

---

VID  
vitenskapelige  
høgskole

# Psykisk helse hos dialysepasienter

Reduksjon av angst og depresjon

# Mental health among dialysis patients

Reduction of anxiety and depression

Bacheloroppgave i sykepleie

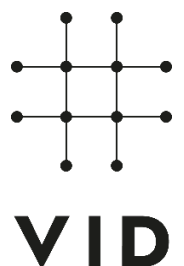
Kandidatnummer: 2 og 40

Campus: Bergen

Kull: BASP2020

Antall ord: 9667

Innleveringsfrist: 16.03.23



## **Sammendrag**

**Problemstilling:** Hvordan bidra til å redusere angst og depresjon hos dialysepasienter med kronisk nyresvikt?

**Metode:** Oppgaven er en systematisk litteraturstudie der vi har benyttet faglitteratur og forskningsartikler for å drøfte problemstillingen. Forskningsartiklene benytter både kvantitativ- og kvalitativ metode.

**Funn:** Funnene viser at sykepleieren har en avgjørende rolle for pasientens opplevelse av trygghet under hemodialysebehandling. Det belyses at en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier øker kvaliteten på pleien. Videre viser funnene at konkrete tiltak som kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon, komedier og musikk, bidrar til å redusere symptomer på angst og depresjon.

**Drøfting:** Drøftingen tar utgangspunkt i det relasjonelle mellom pasient og sykepleier, og utøvelse av sykepleie til den individuelle dialysepasienten. Videre tar drøftingen for seg hvordan kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon, komedier og musikk kan bidra til å redusere angst og depresjon hos pasienten.

**Konklusjon:** Den terapeutiske relasjonen er grunnleggende for å redusere angst og depresjon hos dialysepasienter. I tillegg har konkrete tiltak en reduserende effekt, og det oppmuntres til å implementere dem som sykepleietiltak. Ved gjennomføring av tiltakene bør den terapeutiske relasjonen fremdeles være tilstede. Hver pasient er et unikt menneske, og sykepleien bør tilpasses den enkelte.

## Summary

**Issue:** How can one contribute to reduced anxiety and depression among dialysis patients with chronic kidney failure?

**Method:** This bachelor is a systematic study in literature where we use literature and scientific articles on the field to discuss the issue. The related articles will use both quantitative and qualitative measures.

**Findings:** The findings conclude that the nurse's role is crucial for the patient to experience safety during hemodialysis treatment. This shows that a therapeutic relation between the patient and the nurse will increase the quality of the treatment. Further, the findings conclude that concrete measures like cognitive behavioural therapy, psychoeducation, comedy and music, contributes to reducing symptoms of anxiety and depression.

**Discussion:** The discussion is based on the significance of the relation between the patient and nurse, as well as the practice of nursing for the individual dialysis patient. The discussion deals with concrete measures, including cognitive behavioural therapy, psychoeducation, comedy and music, that contribute to reducing symptoms of anxiety and depression.

**Conclusion:** The therapeutic relationship is fundamental in reducing anxiety and depression among the dialysis patients. In addition, the concrete measures are having a diminishing effect, and implementing these as practice is recommended. During implementation it is important to maintain the therapeutic relationship between nurse and patient. Each patient is an individual and nursing is best practiced in accordance with the individual.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensning av problemstilling	6
1.4 Begrepsavklaring	
1.4.1. Angst	6
1.4.2 Depresjon	6
1.4.3 Kronisk nyresvikt	6
1.4.5 Hemodialyse	6
<b>2.0 Teori</b>	<b>7</b>
2.1 Nyrenes funksjon	7
2.1.1 Kronisk nyresvikt	7
2.1.2 Dialyse- og hemodialysebehandling	8
2.2 Angst og depresjon	9
2.3 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee	9
2.4 Psykoedukasjon som helsefremmende undervisning	11
2.5 Kognitiv atferdsterapi	11
2.5 Lovverk	12
<b>3.0 Metode</b>	<b>13</b>
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Søkeprosess	13
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	14
3.2.2 Presentasjon av valgte artikler	15
3.3 Kildekritikk	16
3.4 Ethiske overveielser	17
<b>4.0 Resultat</b>	<b>18</b>
4.1 Artikkel 1	18
4.2 Artikkel 2	19
4.3 Artikkel 3	20
4.4 Artikkel 4	21
4.5 Artikkel 5	22
4.6 Artikkel 6	23
<b>5.0 Drøfting</b>	<b>25</b>
5.1 Møte med dialysepasienten på sykehus	25
5.1.1 Betydningen av det relasjonelle	25
5.1.2 Sykepleie til den enkelte pasient	27
5.2 Tiltak knyttet til angst og depresjon hos dialysepasienter	29
5.2.1 Kognitiv atferdsterapi som tiltak	29
5.2.2 Psykoedukasjon som tiltak	31
5.2.3 Komedier og musikk som tiltak	33
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>35</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>36</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kronisk nyresvikt viser seg som et økende problem både nasjonalt og internasjonalt (Gulbrandsen, 2016, s. 113). I Norge må omtrent 1600 pasienter med nyresvikt få dialyse der 1300 av disse får hemodialyse (NHI, u.å.). En økende andel som får kronisk nyresvikt viser et betydelig større behov for dialysebehandling (Gulbrandsen, 2016, s. 121). Livsstilen endres fra å være aktiv og selvstendig til å bli avhengig av en dialysemaskin (Gulbrandsen, 2016, s. 123).

Studier viser også en høy forekomst av symptomer på angst og depresjon hos dialysepasienter (Al-Nashri & Almutary, 2022, s.224). Symptomer ved somatisk sykdom og symptomer ved depresjon kan være vanskelig å skille ettersom vanlige symptomer ved depresjon, som nedsatt energi, dårlig matlyst og vekttap, også kan skyldes den somatiske sykdommen. I tillegg er det en tendens til at somatisk sykdom prioriteres fremfor psykisk helse, blant annet depresjon, da somatisk sykdom kan oppleves som mer dramatisk eller alvorlig (Aarre, 2014, s. 135-136).

Temaet for oppgaven er psykisk helse hos dialysepasienter. Bakgrunnen for valget er møtet med dialysepasienter i praksis, både på dialyseklinikk og ulike sengeposter. Restriksjoner og planlegging er en stor del av pasientens liv, og begrensninger som drikkerestriksjoner og dietter påvirker deres hverdag. Utmattelse, tretthet og smerter følger også med, samtidig som en blir avhengig av både helsepersonell og en dialysemaskin (Gulbrandsen, 2016, s. 123). Vi ønsker derfor å utforske nærmere hva en sykepleier kan bidra med for å redusere angst og depresjon. Interesse for nyresykdom og den psykiske påkjenningen dialysebehandling kan ha på pasientgruppen, ledet til følgende problemstilling:

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan bidra til å redusere angst og depresjon hos dialysepasienter med kronisk nyresvikt?*

### **1.3 Avgrensning av problemstilling**

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til voksne pasienter fra 18 år og oppover. Fokuset ligger på pasienter i hemodialyse, der vi ser bort fra andre former for dialyse som for eksempel peritonealdialyse. Videre forholder vi oss til behandling som foregår på sykehus, og hjemmemodialyse blir derfor utelukket. I tillegg avgrenser vi til pasienter med kronisk nyresvikt i stadium fire og fem.

### **1.4 Begrepsavklaring**

#### *1.4.1. Angst*

Angst er en følelsesmessig reaksjon på samme måte som frykt, men som ikke nødvendigvis skyldes en reell ytre fare. Karakteristiske trekk er blant annet uro, anspenhet og rastløshet, der tankene ofte preges av bekymring og katastrofetenkning (Martinsen, 2020, s. 115).

#### *1.4.2 Depresjon*

Depresjon er en psykisk lidelse som i grove trekk kjennetegnes ved senket stemningsleie, depressivt tankeinnhold og manglende evne til å føle glede over lengre tid (Holsten, 2020, s. 102).

#### *1.4.3 Kronisk nyresvikt*

Kronisk nyresvikt er en sykdom der nyrenes tre hovedfunksjoner er sterkt svekket eller har gått tapt. Det gjelder utskillelsen av avfallsstoffer, regulering av væske- og elektrolyttbalansen og produksjon og utskilling av renin, erythropoietin og aktivering av vitamin D (Gulbrandsen, 2016, s. 121).

#### *1.4.4 Dialyse*

Dialyse er en nyreerstattende behandling som startes når en nyresvikt har ført til at avfallsstoffer og overskudd av væske har hopet seg opp (Gulbrandsen, 2016, s. 124).

