



# Livskvalitet hos dialysepasienter

*"I showed my son, who is in primary school, the list of the recommended dietary and fluid restrictions from the hospital. Guess what? He said, "Papa you got nothing to eat." Life is totally meaningless if you aren't allowed to consume everything" (Hong, Wang, Chan, Mohamed & Chen, 2017, s. 3668).*

Kandidatnummer: 567  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9831  
Dato: 23.04.19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 15.04.19
Tittel Livskvalitet hos dialysepasienter	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av undervisning om kost- og drikkerestriksjoner bidra til økt livskvalitet hos pasienter som mottar hemodialyse?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Denne oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens undervisende funksjon som teoretisk perspektiv. Den didaktiske relasjonsmodell blir beskrevet i teoridelene og bli deretter anvendt som mal for drøftingen.</p> <p><u>Metode</u> Litterær oppgave er brukt som metode for denne bacheloroppgaven. Teoretisk, forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap utgjør tilsammen denne oppgaven. Jeg har anvendt litteratur fra pensum, fag- og forskningslitteratur, yrkesetikk, lovverk i min besvarelse. Jeg har også brukt erfaringer fra egen praksis der det har vært relevant.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingen har jeg drøftet problemstillingen ved hjelp av fag- og forskningslitteratur og egne erfaringer. Målet med drøftingen var å besvare hvordan sykepleieren ved hjelp av undervisning om kost- og drikkerestriksjoner kan bidra til å øke livskvaliteten til pasienten som mottar hemodialyse. Jeg har anvendt den didaktiske relasjonsmodellen som mal for drøftingen, og har derfor drøftet hva slags forhold som kan hemme og fremme læringen til pasienten. Jeg har også drøftet hva slags innhold undervisningen må ha, hva som er relevant undervisningsmetode, hva slags mål undervisningen har. Hva slags læreforutsetninger pasienten har også blitt drøftet samt hvordan sykepleieren kan evaluere effekten av undervisningen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Funnene som er gjort i oppgaven viser til at gjennom økt kunnskap omkring kost- og drikkerestriksjoner vil sykepleieren bidra til at pasienten mestrer etterlevelsen av sykdommen sin og hans livssituasjon bedre. Økt mestringskompetanse vil kunne bidra til at livskvaliteten til pasienten også øker. Når sykepleieren skal planlegge undervisningen til pasienten må hun legge opp denne etter hva slags læreforutsetninger pasienten har. Innholdet i undervisningen må også tilpasses den enkelte pasientens behov og mål for undervisningen. En kombinasjon av gruppeundervisning og individuell undervisning til pasienten er optimalt for denne pasientgruppen. På bakgrunn av hva faglitteraturen og forskningen viser kan motiverende intervju være en god undervisningsmetode for denne pasienten.</p>	

(Totalt antall ord:300)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Kontekst .....	2
1.4	Målgruppe.....	2
1.5	Avgrensning .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>4</b>
2.1	Pasienten med kronisk nyresykdom .....	4
2.1.1	Hemodialyse.....	5
2.1.2	Pasienten som mottar hemodialyse.....	5
2.2	Ernæring til pasienten som mottar hemodialyse.....	6
2.3	Livskvalitet.....	8
2.4	Sykepleierens undervisende funksjon .....	8
2.4.1	Mestring .....	8
2.4.2	Empowerment .....	9
2.4.3	Den didaktiske relasjonsmodellen .....	9
2.5	Juridisk ivaretagelse av hemodialysepasienten .....	11
2.6	Sykepleierens yrkesetikk .....	11
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>13</b>
3.1	Presentasjon av metode.....	13
3.2	Artikkelsøk.....	13
3.3	Kildekritikk.....	15
3.4	Etiske vurdering .....	16
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsartikler .....</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting.....</b>	<b>20</b>
5.1	Læreforutsetninger .....	20
5.2	Rammefaktorer.....	24
5.3	Mål .....	25
5.4	Innhold .....	26
5.5	Valg av undervisningsmetode.....	29
5.6	Vurdering .....	31
<b>6</b>	<b>Oppsummering og avslutning.....</b>	<b>33</b>
	Referanser.....	34

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tidsskriftet til den norske legeföreningen opplyser at pasienter som mottar dialysebehandling er en gruppe som har betydelig redusert livskvalitet sammenlignet med den generelle befolkningen (Valeur, 2013). I følge stiftelsen organdonasjon opplyser Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT) at dialysepasienter har økt med 43 prosent i antall i løpet av 10 år, dette er tall som stadig stiger. I Norge er det nå 1400 pasienter som mottar dialysebehandling (Stiftelsen Organdonasjon, 2017). Alle disse pasientene får i utgangspunktet tilbud om transplantasjon. På bakgrunn av at flere av de som er syke er eldre med et krevende sykdomsbilde som fører til at de er avhengige av dialysebehandling er antall pasienter som ikke er transplantert høyere. Dette har ført til at det er større behov for dialysebehandling og dette er en andel som mest sannsynlig vil øke ytterligere de neste årene (Gulbrandsen, 2016).

I arbeid med denne pasientgruppen har jeg i flere situasjoner opplevd nedstemte pasienter som selv forteller at livskvaliteten deres er dårlig som følge av dialysebehandling. Disse pasientene har ofte strenge kost- og væskerestriksjoner som påvirker mye av deres hverdag. De forteller at det er vanskelig å ikke kunne drikke så mye de vil lenger og heller ikke kunne drikke hva de vil. Pasienter har også fortalt meg at de synes det er vanskelig å vite hva de kan spise og hva de ikke kan spise, og opplever dette spesielt vanskelig når de er i selskap eller spiser med andre personer som ikke lider av samme sykdom. 30-40% av pasientene som har en kronisk nyresykdom adresserer at det er problematisk å etterleve kost- og drikkerestriksjoner (Bruserud & Ellingsen, 2016). I denne oppgaven ønsker jeg derfor å undersøke hvordan sykepleieren kan støtte pasienten til å mestre restriksjonene bedre og dermed få bedre livskvalitet ved å gi undervisning om kost- og drikkerestriksjoner. Min interesse for valg av akkurat dette temaet kommer av at jeg har stor tro på, og har også tidligere erfart at undervisning om dette kan føre til at hverdagen til dialysepasientene blir enklere. Ved hjelp av denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg ny kunnskap om dialysepasienter som mottar hemodialyse og deres kost- og drikkerestriksjoner, samt bruke relevant erfaring.

## **1.2 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av undervisning om kost- og drikkerestriksjoner bidra til økt livskvalitet hos pasienter som mottar hemodialyse?*

## **1.3 Kontekst**

Sykepleieren møter pasienten på en dialyseavdeling på et sykehus. Pasientene som er på endestadiet av kronisk nyresvikt kommer som oftest til dialyse 3-4 dager i uka og mottar behandlingen i 4-5 timer per gang (Gulbrandsen, 2016). Sykepleieren møter dermed denne pasienten opptil flere ganger i løpet av en arbeidsuke. Pasienten vil i denne oppgaven bli omtalt som ”han” og sykepleieren vil bli omtalt som ”hun”.

## **1.4 Målgruppe**

Denne pasienten er mellom 40-65 år og er klar og orientert. Pasienten har kost- og drikkerestriksjoner på bakgrunn av høyt kalsium- og fosfatnivå, samt for høyt væskeinntak. Pasienten har behov for undervisning for å kunne redusere fremtredende symptomer som tungpust og ødemer, høye kalsium- og fosfatnivåer samt væskeretensjoner mellom dialysesesjonene. Dårlig etterlevelse av væskerestriksjoner hos pasienter som mottar hemodialyse som fører til væskeretensjon mellom behandlingene kan resultere i økt morbiditet og død (Estridge, Morris, Kolcaba & Winkelmann, 2018).

Å bli kronisk syk kan være svært belastende for et menneske og ens livskvalitet kan bli betydelig redusert som følge av dette (Wahl & Hanestad, 2007). Den kroniske nyresyke pasienten som mottar hemodialyse vil få betydelige begrensninger i hverdagen og kost- og drikkerestriksjoner kan være svært vanskelig for pasientene da dette ofte krever store endringer i ernæringen. Som sykepleier på en dialyseavdeling blir det viktig å undervise pasienten i ernæring for å kunne øke hans empowerment og mestring til å takle restriksjonene bedre (Bruserud & Ellingsen, 2016).

## 1.5 Avgrensning

Sykepleierens undervisende funksjon vil bli brukt som sykepleiefunksjon i denne oppgaven. Jeg er klar over at den pedagogiske funksjonen til sykepleieren inneholder informasjon, veiledning og undervisning, men velger å kun fokusere på undervisning i min oppgave, selv om jeg anser det som relevant å gi informasjon og veiledning til denne pasientgruppen (Tveiten, 2014).

I tråd med pasient- og brukerrettighetsloven §3-3 er sykepleieren også ansvarlig for å kartlegge de pårørendes behov for informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-3). Opplæring og undervisning til pårørende angående kost- og drikkerrestriksjoner er også svært relevant, men oppgaven vil bare ta for seg opplæring av pasientene på grunn av oppgavens omfang (Bruserud & Ellingsen, 2016).

Det er flere faktorer som kan være med på gjøre livskvaliteten til dialysepasientene redusert. Tiden som brukes til dialyse, mye venting på taxi på grunn av samkjøring, tretthet i etterkant av dialysen og redusert frihet på grunn av faste dialysedager som kan gjøre det vanskelig å jobbe og opprettholde fritidsaktiviteter (Bruserud & Ellingsen, 2016). Jeg ser på disse områdene som svært interessante og relevante for redusert livskvalitet hos dialysepasienter, men på grunnlag av oppgavens omfang vil oppgaven kun ta for seg kost- og drikkerrestriksjoner.

