och sjuksköterska. Författarna har valt att använda benämningen sjuksköterska oavsett vad som används i litteraturen.

RESULTAT

Att leva med hemodialys – svårigheter i det dagliga livet

Den njursjuka förlorar många timmar kopplad till dialysmaskinen, vilket ger tid till negativa funderingar om sjukdomen, men även till tankar om hopp och förväntningar på framtiden (Hagren, Pettersen, Severinsson, Lutzén & Clyne, 2001). Jöberger (1991) uppger att många patienter upplever vardagen mycket negativt på grund av inskränkning av sin frihet. Att få dialysbehandling kan upplevas som en begränsning i livet och individen tvingas ge upp en stor del av sin självständighet och sitt oberoende. Klang, Björvell och Clyne (1999) samt Polaschek (2003) påpekade också i sina studier att behandlingstiden är inskränkande på det dagliga livet. Flertalet av patienterna som genomgår bloddialys får behandling tre – fem timmar tre gånger i veckan, alltså sammanlagt 9 – 15 timmar.

I am tied up by all these hours on the machine (Klang et al., 1999, s. 873).

Suet-Ching (2001) kom i sin studie fram till att deltagarna känner begränsningar av diet- och vätskerestriktionerna. Kravet på kontroll över den egna dieten förvärrar deras känsla av hjälplöshet och sjuklighet. Författaren påpekade svårigheterna för patienten att följa diet- och vätskerestriktionerna i den sociala samvaron. Enligt Liljeblad och Nykvist (2001) brukar oftast en patient med hemodialysbehandling få dricka 500 ml vätska per dygn. Flertalet patienter med kronisk njursjukdom tar också mediciner per os dagligen och i samband med det förbrukas en del av dagens vätskeranson. De flesta patienter har svårt att vänja sig vid ett begränsat vätskeintag.

Pang, Ip och Chang (2001) presenterade i sin studie att vätskerestriktionen var en stressor som är en bidragande orsak till depressionsutveckling hos patienter med

dialysbehandling. Patienter med dialysbehandling upplever nedstämdhet och depression i större utsträckning än andra patienter. Jöberger (1991) och Pettersson (2002) framhåller att drabbas av en kronisk njursjukdom är en traumatisk händelse och de påpekar även vikten av att patienten själv lär sig känna igen tecken på begynnande depression.

Freitas (2002), Klang et al. (1999) och Polaschek (2003) kom i sina studier fram till att flertalet av patienterna upplevde illabefinnande såsom kramper, blodtrycksfall, trötthet eller illamående på grund av avlägsnande av överskottsvätska under dialysbehandlingen. De upplevde att den bestämda torrvikten var lågt satt och ville avbryta behandlingen tidigare. Torrsvikt är en förutbestämd vikt som eftersträvas med dialysbehandlingen efter det att överskottsvätskan tagits bort. När mindre mängd överskottsvätska avlägsnas vid dialysbehandlingen minskar symtom på illabefinnande betydligt och resulterar i en stabil behandling (Freitas, 2002).

Arbetet och arbetskamrater ger identitet och värde i det dagliga livet. Sysselsättning är viktigt för människans psykiska hälsa och välbefinnande och ger dessutom tillhörighet (Jöberger, 1991). De få som orkade arbeta hade ett fullt veckoschema med dialysbehandling och arbete. Det fanns endast lite tid över för fritidsaktiviteter och social samvaro. Möjligheten till nya kontakter var reducerade (Polaschek, 2003). Patienter beskriver att efter dialysbehandlingen är de trötta och har ingen ork kvar till att göra någonting mer den dagen (Jöberger, 1991). Även Klang et al. (1999) påpekade i sin studie att känslan av utanförskap och isolering är en gemensam nämnare hos patienter med dialysbehandling. Därför kan dialysbehandling på sjukhus fylla en viktig social funktion. Har individen inget arbete kan dialysbehandlingarna bli som ett halvtidsarbete och vårdpersonalen som arbetskamrater (Auraldson, 1999; Liljeblad & Nykvist, 2001).

Enligt Suet-Ching (2001) beskrev patienterna en avtagande fysisk och psykisk arbetskapacitet. Svårigheten är att upprätthålla ett normalt arbetsliv på grund av pågående dialysbehandling under dagtid, vilket leder till försämrad ekonomi. De finansiella problemen orsakar förändringar i det sociala livet såsom förlorad prestige,

makt, vänner och social position. De medicinska utgifterna belastar ytterligare den ansträngda ekonomin. Jöberger (1991) påpekar att alltid behöva oroa sig för sin ekonomi sänker livskvalitén och kan få konsekvenser på den psykiska hälsan. Det känns svårt att inte längre klara sig på sin inkomst utan tvingas söka socialhjälp. Det tär på den njursjukes psykiska hälsa att behöva avstå från det som förgyller vardagen.