#### *1.4.5 Hemodialyse*

Hemodialyse er en type dialysebehandling der blodet renses på utsiden av kroppen i en dialysemaskin, enten ved bruk av en arteriovenøs fistel eller arteriovenøs graft, eller et sentralt venekateter (Gulbrandsen, 2016, s. 125).

## 2.0 Teori

### 2.1 Nyrenes funksjon

Nyrenes hovedfunksjoner er å skille ut avfallsstoffer og regulere væske- og elektrolyttbalansen. I tillegg har de en endokrin funksjon ved å produsere renin, erythropoietin og aktivere vitamin D. Nyrene sørger for at det er riktig volum og sammensetning av stoffer i kroppens væskerom, både intracellulært og ekstracellulært. Den glomerulære filtrasjonshastigheten (GFR) sier noe om mengden væske som blir filtrert i nyrene per minutt, og bidrar i å definere nyrefunksjonen. En ser i tillegg på kreatininverdien i plasma som er en markør for den glomerulære filtrasjonshastigheten, samtidig som døgnurin ofte samles for en nøyaktig måling av nyrefunksjonen (Gulbrandsen, 2016, s. 114).

#### 2.1.1 Kronisk nyresvikt

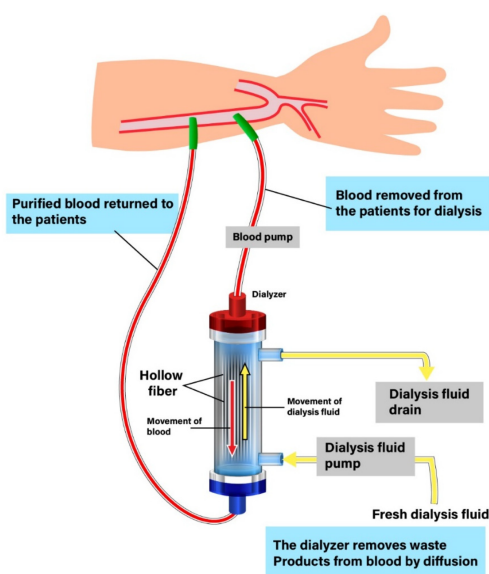
Dersom nyrenes tre hovedfunksjoner går tapt eller blir sterkt redusert kan det oppstå en kronisk nyresvikt. Basert på GFR og eventuelt påvist nyresykdom deles nyresvikt inn i fem stadier der første og andre stadium er mild nyresvikt. Tredje defineres som moderat, fjerde som alvorlig, og det femte og siste stadiet som terminal nyresvikt. Tilstanden defineres som kronisk nyresvikt når personen befinner seg mellom fjerde og femte stadium. I siste stadium er GFR-verden under  $15 \text{ mL/min per } 1,73 \text{ m}^2$ . Noen av de vanligste årsakene til utviklingen av tilstanden er diabetesnefropati, hypertensjon, kronisk glomerulonefritt og pyelonefritt (Gulbrandsen, 2016, s. 121).

Kronisk nyresvikt utfordrer pasientenes eliminasjon, sirkulasjon, ernæring og psykososiale behov. Uremi er en tilstand der avfallsstoffer som urinstoff og kreatinin hopper seg opp i blodet. Dette medfører plager som anoreksi, kvalme, brekninger, slapphet, muskelsvakheter, hudkløe, endringer i mental status, kramper og bevissthetsreduksjon. I tillegg gir tilstanden sirkulære problemer som hypertensjon, kardiovaskulær sykdom, anemi og koagulasjonsforstyrrelser. Plager som anoreksi, kvalme og brekninger medfører også i flere tilfeller en ernæringsmessig risiko. I tillegg til sykdommen i seg selv kan behandlingen gi en opplevelse av angst, stress, fatigue og depresjon, som igjen kan påvirke pasientens livsutfoldelse og livskvalitet. Ved uremi er det nødvendig med dialysebehandling eller nyretransplantasjon for å overleve (Gulbrandsen, 2016, s. 122).

### 2.1.2 Dialyse- og hemodialysebehandling

Dialyse er en form for nyreerstattende behandling som startes opp ved forverret nyresvikt (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Pasientens blod renses på utsiden av kroppen gjennom en blodtilgang, enten ved en arteriovenøs fistel eller arteriovenøs graft, eller et permanent dialysekateter. Blodet føres fra dialysetilgangen til dialysefilteret hvor renseprosessen skjer og blir deretter ført tilbake i kroppen. Ved bruk av arteriovenøs fistel legges det inn to ulike kanyler der blodet fraktes ut fra den ene kanylen og returneres gjennom den andre (Gulbrandsen, 2016, s. 125). Det er vanlig at pasienter med kronisk nyresvikt får behandling tre til fire ganger i uka og er da koblet til dialysemaskinen i tre til fem timer (Helse Bergen, 2020).

Sykepleieren har i oppgave å støtte og oppmuntre pasienter i dialysebehandling for å hjelpe dem til å mestre situasjonen. De spiller en viktig rolle gjennom å undervise og motivere pasientene da deres hverdag preges av at de er totalt avhengig av en dialysemaskin flere timer i uken. Sykepleieren har også et aktivt ansvar i forhold til behandlingsstrategien gjennom samarbeid med nefrolog og pasient. Videre er ansvaret å administrere behandlingen og kontinuerlig ivareta pasientens behov under behandlingen (Gulbrandsen, 2016, s. 124). Det innebærer å være bevisst på komplikasjoner som kan oppstå og eventuelle tiltak som dermed skal iverksettes. Vanlige komplikasjoner under hemodialyse er hypotensjon og hodesmerter, samtidig som allergiske reaksjoner, luftemboli, arytmier og brystmerter også kan forekomme (Gulbrandsen, 2016, s. 126- 127).



**Figur 1.** Illustrasjon av hemodialyse (Chen et al., 2022).



## 2.2 Angst og depresjon

Depresjon mistenkes først og fremst når pasienten føler seg trist og håpløs, har manglende opplevelse av glede, er passiv og distanserer seg, er plaget med skyldfølelse eller strever med dødsønske og selvmordstanker. Andre tegn er tap av interesse, konsentrasjonsvansker og utfordringer med å ta enkle avgjørelser, forstyrret søvn og endret matlyst (Aarre, 2014, s. 137-139). Psykiater Trond F. Aarre (2014, s. 136) skriver at symptomer på depresjon kan være vanskelig å skille fra somatiske lidelser da symptomene gjerne er overlappende. Mindre energi, lite matlyst og vekttap er for eksempel vanlige symptomer ved både depresjon og somatisk lidelse (Aarre, 2014, s. 137). Ifølge Aarre (2014, s. 137) kan observasjon av psykologiske symptomer fremfor somatiske reaksjoner bidra til å oppdage depresjon hos pasienter med somatisk lidelse.

En kombinasjon av angst og depresjon er vanligere enn lidelsene hver for seg (Martinsen, 2020, s.117). Angst karakteriseres ved at følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd blir påvirket. Det oppstår økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet, noe som kan medføre symptomer som blant annet svimmelhet, svetting, hjertebank, rask pust, ubehag i magen, anspenhet og rastløshet (Martinsen, 2020, s. 115). Depresjon kan gi angstsymptomer samtidig som personer med angst kan utvikle depresjon som følge av isolasjon og funksjonstap (Martinsen, 2020, s.117).

## 2.3 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1999) definerer sykepleie som: “[...] en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s.29). Hun begrunner at sykepleie er en mellommenneskelig prosess da den alltid dreier seg om mennesker, direkte eller indirekte (Travelbee, 1999, s.54). Definisjonen omhandler også hvordan mennesket erfarer lidelse og smerte, og lidelse som uunngåelig for mennesket (Kristoffersen, 2019, s.29). Hun legger vekt på at sykepleien skal utøves ved å etablere en tilknytning til den syke, som formidler at en blir forstått og ikke er alene (Travelbee, 1999, s. 35).

En grunntanke i teorien til Travelbee er at sykepleieren har i oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 41). Hun definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ, og kjennetegner et menneske-til-menneske-forhold der sykepleieren og pasienten oppfatter og forholder seg til hverandre som mennesker i stedet for “sykepleier” og “pasient” (Travelbee, 1999, s. 171). Opplevelse og erfaringer deles mellom sykepleier og pasient, og pasientens behov blir ivaretatt når sykepleieren anvender kunnskap og ferdigheter på en terapeutisk måte (Travelbee, 1999, s.41). Ved å bruke seg selv terapeutisk og bevisst bruke egen personlighet, etableres det et forhold mellom sykepleieren og den syke (Travelbee, 1999, s. 44-45). Det innebærer å ha en dyp innsikt i det å være menneske, samtidig som en bruker fornuft og intelligens. Videre står empati sentralt, noe Travelbee (1999, s. 193-194) beskriver som evnen til å forstå, ta del i og leve seg inn i andres psykiske tilstand. En knytter seg til den andre personen og oppretter en tillit.