## 2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Pasienten med kronisk nyresykdom

Kronisk nyresykdom er forårsaket av at de tre hovedfunksjonene til nyrene reduseres betraktelig eller at de er helt fraværende. Disse tre hovedfunksjonene er regulering av væske- og elektrolyttbalansen, den hormonelle produksjonen og utskillingen av erythropoetin, renin og aktivering av vitamin D, samt utskilling av avfallsstoffer (Gulbrandsen, 2016).

Kronisk nyresykdom har ved hjelp av retningslinjer gitt ut av The National Kidney Foundation i USA blitt delt inn i fem ulike stadier. Disse stadiene kategoriseres etter den glomerulære filtrasjonshastighet, GFR. I stadium 4-5 er nyreskaden så alvorlig at det defineres som kronisk nyresvikt, også kalt uremi (Gøransson & Larsen, 2016). De vanligste årsakene til uremi er hypertensjon, primære glomerulofritter, medfødte sykdommer som for eksempel cystenyrrer og nyresykdom på grunn av diabetes mellitus (Gøransson & Larsen, 2016).

På stadium fem er nyrene så redusert at det kun finnes to behandlingsformer som er aktuelle for pasienten. Det ene er å få en ny nyre, å gjennomgå en nyretransplantasjon. Den andre formen for behandling er nyreerstattende behandling i form av dialyse. Det finnes to typer innenfor denne behandlingsformen: hemodialyse og peritonealdialyse. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på hemodialyse da dette er den dialyseformen som er mest utbredt (Gøransson & Larsen, 2016).

Dialysebehandling forårsaker mange begrensninger i livet til pasient. Viktige endringer foregår ikke bare på det fysiske nivået (funksjonelle begrensninger, kraftløshet, tap av appetitt), men også i pasientens daglige og sosiale liv, og spesielt å ikke kunne leve et liv som alle andre. Tilpasninger og begrensninger blir en stor forpliktelse for pasienten, og de påvirker både pasientens fysiske tilstand og livskvalitet betydelig. For å forstå suksessfaktorene for hemodialysebehandling, må en se bort fra helse eller medisinsk forståelse av hvordan disse behandlingselementene virker og heller ta hensyn til hvordan behandlingen oppleves av pasientene.

En pasient fra en studie gjort i Italia i 2012 forteller blant annet

What made me understand the importance of reducing drinking is personal well-being. If I go to dialysis, and my weight is 4 kg more, I have difficulty breathing, and I don't want to stay like that... I don't have the prospect of a transplant, so I have to stay as well as possible. If I carry a regular weight I can hope to live another 10 years. This is the principal factor: to stay well with oneself, individual well-being (Tovazzi & Mazzoni, 2012, s. 212-213).

### **2.1.1 Hemodialyse**

Under hemodialyse renses pasientens blod utenfor dens egen kropp ved hjelp av en dialysemaskin og et filter som filtrerer ut væske og avfallsstoffer. I en hemodialyse ledes blodet til pasienten i et kretsløp via den kunstige nyrens kapillærer (Hartmann, Jenssen, Julsrud & Strøm, 2014). Det er to viktige prosesser som foregår under dialysen: diffusjon av avfallsstoffer til dialysatet og filtrasjon av væskeoverskuddet som pasienten har i forkant av dialysen. Disse prosessene foregår i dialysekretsløpets knutepunkt, nemlig membranen. Det er her stoffer og vann utveksles mellom blod og dialysat (Buur, 2011).

### **2.1.2 Pasienten som mottar hemodialyse**

Pasienten med kronisk nyresykdom som mottar hemodialyse opplever ofte begrensninger i livet etter oppstart av dialysen. Han er nødt til å reise til dialyseavdelingen 3-4 dager i uken per uke og behandlingen tar 4-5 timer per gang. Under dialysen forekommer det ofte at pasienten må fjerne væskeoverskudd fra kroppen gjennom blodet. Dersom mengde væske som trekkes er stort vil dette kunne føre til en stor belastning på kroppen, som for eksempel tretthet og blodtrykksfall. Redusering av væskeinntak for å kunne hindre store væsketrekk under behandlingen, blodtrykksfall og høye fosfatverdier er viktig for pasienten. Klarer han dette vil både tiden under og mellom dialysebehandlingene bli bedre - noe som kan føre til bedre livskvalitet tross de begrensningene og belastningene behandlingen fører til (Bruserud & Ellingsen, 2016). Store væskeretensjoner mellom dialysetimene vil også kunne føre til ødemer, økt risiko for elektroforstyrrelse og økt fare for komorbiditet og død (Estridge et al., 2018). En av de største utfordringene for mange av pasientene er at de ofte må ha kost- og væskerestriksjoner (Bruserud & Ellingsen, 2016).



## 2.2 Ernæring til pasienten som mottar hemodialyse

Ernæringsbehandlingen til pasienten med kronisk nyresvikt skal hjelpe til å hindre mangler på ernæring, god opprettholdelse av ernæringsstatusen og sørge for at pasienten inntar nok protein, energi, vitaminer og mineraler. Elektroforstyrrelser og ødemer kontrolleres ved at kalium-, natrium- og væskeinntaket justeres. Kontroll av fosfat-, kalsium- og vitamin D-inntaket reguleres for å stoppe eller utsette utvikling av renal osteodystofi. Det er også essensielt at kosten tilpasses til pasienten sitt liv så godt som mulig (Sjøen & Thoresen, 2016).

I oppstartsfasen av dialysebehandlingen vil pasientens ernæringsbehov endres.

Dialysesesjonen fører til at pasienten mister glukose, vannløselige vitaminer og aminosyrer - noe som videre kan føre til en dårlig ernæringsstatus (Bruserud & Ellingsen, 2016). Kosten til pasienten som mottar dialysebehandling bør også inneholde mye proteiner. Før oppstart av dialysebehandling vil et proteininntak på mellom 0,6 og 0,8 g per kilo kroppsvekt være ideelt. Dette proteininntaket er lavere enn hva som er vanlig i normal norsk kost (Sjøen & Thoresen, 2016). For at proteininntaket til dialysepasienten skal bli optimal må inntaket økes til mellom 1,1 og 1,2 g per kilo (Marckmann, 2011).

Kalium- og fosfatregulert kost er aktuelt dersom nivået av disse stoffene øker i pasientens blod. Dersom pasienten får hyperkalemi, et kaliumnivå over 5 mmol/l i blodet, må kaliummengden i kosten reduseres. Dersom verdiene er høyere enn 7 mmol/l kan pasientens liv være i fare. Hyperkalemi er en tilstand som kan føre til rytmeforstyrrelser i hjertet og eventuelt hjertestans. Det er også andre forhold som kan føre til økt kaliumnivå i blodet hos pasienten enn kalium alene. Underernæring, forstoppelse, metabolsk acidose og diabetes mellitus er faktorer som kan føre til at nivået av kalium øker. Det er viktig at det tas hensyn til disse faktorene i første omgang slik at pasienten ikke får en begrenset kost før det er nødvendig (Sjøen & Thoresen, 2016). For å behandle hyperkalemi reduseres kaliuminntaket og det gis eventuelt legemiddelet polystyrenulfonat som er resonium-calsium (Gulbrandsen, 2016).

Det er vanlig at innholdet av fosfat i blodet stiger hos nyresviktpasienten. Dersom innholdet av dette stoffet øker vil også hormonet PTH øke, noe som kan føre til renal osteodystrofi, som er avkalkning av skjelettet. Økning av både kalium og fosfat i blodet kan føre til utfelling av krystaller og etter hvert forårsake avleiringer i bløtorganer. På bakgrunn av at dialysepasienter anbefales å øke sitt proteininntak er det vanskelig å redusere inntak av fosfat (Marckmann,

2011). For å kunne senke absorpsjonen av fosfat i tarmen får pasienten et legemiddel som er fosfatbindende. Dersom ikke nivået av fosfat i blodet reduseres på denne måten er det aktuelt å regulere inntaket av utvalgte matvarer (Sjøen & Thoresen, 2016).

Når pasienten har blitt avhengig av dialyse er urinproduksjonen ofte redusert slik at pasienten må redusere inntaket av væske for å ikke bli overhydrert. All væske som pasienten får i seg gjennom mat og drikke vil føre til opphoping av væske i kroppen fordi nyrene ikke er i stand til å skille ut avfallsstoffene og væske ut av kroppen til pasienten. I dialysen kan denne væsken fjernes ved å innstille maskinen på hvor mye væske som trekkes ut av kroppen (Bruserud & Ellingsen, 2016).

Væskeinntaket som anbefales til pasienten er lik diuresemengden + 500-800 ml per døgn. Væskeinntaket skal være høyere enn diuresen på grunnlag av at kroppen mister væske gjennom åndedrett og hud. Væskebalansen til pasienten overvåkes ved hjelp av vektkontroll og måling av drikke og diurese. Pasienten må få opplæring i dette for å kunne følge opp behandlingen hjemme og etterleve restriksjonene som er satt. Flere matvarer inneholder også en god del væske. Eksempler på disse er: yoghurt, sauser, frukt, rå grønnsaker, iskrem og supper. Et aktuelt tiltak for å forebygge overhydrering og ødemer, og dermed opphoping av væske i kroppen, er væskerestriksjoner. Saltinntaket til pasienten må også reduseres fordi det binder væske samtidig som tørsten til pasientene øker (Bruserud & Ellingsen, 2016). Graden av saltreduksjon må vurderes individuelt for hver pasient med tanke på ernæringsstatusen. Interdialytisk vekt defineres som resultatet av salt- og væskeinntak mellom to dialysesesjoner (referert i Estridge et al., 2018). Før oppstart av dialysetimen veies pasienten for å kunne fastslå den interdialytiske vekten. Det er denne vekten som bestemmer om pasienten må trekke væske fra kroppen og eventuelt hvor mye som må trekkes. Dersom pasienten har inntatt mye salt og væske siden forrige dialysetime vil væsketrekket være stort (Bruserud & Ellingsen, 2016; Estridge et al., 2018)

## **2.3 Livskvalitet**

Wahl & Hanestad slår fast at livskvalitet kan relateres til tre perspektiver når fokuset er livskvalitet hos pasienter med kronisk sykdom. Globalt fokusert livskvalitet som defineres slik ”En persons tilfredshet eller misnøye med områder som er viktige for han eller henne” (Ferrans, 1990, referert i Wahl & Hanestad, 2007). Helsefokusert livskvalitet ”ikke bare fravær av sykdom, men også en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende” (WHO, 1947, referert i Wahl & Hanestad, 2007). Symptom- og sykdomsfokusert livskvalitet som kan knyttes opp mot symptomer, spesifikke plager og problemer som relateres til det å leve med kronisk sykdom (Wahl & Hanestad, 2007).