Jöberger (1991), Klang et al. (1999) och Polaschek (2003) nämnde svårigheten med nödvändiga resor och påtagliga begränsningar med semestrar. Sådana aktiviteter kräver långsiktig planering och stressen ökar för behandlingar i en obekant miljö. Familjemedlemmar anpassar ofta sitt livsmönster efter den kroniskt njursjuka patienten för att möta dennes behov och möjlighet.

Många patienter med nedsatt ork och lust upplever en känsla av otillräcklighet i familjen (Pettersson, 2002). Familjestöd såsom övriga familjemedlemmars anpassning till aktiviteter, kost och arbetsfördelning i hemmet har betydelse för de kroniskt njursjuka patienternas psykiska hälsa. Samtidigt som de ständiga omställningarna är påfrestande för de närstående, enligt Jöberger (1991). De ensamstående patienterna upplever däremot att de inte får det stöd och hjälp de behöver i vardagen med till exempel de praktiska hushållsgöromålen, medicinering samt resor till och från dialysbehandlingen (Suet-Ching, 2001).

Jag har en underbar familj, som ställt upp både praktiskt och mentalt, men det var en stor omställning för dem. Tidigare hade jag gjort det mesta hemma, och nu fick de klara sig själva. För mig var det jobbigt att inte kunna göra de enklaste sysslor (Auraldsson, 1999, s. 58).

Mest förekommande symtom hos patienten med sviktande njurfunktion är fatigue/trötthet. Brist på energi hos patienten leder till en upplevelse av att belasta familjen (Freitas, 2002). Dennes avtagande energi leder också till begränsad medverkan i sociala aktiviteter såsom familjemiddagar, umgänge med vänner, sport- och föreningsliv (Suet-Ching, 2001).

Enligt Lindberg (2003) använder dialysbehandlade patienter olika copingstrategier för att bemästra de förändringar som njursjukdomen medför. Den vanligaste förekommande stilen är den optimistiska, vilket betyder att patienten tänker positivt. En förutsättning för coping och anpassning till kronisk njursjukdom är att individen upplever hopp. Om patienten inte har förmågan att uppleva hopp kan hon/han inte utveckla en användbar individuell copingstrategi. Den viktigaste källan för hopp utgörs av familjen, vänner och bekanta. Ensamstående patienter med hemodialysbehandling kan sakna den viktiga källan för hopp som familjen utgör. Andlighet är också en källa till hopp liksom den teknologiska utvecklingen inom medicinen. Även Weil (2000) nämnde att den tekniska utvecklingen ger hopp hos många patienter om att dialysbehandlingstiden förkortas i framtiden.

Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patient med hemodialysbehandling

Hur stödjer sjuksköterskan patienten till en god egenvård?

Sjuksköterskan har ett ansvar att stödja och uppmuntra patienten till att uppnå styrka och livsmod. Ökad energi ökar patientens självkänsla och självförtroende samt förbättrar patientens känsla av välbefinnande. Sjuksköterskan motiverar patienten till fysisk aktivitet under dialysbehandlingen till exempel genom sängcykling eller annan sänggymnastik med hjälp av instruerande videoband för att stärka individens hälsa (Freitas, 2002).

Ahlström och Hansson (2000) betonade i sin studie vikten av coping samt att socialt stöd är en värdefull copingstrategi i egenvård vid kronisk sjukdom. Stöd för coping har en särskilt ställning i sjuksköterskans profession vilket betyder att hon inte ser på patienten som en mottagare av vård utan som en unik individ. Sjuksköterskans uppgift är att lyfta fram patientens egna resurser och ge stödjande samtal när den egna copingförmågan är begränsad.

Sjuksköterskan med sitt stöd och undervisning motiverar patienten till medvetenhet, frihetskänsla, valmöjligheter och ansvarstagande (Karlsson & Klang, 2001). Fyra

patienter med hemodialysbehandling deltog i Lindbergs (2003) studie. Samtliga fyra beskrev vikten av att vara delaktiga i besluten om behandling och omvårdnad för att senare klara sin egenvård. En förutsättning är dock att sjuksköterskan har kännedom om patientens egna copingstrategier, det vill säga hur patienten hanterar sin egen situation samt den kroniska sjukdomen. Enligt Ahlström och Hansson (2000) visar sjuksköterskan sitt stöd till patienterna via sin närvaro och förståelse genom att använda ögonkontakt, kroppsspråk och röstläge.

I am reading his body and his tones, and I am reading his exhausted-looking face, and I comment to him about that: "You look as if you need a friend. You look as if something is wrong." It opened up a whole problem for him (Ahlström & Hansson, 2000, s. 35).

Karlsson och Klang (2001) framhåller att sjukdomen inte kan botas med stödjande samtal. Däremot kan patienten med egen kraft och med hjälp av patientundervisning upprätthålla livskvalitet och ett fungerande dagligt liv. Sjuksköterskans stödjande samtal skall leda till att patienter med kronisk sjukdom kan bibehålla eller förbättra sin hälsa. Känslan av insikt och kontroll över sin situation hjälper patienten till en ökad hanterbarhet. Vilket i sin tur förmedlar trygghet i egenvården och i det dagliga livet.