I likhet med sykdom er lidelse en livserfaring alle mennesker opplever, og hver enkelt opplever den på sin måte (Travelbee, 1999, s. 98). Lidelsen oppleves som en utholdelse av eller underkastelse under plage, smerte eller tap (Travelbee, 1999, s.99). Hvordan en reagerer på lidelse varierer fra person til person, og sannsynligvis vil de fleste forsøke å komme frem til en forklaring til lidelsen. Det kan forekomme spørsmål om hvorfor lidelsen har rammet pasienten, sammen med reaksjoner som tristhet, nedtrykthet og depresjon (Travelbee, 1999, s.103-105). Den som er syk kan føle på en dyp lengsel etter å være frisk igjen (Travelbee, 1999, s. 108).

Når mennesker møter på vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedier, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse, kan håp bidra til å mestre lidelsen. Dette håpet er en mental tilstand som kjennetegnes som et ønske om å nå frem til eller oppfylle et oppnåelig mål (Travelbee, 1999, s. 117). Håpløshet oppstår trolig når den syke intenst har lidd mentalt, fysisk eller åndelig over lang tid, uten opphør i lidelsen. Travelbee (1999, s. 123) hevder at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved eller gjenvinne håpet. Dette er i tråd med NSF sine yrkesetiske retningslinjer som viser til at sykepleieren har som oppgave å understøtte håp (Norsk sykepleierforbund, u. å.).

Travelbee (1999) skriver at “kjernen i all helsefremmende undervisning er [...] å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og de tiltakene som må settes i verk for å bevare helse og kontrollere sykdommene” (1999, s. 33). Det innebærer å bistå mennesker med å finne mening i tiltak de er oppfordret til å utføre for å bevare deres egen helse. Slike tiltak kan

være å endre vaner eller å ofre noe som før har vært betydningsfullt. Dersom personen selv ikke opplever disse tiltakene som meningsfulle, kan det bli utfordrende å gjennomføre tiltak fordi målet ikke oppleves som verdt det (Travelbee, 1999, s. 33-34).

## **2.4 Psykoedukasjon som helsefremmende undervisning**

Psykoedukasjon er en form for undervisning der pasienter og pårørende får kunnskap og informasjon om en spesifikk diagnose. Behandlingsformen kan være nyttig ettersom en lærer metoder for å mestre sykdom best mulig i hverdagen. Et eksempel er å lære om spesifikke symptomer for en aktuell lidelse, slik at en kan kjenne de igjen og kan forebygge eventuelle tilbakefall. Denne typen behandling skal bidra til å gi realistiske forventninger til bedring og prognose (Sykehuset Østfold, 2020).

## **2.5 Kognitiv atferdsterapi**

Kognitiv atferdsterapi er en terapiform bestående av et aktivt samarbeid mellom pasient og terapeut (Berge et al., 2014, s. 362). En mye brukt forkortelse er CBT (Aslaksen, 2022). Pasienten lærer å bli sin egen terapeut ved å rette oppmerksomheten mot egne ressurser og interesser, og deretter bruke dem til å mestre sykdom og problemer (Berge et al., 2014, s. 362). Motivasjon er en viktig forutsetning for samarbeidet (Dahl, 2020, s. 21). Terapiformen kan være et viktig supplement i behandling av somatisk sykdom der vedvarende smerter og utmattelse er vanlig. Et viktig element er å hjelpe med å forebygge at angst og depresjon oppstår som følge av kronisk sykdom. Andre viktige faktorer er å gi informasjon om sykdom og hvordan sykdom kan mestres, samt finne tiltak for å styrke etterlevelsen av medisinsk behandling (Berge et al., 2014, s. 362).

Målet med kognitiv atferdsterapi er å tilegne seg kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasning eller endring (berge et al., 2014, s. 263). Negative og destruktive tanker følger ofte med somatisk sykdom, og flere gir uttrykk for at den mentale belastningen er like plagsom som belastningen den somatiske sykdommen medfører (Berge et al., 2014, s. 262). Å kunne gi seg selv støtte, medfølelse, trøst og råd er derfor en avgjørende mestringsstrategi (Berge et al., 2014, s. 263).

## 2.5 Lovverk

Pasient- og brukerrettighetsloven tar for seg blant annet pasientens rett til individuell plan, medvirkning og informasjon. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). I tillegg har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av slike helse- og omsorgstjenester, for eksempel medvirke ved valg av tjenesteformer, undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Pasienten har rett til nødvendig informasjon om egen helsetilstand og skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

## **3.0 Metode**

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å innhente kunnskap og informasjon med formål om å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74).

### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie defineres som “en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder” (Thidemann, 2019, s. 77). Det vil si å innhente litteratur, ha en kritisk gjennomgang og til slutt gjennomføre en sammenfatning (Thidemann, 2019, s. 77). At det er en systematisk litteraturstudie innebærer at relevant forskning og eksisterende kunnskap innenfor et bestemt forskningsområde sammenstilles og oppsummeres (Thidemann, 2019, s. 79).

De vitenskapelige artiklene som er inkludert i oppgaven benytter både kvantitativ- og kvalitativ metode. Kvantitativ metode tar utgangspunkt i det naturvitenskapelige kunnskapssynet som sier at kilden til kunnskap er det vi kan kvantitativt observere og regne ut med våre logiske sanser. Det er eksakt faktakunnskap som målbare enheter og tall (Thidemann, 2019, s. 75). Kvalitativ metode har et humanvitenskapelig kunnskapssyn der hensikten er å innhente data om menneskelige egenskaper som opplevelser, tanker, forventninger og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 76). Sammenlignet med kvantitativ metode har kvalitativ forskning et ønske om dybdekunnskap, altså mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter framfor et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter. Oppgaven er en parallell undersøkelse der både kvantitativ- og kvalitativ metode blir tatt i bruk for å styrke hverandre (Thidemann, 2019, s. 77).

### **3.2 Søkeprosess**

For å finne forskningsartikler til oppgaven, har vi benyttet databasene Cinahl og PubMed. I starten benyttet vi ulike søk og kombinasjoner med hensikt å undersøke fagområdet bredde. Ved å søke i databasene har vi valgt ut fem artikler basert på kvantitative studier, og én basert på kvalitativ studie. Gjennom to søk i Cinahl og to søk i PubMed fant vi de kvantitative studiene, og den kvalitative studien fant vi i PubMed gjennom et søk:

## Cinahl

- Ved første relevante treff brukte vi disse søkeordene: Hemodialysis, dialysis patients, anxiety and depression, mental health og prevention. I dette søket fikk vi 31 treff, og blant disse fant vi først syv relevante artikler. Videre ekskluderte vi fem av disse og stod igjen med to relevante artikler.
- I neste søk brukte vi disse søkeordene: Hemodialysis, dialysis patients og Hamilton rating scale for depression. Her fikk vi syv treff og av disse var en artikkel relevant.

## PubMed

- Søkeordene i det første søket: Music therapy og hemodialysis. Dette søket fikk 23 treff der elleve artikler var relevante. Videre ble ti artikler ekskludert og vi satt igjen med en relevant artikkel.
- Søkeordene i det andre søket: Hemodialysis, ESRD og Nurse patient relations. Dette søket gav 275 treff der vi fant en relevant artikkel.
- I det siste søket brukte vi søkeordene: Hemodialysis, ESRD, nurse patient relations, og safety. Det ga fire treff og en av dem var relevant.

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for søket etter forskningsartikler innebar artikler som var fagfellevurdert, tilgjengelig i fulltekst, fulgte IMRAD-struktur og var maks ti år gammel. At artikkelen er fagfellevurdert betyr at en uavhengig fagperson har vurdert om artikkelen holder en vitenskapelig standard, noe som skiller den fra en fagartikkel (Dalland & Trygstad, 2020, s. 145). IMRad-struktur er en form for oppbygging av en vitenskapelig artikkel. Det er en struktur som samsvarer med forskningsprosessen og blir ofte pålagt av tidsskrifter som publiserer vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019, s. 66-67). Vi så også etter artikler fra en kultur som minner om det norske helsesystemet. I tillegg var vi interessert i å finne artikler basert på både kvantitativ og kvalitativ metode. Et av kriteriene var at deltakerne hadde en minstealder på 18 år. Videre forsøkte vi å ekskludere kvantitative studier med et mindre utvalg enn 100 deltakere i den grad det var mulig.