Tveiten (2016) omtaler livskvalitet på denne måten ”livskvalitet dreier seg om hva som gjør livet godt å leve for den enkelte, og handler dermed om subjektive vurderinger og erfaringer i eget liv” (Tveiten, 2016, s. 17). Helse og livskvalitet kan ses i sammenheng på bakgrunn av hvordan de ulike begrepene defineres. Som en ressurs kan helse være en forutsetning for livskvalitet og motsatt. Når det gjelder undervisning av pasienter er dette interessant fordi pasientens subjektive opplevelse er viktig, dermed blir brukermedvirkningen betydningsfull i tillegg til å se brukeren som en ekspert på seg selv (Tveiten, 2016).

## **2.4 Sykepleierens undervisende funksjon**

Undervisning er en viktig del av sykepleien til pasienten med kronisk nyresykdom fordi informasjonsbehovet omkring sykdommen er stort. Gjennom sykepleierens pedagogiske funksjon har sykepleieren et ansvar for å undervise og veilede pasienter i tillegg til å informere. Denne funksjonen skal blant annet bidra til å hjelpe pasienten til å få en forståelse for sin egen sykdom og dens behandling, i tillegg til at trygghet og mestring skal fremmes (Nordtvedt & Grønseth, 2016). I denne oppgaven velger jeg å bruke den undervisende funksjonen. Sykepleieren kan bidra til mestring, utvikling og læring hos pasientene ved hjelp av undervisning (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012).

### **2.4.1 Mestring**

Dersom hensikten til den undervisende funksjonen er å hjelpe pasienten i å lære, utvikle seg og øke sin egen livskvalitet er det essensielt å fokusere på mestring som en del av denne funksjonen. Når pasienten tilegner seg ny kunnskap og forstår hvordan hans egen helse kan

ivaretas på best mulig måte, kan evnen til å ivareta sin egenomsorg bli bedre. Lazarus og Folkman definerer mestring som ”det å kunne vurdere den situasjonen man er i, kognitivt og så vurdere hvilke muligheter den gir” (referert i Tveiten, 2014, s.34). For å kunne sørge for at pasienten kan oppleve mestring og med dette kunne øke sin egen livskvalitet er det viktig at sykepleieren legger til rette for reell mestring. En reell mestring innebærer at pasienten er i stand til å mestre sitt eget liv og helsen sin ved hjelp av troen og bruken av hans egne ressurser (Tveiten 2014).

### **2.4.2 Empowerment**

Empowerment er et begrep som kan knyttes tett opp til mestring. I følge verdens helseorganisasjons definisjon av empowerment er det en prosess hvor mennesker kan få mer kontroll over sine egne beslutninger og handlinger som berører helse. Medvirkning, maktfordeling og pasienten som ekspert på seg selv er tre komponenter som er viktige i empowerment-tenkningen (Tveiten 2014).

### **2.4.3 Den didaktiske relasjonsmodellen**

I den didaktiske relasjonsmodellen beskrives rammefaktorer, mål, metoder, vurderinger, læreforutsetninger og innhold i tillegg til relasjonen mellom de ulike elementene. Denne modellen brukes for planlegging, gjennomføring, vurdering og evaluering av en læresituasjon (Tveiten, 2016). Det som er av størst betydning for kvaliteten på undervisningen, og sykepleie generelt, er måten sykepleieren trer på og hvordan relasjonen mellom sykepleier og pasient er. I planleggingsprosessen og gjennomføring av undervisningen må pasienten som skal lære, selv få ha en medvirkende rolle og få være ekspert på seg selv (Tveiten, 2014).

### **Læreforutsetninger**

Læreforutsetninger for undervisningen bygger ikke bare på hvor mye kunnskap pasienten innehar, men også ferdigheter, følelser og holdninger. Holdningene til undervisningen kan for eksempel virke negativt inn på undervisningen dersom pasienten selv mener at han har nok kunnskap, at han har mulighet til å tilegne seg kunnskapen på en annen måte, eller at han ikke har tro på at kunnskapen har innvirkning på sin sykdom. Pasientens psykiske helse skal også tas med i vurderingen av læreforutsetningene. I bunn og grunn bygger mye av læreforutsetningene på pasientens egen motivasjon til å lære fra undervisningen (Tveiten 2014). Pasienten som mottar hemodialyse må ha en indre motivasjon som fører til at han vil

gjøre endringer i sin livsstil. Viljen til å forandre seg og en sterk mental kontroll er sentral i undervisningen. Undervisningen er meningsløs dersom personen ikke viser evne til å kunne endre seg (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

### **Rammefaktorer**

Rammefaktorer forbindes med de fysiske forholdene, rom og tid. Disse faktorene kan fremme eller hemme læringsutbytte av undervisningen. I planleggingsprosessen av undervisningen må rammefaktorene tas i betraktning slik at undervisningen ikke blir forstyrret av uforutsette avbrytelser (Tveiten, 2014).

### **Mål**

Målet for undervisningen, også kalt hensikt, er å gi pasienten kunnskap slik at han kan styrke mestringskompetansen angående sin sykdom. Å endre holdninger til egen sykdom, mestre ferdigheter og ulike prosedyrer forbundet med sykdommen og å øke forståelse for sykdommen er eksempler på ulike mål for en undervisning (Tveiten, 2016). For dialysepasienten vil mestring av kost- og drikkerestriksjonene og bedre livskvalitet være de overordnede målene.

### **Innhold**

Hensikten med undervisningen til pasienten er det som bygger rammer for hva innholdet skal være. Hensikten med undervisningen om kost- og drikkerestriksjoner til dialysepasienten er å motivere han til å følge den spesifikke dietten. Dermed kan innholdet i undervisningen bestå av formidling av hva slags betydning restriksjonene har og hvordan de skal følges. Dette innholdet i undervisningen oppleves meningsfylt for pasienten og vil dermed kunne motivere han (Tveiten, 2014).

### **Metode**

Hva slags metoder som skal brukes i undervisningen formes ut i fra hvilke læreforutsetninger pasienten har, hva hensikten med undervisningen er og hva innholdet består av. Eksempler på ulike metoder er forelesning, samtale, tegninger, video, motiverende intervju og bilder (Tveiten, 2014).

## **Vurdering**

Undervisningen til pasienten må evalueres i etterkant på bakgrunn av at den undervisningen som gis til pasienten har stor betydning for hans mestringskompetanse. Dette vil også kunne være svært viktig fordi innholdet i undervisningen har stor helsemessig betydning for pasienten (Tveiten, 2014). Etter undervisningen er det essensielt for sykepleieren å evaluere om pasienten har lært, forstått og hva han har oppdaget for å kunne gjøre den videre oppfølgingen best mulig. Samtale i etterkant av undervisningen kan gi sykepleieren et inntrykk av hvor god utbytte pasienten har fått (Tveiten 2016).

## **2.5 Juridisk ivaretagelse av hemodialysepasienten**

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1) har pasienten rett til å medvirke i hva slags behandling han skal ha, og det tjenestetilbudet som gis skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med pasienten.

Det fremkommer også at pasienten har rett på den informasjonen som kreves for å få innsikt i sin egen helsesituasjon og innholdet i den helsehjelpen som skal gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

I følge helsepersonelloven §10 skal all helsepersonell, herunder sykepleiere, gi informasjon til pasienter. Denne loven vil være svært relevant i min oppgave da pasientene oppgaven handler om, har stort behov for å motta informasjon fra sykepleieren angående deres sykdom og hva slags restriksjoner den gir (Helsepersonelloven, 1999, §10).

## **2.6 Sykepleierens yrkesetikk**

Verdiene som bygger grunnlaget for god etisk sykepleiepraksis er barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Ett av formålene til disse retningslinjene er å sikre at all sykepleie som utøves har høy etisk standard (Brinchmann, 2017). Yrkesetikken til sykepleiere har mange og svært viktige retningslinjer, i lys av problemstilling har jeg valgt ut følgende:

- ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7).
- ”Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8).
- ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg” ” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8).
- ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått ” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8).

Jeg anser disse retningslinjene som særskilt relevante for min problemstilling og i forhold til pasienten. Pasienten lider av en kronisk sykdom og det er derfor essensielt at sykepleieren bidrar til at pasienten kan oppnå håp, mestring og livsmot. Denne pasienten har også et behov for helhetlig omsorg med tanke på at det å være dialysepasient påvirker hele livet til pasienten. Pasienten er som tidligere nevnt i kapittel 1.4, klar og orientert og på bakgrunn av dette er det viktig at sykepleieren gir god nok informasjon slik at han har mulighet til å foreta selvstendige valg vedrørende sin sykdom.

## **3 Metode**

### **3.1 Presentasjon av metode**

I følge sosiologen Vilhelm Aubert defineres metode slik: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (referert i Dalland, 2017, s. 51).

Når vi skal undersøke litteratur er det metoden vi anvender som verktøy. Det er ved hjelp av metoden vi samler inn informasjon og data som trengs for å gjennomføre studiet vårt. Denne bacheloroppgaven er et litteraturstudie. I boken ”Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter” defineres en litteraturstudie slik: ”En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele” (Thidemann, 2017, s. 79-80). Hensikten med en litteraturstudie er å formidle kunnskap som er oppdatert og øke forståelsen om temaet som problemstilling tar høyde for, hos leseren. Hvordan en har kommet frem til den tilegnede kunnskapen skal også fremstå tydelig. (Thidemann, 2017).