Hur minimerar/förhindrar sjuksköterskan psykosocialt lidande?

Polaschek (2003) och Weil (2000) påpekade vikten av att sjuksköterskan har ett bra samarbete med patienten i en hemtrevlig vårdmiljö. Förhållandet mellan sjuksköterska och patient skall vara likvärdigt. Sjuksköterskan strävar efter en vänskaplig atmosfär där relationen dem emellan inte liknar den traditionella patient – sjuksköterskerollen. Lindberg (2003) framhåller att en känsla av kontroll över sin egen situation och att fatta egna beslut om behandlingen kan minska patientens psykosociala lidande.

Att minimera patientens psykosociala lidande kan sjuksköterskan göra i sitt omvårdnadsarbete genom att befrämja bibehållandet eller återskapa hoppet hos patient med kronisk njursjukdom (Lindberg, 2003). Patienter i Weils (2000) studie definierade

hoppet med innebörden att hopp inkluderar en optimism om framtiden eller en känsla av att saker kommer att bli bättre.

you've still got something to do in your life and your hope is to get it done
(Weil, 2000).

Sjuksköterskan kan motivera patienten eftersom hon har kunskap att påverka patienten. Att identifiera faktorer som leder till hoppfullhet har effekt på vårdplaneringen och behandlingsschemat som kan hjälpa patienten att nå sina psykosociala mål till exempel att kunna delta i middagsbjudningar och föreningsaktiviteter. När sjuksköterskan möter dessa mål hjälper hon patienten till ökat hopp och kraft så att hon/han klarar av sin behandling och förbättrar sin fysiska och psykiska hälsa (Weil, 2000).

Det är viktigt att patientens åsikter blir hörda och sedda för att bibehålla den personliga autonomin och inte bli identifierad som enbart patient (Hagren et al., 2001). En utmaning för sjuksköterskan är att förstå patientens psykosociala lidande för att kunna använda de tillvägagångssätt som är tillgängliga för att utveckla och öka hoppet hos patienten och närstående. Genom att tillvarata patientens personliga resurser och med hjälp av yttre stöd kan sjuksköterskan befrämja coping och anpassning till det nya livsmönstret (Lindberg, 2003; Weil, 2000).

Enligt Karlsson och Klang (2001) är patientundervisningens syfte bland annat att minska det psykosociala lidandet genom ökad kunskap, färdighet och medvetenhet hos individen. Ökad medvetenhet medför att patienten själv kan påverka sin livssituation. Klang et al. (1999) anser att undervisningens mål är att informera patienten om dialysbehandlingens former vilket ger patienter möjlighet till ett aktivt val. Det andra målet är att öka individens kunskap om sjukdomen och dess behandling. Den individuellt anpassade undervisningen som gavs förde med sig att individen lättare kunde se meningen med livet och framtiden (Karlsson & Klang, 2001; Lindberg, 2003).

Hagren et al. (2001) betonar vikten av att sjuksköterskan har kunskap inom njurmedicin. Hon bör även uppmärksamma varje patients individuella behov och

problem för att kunna minimera det psykosociala lidandet. Patienterna använder begreppet individuell omvårdnad. Med det menar patienterna vikten av att bli sedda av sjuksköterskan som en unik individ med personliga behov. Lindberg (2003) påpekar vikten av att sjuksköterskan i det psykosociala stödet förstår och bekräftar det ”friska” hos individen och uppmuntrar till att behålla bästa möjliga hälsa.

Brist på psykosocialt stöd och socialt nätverk ökar risken för psykosocial ohälsa. Sjuksköterskans roll i det stödjande samtalet är att tillgodose patientens individuella behov, att dela dennes känslor och problem så att patientens psykosociala lidande minimeras. Patienten vet att sjuksköterskan är tillgänglig och försöker hjälpa när hon/han behöver stöd. Patienten kan då ta emot förtroliga råd och uppmuntran. Det överensstämmer med World Health Organizations (WHO) målformulering vilket talar för att stärka det sociala nätverket och det sociala stödet som hälsoförebyggande åtgärd (Stamnes, 2000).

Patient med hemodialysbehandling besväras av fatigue/trötthet och sömnstörningar relaterad till depressiva symtom vilket kan leda till psykosocialt lidande. En av de viktigaste omvårdnadsåtgärderna är att stödja patienten till att behålla så god hälsa som möjligt. Sjuksköterskan bör därför ha kunskap om de negativa effekter och symtom som påverkar patient med hemodialysbehandling både fysiskt och psykiskt. Sjuksköterskans uppgift är att ansvara för sin patient dag för dag och observera samt iakttaga kännetecken och symtom för nedstämdhet (Braun-Curtin, Bultman, Thomas-Hawkins, Walters & Schatell, 2002).