### 3.2.2 Presentasjon av valgte artikler

*“Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment -a qualitative study”*

En kvalitativ forskningsartikkel fra Nederland som ble utgitt i 2015. Forfatterne er Marleen H. Lovink, Marijke C. Kars, Janekke M. de Man-van Ginkel og Lisette Schoonhoven.

*“Therapeutic relation nurse-patient in hemodialysis therapy”*

En kvantitativ forskningsartikkel fra Polen som ble utgitt i 2021. Forfatteren er Marta Hreńczuk.

*“Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients”*

En kvantitativ forskningsartikkel fra Mexico som ble utgitt i 2017. Forfatterne er Abel Lerma, Héctor Perez-Grovas, Luis Bermudez, María L. Peralta-Pedrero, Rebeca Robles-García og Claudia Lerma.

*“The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy versus Psychoeducation in the Management of Depression among Patients Undergoing Haemodialysis”*

En kvantitativ forskningsartikkel fra Jordan som ble utgitt i 2018. Forfatterne er Faris A. Al sarairah, Sami M. Aloush, Manar Al Azzam og Mohammed Al Bashtawy.

*“Effect of humor intervention on well-being, depression, and sense of humor in hemodialysis patients”*

En kvantitativ forskningsartikkel fra Portugal som ble utgitt i 2019. Forfatterne er Luís Manuel Mota Sousa, Ana Vanessa Antunes, Christina Maria Alves Marques-Vieira, Paulo César Lopes Silva, Sandy Silva Pedro Severino og Helena Maria Guerreiro José.

*“Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial”*

En kvantitativ forskningsartikkel fra Brasil som ble utgitt i 2018. Forfatterne er Geórgia Alcântara Alencar Melo, Andrea Bezerra Rodrigues, Mariana Alves Firmeza, Alex Sandro de Moura Grangeiro, Patrícia Peres de Oliveira og Joselany Áfio Caetano.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere om opplysningene er gyldige og om de har et troverdig opphav. Det er en kontroll av kildens relevans der tema og problemstilling tas i betraktning (Dalland & Trygstad, 2020, s. 143). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre har bidratt til at kunnskapen vi har hentet inn er basert på nyere forskningsstudier som er systematisk gjennomført og pålitelig. Artikkene er også utgitt for mindre enn ti år siden, noe vi var opptatt av med hensyn til at forskning stadig er i endring og at dataen vi innhentet skulle være oppdatert. Travelbee (1999) sin teori er fortsatt relevant i dag og inkluderes til tross for publiseringsåret. Videre har vi fokusert på å bruke mest mulig primærlitteratur og litteratur hentet fra pensumlisten. Sekundærlitteratur som er brukt er blitt nøye vurdert.

Forskningsartikkene våre har opphav fra ulike land der Jordan, Nederland, Polen, Portugal, Mexico og Brasil er representert. Vi forsøkte å unngå store geografiske forskjeller i starten av søkeprosessen ettersom kulturelle forskjeller kan svekke overføringsverdien. Grunnet lite relevant forskning knyttet til vår problemstilling endte vi opp med forskningsartikler fra de nevnte landene. Artikkene vurderes likevel som relevante ettersom det kan trekkes paralleller mellom beskrivelsen av dialysebehandlingen i de ulike landene og behandlingen i det norske helsesystemet.

Som nevnt tar oppgaven for seg kvantitativ- og kvalitativ metode, og sammen utgjør det en parallell undersøkelse (Thidemann, 2019, s. 77). Det å ha en parallell undersøkelse er en ressurskrevende metode, men vi vurderer det likevel som gunstig da vi ønsker at problemstillingen belyses av både eksakt faktakunnskap og dybdekunnskap (Thidemann, 2019, s. 77). Vi ønsket at de kvantitative artikkene skulle ha et minimum utvalg på 100 deltakere ettersom det er tryggere å trekke eventuelle konklusjoner fra et større utvalg. Flere artikler har derimot et utvalg på under 100 deltakere. Pasienter som går til hemodialyse er en mindre pasientgruppe og kan forklare det lavere utvalget. Vi finner også et lavere utvalg i den kvalitative studien. Dette anser vi som mer naturlig ettersom det er et dybdeintervju der færre deltakere er vanlig.



### 3.4 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å ta hensyn til etiske utfordringer som arbeidet medfører (Dalland, 2020, s. 167). Forskningsetikk kan defineres som: “verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet” (Torp, 2018). Retningslinjer for forskningsetikk konkretiserer forskningsetiske normer som en retningsssnor for etisk og ansvarlig forskning (Torp, 2018). Forskningsetikken handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Ny forskning skal heller ikke oppstå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Det finnes retningslinjer for hvordan gå frem for å ivareta personopplysninger, anonymitet, taushetsplikt, informert og frivillig samtykke, og god formidlet forskning (Dalland, 2020, s.168-175).

Vi har sikret at oppgaven overholder krav til forskningsetikk på flere måter. Det er blant annet gjort ved at forskningsartiklene våre har fått godkjenning av nasjonale forskningsetiske komiteer. Oppgavene til komiteene er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål, samt trekke fram retningslinjene for forskningsetiske vurderinger (Dalland, 2020, s. 170). Artiklene overholder anonymitet og taushetsplikt, og gir uttrykk for at deltakerne i studien er informert og frivillig har samtykket til å delta. Videre er resultatene i artiklene formidlet på en presis og forståelig måte, som kan leses av deltakerne i studiene uten at de opplever å bli utlevert. Artiklene som er valgt ut er engelskspråklige og oversettelsen av disse til norsk gjøres med forsiktighet for å unngå feiltolkning. Til slutt forsikrer vi at taushetsplikten overholdes i eksempler fra egen erfaring som kommer frem i drøftingen.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Artikkel 1

*“Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment-a qualitative study”*  
(Lovinkel et al., 2015).

Målet med studien var å undersøke voksne pasienters opplevelse av trygghet under hemodialysebehandling på sykehus.

Det er en kvalitativ studie der 12 pasienter har gjennomgått individuelle dybdeintervju. Felles for pasientene er at de har vært i hemodialyse i minst et halvt år. Analysen av intervjuene ble utført gjennom åpen koding, opprettelse av kategorier og synteser.

Intervjuene ga fire hovedkategorier som beskrev pasientenes opplevelse av trygghet under hemodialysen. Første kategori er usikkerhet, og ble begrunnet med risikoen for den fysiske helsen som dialysebehandling kan medføre. Eksempler på dette var blant annet infeksjonsfare, blødning fra dialysetilgangen, ultrafiltrasjon av for mye væske, maskinproblemer, risiko for hypotensjon og besvimelse. Andre eksempler var frykt i forhold til brann og det å være knyttet til maskinen i nødssituasjoner. Noen hadde aldri følt seg trygg under en behandling. Andre kategori beskriver tillit til sykepleier, der viktigheten av tilstrekkelig kunnskap om behandlingen og evnen til å løse eventuelle komplikasjoner trekkes frem. Nøkkelbegreper var sykepleierens profesjonelle og ansvarsfulle opptreden, samt dens erfaringer og kunnskaper. Mangel på selvtillit og “klumsete” oppførsel svekket derimot tilliten. Tredje kategori er tilstedeværelse av sykepleier der muligheten for rask tilkalling av hjelp skapte en trygghetsfølelse. Det samme gjorde sykepleierens fokus på behandling, behandlingens forløp og pasientens velvære. Emosjonell trygghet ble også styrket ved personlig oppmerksomhet, god kommunikasjon og et godt forhold.

Fjerde kategori er pasientens behov for kontroll over egen situasjon der det igjen ble delt inn i tre grupper i forhold til deres behov. Den ene gruppen hadde behov for å kontrollere egen situasjon, og bestod av pasienter med mye kunnskap samtidig som det fremdeles var behov for mye informasjon om behandlingen. Involveringen ga dem en tryggere følelse da de var i stand til å forebygge, oppdage og løse problemer alene eller ved å tilkalle en sykepleier. Andre gruppe overlot alt til sykepleieren og følte ikke på behovet for kontroll. Årsaker til dette var at alt ble gjort av sykepleierne, de følte seg ikke kompetente nok og ønsket ikke å bli

involvert. Tredje gruppe overlot alt til sykepleieren, men hadde også behov for egenkontroll. De opplevde en utrygghet da det ble avvik i de faste rutinene, fordi mangel på faste rutiner ga dem følelse av å miste kontroll. Forklaringer til dette var begrenset kunnskap og vanskeligheter med å slippe taket. Pasientene som overlot alt til sykepleieren, men også forsøkte å kontrollere egen situasjon, kunne føle seg både utrygge og nervøse. Alle andre pasienter opplevde derimot at de var trygge under behandlingen.