I denne bacheloroppgaven har jeg brukt forskningsartikler som er både kvantitative og kvalitative. Kvantitative metoder går i bredden og innhenter tall som gjør den aktuelle dataen målbar. Hensikten med slike metoder er å få frem det som er det representative i studien. Kvalitative metoder går i dybden og hensikten er å innhente opplevelse av et fenomen som ikke lar seg måle ved hjelp av tall (Dalland, 2017).

Videre i dette kapittelet beskrives søkeprosessen, kildekritikk og etiske vurderinger. Under punkt 4 – presentasjon av forskningsartikler finnes artikkelmatrisen og mer informasjon om de ulike forskningsartiklene.

### **3.2 Artikkelsøk**

I mine søk etter relevante forskningsartikler valgte jeg Cinahl som database. Dette er en database jeg er godt kjent med og som jeg synes fungerer meget bra. Alt av artikler og forskning som finnes på denne databasen er sykepleierrelatert, slik at det er enkelt å finne forskningsartikler som har et tydelig sykepleiefaglig perspektiv. Da jeg valgte ut mine artikler



leste jeg først artiklens tittel for å få en oversikt over hva de inneholdt. Videre leste jeg abstraktene til de artiklene jeg fant interessante og relevante for valgt problemstilling. Jeg ønsket å finne fire artikler som på hver sin måte kunne hjelpe meg i å besvare problemstillingen. På bakgrunn av dette valgte jeg å bruke ulike søkeord, samt ulike søkekombinasjoner. Noen av artiklene fant jeg på flere av søkekombinasjonene. Jeg synes det var essensielt å ha med en artikkel som handlet om undervisning fordi det er oppgaven i all hovedsak handler om. Samtidig valgte jeg ut to artikler som viser pasientens erfaringer med hemodialyse fordi jeg ønsket å få innsyn i deres erfaringer med tanke på at problemstillingen også handler om livskvalitet. Det er da viktig å få med hvordan pasientene opplever restriksjonene de har. Jeg fant også en siste artikkel som sammenlignet velvære og væskeretensjoner. Dette er interessant for oppgaven fordi det er viktig å se om det faktisk er noen sammenheng mellom å ha god etterlevelse av restriksjonene og velvære.

#### Søkehistorikk:

Database:	Søkeord:	Kombinasjoner og eventuelle avgrensninger:	Antall treff:	Artikkel:	Dato:
Cinahl	S1: Hemodialysis S2: Fluid intake S3: Renal diet S4: Patient compliance S5: Education S6: Patient education	S1 AND (S2 OR S3) AND S4 AND (S5 OR S6)  Peer-reviewed, 2009-2019, engelsk	12	”Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis”	11.12.19
Cinahl	S1: Hemodialysis S2: Fluid intake S3: Renal diet S4: Patient attitudes	S1 AND (S2 OR S3) AND  Peer-reviewed, 2009-2019, engelsk	6	”Personal Paths of Fluid Restriction In Patients on Hemodialysis”	11.12.18
Cinahl	S1: Dialysis patients	S1 AND (S2 OR S3) AND S4	5	” Dietary and fluid restriction perceptions of	15.12.18

	S2: Fluid intake S3: Renal diet S4: Patient Attitudes	Peer-reviewed, 2009-2019, engelsk		patients undergoing haemodialysis: an exploratory study”	
Cinahl	S1: Kidney failure, Chronic S2: Fluid intake S3: Renal diet S4: Quality of life	S1 AND (S2 OR S3) AND S4  Peer-reviewed, 2009-2019, engelsk	7	”Comfort and Fluid Retention in Adult Patients Receiving Hemodialysis”	13.02.19

### 3.3 Kildekritikk

I min bacheloroppgave har Sidsel Tveiten sin bok ”Helsepedagogikk” (2016) vært svært relevant. Tveiten er utdannet sykepleier og har gjennom årene skrevet flere bøker om undervisning og veiledning i sykepleien, som blant annet ”Pedagogikk i sykepleiepraksis”. Denne boken er også hyppig brukt i min oppgave. Boken ”Helsepedagogikk” (2016) er skrevet for helsefagstudenter og andre helsefagutøvere hvor undervisning er en sentral funksjon. Jeg ser på denne boken som svært relevant for utøvelse av undervisning i sykepleien og anser den derfor som viktig i denne oppgaven.

”Å leve med kronisk sykdom” har vært en svært relevant kilde i min oppgave. Denne boken belyser hvor bredt begrepet livskvalitet er, og har også gode og relevante teorier om livskvalitet for pasienter med kronisk sykdom. Jeg har vært bevisst i bruken av denne boken da den kan være noe utdatert. Boken er skrevet i 2007, men innehar viktige teorier fra 1947 og 1990 som jeg ser på som svært relevante per dags dato og spesielt i forhold til problemstillingen i denne oppgaven.

Under min søkeprosess etter artikler fikk jeg mange treff og jeg måtte velge ut de artiklene som var mest aktuelle. Samtlige av de utvalgte artiklene er skrevet på engelsk og på bakgrunn av dette gis det rom for feiltolkning i oversettelsen av disse artiklene. Studiene er gjennomført i andre land og i andre verdensdeler enn Norge, noe som har ført til at jeg har vurdert deres relevans til min oppgave. Forskningen jeg har tatt med har jeg valgt ut på bakgrunn av relevans og overførbarhet til min problemstilling. Flere av artiklene tar for seg et lite utvalg av

pasienter. Jeg har på lik linje som artiklene stilt meg kritisk til dette da resultatene ikke viser et stort mangfold av pasientgruppen.

### **3.4 Etiske vurdering**

I denne oppgaven har jeg vært bevisst og tro til etiske vurderinger i henhold til retningslinjene for oppgaveskriving. I bruken av egne erfaringer fra arbeid med denne pasientgruppen har jeg anonymisert pasienter, ansatte og institusjonene for å ivareta taushetsplikten.

## 4 Presentasjon av forskningsartikler

Nr.	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Hong LI, Wang W, Chan EY, Mohamed F and Chen HC  (2017)	”Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study”	Journal of Clinical Nursing	Å utforske pasientperspektiver til de som gjennomgår hemodialyse med tanke på mat- og væskerestiksjoner	Kvalitativ metode: Dataen ble samlet ved hjelp av dybdeintervjuer av 14 pasienter som mottar hemodialysebehandling på et sykehus i Singapore.	Det var fire temaer som var gjennomgående i intervjuene: pessimisme, eksisterende vanskeligheter, forventet kvalitet på støtte og selvdisiplin. Den pålagte kost- og drikkerestriksjoner en konstant kamp og er en årsak til lidelse blant hemodialysepasienter i Singapore. Pasientene følger som regel drikkerestriksjonene, men forsømmer generelt kostrestriksjonene.
2	Baraz S, Parvardeh S, Mohammadi E, Broumand B  (2010)	”Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis”	Journal of advanced nursing	Utforske effekten av undervisning om kost- og drikkerestriksjoner hos pasienter som mottar hemodialyse.	Kvantitativ metode: 63 pasienter i tre forskjellige sykehus i Tehran, Iran, ble delt inn i to grupper. En gruppe mottok gruppeundervisning og den andre gruppen mottok videoundervisning individuelt.	Overholdelse med hensyn til biokjemiske parametere og vektøkning i forkant dialysen ble observert hos 63% og 76% av pasientene i henholdsvis muntlig gruppe- og videoundervisning. Statistisk signifikante korrelasjoner ble observert mellom demografiske variabler (alder, utdanningsnivå og yrke) og diett og væskekompetanse. Det var ingen forskjell mellom effektiviteten av to utdanningsintervensjoner.

3	Tovazzi ME, Mazzoni V  (2012)	”Personal Paths of Fluid Restriction In Patients on Hemodialysis”	Nephrology Nursing Journal	Målet med denne studien var å undersøke perspektiver hos pasienter som får hemodialyse og om deres erfaring med væskebegrensning.	Kvalitativ metode: Kvalitative intervjuer ble gjennomført for å forstå pasientens livserfaring, og fra en fenomenologisk analyse oppsto flere kategorier som beskriver pasientens forståelse. Det var tolv pasienter som deltok i studien.	Tre temaer fra pasientenes erfaringer beskrives og diskuteres på grunn av deres relevans for helsepersonell. Disse inkluderer a) væskebegrensning introduserer oppfatningen av individer til å se seg som rusmisbrukere som håndterer en konstant indre konflikt, b) vanskeligheten med å finne de rette grensene mellom sunn fornuft og vitenskapelig kunnskap om væskebegrensning, og c) rollen av personlige motivasjoner og villighet til å søke etterlevelse. Å anerkjenne kraften av personlig mening for personer med nyresykdom, vil støtte helsepersonell for å hjelpe pasienter i å forfølge regimet av væskebegrensning.
4	Estridge KM, Morris DL, Kolcaba K, Winkelman C  (2018)	”Comfort and Fluid Retention in Adult Patients Receiving Remodialysis”	Nephrology Nursing Journal	Målet med studien var å bestemme et potensielt forhold mellom komfort og væskeretensjon hos voksne som mottok hemodialyse.	Kvantitativ metode: En observasjonell studie der de brukte tverrsnittdata som design. Deltakerne besvarte et spørreskjema de fikk utdelt. Det var 51 deltakere med i studien.	Resultatene viste ingen signifikant sammenheng mellom variabler av komfort og overholdelse av væskebegrensninger. Imidlertid har dette funnet potensial til å støtte klinisk praksis for å minimere vektøkning for å opprettholde komfort. Bevissthet om komfort som en del for overholdelse av

						foreskrevne behandlingsregimer kan hjelpe sykepleier å undervise pasientene til å forbedre etterlevelse.
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte den aktuelle problemstillingen; *Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av undervisning om kost- og drikkerestriksjoner bidra til økt livskvalitet hos pasienter som mottar hemodialyse?* Den didaktiske relasjonsmodellen vil bli brukt som mal for drøftingen.