Brist på förståelse och kunskap är huvudfaktorer som bidrar till ångest, depression, dålig anpassning och noncompliance. Klang et al. (1999) utvecklade ett undervisningsprogram som bestod av fyra sammankomster i grupp. Varje tillfälle varade två timmar med olika temaområden. Första temat handlade om njursjukdomar och dietföreskrifter. De andra temana var aktiv njurbehandlingsterapi, mentalträning och möjliga följder av kronisk njursjukdom på ekonomin, familje- och det sociala livet. I varje grupp deltog fem – sju deltagare i samma åldersgrupp.

Undervisningsprogrammets mål var att informera patienten om sjukdomen och dess behandlingsmöjligheter samt att känna samhörighet med andra i samma situation.

It was good for me to meet other people with a kidney disease (Klang et al., 1999, s. 873).

De patienter som erbjöds utbildning före dialysbehandlingens start visade mindre tecken på ångest, bättre fysisk och psykisk hälsa samt ökad psykosocial funktion jämfört med dem som inte deltog i någon form av undervisning. De blivande patienterna fick tillfälle att besöka dialysavdelningen vilket avdramatiserade den kommande behandlingen (Klang et al., 1999).

En av de intervjuade sjuksköterskorna i Barber-Parker studie (2002) beskriver sin undervisningsmetod på sin arbetsplats. Vilket innebar att hon erbjöd lite information vid varje tillfälle, repeterade så ofta som möjligt och utökade med lite ny information var gång.

I teach and reinforce the next day (Barber-Parker, 2002, s.7).

De flesta sjuksköterskor föredrar att undervisa med stöd av enkla former av informationsmaterial. De muntliga och visuella metoderna är checklista, broschyrer, bilder och videofilmer. Genom att patienten får undervisning vid flera tillfällen blir hon/han involverad i sin behandling och har mer kontroll över sin sjukdom vilket minskar det psykosociala lidandet (a.a.).

Svårigheter som kan uppstå i patientundervisningen

En aktiv patient enligt Thygesen (2001) ifrågasätter sjuksköterskans pedagogiska kunskaper, hennes värderingar och färdigheter, vilket kan resultera i svårigheter i samband med patientundervisningen.

Brister i sjuksköterskans pedagogiska funktion

Barber-Parker (2002) intervjuade tre sjuksköterskor under en ett års period. Deras uppfattning om patientundervisningens svårigheter var bland annat deras bristande kunskaper. Med bristande kunskaper menade sjuksköterskorna att det saknades kontinuitet i patientomvårdnaden, bristande tid till journalföring och dålig tillgång till undervisningsmaterial.

Enligt Pang et al. (2001) kan brister i sjuksköterskans pedagogiska kunskap hindra henne att nå fram till alla patienter. Åldern har betydelse i patientundervisningen; yngre patienter har en tendens att hoppa över behandlingen jämfört med de äldre. Studien visar att över 50 % av patienter med hemodialys följer inte vätskerestriktionerna. I studien påvisades att socialt stöd från närstående har stor betydelse i samband med vätskerestriktion. Sjuksköterskan bör därför även involvera de närstående i patientundervisningen. När denna grupp inte får information om sin betydelse och stöd från sjuksköterskan blir konsekvensen för patienten noncompliance. Det kan leda till ödem, lungödem och hjärtproblem med dödlig utgång.

Ineffektiva undervisningsmetoder

Johansson et al. (2003) påpekar att kvinnor var mindre mottagliga för information på grund av de hade en känsla av att de hade kunskap om sin sjukdom, behandling och framtid. Sjuksköterskan kontrollerade oftare vad de manliga och de äldre patienterna uppfattade och tog till sig under patientundervisningen. Däremot glömde sjuksköterskan ha uppsikt över kvinnornas kunnande. Kvinnornas attityd missvisade på tidigare inhämtade kunskaper och erfarenheter. Författarna uttryckte att sjuksköterskan bör undervisa utifrån en patientcentrerad omvårdnad där varje individ ses som unik. Därför bör den givna informationen alltid vara individuellt anpassad. Sjuksköterskan skall ha goda kunskaper om vad patienten vill och behöver lära sig och inte vad hon tror. Det var även ett oväntat resultat i studien att skriftlig information delades ut i undantagsfall. Muntlig information gavs om till exempel dialystider, dialysapparater, kost, fistelvård vilken lätt faller bort ur minnet (Johansson et al., 2003).

Enligt Barber-Parker (2002) innebar ineffektiv metod till exempel att utrustning och hjälpmedel till undervisning saknades eller var inaktuell på sjukhuset. Viss utrustning var svår att förflytta in i patientens rum på grund av att de inte var portabla och tillhörde informationslokaler på sjukhuset.