Studien konkluderer med at sykepleieren har en avgjørende rolle for pasienters opplevelse av trygghet under hemodialysebehandling. Flertallet av pasientene rapporterte at de følte seg trygge, selv om de samtidig var bevisste på behandlingens risikofaktorer. Det presiseres videre at sykepleieren spiller en rolle for hvordan pasientens opplevelse av behandlingen blir og at sykepleieren, i tillegg til å være dyktig og selvsikker, burde være klar over hvordan pasienter opplever risikofaktorene som behandlingen medfører. Videre burde det tas en vurdering på i hvilken grad pasientene ønsker innblikk og deltakelse i egen behandling. Det er viktig å gi riktig og tilstrekkelig informasjon tilpasset den individuelle pasient, og er en særlig viktig del av hemodialysebehandlingen. Sykepleieren kan hjelpe hemodialysepasienter med å føle seg trygg ved å ha en profesjonell holdning og forståelse for den individuelle pasientens behov.

## 4.2 Artikkel 2

*“Therapeutic relation nurse-patient in hemodialysis therapy”* (Hreńczuk, 2021).

Studiens formål var å presisere viktigheten av det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient i hemodialysebehandling.

Studien tar for seg en spørreundersøkelse utviklet av forfatteren av studien, som ble besvart av 77 deltakere. Deltakerne var pasienter med kronisk nyresvikt i endestadiet som fikk langtids hemodialyse.

Viktige elementer i den terapeutiske relasjonen var empati, gjensidig tillit og respekt. Empati fikk den høyeste skåren med 81,8%, og vises som det elementet deltakerne mente var viktigst i en terapeutisk relasjon. Etter empati utgjorde gjensidig tillit og respekt de viktigste elementene, der gjensidig tillit fikk en skår på 67,5% og respekt fikk en skår på 59,7%. Videre

viste studien at 85,7% mente at et terapeutisk forhold til sykepleierne var viktig i dialysebehandlingen. Deltakere som var 70 år eller mer var mindre overbevist enn de yngre. Flere opplevde at den terapeutisk relasjonen bidro til at de følte seg forstått, og at det ga dem styrken til å kjempe mot sykdommen. Andre mente det bidro til å gjenopprette håp og takle håpløshet.

De fleste respondentene mente at trygghetsfølelsen ble påvirket og 87% mente kontakten med sykepleierne på en dialyseklinikk var terapeutisk. Den terapeutiske relasjonens innflytelse hjalp de fleste å takle vanskelige øyeblikk og økte kvaliteten på pleien. Jo kortere tid i dialysebehandling desto flere hevdet at den nåværende relasjonen var tilstrekkelig. 26% av deltakerne forventet en større involvering av sykepleierne i det terapeutiske forholdet, og det ble i større grad forventet økt involvering av de som hadde gjennomgått terapi i mer enn fem år.

Studien konkluderer med at en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient bidrar til å samarbeide i kampen mot sykdommen og i behandlingen. Videre oppfordres det til at etablering av en terapeutisk relasjon bør være et grunnleggende tiltak hos enhver sykepleier. Utøvelse av sykepleie knyttet til et terapeutisk forhold fører til pleie av god kvalitet til hemodialysepasienter.

### **4.3 Artikkel 3**

*“Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients”* (Lerma et al., 2017).

Studiens formål var å redusere milde og moderate symptomer på angst og depresjon hos hemodialysepasienter med kronisk nyresvikt i endestadiet. Dette ved bruk av kognitiv atferdsterapi som intervensjon.

60 deltakere ble tilfeldig fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe.

Intervensjonen bestod av positiv forsterkning, kontrollert pust, muskelavslapning og kognitiv restrukturering. Behandlingen varte i fem uker der graden av angst, depresjon, livskvalitet og kognitive forstyrrelser ble vurdert før og etter behandlingen. Etter fire nye uker, totalt ni uker, ble samme vurdering gjort på nytt som en oppfølging. Graden av angst og depresjon ble

vurdert ut ifra skåringsverktøyene Beck Anxiety Inventory (BAI) og Beck Depression Inventory (BDI).

Resultatene viser flere signifikante endringer i sammenligningen mellom intervensjon- og kontrollgruppen som fremmer kognitiv atferdsterapi. Det var en signifikant reduksjon i BDI- og BAI-skår etter ni uker, i tillegg til færre symptomer etter behandlingen. Allerede etter fem uker var det en stor reduksjon i BDI-skalaen. I kategorien livskvalitet ble det også observert betydelige forskjeller etter behandlingen i form av endret fysisk evne, positivt stemningsleie og sosial rolle. Psykologisk funksjon og sosial velvære fikk en betydelig endring etter ni uker. Videre ses det en nedgang i forvrengte tanker etter ni uker i underkategoriene perfeksjonisme og katastrofetenkning. Det var en betydelig nedgang i indre perfeksjonisme etter både fem og ni uker. Til slutt viser studien at 24 av 31 deltakere som mottok terapiformen fikk reduserte symptomer på depresjon og 22 av dem fikk færre angstsymptomer.

Forfatterne konkluderer med at kognitiv atferdsterapi bidrar til å redusere symptomer på angst og depresjon, samt forbedre livskvaliteten til hemodialysepasienter med kronisk nyresvikt i endestadiet. Sammenlignet med identifikasjon av angst- og depresjonssymptomer uten den psykologiske behandlingen, gir intervensjonen bedre resultater.

#### **4.4 Artikkel 4**

*“The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy versus Psychoeducation in the Management of Depression among Patients Undergoing Haemodialysis”* (Al sarairoh et al., 2018).

Studiens formål var å sammenligne effekten av behandlingsmetodene kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon. De benyttes for å redusere symptomer på depresjon hos hemodialysepasienter.

105 deltakere deltok i en randomisert kontrollstudie, og ble delt i to behandlingsgrupper hvorav 51 deltakere deltok i psykoedukasjon og 54 deltakere deltok i kognitiv atferdsterapi. Før og etter studien målte deltakerne depresjonsnivå ved bruk av skåringsverktøyet “the Hamilton depression rating scale”. Deltakerne av kognitiv atferdsterapi-gruppen deltok i syv økter med en times varighet og fulgte et tradisjonelt CBT-oppsett. De syv øktene ble delt inn i tre komponenter: Tilvenning av kognitiv atferdsterapi, aktiv behandling der spesifikke

intervensjoner anvendes og til slutt forebygging av tilbakefall. Psykoedukasjon-gruppen bestod også av syv økter med en times varighet. Øktene tok for seg nyrenes anatomi og fysiologi, patofysiologi ved kronisk nyresvikt, dialyseprosessen, legemidler og kosthold. I tillegg gikk øktene gjennom alternative behandlingsmetoder som nyretransplantasjon og peritonealdialyse, stresshåndtering, avslapningsteknikker og problemløsning.

Resultatene viser at både kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon oppnådde signifikante endringer, der psykoedukasjon-gruppen utgjorde den største. I pre-testen skåret CBT-gruppen 19,6 i “the Hamilton depression rating scale” og psykoedukasjon-gruppen skåret 19,5. Videre i post-testen fikk CBT-gruppen en skår på 15,0 og psykoedukasjon-gruppen skåret 11,1.

Artikkelen konkluderer med at psykoedukasjon oppnådde mer signifikant lindring av depresjon sammenlignet med kognitiv atferdsterapi, selv om begge behandlingsmetodene viser seg som effektive.

## 4.5 Artikkel 5

*“Effect of humor intervention on well-being, depression, and sense of humor in hemodialysis patients”* (Sousa et al., 2019, s.256).

Formålet med studien var å teste ut effekten av å se komedier under hemodialysebehandling. Studien utforsker om tiltaket kan redusere stress-, angst- og depresjonsnivå, samt forbedre den subjektive opplevelsen av velvære og sans for humor hos hemodialysepasienter.

Studien er en randomisert kontrollstudie der 67 deltakere ble tilfeldig fordelt i en intervensjonsgruppe på 34 deltakere og en kontrollgruppe på 33 deltakere. Filmene intervensjonsgruppen fikk se var i sjangeren komedie, mens kontrollgruppen så filmer i andre sjangre enn komedie. Eksperimentet foregikk over ti økter i løpet av en periode på fire uker. Målingsverktøyene: “the Subjective Happiness Scale,” “the Depression Anxiety Stress Scale”, og “the Multidimensional Sense of Humor Scale” ble brukt for å måle effekten av eksperimentet.