Undervisning om kosthold er en viktig sykepleieroppgave til denne pasientgruppen og bør derfor være en del av behandlingen. Adherence er et begrep som ofte blir brukt i den internasjonale litteraturen. Dette begrepet kan oversettes til etterlevelse på norsk. Det å være non-adherence som kronisk nyresyk vil si at pasienten mangler etterlevelse av for eksempel kost- og væskerestriksjoner. Manglende kunnskap og tap av autonomi er de to viktigste årsakene til at pasientene ikke etterlever restriksjonene. Gjennom en god relasjon med pasienten kan sykepleieren gi pasienten mer kunnskap og opplevelse av trygghet slik at han kan oppleve en større grad av mestring. Sykepleieren kan også kartlegge pasientens behov for opplæring og hvilket undervisningsnivå han er på gjennom denne relasjonen. Alderen til pasienten, samt kognitive evne, sykdomsvarighet, tid og sted er faktorer som må tas i betraktning når undervisningen til pasienten som mottar hemodialyse skal planlegges (Bruserud & Ellingsen, 2016).

### 5.1 Læreforutsetninger

I følge Gulbrandsen er det å ha en egen diett i form av kost- og drikkerestriksjoner en faktor som kan føre til at pasienten kan ta avstand fra et sosialt liv med venner på bakgrunn av at det å spise og drikke er essensielt i forhold til personens livskvalitet (Gulbrandsen, 2016).

Forskning bekrefter at pasienter synes det er vanskelig å spise ute med venner på grunn av restriksjonene de har og at de derfor blir hjemme i motsetning til å være sosial med venner (Hong, Wang, Chan, Mohamed & Chen, 2017). Tovazzi & Mazzoni (2012) sin studie viser også at pasienter mener restriksjonene påvirker deres sosiale liv ved å hindre de i å for eksempel å gå ut med venner for å spise eller drikke (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Pasientens livskvalitet omfatter fysiske, psykiske og sosiale aspekter av livet. Pasienten som lever med en kronisk nyresykdom kan oppleve redusert livskvalitet med bakgrunn i for eksempel helse, arbeid, fysisk funksjon, energi, emosjonell funksjon, smerter, tretthet, fritid

og behandling. Å oppleve god livskvalitet er svært subjektivt og det er derfor viktig at sykepleieren klarer å møte pasienten der han er (Wahl & Hanestad, 2007).

God etterlevelse kan kreve store livsstilsendringer på grunn av de mange restriksjonene som pålegges av behandlingsregimet, ikke bare fysisk, men også sosialt. Dette kan påvirke livskvaliteten til pasienten (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Nylig forskning fra USA viser at det ikke er noen signifikant sammenheng mellom velvære og væskeretensjoner. Forskningen ble gjort på grunnlag av at forskerne mente det ville være en stor sammenheng mellom væskeretensjon og det å føler velvære mellom og under dialysesesjonene. Væskeretensjon forekommer dersom pasienten ikke viser god nok etterlevelse av væskerestriksjonene. Store væskeretensjoner mellom behandlingene kan føre til økt komorbiditet og i verste fall død (Estridge et al., 2018). Annen forskning viser derimot at pasientene opplever større velvære mellom dialysesesjonene når de ikke har mye væskeretensjon. Pasientene i disse studiene trekker frem viktigheten av å følge væskerestriksjonene ved å redusere inntaket av væske for å kunne unngå komplikasjoner som for eksempel pustevansker (Hong et al., 2017; Tovazzi & Mazzoni, 2012). På bakgrunn av dette er det stor grunn til å tro at store væskeretensjoner vil kunne føre til dårligere velvære for pasienten og med det dårligere livskvalitet. Wahl & Hanestad (2007) fremhever viktigheten av at det å oppleve god livskvalitet som kronisk syk er svært subjektivt. Dette er viktig å ta i betraktning når pasientens læreforutsetninger skal vurderes. Selv om forskningen som er gjort i USA er svært oppdatert er det viktig å ikke neglisjere at velvære og livskvalitet oppleves svært subjektiv. I tillegg kommer det frem at deltakerne i studien ikke hadde store væskeretensjoner mellom dialysesesjonene. Det er derfor grunn til å tro at pasienter med større væskeretensjoner kan føle dårligere velvære og med det dårligere livskvalitet (Estridge et al., 2018).

Søren Kierkegaard var en dansk filosof på 1800-tallet (Kristoffersen, 2011). Han er kjent for sin uttalelse om hjelpekunst:

At man, når det i sandhet skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheden i al hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, han er selv i en inbildning, når han mener at kunne hjelpe en anden. For i sandhæd at kunne hjelpe en anden må jeg forstå mere, end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Hvis



jeg ikke gjør det, så hjelper min mæreforståelse ham slet ikke (Kristoffersen, 2011, s. 364).

Kristoffersen (2011) mener at Søren Kierkegaard setter ord på viktigheten av at sykepleieren klarer å ta utgangspunkt i pasientens behov og ståsted og har det som utgangspunkt for undervisningen (Kristoffersen, 2011). Etter min erfaring anser jeg det å se pasienten der han er som svært essensielt med tanke på undervisning angående kost- og drikkerestriksjoner. Alle pasientene er forskjellige og har ulike behov for ulike restriksjoner. Pasientene håndterer også sykdommen på ulike måter noe som krever at sykepleieren må møte pasienten i den tilstanden og situasjonen han er i. Forskning konkluderer også med at sykepleieren må etablere et empatisk forhold med pasient før hun gir undervisningen (Baraz et al., 2010). Annen forskning viser at sykepleiere spiller en viktig rolle i å undervise pasienten i kost- og drikkerestriksjoner. På den ene siden forteller pasienter at sykepleiere er viktige støttespillere i å informere om kost- og drikkerestriksjoner (Hong et al, 2017). På den andre siden forteller pasienter fra en annen studie at informasjonen de får fra sykepleierne ikke er individualisert nok til den enkelte pasienten. De forteller også de ofte får beskjed om hva som er negativt når de har for mye væske istedenfor å få strategier til å løse problemet (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Å forstå hva som gjør at pasienter etterlever væskerestriksjoner, kan være til hjelp for sykepleieren når undervisningen skal planlegges. En hvilken som helst undervisning vil ha dårlig pasientpåvirkning dersom den avviker fra pasientens erfaringer og oppfatninger av sykdommen (Tovazzi & Mazzoni, 2012). Erfaringsmessig har jeg opplevd at det er lettere for sykepleieren å gi undervisning til pasienten dersom pasienten forteller om sine erfaringer og oppfatninger av sykdommen i forkant. Det er da enklere for sykepleieren å vite hva slags behov for undervisning pasienten har og hva han strever med angående hans restriksjoner.

Tveiten (2014) slår fast at forutsetninger for læring ikke bare angår kognitive faktorer eller hva pasienten kan, forstår eller vet. Holdninger og følelser inngår også som en del av læreforutsetningene til pasienten. Holdninger kan for eksempel innebære å ikke ha tro på at den kunnskapen sykepleieren gir er av betydning for pasienten selv (Tveiten, 2014). En av de mest vanligste årsakene til kronisk nyresykdom er diabetes mellitus type 2 (Gøransson & Larsen, 2016). Dette er også en kronisk sykdom som ofte er stigmatisert ved at en tror at disse pasientene ofte vil oppleve senkomplikasjoner som for eksempel kronisk nyresykdom. På

bakgrunn av dette kan det være grunn til å tro at disse pasienten opplever fordømmelse ved at de har pådratt seg senkomplikasjoner (Gjengedal & Hanestad, 2007). Pasienten kan dermed ha dårlige holdninger til seg selv og det er viktig at sykepleieren hjelper han i finne troen på seg selv. Pasienten kan også tro at kunnskapen han innehar er god nok eller at han kan finne den et annet sted (Tveiten, 2014). I Hong et al. (2017) sin studie kommer det frem at pasientene hadde stor tillit til sykepleieren angående deres kost- og drikkerestriksjoner og at de hørte på hva sykepleieren sa og gjorde deretter. I motsetning til dette fortalte også noen av deltakerne i studien at de ikke følte informasjonen de fikk fra sykepleieren var realistisk og flere var misfornøyde med rådene og anbefalingene som sykepleieren ga (Hong et al., 2017). Annen forskning har også vist at pasienter ofte bruker internett som en informasjonskilde dersom de føler at informasjonen fra sykepleierne ikke er bra nok (Tovazzi & Mazzoni, 2012). I følge Tveiten (2016) har det blitt lettere for pasienter å oppsøke informasjon selv ved hjelp av internett. Det er ikke garantert at informasjonen som er tilgjengelig på internett er i tråd med forskning og oppdatert fagkunnskap. Sykepleieren bør på bakgrunn av dette undersøke om kunnskapen pasienten har innhentet er forskningsbasert for å kunne kartlegge hva slags læreforutsetninger pasienten har. Dette kan ha en effekt på innholdet i undervisningen som sykepleieren skal gi til pasienten (Tveiten, 2016).