För lite tid till undervisning

De flesta patienter kan inte själva omsätta de kunskaper de lärt sig utan är i behov av någon form av assistans för att omsätta kunskapen i handling. Patienterna upplevde även tidsbrist hos personalen till uppföljning (Lindberg, 2003). De korta vårdtiderna var en bidragande orsak till för lite tid till undervisning. Sjuksköterskorna menade även att de saknade stöd i personalgruppen för att fullfölja sina uppgifter och sitt undervisningsansvar (Barber-Parker, 2002).

Dålig kommunikation

Med dålig kommunikation ansåg Barber-Parker (2002) att det fanns brister i dokumentationen mellan olika arbetslag. Informationsöverföring angående patientens undervisningsbehov och vem som var ansvarig för fullföljandet av utbildningen var oklart mellan olika vårdlag på avdelningen.

Thygesen (2001) ger uttryck åt vikten av att sjuksköterskan visar omsorg och respekt för patient och närstående. Författaren lägger tonvikt på att sjuksköterskan i sin profession har yrkeskunskap som inte patienten har. Trots dessa kunskaper får patienten inte nedvärderas och hindras till delaktighet i sjuksköterskans patientundervisning. Kommunikation mellan patient och sjuksköterska skall vara tvåvägskommunikation där omvårdnaden utformas i samråd med patienten. Om sjuksköterskan brister i sin pedagogiska roll kan det uppstå en envägskommunikation med en styrande sjuksköterska. Patientens självbestämmande bör lyftas fram samtidigt som sjuksköterskan måste lyssna aktivt till den sjukes egna upplevelser om att leva med kronisk sjukdom. När sjuksköterskan inte visar omtanke för patient och närstående kan hennes yrkesprofessionellitet inge makt och verkar undertryckande. Vilket leder till en ogynnsam inlärningsmiljö som skapar hinder i informationsflödet (Thygesen, 2001).

Sammanfattning av resultatet

Hemodialysbehandlingen upplevs som påfrestande och den leder till fatigue/trötthet för patienten. Detta påverkar i viss mån möjligheten att arbeta och upprätthålla ett socialt liv med hobby och fritidsaktiviteter. Sjukdomen samt rädslan och osäkerheten inför framtiden innebär förlust av energi och hopp. För att behålla hoppet har sjuksköterskan, familjen, vänner och bekanta en betydelsefull funktion i den kroniskt njursjukas vardag. Medpatienter som befinner sig i samma situation har en stödjande roll att hantera sjukdomen. Patienter och dess närstående som fått information, utbildning och ökad kunskap om sjukdomen och dess behandling upplever större självständighet och bemästrar lättare den stress som livet med kronisk njursjukdom innebär. Genom att ha kunskap underlättas accepterandet av sjukdomen och finna en mening i de förändringar som den medför i det dagliga livet. Sjuksköterskan skall planera och genomföra vård och behandling i samråd med patienten vilket resulterar i en individanpassad omvårdnad. Sjuksköterskan kan stärka patienten i sin egenvård genom att lyssna och se hela människan så att hon/han kan uppleva hälsa i det dagliga livet. Det psykosociala lidandet kan sjuksköterska minska genom sitt stödjande samtal som är en viktig del i omvårdnaden. Dialysbehandlingen ska bara vara en del av patientens liv och inte dominera hela tillvaron.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patientens upplevelse av hemodialysbehandling i det dagliga livet samt att tydliggöra sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patient med hemodialysbehandling. Författarna valde att genomföra en litteraturstudie för att söka svar på sina frågeställningar.

Enligt Polit och Hungler (1999) söktes referenser i vetenskapliga tidskrifter. Under efterforskningen urskiljdes artiklarna och lästes kritiskt för att se deras relevans.

Artiklarna som valdes ut till det här arbetet var både kvalitativa och kvantitativa. Citat från artiklarna förstärker validiteten i denna studie.

Vid datainsamlingen påträffades ett stort antal artiklar inom området hemodialys. Efter att ha läst artiklarnas abstract exkluderades ett flertal. Innehållet i dessa inriktade sig mot den medicinska och tekniska forskningen. Artiklar med fokus på omvårdnad vid dialysbehandling, vikten av sjuksköterskans pedagogiska funktion samt undervisning riktad mot patienter med dialysbehandling var svårt att hitta. Vetenskapliga publiceringar inom norden med sökorden njursjukdom och dialysbehandling gav inga träffar. Flertalet beställda artiklar utanför norden som författarna beställde genom HTU:s bibliotek kom inte fram.

Författarna valde att begränsa sig till artiklar publicerade från år 2000 och framåt, förutom vid ett tillfälle då en artikel från år 1999 valdes, som ansågs tillföra relevant och angelägen fakta. Det är möjligt att resultatet hade blivit ett annat med andra sökord och kombinationer.

Författarna bestämde sig i resultatet att beskriva de skönlitterära böckernas innebörd i förhållandet till de vetenskapliga artiklarnas innehåll. Den skönlitterära litteraturen valdes med hänsyn till att den var självbiografisk, där patienten skildrade sitt liv, erfarenheten och konsekvenserna av att leva med kronisk sjukdom. Medan de vetenskapliga artiklarnas resultat visar författarnas tolkning av patienternas upplevelser. Författarna anser att genom att använda litteratur med olika inriktning är syftet uppnått.