Resultatene viser en signifikant reduksjon i nivåer av depresjon, økt sans for humor og økt subjektiv lykke av å se komedier. Nivået av stress og angst ble redusert med 20,6% i intervensjonsgruppen, og det var en nedgang av depresjon med 43,2%, og holdningen til

humor økte med 9,8%. Det er en signifikant reduksjon av depresjonsnivå og en signifikant økning av holdning til humor innad i intervensjonsgruppen. I sammenligningen mellom intervensjons- og kontrollgruppen var det en signifikant effektstørrelse i nivå av depresjon, sans for humor og subjektiv lykke. Resultatene viser noe effekt på livstilfredshet, og stress og angst, men ingen signifikante endringer.

Artikkelen konkluderer med at visualisering av komedier som sykepleieintervensjon forbedret nivåer av subjektiv lykke og sans for humor, samt reduserer egen opplevelse av å ha symptomer på depresjon.

## 4.6 Artikkel 6

*“Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial”* (Melo et al., 2018).

Formålet med studien var å evaluere om musikk har en terapeutisk effekt på angstnivå og vitale parametre hos pasienter med kronisk nyresvikt.

Det er en randomisert kontrollstudie der 60 personer fra tre ulike dialyseklinikker ble fordelt i en intervensjons- eller kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk musikkterapi de første 30 minuttene av dialysebehandlingen, mens kontrollgruppen fikk standard dialysebehandling. Angstnivå og vitale parametre, som systolisk- og diastolisk blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens, ble målt før og etter intervensjonen. Angstnivå ble målt ved bruk av målingsverktøyet Stait-Trait Anxiety Inventory, også kalt STAI. Pasientene fikk utdelt øretelefoner, og passende volum og begrenset ytre stimuli. Den fremførte musikken bar preg av myke, klassiske sanger som fremmet avslapning.

STAI-skåren viste en signifikant reduksjon av angst hos deltakerne i intervensjonsgruppen som mottok musikkterapi. Den gjennomsnittlig STAI-skåren viste et angstnivå på 36,2% hos intervensjonsgruppen før behandling og 32,8% i etterkant. I tillegg viste 70% av deltakerne i intervensjonsgruppen en reduksjon av angstnivå. 6,6% viste ingen forandringer og 23,4% rapporterte at angsten forverret seg etter intervensjonen. Fra kontrollgruppen opplevde 46,7% en forverring eller uendret tilstand av angst-nivå. Resultatene viser også en signifikant reduksjon i blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens i intervensjonsgruppen. Videre viser

resultatene at jo større reduksjon av angstnivå, desto større endring blir det også i vitale parametre.

Artikkelen konkluderer med at det var en statistisk og signifikant forskjell mellom gruppene i forhold til angst- og vitale parametre. Musikk er en terapeutisk ressurs som kan benyttes av sykepleiere i møte med pasienter som får hemodialyse. Det kan bidra til å redusere angst og bedre vitale parametre som er forårsaket av angst.



## **5.0 Drøfting**

Videre vil vi drøfte problemstillingen ved å bruke presentert teori og resultater fra valgte forskningsartikler. Først og fremst vil vi gå inn på relasjonen mellom pasient og sykepleier, og deretter legge frem konkrete tiltak.

### **5.1 Møte med dialysepasienten på sykehus**

Det er flere faktorer som bidrar til at pasienter under hemodialysebehandling kan være utsatt for å utvikle angst og depresjon. Kronisk nyresvikt innebærer at pasientene må leve med en kronisk sykdom, og det kan tenkes at livsstilen og plagene som medfører oppleves som en påkjenning for den enkelte. Travelbee (1999, s. 108) trekker dette frem ved å forklare at reaksjoner som tristhet, nedtrykthet og depresjon ikke er uvanlig ved sykdom. Likevel er det ikke nødvendigvis sykdommen alene som medfører påkjenninger. Gulbrandsen (2016, s. 122) skriver at dialysebehandlingen kan gi opplevelse av angst, stress, fatigue og depresjon, og påvirke livsutfoldelse og livskvalitet. Dette understøttes av Lovinkel et al. (2015, s. 2379) sine eksempler der flere dialysepasienter opplever frykt for komplikasjoner, usikkerhet rundt risiko for fysisk helse, utrygghet under behandling og følelse av mangel på kontroll. I tillegg er det sannsynlig at pasienter opplever begrensninger i sin livsutfoldelse når dagene planlegges rundt sykehusbesøk. Både sykdommen og behandlingen kan medføre risiko for utvikling av angst og depresjon, og dermed vil fokus på dette stå sentralt.

#### **5.1.1 Betydningen av det relasjonelle**

En terapeutisk relasjon kan påvirke pasientens opplevelse av trygghet. En relasjon etableres ifølge Travelbee (1999, s. 44-45) når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og bruker egen personlighet i interaksjon med pasienten. I studien til Hreńczuk (2021, s. 581) mente 87% av respondentene at kontakten med sykepleierne på dialyseklinikken var terapeutisk og at kontakten ga en trygghetsfølelse. 85,7% mente at relasjonen var viktig, og flere opplevde at relasjonen bidro til at de følte seg forstått og ga dem styrke til å kjempe mot sykdom.

Dialysepasienter bruker mye tid på klinikken, og det kan derfor tenkes at de har forutsetning

for å etablere kontakt og en terapeutisk relasjon med sykepleierne. Selv om forutsetningene er der, kan det likevel variere hvor involvert pasienten ønsker at sykepleierne skal være. Ifølge Hreńczuk (2021, s. 581) forventet de som hadde fått behandling i over fem år mer involvering av sykepleierne sammenlignet med de som ikke hatt behandling så lenge. I lys av dette vil det trolig være et større behov for en terapeutisk relasjon jo lenger en går til dialyse, samtidig som relasjonen bidrar til en trygghetsfølelse.

Studien til Lovinkel et al. (2015 s. 2379) viser til flere faktorer som kan bidra til følelsen av utrygghet. Det kan for eksempel være frykt for komplikasjoner, frykt for å være tilkoblet til dialysemaskinen under nødsituasjoner, mangel på selvtillit og “klumsete” oppførsel av sykepleieren. Følelse av svekket egenkontroll under behandling er også et eksempel. Ved opplevelse av utrygghet relatert til behandlingen, kan det tenkes at det medfører økt frykt og angst. Dersom pasienten gruer seg i forkant av hver behandling, vil det kunne være problematisk ettersom behandlingen gjennomføres flere ganger i uken (Helse Bergen, 2020). På bakgrunn av dette kan pasienten være i risiko for å utvikle en depresjon, da det blir gitt rom for opplevelse av nedstemthet i en lengre tidsperiode, noe som kan føre til et depressivt tankeinnhold. Utrygghet rundt behandling vil derfor trolig ha en negativ innvirkning på psykisk helse.

Videre presiserer Lovinkel et al. (2015, s. 2379) at sykepleieren spiller en rolle for hvordan pasientens opplevelse av behandlingen utarter seg. Her legges det vekt på at i tillegg til å være dyktig og selvsikker, kan sykepleieren bidra med tilstedeværelse, personlig oppmerksomhet, god kommunikasjon og en god relasjon. I møte med pasienter har vi erfart at de opplever trygghet når de har tillit til at sykepleieren vet hva som skal gjøres, sammenlignet med når sykepleieren ikke har kontroll. Av den grunn er det trolig at noen vil oppleve for eksempel sykepleierstudenter som utfordrende, ettersom deres kompetanse ikke er på samme nivå som en erfaren sykepleier. Et eksempel fra praksis er en pasient som var veldig fokusert på at veilederen alltid så over det som hadde blitt gjort. Sykepleierens tilstedeværelse kan gi pasienten en opplevelse av at det passes på at behandlingen går som den skal. Derfor vil tillit og relasjon til sykepleier samt opplevelse av tilstedeværelse øke pasientens trygghetsfølelse.

Empati kan vise seg som et viktig element i relasjonen mellom pasient og sykepleier. I studien til Hreńczuk (2021, s. 581) er empati det elementet respondentene mente var viktigst i en terapeutisk relasjon, og gjensidig tillit og respekt ble også trukket frem som viktige elementer. Travelbee (1999, s. 193-194) vektlegger at empati er viktig fordi det skaper en tilknytning mellom de involverte individene som videre genererer en gjensidig tillit. Allerede som sykepleierstudent erfares det at empati er vesentlig for å danne en relasjon til pasienten. Faktorene som empati resulterer i kan påvirke den psykiske helsen på en positiv måte. Det tilrettelegges for at pasienten skal føle seg sett og anerkjent, oppleve å få trøst ved nedstemthet og føle seg mindre ensom. Av den grunn viser empati seg som en avgjørende faktor for å danne en tilknytning.