Motivasjon kan anses som en viktig forutsetning for å lære. Tveiten (2014) skriver at dersom pasienten anser sin situasjon som meningsløs eller håpløs, kan han ha liten motivasjon for å tilegne seg ny kunnskap. For at utbyttet av undervisningen skal bli optimal er det essensielt at pasienten ønsker å tilegne seg ny kunnskap vedrørende sin sykdom og livssituasjon. Dersom pasienten ikke anerkjenner sitt behov for undervisning i kost- og drikkerestriksjoner må sykepleieren i forkant av undervisningen hjelpe pasienten i å oppdaget behovet. Sykepleieren kan eksempelvis forklare konsekvensene av å ikke følge restriksjonene til behandlingen (Tveiten, 2014). Dårlig etterlevelse av kost- og drikkerestriksjoner kan føre til blant annet perifere ødemer, hjerterytmeforstyrrelse, renal osteodystrofi, økt komorbiditet og i verste fall død (Bruserud & Ellingsen, 2016; Sjøen & Thorsen, 2016; Estridge et al., 2018). Å forklare disse konsekvensene til pasienten kan være en måte å øke pasientens forståelse for at han har et endringsbehov relatert til sin sykdom. Forskning viser at viljen til å kunne endre seg må være tilstede og undervisningen er meningsløs dersom personen ikke er tilbøyelig for endring. En pasient fra studien gjort i Italia uttrykker seg på denne måten ”*One needs to see if the patients are predisposed mentally to resolve this problem or if they are not interested... it depends how the person is predisposed* ” (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

I henhold til forskning er det en betydelig forskjell når det gjelder alder og etterlevelse av kost- og drikkerestriksjoner. Yngre pasienter viste bedre etterlevelse enn de eldre. Studien viser også at det var forskjell i etterlevelse når det gjelder utdanningsnivå. Pasienter med høyere utdanning hadde bedre etterlevelse enn de med lavere utdanningsnivå. Interdialytisk vekt var assosiert med yrke på lik linje med kost- og drikkerestriksjoner. Det var ikke noen sammenheng mellom kjønn, sivilstatus og hvor lenge pasientene hadde fått hemodialyse (Baraz, Parvarde, Mohammadi & Broumand, 2010). Disse faktorene er viktig for undervisningen til den aktuelle pasienten fordi han er en eldre mann som ikke har høyere utdanning, noe som i følge den nevnte studien kan være faktorer som gjør det vanskeligere å etterleve restriksjoner. Allikevel er dette noe en må stille seg kritisk til fordi at pasientene i studien gjort i Iran ikke kan representere det store mangfoldet av pasienter som er i verden og det kan være forskjell på kunnskap hos pasienter i ulike land.

## **5.2 Rammefaktorer**

Et viktig aspekt i henhold til rammefaktorene rundt undervisningen er tid og sted (Tveiten, 2014). Baraz et al (2010) ga undervisningen som foregikk i gruppe dagen etter dialysesesjonen og videoundervisningen 1-2 timer i etterkant av dialysesesjonen da pasienten var stabil og klar for undervisningen. På den ene siden kan det å gi undervisningen dagen etter dialysetimen være belastende for pasienten fordi dette fører til at han må reise til sykehuset en ekstra dag. For denne pasienten er dette uheldig da han allerede bruker mye tid på å reise til sykehuset ved å ha 3-4 dialysebehandlinger per uke. På den andre siden kan det å gi undervisningen til pasienten rett etter dialysebehandlingen ofte ha dårlig hensikt fordi pasienten kan oppleve tretthet, blodtrykksfall og kramper i etterkant av dialysen. Dette er faktorer som kan gjøre utbytte av undervisningen dårligere enn ønskelig (Bruserud & Ellingsen, 2016).

Når pasienten akkurat har begynt med hemodialyse er det mye nytt som skjer i livet til pasienten og han vil også ha behov for mye informasjon (Bruserud & Ellingsen, 2016). På den ene siden er det relevant å gi undervisningen til pasienten tidlig i oppstartsfasen av dialysebehandlingen. Dette vil kunne føre til at komplikasjoner enklere kan unngås (Bruserud & Ellingsen, 2016). På den andre siden er det i følge forskning ofte vanskelig for pasienten å anse konsekvensene av å ikke etterleve restriksjonene som alvorlig før de opplever

fremtredende symptomer (Baraz et al., 2010). I tillegg kan det være overveldende med mye informasjon tidlig i fasen fordi pasientens læreforutsetning kan være dårlige fordi det er vanskelig for han å motta og bearbeide mye informasjon på en gang. Å bli kronisk nyresyk vil også kunne oppleves overveldende for pasienten i og med at det krever store endringer i livssituasjonen til pasienten (Bruserud & Ellingsen, 2016). På bakgrunn av hva forskning og faglitteratur sier kan det være lurt å ikke gi undervisningen til pasienten i oppstartsfasen av dialysebehandling. I starten kan det kanskje være essensielt med en brosjyre angående kost- og drikkerestriksjoner. Etter hvert vil sykepleieren bli kjent med pasienten og også kunne vite hva slags behov for undervisning pasienten vil. Ved å følge med på serumkonsentrasjonene av for eksempel fosfat, kalium, salt og væskeretensjoner vil sykepleieren vite hva slags restriksjoner som er aktuelle for den enkelte pasienten (Sjøen & Thoresen, 2016; Bruserud & Ellingsen, 2016).

En viktig faktor som er med på å påvirke undervisningen til pasienten er hva slags kunnskaper sykepleieren har (Tveiten, 2014). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremheves viktigheten av at sykepleieren bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis ved å holde seg oppdatert på forskning, dokumentert praksis og utvikling innenfor det fagområdet hun jobber i (Norsk sykepleierforbund, 2011). I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og §3-2 har pasienten rett til å medvirke i sin sykdom samt rett til å motta informasjon han har bruk for angående sin sykdom brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Sykepleieren er også lovpålagt å gi pasienten god nok informasjon angående hans sykdom og livssituasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10).

### **5.3 Mål**

Det overordne målet med denne undervisning er å øke mestringen til pasient slik at han kan ta mer ansvar for sin egen sykdom og livssituasjon. Ved hjelp av undervisning om kost- og drikkerestriksjoner og mestring av disse restriksjonene vil et annet overordnet mål være å minske fremtredende komplikasjoner og øke livskvaliteten til pasienten (Gulbrandsen, 2016). Marckmann (2011) fastslår at tilstrekkelig ernæring kan føre til at hyppigheten av komplikasjoner blir færre, levetiden forlenges og livskvaliteten øker. Tveiten (2014) slår fast at dersom en pasient som lider av en kronisk sykdom får ny kunnskap og nye ferdigheter

vedrørende sin sykdom kan dette være med på å endre hans holdninger til egen sykdom og til dens symptomer. Dette vil kunne gjøre det lettere for den kronisk syke å mestre å leve med sykdommen slik at livskvaliteten kan økes (Tveiten, 2014). Baraz et al (2010) sin studie bruker ulike serumkonsentrasjoner av for eksempel fosfat, kalium og natrium og interdialytisk vekt som målenheter for hvor godt undervisningen fungerte. Tveiten (2014) slår fast at det ofte kan være motiverende for pasienten å ha konkrete mål å strekke seg etter. I praksis har jeg erfart at å bruke blodprøvesvar og interdialytisk vekt kan være bra for å kunne se om pasienten har oppnådd målet om bedre etterlevelse og dersom de er positive kan dette økte mestringsfølelsen og motivasjonen til pasienten.

Dersom gruppeundervisning er den valgte metoden, innebærer målet i denne sammenhengen bevisstgjøring av pasientens egne kunnskaper, erfaringer og opplevelser. Ved å dele sine egne erfaringer relatert til kost- og drikkerestriksjoner og lytte til andre pasienters erfaringer vil bevisstgjøringen økes. Denne metoden kan gi pasienten en positiv opplevelse og dermed føre til at pasienten oppnår egen mestringsfølelse (Tveiten, 2016).

## **5.4 Innhold**

Tveiten (2016) slår fast at innholdet i undervisningen bestemmes på grunnlag av hva hensikten med undervisningen er. Undervisningen til den aktuelle pasienten vil dermed inneholde kunnskap om kost- og drikkerestriksjoner, endestadiet av kronisk nyresvikt, anbefalt og ikke anbefalt mat og drikke, grunnen til hvorfor pasienten bør etterleve restriksjonene og hva slags følger eventuelle mangler på etterlevelse vil føre til. Forskningen viser til at disse temaene er relevante i undervisningen av denne pasientgruppen. I studien gjort av Baraz, Parvardeh, Mohammadi & Broumand i Tehran i Iran inneholdt begge undervisningsmetodene de brukte kunnskap om endestadiet av kronisk nyresvikt og diett- og væskerestriksjoner for hemodialyse, identifikasjon av anbefalt og ikke anbefalt mat, grunnen til etterlevelse og mulige konsekvenser av å ikke følge restriksjonene (Baraz et al., 2010).

I følge Bruserud & Ellingsen (2016) er væskerestriksjoner et av de behandlingstiltaket som pasienten synes er vanskeligst å mestre. Forskning viser at pasienter selv adresserer væskerestriksjoner som vanskeligere å etterleve enn kostrestriksjoner (Tovazzi & Mazonni, 2012). Studien gjort av Hong et al. (2017) konkluderer også med at væskerestriksjoner er mer utfordrende for pasientene. En av deltakerne i studien uttalte blant annet "I am very frustrated

by the water restriction. Dietary restriction is not an issue” (Hong et al., 2017, s. 3668). Det kommer også frem at deltakerne neglisjerer kostrestriksjonene mer enn drikkerestriksjonene fordi de ikke anser disse som like viktige (Hong et al., 2017).

På bakgrunn av hva litteraturen og forskningen tilsier er det grunn til å tro at det bør vies størst oppmerksomhet til væskerestriksjonene fremfor kostrestriksjonene i undervisningen til pasienten som mottar hemodialyse. Allikevel viser også forskningen at mange av pasientene ikke vet at maten også inneholder væske (Tovazzi & Mazzoni, 2012). Det er viktig at sykepleieren er klar over at enkelte matvarer også inneholder større mengder med væske. Som nevnt i kapittel 2.2 er eksempler på matvarer som inneholder mye væske: yoghurt, sauser, frukt, rå grønnsaker, iskem og supper (Bruserud & Ellingsen, 2016). I følge forskning forteller pasientene at å bruke isbiter til fordel for drikke hjelper de å ikke konsumere for mye væske (Hong et al., 2017). Sykepleieren kan tilby pasienten isbiter fremfor drikke for å slukke tørsten (Bruserud & Ellingsen, 2016). Etter min erfaring serverer vi glass med isbiter og saft på dialyseavdelingen for å unngå at pasientene får i seg for mye væske under dialysesesjonen. Pasientene er fornøyde med dette, spesielt på varme dager om sommeren.