Resultatdiskussion

Att leva med hemodialys – svårigheter i det dagliga livet

Frånsett svårigheterna att leva med en kronisk sjukdom har dessa individer samma mål med livet som alla människor, det vill säga att uppnå individuell livskvalitet. Det framkommer tydligt i både skönlitteraturen, faktaböckerna och i de vetenskapliga artiklarna att dialysbehandling påverkar hela människan. Sjuksköterskans holistiska människosyn innebär att patienten ses som en helhet med olika behov. Med kunskap om

Cullbergs kristeori (1992) kan sjuksköterskan hjälpa patient med dialysbehandling att bearbeta sin förändrade situation.

Patienter berättar i flera studier att påbörja sin dialysbehandling är en mycket stor händelse i människans liv. De talar om att behandlingen innebär en unik bundenhet, både tidsmässigt och geografiskt (Klang et al., 1999; Polaschek, 2003 & Suet-Ching, 2001). Jöberger (1991) skildrar svårigheten att leva ett spontant och oplanerat liv med resor och nöjen.

Resultatet visar även på hur sjukdomen påverkar familj och vänner. Det framkommer förändringarna i familjelivet, samvaron i det sociala livet med kost- och vätskerestriktioner. När avsteg görs från de medicinska rekommendationerna för exempelvis kost- och vätska i sociala sammanhang, innebär det oföljsamhet i behandlingen. Det uppkommer en förändrad syn på sig själv och sitt egenvärde, när man förlorar kontrollen över den egna kroppen. För patienter med dialysbehandling är det viktigt att uppehålla modet, hoppet och framtidstron.

Känsla av sammanhang är betydelsefull för alla individer. Om patienten är delaktig i livet och omgivningen har hon/han större resurser att ta sig ur svårigheter och motverka problem. Enligt Antonovsky (1991) händer det olyckliga saker i livet, men när så sker skall man kunna hantera situationen och reda sig. Individen skall vara inställd på att söka mening i den förändrade situationen såsom att lida av njursvikt.

Sjuksköterskans pedagogiska funktion i omvårdnaden av patient med hemodialysbehandling

Hur stödjer sjuksköterskan patienten till en god egenvård?

En kronisk sjukdom som till exempel njursjukdom medför en permanent förändring i en individs livsstil och en livslång anpassning av egenvården. När individen inte är i stånd att utföra en egenvård som tillgodoser egenvårdsbehov måste sjuksköterskan hjälpa till. Detta sker genom sjuksköterskans omvårdnad, som även består av stödjande samtal och undervisande funktioner. I sjuksköterskans pedagogiska roll måste finnas en skicklighet

i att kommunicera, undervisa, ge råd och även förmåga att leda. Det är självklart att patienten behöver bli expert på sin sjukdom, men lika viktigt är det att uppmärksamma de psykosociala aspekter som följer med en kronisk sjukdom. En bra skött egenvård leder till bevarad hälsa, strukturerad livssituation, personlig integritet och utveckling.

Även Karlsson och Klang (2001) framhåller i sin studie att patienten med egen kraft, stöd av sjuksköterskan och med hjälp av patientundervisning kan upprätthålla en god livskvalitet. En väl genomförd patientundervisning ökar kunskapen hos patienten vilket leder till trygghet, kontroll över den kroniska sjukdomen och bättre självförtroende. Den tillförda kunskapen påverkar patientens möjlighet till att lättare hantera sin livssituation.

Resultatet till denna litteraturstudie visar att känslan av förståelse och kontroll över sin njursjukdom och livssituation hjälper patienten till en ökad copingförmåga. Detta bekräftas av Pettersson (2002) genom att beskriva sin egen copingstrategi. Ju starkare individens känsla av sammanhang det vill säga copingförmåga är desto bättre klarar individen att hantera stressituationer, vilket även Antonovsky (2001) bekräftar med KASAM-begreppet. Har man en stark känsla av sammanhang kommer man troligtvis att kunna välja en aktiv och ändamålsenlig strategi för att möta utmaningen.

Hur minimerar/förhindrar sjuksköterskan psykosocialt lidande?

Resultatet visar att patient med dialysbehandling upplever fatigue/trötthet med nedsatt ork och lust vilket leder till psykosocialt lidande. Det innebär ofta att inga andra aktiviteter kan genomföras på dialysdagarna. Patienten orkar inte leva och vara som tidigare, livet har förändrats. Jöberger (1991) beskriver tröttheten som ett stort hinder i det dagliga livet. Hennes tre kvällar i veckan efter dialysbehandlingen är förstörda. En studie av Freitas (2002) diskuterar hur patienter med hemodialysbehandling upplever mindre fatigue/trötthet om de erbjuds kortare dagliga dialyser. Därmed kommer de att ha mer tid över till sig själv, vilket minskar bundenheten och ökar livskvaliteten.