I studien til Hreńczuk (2021, s. 581) kom det frem at en terapeutisk relasjon bidro til at flere respondenter gjenopprettet håp og taklet håpløshet. Likevel betyr det nødvendigvis ikke at relasjonen vil være tilstrekkelig for alle da vi har erfart at håpløsheten kan være vanskelig å komme seg ut av. Pasienter som er forberedt på dialysebehandling resten av livet kan ha et annet utgangspunkt sammenlignet med pasienter som venter på nyretransplantasjon og et liv uten dialyse. Samtidig legger Travelbee (1999, s. 123) vekt på at sykepleieren har som oppgave å hjelpe pasienten med å holde fast ved og gjenvinne håpet. Dette er i tråd med NSF sine yrkesetiske retningslinjer som belyser sykepleierens oppgave om å understøtte håp (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Basert på Travelbee (1999, s. 41) sin teori er et menneske-til-menneske-forhold, samt kartlegging av pasientens behov, grunnleggende for å holde fast ved og gjenvinne håp. Sykepleieren skal derfor ettertrakte en terapeutisk relasjon med hensikt om å hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet eller takle håpløshet.

### **5.1.2 Sykepleie til den enkelte pasient**

Travelbee (1999, s.171) definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ, og skriver at hvert enkelt menneske opplever lidelse på sin måte. Sykepleieren skal behandle pasienter som unike, med individuelle behov og ulike støtteapparater. Selv om flere kan ønske en relasjon med sykepleier, er det også pasienter som ikke har behov for denne kontakten. I studien til Hreńczuk (2021, s. 581) kommer det frem at flere opplevde den terapeutiske relasjonen som

viktig, mens andre var mindre overbevist. I løpet av praksis har vi erfart at det varierer i hvilken grad pasienten ønsker kontakt, hvorvidt ensomhet erfares og om pasienten har et støtteapparat med familie og venner rundt seg. Travelbee (1999, s. 41) nevner ivaretagelse av pasientens behov som en del av sykepleien. En måte å dekke deres behov er å kontinuerlig kartlegge i hvilken grad pasienten ønsker kontakt med sykepleier.

Ved å ivareta pasientens behov og rutiner så langt det er mulig kan en bidra til å redusere angst og depresjon. Dette kan ses i sammenheng med Travelbee (1999, s. 41) sin teori som hevder at pasientens behov ivaretas ved at sykepleieren anvender kunnskap og ferdigheter på en terapeutisk måte. I møte med dialysepasienter har vi erfart at sykdom og behandling opptar store deler av hverdagen til pasientene. På dialyseklinikken i praksis var det gjentatte tirsdager at en pasient var frustrert over at transporten til sykehuset var forsinket. Forsinkelsen førte nemlig til at pasienten ikke rakk ukens viktigste begivenhet; bingo. Sykepleieren som gang på gang møtte pasienten som gledet seg til bingo, forstod hvor viktig dette var. Travelbee (1999, s.35) legger vekt på en sykepleie der tilknytningen til pasienten skal formidle at den syke blir forstått og ikke er alene. Sykepleieren viste pasienten forståelse da hun av og til avbrøt dialysetiden noe tidlig for at pasienten kunne rekke bingoen. Det ble tatt en vurdering på at tiltaket måtte til for å ivareta pasientens psykiske helse, uten å medføre en for stor risiko på den fysiske helsen. Her har relasjonen bidratt til at sykepleieren ble kjent med pasientens behov og rutiner, noe som førte til at pasientens psykiske helse ble prioritert.

Tilstrekkelig informasjon og medvirkning kan være behov som kommer frem gjennom en terapeutisk relasjon. Lovinkel et al. (2015, s. 2379) trekker frem at sykepleieren kan vurdere i hvilken grad pasienten ønsker innblikk og deltakelse i egen behandling. På lik linje viser pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at informasjon og mulighet til å medvirke i egen behandling er en rett pasienten har. Informasjon og medvirkning er derfor ikke bare en mulighet noen pasienter får, men noe alle pasienter har rett på. Tilstrekkelig informasjon og medvirkning kan på den ene siden bidra til å trygge pasienten og gi en opplevelse av kontroll. På den andre siden kan det være at pasienten ønsker minst mulig innblikk og deltakelse i egen behandling. Sykepleieren har mulighet til å kartlegge og tilrettelegge basert på hva pasienten ønsker, og ivaretar dermed det individuelle behovet for informasjon og medvirkning.

Selv om det er flere måter en terapeutisk relasjon kan redusere angst og depresjon, vil relasjonen ikke nødvendigvis være tilstrekkelig alene. Som nevnt tidligere beskriver Travelbee (1999, s.171) mennesket som unikt, og understøtter dette basert på erfaringer om at pasientene er ulike og har ulike behov. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) viser også at pasienten har rett til å få utarbeidet en individuell plan og fremmer ideen om at mennesket er unikt og uerstattelig. Selv om Hreńczuk (2021, s. 586) konkluderer med at den terapeutiske relasjonen har en positiv effekt og bidrar til god pleie, kan pasienten likevel ha andre behov som ikke blir tilfredsstilt og som igjen påvirker den psykiske helsen. Videre vil vi gå mer inn på konkrete tiltak som kan redusere angst og depresjon.

## **5.2 Tiltak knyttet til angst og depresjon hos dialysepasienter**

### **5.2.1 Kognitiv atferdsterapi som tiltak**

Kognitiv atferdsterapi har en positiv effekt på reduksjon av symptomer på angst og depresjon hos pasienter som går til hemodialyse. Dette viser studien til Lerma et al. (2017, s. 112) der 24 av 31 deltakere fikk reduserte symptomer på depresjon og 22 personer fikk færre angstsymptomer. Deltakerne opplevde en forbedring i både livskvalitet, fysisk evne, positivt stemningsleie og sosial rolle. Al sarairoh et al. (2018, s. 516) sin artikkel understøtter også kognitiv atferdsterapi ettersom deres resultater viste signifikante endringer i reduksjon av symptomer på depresjon. Resultatene til begge artiklene styrker teorien om at kognitiv atferdsterapi, der en gir seg selv støtte, medfølelse, trøst og råd, er en avgjørende mestringsstrategi i møte med somatisk sykdom (Berge et al., 2014, s. 263).

Sykepleiere kan bruke CBT som et verktøy i møte med dialysepasienter og dermed bidra til å redusere angst og depresjon. Ifølge Dahl (2020, s. 21) er det en terapiform som skjer mellom en terapeut og pasient, og det er i utgangspunktet ikke et sykepleietiltak. Tiltaket kan likevel anses som relevant ettersom sykepleieren kan identifisere symptomer og informere om CBT som en mulighet. Pasientgruppen bruker som nevnt mye tid på dialysebehandling, som også betyr at de interagerer mye med sykepleierne. Dette skaper en god arena for å lære hverandre å kjenne og etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 171). Erfaringer

fra praksis viser at dette er essensielt. Sykepleieren kan være den pasienten har mest kontakt med, noe som gir forutsetninger for å observere endringer i pasientens stemningsleie og komme tett inn på pasienten. Dersom en kjent sykepleier foreslår kognitiv atferdsterapi som tiltak i trygge omgivelser, er det mer sannsynlig at pasienten er villig til å forsøke terapiformen. CBT i møte med angst og depresjon kan dermed være et relevant sykepleietiltak.

En måte sykepleiere kan benytte seg av CBT som et verktøy er å implementere elementer fra terapiformen. Lerma et al. (2017, s. 105) tar for seg tiltak som positiv forsterkning, kontrollert pust, muskelavslapning og kognitiv restrukturering i møte med dialysepasienter. Noen pasienter ønsker ikke å gå til kognitiv atferdsterapi hos en terapeut, men kan likevel være mottakelig for enkelte elementer fra terapiformen. I møte med pasienten kan en sykepleier som har tilegnet seg kunnskaper fra CBT, ta i bruk elementer som for eksempel muskelavslapning. Eksempelet er et konkret tiltak som kan utføres ved hjelp av en sykepleier under dialysebehandlingen. Dette kan gjøres uten å utføre hele terapiformen, men ved å hente inspirasjon fra CBT. Enkelte kan anse det å gå til en terapeut som tidkrevende, og ved å inkludere elementer fra CBT kan dette gi pasientene mer fritid. I tillegg lærer pasienten ifølge Berge et al. (2014, s. 362) å rette oppmerksomheten mot egne ressurser. Det kan tenkes at en slik tilnærming kan brukes i eget hjem, og er noe sykepleieren kan oppfordre til. På denne måten kan sykepleieren bruke CBT i sykepleieutøvelsen, og pasienten kan tilegne seg metoder som bidrar til å ivareta sin psykiske helse.