Ulike kostrestriksjoner er også gitt for å redusere nivået av kalium og fosfat i blodet. For høyt nivå av kalium i blodet kan gi rytmeforstyrrelser og kan i verste fall forårsake død. Høye fosfatverdier kan på sin side forårsake avkalkning av skjelettet fordi hormonet PTH øker. Avkalkning av skjelettet forårsaker tilstanden renal osteodystrofi. Dette er en tilstand som er smertefull. På lang sikt blir det dermed viktig at nivået av kalium og fosfat er godt regulert ved hjelp av kostrestriksjoner. Eksempler på matvarer som pasienten bør redusere dersom han har en fosfatredusert kost er yoghurt, hvitost, iskem, eggeplomme, melk og coca cola (Sjøen & Thoresen, 2016; Bruserud & Ellingsen, 2016). Matvarer som inneholder mye kalium og som bør unngås dersom pasienten trenger en kaliumredusert kost er for eksempel frukt og grønnsaker, brunost, kaffe, kakao, nøtter og prim. Det er også essensielt at pasienten legger poteter i bløt og koker de i rikelig mengder med vann. Gryter som for eksempel kjøttsuppe, bacalao og lapskaus frarådes (Sjøen & Thoresen, 2016).

Det bør også vies oppmerksomhet til saltinntaket i undervisningen til pasienten. Salt øker tørsten til pasienten og er også med på å binde væsken som pasienten inntar. Sykepleieren kan undervise og motivere pasienten til å redusere saltinntaket med utgangspunkt i at pasienten må være sparsom med salt under tilberedning av mat, unngå ekstra salting av maten etter

tilberedning, unngå matvarer som røkt kjøtt og spekemat, bruke olje eller margarin som er usaltet til steking og begrense inntaket av hel- og halvfabrikata som fisk-, grønnsaks-, og kjøtthermetikk, farse og suppeposer (Bruserud & Ellingsen, 2016).

Forskning bekrefter at sykepleieren bør understreke etterlevelse av natriumrestriksjoner til dialysepasientene som får hemodialyse og forklare de uheldige konsekvensene som for eksempel overflødig vektøkning, hypertensjon og perifere ødemer (Baraz et. al, 2010).

Forskningen viser at pasienten ofte anser kostrestriksjonene som å kun redusere inntaket av sukker, salt og olje. Inntak av fosfat og kalium og restriksjoner assosiert med disse ble sjeldent nevnt i intervjuene. Dette viser at pasientene har dårlig kunnskap om deres egne kostrestriksjoner og hvorfor de er blitt gitt disse. Anbefalinger for å ha et sunt kosthold inkluderer å redusere sukker, salt og olje (Hong et al., 2017). Dog viser litteraturen at pasienten som mottar hemodialyse er utsatt for underernæring på grunnlag av at pasienten mister glukose, vannløselige vitaminer, aminosyrer og proteiner under dialysebehandlingen (Bruserud & Ellingsen, 2016). Det viser seg at 60-90% av pasientene i dialysebehandling har utilstrekkelig protein- og energiinntakelse. Pasienten bør øke inntaket av kjøtt, eggehvite og velge pasta fremfor ris og poteter. Som nevnt i kapittel 2.4 bør pasienten ha et proteininntak på mellom 1,1 og 1,2 g per kilo kroppsvekt for å unngå underernæring (Marckmann, 2011). Marckmann (2011) mener det kan være flere årsaker til dårlig ernæringsstatus hos dialysepasienten. Manglende kunnskap om hensiktsmessig kostvalg og utilstrekkelig kostveiledning og støtte er to eksempler. Alle pasientene har ulike behov for kost- og drikkerestriksjoner og det er viktig at alle aspekter blir tatt hensyn til når innholdet i undervisningen skal planlegges. Det er viktig å gi pasienten kunnskap om de ulike restriksjonene slik at pasienten ikke bare tror at det er reduisering av sukker, salt og olje som er essensielt (Marckmann, 2011).

Forskning viser at mange av pasientene bruker symptomer og væskeoverskuddet ved dialysesesjonene for å indikere om de skal redusere væskeinntaket. Mange av disse pasientene forteller også at de anser dialysesesjonene som nyttige til å fjerne overskuddet av væsken. Deltakerne i forskningen uttrykte også at de syns det var vanskelig å bruke målenheter for å kunne kontrollere væskeinntaket og de mente at det å gå rundt med en flaske var plagsomt (Hong et al., 2017). Pasienten som mottar hemodialyse er helt avhengig av sykepleieren for å kunne mestre de utfordringene som medfølger god ernæring og væskebalanse. Det overskuddet som pasienten har av væske fjernes i løpet av dialysesesjonen. Dersom pasienten

må ha et stort væsketrekk vil dette ofte føre til en stor belastning for kroppen og dette kan gi blant annet blodtrykksfall. På bakgrunn av dette bør pasienten redusere væskeinntaket og saltinntaket for å unngå store væsketrekk, blodtrykksfall og høye fosfatverdier. Dette vil føre til at pasienten får et bedre liv og en bedre livskvalitet både under dialysebehandling og mellom sesjonene (Bruserud & Ellingsen, 2016).

## **5.5 Valg av undervisningsmetode**

Sykepleieren spiller en viktig rolle i å undervise og motivere pasienten med kronisk nyresvikt (Gulbrandsen, 2016). I studien gjort av Baraz et al (2010) har de respektive forskerne undersøkt hvorvidt pedagogisk tilnærming kan føre til bedre etterlevelse av diett og væskerestriksjoner. I denne studien sammenlignet de to ulike undervisningsmetoder, gruppeundervisning og videoundervisning. I gruppeundervisningen brukte de muntlig undervisning basert på didaktikk og deltakelse fra pasientene. Pasientene kunne også stille spørsmål i løpet av undervisningstimen. I slutten av undervisningen fikk alle deltakerne en undervisningsbok de kunne ta med hjem (Baraz et al, 2010). Bruserud & Ellingsen (2016) slår fast at en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon bør gis til pasienten for å forsterke resultatet av undervisningen. Den andre undervisningsmetoden som ble anvendt i denne studien var som nevnt videoundervisning. Denne undervisningsmetoden var individuell da deltakerne så på videoen hver for seg. Videoen varte i 30 min, like lenge som gruppeundervisningen, og ble vist for pasientene i etterkant av deres dialysetime på sykehuset (Baraz et al, 2010).

Gulbrandsen (2016) slår fast at undervisning til dialysepasienten må gis både gruppevis og på individuelt plan (Gulbrandsen, 2016). Annen faglitteratur understøtter også dette (Bruserud & Ellingsen, 2016). I den nevnte studien konkluderer forskerne med at det ikke er noen merkverdig forskjell på gruppe- og videoundervisning undervisningsmetodene (Baraz et al, 2010). På bakgrunn av hva litteraturen og forskningen sier er det grunn til å tro at undervisningen bør foregå både på individuelt plan og som i en gruppe.

Annen forskning viser at pasientene ofte føler de får en undervisning som ikke er individualisert nok. De føler ofte at informasjonen de får av sykepleieren ikke stemmer overens med deres spesifikke situasjon. På bakgrunn av dette velger de ofte å stole på sin egen sunn fornuft til fordel for å tilegne seg den profesjonelle kunnskapen som formidles av



sykepleierne. For sykepleieren er det også viktig å hjelpe pasienten i å forstå det som blir sagt og gjøre den krevende kunnskapen enklere å forstå (Tovazzi & Mazzoni, 2012). Mange av sykehusene har egne nyreskoler hvor pasienten samt pårørende kan få opplæring. Dette er et tilbud som er godt, men som allikevel ikke bør erstatte individuell undervisning til pasienten (Bruserud & Ellingsen, 2016).

Tovazzi & Mazzoni (2012) slår fast at en effektiv måte for å gi god undervisningen er at sykepleieren sammen med pasienten lager en plan for å kunne mestre restriksjonene han er gitt. Ved dette så menes å ikke bare formidle hva pasienten må gjøre, men også tenke sammen med han for å finne ulike strategier som passer i de ulike situasjonene. På samme måte er det viktig at sykepleieren involverer pasienten slik at han føler seg mer motivert, øker sin empowerment og opplever høyere grad av autonomi i kontrolleringen av kost- og drikkerestriksjonene. Studien fremhever viktigheten av å undervise pasienten på en måte som tillater pasienten i å løse problemene og ta egne valg angående hans egen sykdom og dermed styrke pasientens mestringsevne. Å implementere adekvat undervisning betyr å individualisere den til hver enkelt pasient for å kunne hjelpe pasienten i å få kontroll over sin egen sykdom og oppnå god etterlevelse for å oppnå bedre livskvalitet (Tovazzi & Mazzoni, 2012).

Sykepleieren på en dialyseavdeling har en viktig rolle i å promotere etterlevelse av væskerestriksjoner fordi de får et særskilt forhold til pasientene. Dette på bakgrunn av at pasienten kommer til dialyseavdelinger flere ganger i uken og ofte over mange år. Sykepleieren har derfor en unik mulighet til å bli kjent med pasientens behov like godt som hans medisinske, psykologiske og sosiale problemer (Tovazzi & Mazzoni, 2012). I de yrkesetiske retningslinjene fremheves også viktigheten av at sykepleieren gir pasienten en helhetlig omsorg (Norsk sykepleieforbund, 2011).

En annen studie bekrefter dette ved at de understreker viktigheten av at sykepleieren må etablere et empatisk forhold med pasienten før hun evaluerer etterlevelse og/eller gir undervisning til pasienten (Baraz et al, 2010). Bruserud & Ellingsen (2016) understreker også viktigheten av at sykepleieren ser på pasienten som en aktiv deltaker i undervisningen. Brukermedvirkning er essensielt for at pasienten selv skal kunne følge opp egen behandling å mestre kost- og drikkerestriksjonene (Bruserud & Ellingsen, 2016).