Vid en kronisk sjukdom drabbas patienten ofta av en kris. Jöberger (1991) berättar att hon aldrig tänker långt framåt utan att hon lever i nuet. Långsiktig planering gör henne deprimerad. Hon anser att sjuka tänker mycket mer och har lättare att uppskatta små

saker i livet jämfört med friska människor. Varje patient med dialysbehandling skulle må bättre om en psykolog/kurator fanns tillgänglig som en del av behandlingen för att minimera det psykosociala lidandet.

Att vara hoppfull och känna stöd från familjen beskrevs i denna litteraturstudie som ett psykosocialt stöd och positivt bemötande från familj och närstående ingav hopp och vilja att fortsätta leva. Författarna till denna litteraturstudie menar att hopp är en personlig upplevelse och betyder tro på sin egen framtid och möjligheter till nya lösningar på svårigheterna som uppstår under sjukdomens gång samt hur personen kan hantera sin situation. I närvaron av den kroniska sjukdomen känner både patienten och sjuksköterskan ständigt hopp och förtvivlan. Att bibehålla hoppet hos patienten är en viktig del av sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

I resultatet framkom att Gruppundervisning var positiv för patienter med kronisk sjukdom och dess närstående där det ges möjlighet till att utbyta erfarenheter med andra människor som har liknande besvär. Dessutom kan medpatienterna och närstående stödja varandra och har en positiv inverkan för att öka förståelsen samt hantera sjukdomen. Deltagarna i gruppundervisningen uttryckte att det var viktigt att träffa andra patienter med samma sjukdom och liknande problem, vilket Karlsson och Klang (2001) bekräftar.

Svårigheter som kan uppstå i patientundervisningen

Frågor driver människan vidare genom livet. Att som sjuksköterska ha färdiga svar stoppar motivationen för inläring och sökandet efter meningen med tillvaron. Författarna till denna litteraturstudie anser att sjuksköterskan har en betydande roll i patientundervisningen och bör utveckla en god relation till patienten. En individuellt anpassad information och undervisning är viktig eftersom alla har olika inlärningsätt och behov oavsett kön och ålder. Det visade Johansson et al. (2003) i sin studie att kvinnor deltog i patientundervisning i mindre utsträckning. Denna patientgrupp bör uppmärksammas mer av sjuksköterskan och använda en effektivare undervisningsmetod för patienten.

Vårt resultat visar att sjuksköterskan har bristande pedagogisk funktion samt för lite tid till patientundervisning. Patientundervisningen bör integreras i det dagliga omvårdnadsarbetet, vilket även Karlsson och Klang (2001) anser vara en bra undervisningsform. Trots bristande tids tillgång bör sjuksköterskan undervisa patienten och hjälpa henne/honom att omvandla kunskaperna till handling. I resultatet framgår även att informationsmaterial utnyttjas dåligt och att skriftligt undervisningsmaterial inte delas ut. Den skriftliga informationen är ett viktigt komplement till det pedagogiska samtalet mellan sjuksköterska och patient.

KONKLUSION

Patienter med hemodialysbehandling lever med multiproblem varje timme på dygnet alla dagar i veckan. Ingen ledighet, semester eller annan flyktväg finns från verkligheten. Socialt umgänge med andra än i familjen eller annan närstående minskar eller uteblir helt. Relationerna mellan makar kan förändras negativt på grund av den njursjukets hjälpbehov, minskad arbetsförmåga, fatigue/trötthet och depression. Patienter med stark känsla av sammanhang har möjligheter att uppleva det förändrade förhållandet på ett realistiskt sätt och utveckla strategier för att bemästra situationen.

Resultatet av denna studie visar inte på några nyheter utan är en bekräftelse på tidigare forskning. Livssituationen för patienter med hemodialysbehandling är helt förändrad och de är i behov av stöd och hjälp. I omvårdnaden av dessa patienter bör kunskap och information inkluderas samt patientens egenvård lyftas fram. För att uppnå en god egenvård krävs det att sjuksköterska och patienten sätter upp mål och arbetar tillsammans mot dessa. Information till patient med njursvikt är en viktig del i omvårdnaden och de bästa resultaten uppnås med hjälp av individuellt anpassad patientundervisning. Varje patient bör känna sig välinformerad och välutbildad i sin sjukdom och behandling.

I framtida forskningsstudie bör patienternas och dess närståendes egna erfarenheter och upplevelser lyftas fram i samband med hemodialysbehandling med tanke på den växande patientgruppen.

LITTERATURLISTA

Ahlstöm, G., & Hansson, B. (2000). A model for supporting the patient's coping with chronic illness. *Vård i Norden*, 3/2000, 34-38.

Alhmén, J., Wikström, B., Ekberg, H., & Schön, S. (2002). *Svenskt Register för Aktiv Uremivård. SRAU 02*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Antonovsky, A. (2001). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur.

Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Attman, P-O. (1997). *Kronisk njurinsufficiens* i Aurell, M. (red). *Njurmedicin*. Stockholm: Liber AB.

Auraldsson, K. (1999). *Resan till livet. Om diet, dialys och njurtransplantation*. Göteborg: Walberg & Wesström Bokförlag.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Barber-Parker, E.D. (2002). Integrating patient teaching into bedside patient care: a participant-observation study of hospital nursing. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 107-113.

Beck-Friis, B., & Strang, P. (2000). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber.

Bentling, S. (1995). *Sjuksköterkeprofessionen. Vetenskapliga idéer och kunskapsutveckling*. Falköping: Liber Utbildning.

Benzein, E. (2000). Hope Within Cancer Patients Undergoing Palliativ Care: A Systematic Literature Review. *The Researchman*, 1(1), 89-96.

Björvell, H. (2001). *Patientens empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten* i Klang Söderkvist, B. (red.) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.

Braun-Curtin, R., Bultman, D.C., Thomas-Hawkins, C., Walters, B.A.J., & Schatell, D. (2002) Hemodialysis Patients' Symptom Experiences: Effects on Physical and Mental Functioning. *Nephrology Nursing Journal*, 29(6), 562-574.

Bucht, H. (1994). *Nefrologi. Minnesanteckningar*. Lund: Gambro Svenska Försäljnings AB.

Cullberg, J. (1992). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Dimbleby, R., & Burton, G. (1997). *Oss emellan. Mellanmänsklig kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar. Specifik omvårdnad. Medicinsk behandling. Patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.

Fellström, B., & Tufveson, G. (1992). *Tillgång till kärlbanan vid extrakorporeal blodbehandling* i Danielson, B.G. (red.) *Njursvikt. Aktuella behandlingsmetoder*. Uppsala: MedicinGruppen AB.

Freitas, T. (2002). Nursing Experience with Daily Dialysis at El Camino Hospital. *Nephrology Nursing Journal*, 29(2), 167-169.

Granum, V. (1994). *Att undervisa i vårdsituationen – en självständig omvårdnadsfunktion*. Lund: Studentlitteratur.

Hagren, B., Pettersen, I-M., Severinsson, E., Lutzén, K., & Clyne, N. (2001). The haemodialysis machine as a lifeline: experiences of suffering from end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 196-202.

Hägglund, B., & Kardell, A. (1992). *Dialysapparaten – principer* i Danielson, B.G. (red.) *Njursvikt. Aktuella behandlingsmetoder*. Uppsala: MedicinGruppen AB.

Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lethikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L., & Salmela, M. (2003). Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 239-245.

Jöberger, B. (1991). *Leva med dialys. Livskvalitet för patienter i kronisk njurdialys*. Stockholm: Enskede Offset AB.

Karlsson, A., & Klang, B. (2001). Att leva med HIV – HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning. *Vård i Norden*, 2/2001, 42-46.

Klang, B., Björvell, H., & Clyne, N. (1999). Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 869-876.

Liljeblad, M., & Nykvist, M. (2001). *Boken om Mona*. Stockholm: Riksförbundet för Njursjuka.

Lindberg, M. (2003). Coping och anpassning till hemodialysbehandling. *Dialäsen*, 3, 37-39.

Malmsten, K. (2001). *Etik i basal omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, C. (1999). *En guide för dig som skall leva med bloddialys*. Stockholm: Baxter Medical AB.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Pang, S-K., Ip, W-Y., & Chang, A.M. (2001). Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 691-698.

Pettersson, G. (2002). *Mummel vid sänggaveln*. Malmö: Grafix Konsult AB.

Polaschek, N. (2003). Living on dialysis: concern of clients in a renal setting. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 44-52.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott, cop.

Rustöen, T. (1993). *Livskvalitet. En utmaning för sjuksköterskan*. Arlöv: Almqvist & Wiksell.

Sellgren, H. (1992). *Njursjukas psykosociala situation* i Danielson, B.G. (red.) *Njursvikt. Aktuella behandlingsmetoder*. Uppsala: MedicinGruppen AB.

SFS. 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Simonsen, T., & Aarbakke, J. (2001). *Illustrerad farmakologi, del 1*. Falköping: Natur och kultur.

SOSFS. 1993:17. *Socialsturelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stamnes, J.H. (2000). Social support, social network and health. *Vård i Norden*, 58(20), 23-27.

Suet-Ching, W.L. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 218-227.

Thygesen, E. (2001). Pasientopplevelser og kronisk sykdom. *Vård i Norden*, 1/2001, 25-29.

Weil, C.M. (2000). Exploring Hope in Patients End Stage Renal Disease on Chronic Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 27(2), 219-224.

Westling, H. (2000). *Konstgjord njure. En bok om Nils Alwall*. Stockholm: Atlantis AB.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521 - 26 40 00 Fax 0521 – 26 40 99
www.htu.se