På bakgrunn av at forskning viser at denne pasientgruppen har stort behov for individualisert undervisning kan det være grunn til å tro at motiverende intervju kan være en god undervisningsmetode til denne pasientgruppen. Motiverende intervju kan blant annet brukes når pasienten gjennomgår en livsstilsendring eller dersom pasienten har behov for å endre kostholdet sitt. Metoden har som mål om å bidra til at pasientens motivasjon styrkes og mer spesifikt styrke pasientens tillit til at han kan mestre kost- og drikkerrestriksjonene. Pasienten kan ha motstridende følelser og tanker angående en endring. Ved hjelp av motiverende intervju kan pasientens motivasjon for endring økes ved hjelp av samtale med sykepleieren. Det er pasientens tanker og følelser som er i fokus. Sykepleieren skal hjelpe pasienten i å se en sammenheng mellom å følge de gitte restriksjonene og hva slags fordeler og ulemper dette fører med seg. Sykepleieren og pasienten kan sammen lage en plan for hvordan endringen skal skje (Tveiten, 2016). Tveiten (2016) uttrykker at det er viktig at sykepleieren anerkjenner pasientens forsøk på endring og hans forsøk på å følge de gitte restriksjonene og lar pasienten beskrive og finne løsninger på den ambivalensen han opplever i forhold til sine kost- og drikkerrestriksjoner. Hvilke barrierer pasienten opplever for endringer i kost- og drikkevaner og hva slags barrierer han møter i etterlevelsen av restriksjonene er også viktig å få frem ved hjelp av motiverende intervju (Tveiten, 2016).

## **5.6 Vurdering**

Gjennom samtale med pasienten i etterkant av undervisningen kan sykepleieren evaluere hva slags utbytte pasienten har hatt av undervisningen. Denne evaluering er viktig for pasienten fordi undervisningen har som mål å øke hans mestringskompetanse vedrørende hans sykdom, i tillegg til at innholdet i undervisningen har stor helsemessig betydning for pasienten (Tveiten, 2014). Under samtalen er det viktig at både sykepleieren og pasienten deler hva de har oppdaget og forstått med undervisningen. På denne måten kan sykepleieren kartlegge hva som bør fokuseres på videre i oppfølgingen av pasienten (Tveiten, 2016). Sykepleieren har et ansvar for å gi tilpasset og tilstrekkelig informasjon til pasienten og sørge for at denne informasjonen er forstått slik at pasientens mulighet til å ta sine egne valg fremheves (Norsk sykepleierforbund, 2011). Tveiten (2016) understøtter dette ved å understreke at sykepleieren har ansvar for å formidle ferdigheter, holdninger og kunnskap som skal gi pasienten et grunnlag for å kunne foreta egne valg vedrørende hans sykdom.

Forskningen har evaluert undervisningen ved å måle ulike parametere som interdialytisk vekt og serummålinger av for eksempel natrium, kalium og fosfat (Baraz et. al, 2010). I denne studien kommer det også frem at andre faktorer som brukes for å måle pasientens etterlevelse for eksempel kan være at pasienten lar være å ha dialysetimen som avtalt eller reduserer antall timer med dialyse. Målet med denne undervisningen var å øke mestringskompetansen til pasienten ved å mestre de kost- og drikkerestriksjonene han er gitt. Ved å mestre disse restriksjonene er det overordnet målet for pasienten å få en bedre livskvalitet (Tveiten, 2014). Forskningen viser at undervisningen bidro til at pasientenes etterlevelse ble bedre ved at den interdialytiske vekten og serumkonsentrasjonene i blodet ble bedre (Baraz et al., 2010). Basert på egen erfaring har jeg sett at det å inkludere pasienten i de månedlige prøvene gjør at han oppnår mer kontroll over egen sykdom og også opplever mestringsfølelse dersom prøvene er bedre enn forrige måned. På bakgrunn av hva forskningen sier og Tveiten (2014) sin teori om mestringskompetanse kan det være vesentlig for sykepleieren å følge med på pasientens interdialytiske vekt og de månedlige prøvene for å kunne evaluere effekten av undervisningen. I kombinasjon med samtale med pasienten kan dette være en god vurdering av undervisningen som sykepleieren gir til pasienten (Tveiten, 2014).

## 6 Oppsummering og avslutning

Gjennom denne oppgaven har jeg sett at kost- og drikkerestriksjoner til pasienter som mottar hemodialyse kan være med på å påvirke deres livskvalitet. Ved å styrke pasientens kunnskap om sykdommen, de angitte kost- og drikkerestriksjonene, konsekvensene av dårlig etterlevelse og betydning av god etterlevelse gjennom undervisning vil pasienten være i stand til å foreta egne valg. På denne måten vil pasientens mestringskompetanse økes og pasienten vil oppnå bedre kontroll over sin egen ernæring, livssituasjon og sykdom. Pasientens velvære under og mellom dialysesesjonene vil kunne bli bedre. Sykepleierens undervisende rolle er svært viktig i behandlingen til disse pasientene. Ved hjelp av undervisning fra sykepleieren vil pasienten oppleve mestring, trygghet og økt livskvalitet vedrørende hans sykdom. Sykepleieren har en unik mulighet til å etablere et empatisk forhold til pasienten fordi pasienten kommer til dialyseenheten flere ganger i uken og ofte gjennom flere år. Dette gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten på flere ulike områder og vil kunne gjøre undervisningen til pasienten bedre.

I arbeid med denne oppgaven har jeg sett at det er svært viktig at innholdet i undervisningen er tilpasset til pasientens behov og mål for undervisningen for at pasienten skal oppleve undervisningen som nyttig. En kombinasjon av gruppe- og individuell undervisning vil være optimalt for denne pasientgruppen. Gruppeundervisningen bidrar til at pasienten kan møte andre pasienter som har samme sykdom og kan med dette øke hans bevisstgjøring og mestringsfølelse omkring hans sykdom. En individualisert undervisning innebærer at sykepleieren anser pasienten som ekspert på seg selv og at sykepleieren inkluderer pasienten i undervisningen. På bakgrunn av hva faglitteraturen sier og hva forskningen har kommet frem til kan motiverende intervju være en god undervisningsmetode til pasienten som mottar hemodialyse. Å lytte til pasientens erfaringer omkring hans kost- og drikkerestriksjoner og sykdommen generelt er helt avgjørende for at sykepleieren kan gi en god undervisning til pasienten. Å inkludere pasienten i behandlingen som for eksempel å gjennomgå de månedlige prøvene med han vil føre til at han føler mer kontroll over egen sykdom. Gjennom undervisningen vil pasienten oppnå økt mestringskompetanse, økt forståelse for sykdommen, ny kunnskap og nye holdninger. Dette vil være med på å øke pasientens forutsetninger for å opprettholde god etterlevelse av sykdommen og med det kunne øke hans livskvalitet.

## Referanser

- Baraz S. H., Parvardeh S., Mohammadi E. & Broumand B. (2010) Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(1), 60–68. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05142.x>
- Bruserud, F. & Ellingsen, M. (2016). Sykepleie til pasienter med nyresykdom. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3* (2. utg., s. 487-536). Oslo: Cappelen Damm.
- Buur, T. (2011). Hæmodialyse. I I. Eidemak, T. Elung-Jensen & M. Rix (Red.), *Dialyse*. (3.utg., s. 61-81). København: FADL's Forlag.
- Estridge, K. M., Morris, D. L., Kolcaba, K. & Winkelman, C. (2018). Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 45(1), 25-33, 60. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=fb8a21af-c97a4d2c-bf1a-21cf1d8c9136%40sessionmgr4010>
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I E. Gjengedal. B. & Rokne Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (3. utg., s.10-26). Oslo Cappelens Forlag.
- Gulbrandsen, T. (2016). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I D.-G Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 114-131). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gøransson, L & Larsen, M. S. (2016). Sykdommer i nyrene og urinveiene. I S. Ørn & E. Bach Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., 298-319). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hartmann, A., Jenssen, T., Julsrud, J. & Strøm, E. K. (2014). *Nyremedisin: en praktisk veileder*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hong, L. I., Wang, W., Chan, E. Y., Mohamed, F. & Chen, H.-C. (2017). Dietary and fluid restriction perceptions of patients undergoing haemodialysis: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3664-3676. <http://doi.org/10.1111/jocn.13739>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 337-381). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Sykepleierens grunnlag rolle og ansvar* (s. 15-29). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Marckmann, P. (2011). Ernæring. I I. Eidemak, T. Elung-Jensen & M. Rix (Red.), *Dialyse*. (3.utg.,s. 61-81). København: FADL's Forlag.
- Nordtvedt, P & Grønseth, R (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s.18-39). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> x
- Sjøen, R. J. & Thoresen, L. (2016). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sneltvedt, T. (2017). Etikk i sykepleien. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stiftelsen Organdonasjon. (2017). LNT: Nyresykdom og fedme i fokus på årets nyredag. Hentet fra <https://organdonasjon.no/2017/03/09/lnt-nyresykdom-og-fedme-i-fokus-pa-arets-nyredag/>
- Thidemann, I.-J. (2017). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo:Universitetsforlaget

Tovazzi, M. E. & Mazzoni, V. (2012). Personal paths of fluid restriction in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 39(3), 207-215. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=fb8a21af-c97a4d2c-bf1a-21cf1d8c9136%40sessionmgr4010>

Tveiten, S. (2014). Pedagogikk i sykepleiepraksis. Bergen: fagbokforlaget

Tveiten, S. (2016). Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: fagbokforlaget

Valeur, H. S. (2013). Dialysepasienter sliter med søvnproblemer. *Tidsskriftet Den Norske Legerforening*, 133 (1695). DOI: 10.4045/tidsskr.13.0853

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I E. Gjengedal, B. & Rokne Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom* (3. utg., 29-93). Oslo: Cappelen Forlag.