Ved kognitiv atferdsterapi er pasienten med på å ta kontroll over egen situasjon, og det kan bidra til en trygghetsfølelse (Lovinkel et al., 2015, s. 2380). Pasienter som er plaget med depresjon vil også kunne oppleve, blant annet, tristhet og manglende glede (Aarre, 2014, s. 137). Sammen med utrygghet og mangel på kontroll er det trolig at den psykiske helsen forverres, noe som kan medføre en økning av angstsymptomer. Angst kan i tillegg sammenlignes med følelsen av frykt, derfor er det naturlig å tenke at mangel på kontroll kan ha en negativ virkning på tanker som er preget av bekymring og katastrofetenkning (Martinsen, 2020, s. 115). Lovinkel et al. (2015, s. 2380) viser til et eksempel der en gruppe overlot alt ansvar til sykepleierne, samtidig som de forsøkte å kontrollere egen situasjon. Kombinert med begrenset kunnskap førte dette til en utrygghet og mangel på kontroll når

behandlingen gikk utenom de faste rutinene. Ved CBT blir pasientene inkludert, og det er et verktøy som kan bidra til å hindre at pasientene føler seg utrygge og nervøse under dialysebehandlingen.

Det å inkludere CBT i dialysetiden vil nødvendigvis ikke være det beste alternativet for alle pasienter, da noen ikke ønsker å bli involvert i behandlingen. I Lovinkel et al. (2015, s. 2380) sin studie kommer dette frem, og forfatterne viser til pasienter som verken har behov for egenkontroll eller ønsker å bli involvert i behandlingen. Mangel på motivasjon kan gjøre det utfordrende å skulle implementere elementer fra CBT i dialysetiden. Dahl (2020, s. 21) trekker motivasjon frem som en viktig forutsetning for kognitiv atferdsterapi. I tillegg er det erfart fra praksis at noen pasienter ønsker minst mulig samtale om sykdom og behandling i samhandling med sykepleierne. En forklaring kan være komplekse sykdomsbilder der nyresvikten er en av flere belastninger pasienten erfarer. Relasjonen mellom sykepleier og pasient kan i stedet brukes som en distraksjon gjennom samtaler om deler av livet som ikke omhandler sykdom. Ved å se den enkelte pasients behov blir det formidlet at den syke er forstått og ikke alene, slik Travelbee (1999, s. 35) skriver, uten å presse på en behandling som i utgangspunktet ikke er ønsket. I møte med dialysepasienter kan det å foreslå CBT-behandling i noen tilfeller være mot sin hensikt, der andre tiltak rettet mot angst og depresjon kan foretrekkes.

### **5.2.2 Psykoedukasjon som tiltak**

Psykoedukasjon kan bidra til å lindre depresjon hos pasienter med kronisk nyresvikt som er i hemodialyse. Resultatene til Al sarairah et al. (2018, s. 517) viser at både kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon er effektive behandlingsmetoder. På den andre siden viser resultatene at det er en mer signifikant lindring ved bruk av psykoedukasjon, og indikerer at det kan være en mer effektiv metode sammenlignet med kognitiv atferdsterapi. Ifølge Travelbee (1999, s. 33) bidrar helsefremmende undervisning til at pasienten finner mening i sykdommen og de tiltakene som settes i verk. Dette betyr at undervisning kan hjelpe pasienter med å finne mening med dialysebehandlingen. I startfasen av dialysebehandling er mye nytt og ukjent, og psykoedukasjon vil derfor være av betydning. Likevel er det ikke gitt at de som

har gått i dialyse over lengre tid faktisk har fått den informasjonen de trenger, derfor vil også disse kunne dra nytte av psykoedukasjon. Av den grunn er en avhengig av tilstrekkelig kartlegging av pasientens kunnskap knyttet til sykdommen og behandlingen. Tiltaket kan bidra til å finne mening med dialysebehandling og øke kunnskapsnivået.

Som nevnt tidligere kan kunnskap og kontroll over egen situasjon bidra til å skape en trygghetsfølelse (Lovinkel et al., 2015, s. 2380). Dette kan også ses i sammenheng med psykoedukasjon der en for eksempel lærer å kjenne igjen symptomer på kronisk nyresvikt (Sykehuset Østfold, 2020). Pasienter som går i hemodialyse trekker blant annet frem frykten for komplikasjoner i Lovinkel et al. (2015, s. 2379) sin studie, samtidig som det kommer frem at å involvere dem i behandlingen ga trygghetsfølelse. Involveringen gjorde dem bedre rustet til å forebygge, oppdage og løse problemer alene eller ved å tilkalle sykepleier (Lovinkel et al., 2015, s. 2380). Martinsen (2020, s. 115) sammenligner som tidligere påpekt angst og følelsen av frykt. Det kan derfor tenkes at trygghetsfølelsen som psykoedukasjon medfører, vil ha en positiv effekt på pasientens angstsymptomer. Tiltaket kan dermed bidra til å dekke pasientens behov for egenkontroll og trygghet.

Kronisk nyresyke i hemodialyse er en særegen pasientgruppe, der innføring av nye rutiner kan oppleves som utfordrende. Når det gjelder helsefremmende undervisning, slik som psykoedukasjon, kan hver enkelt person bestemme seg for at målet ikke er verdt tiltakene dersom tiltakene ikke oppleves som meningsfullt (Travelbee, 1999, s. 34). I tillegg kan det være utfordrende å motivere pasienten ettersom vanlige depresjonssymptomer er håpløshet, tap av interesse og distansering (Aarre, 2014, s. 137-139). Ved psykoedukasjon vil det være viktig å være klar over hvor mye informasjon pasienten faktisk ønsker. Et eksempel er fra egen erfaring der en pasient ikke ønsket informasjon om en eneste detalj rundt behandlingen, verken blodtrykk, væsketrekke eller blodprøver var av interesse. Lovinkel et al. (2015, s. 2380) trekker også frem en gruppe som ikke ønsket kontroll eller å bli involvert. For å møte disse pasientenes psykososiale behov vil det være nødvendig med andre tiltak. Igjen spiller viktigheten av at sykepleieren møter pasienten som et unikt og uerstattelig individ (Travelbee, 1999, s. 171).



### 5.2.3 Komedier og musikk som tiltak

I møte med dialysepasienter som lider av angst og depresjon kan komedier ha en positiv effekt. Sausa et al. (2019, s. 256-261) viser at komedier ga en reduksjon i nivåer av angst og depresjon, og deltakerne fikk en økt sans for humor og økt subjektiv lykke. Fra praksis på en dialyseklinikk hadde hver pasient et fjernsyn ved sengen sin med et utvalg av flere kanaler. I tillegg hadde flere med seg nettbrett eller smarttelefon. Tiltaket ville da ha vært relativt enkelt å gjennomføre. På den andre siden kan det også diskuteres om det er nødvendig ettersom pasientene sannsynligvis allerede har tilgang på lignende underholdning. Likevel presiseres det at sjangeren skal være komedie, noe som trolig spiller en rolle for økt sans for humor og økt subjektiv lykke (Sausa et al., 2019, s. 256-261). På bakgrunn av dette vil tiltaket være mulig å gjennomføre og ha en reduserende effekt på angst og depresjon.

Et annet tiltak som kan ha positiv effekt, i tillegg til komedier, er bruk av musikk. Melo et al. (2018, s. 5-7) tydeliggjør at musikk gir en signifikant reduksjon av angst, samt reduserer blodtrykk, puls og respirasjonsfrekvens. Senkning av de nevnte vitale parametrene kan ses i sammenheng med typiske angstsymptomer som følge av økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet (Martinsen, 2020, s. 115). Hvis angstnivået reduseres er det da naturlig at de nevnte parametrene blir redusert. I likhet med komedier er musikk et konkret og enkelt tiltak som ikke er særlig tidkrevende for helsepersonell. Med utgangspunkt i Sausa et al. (2019) og Melo et al. (2018) sine resultater vil det være hensiktsmessig å forsøke tiltakene i praksis med formål om å lindre angst og depresjon.

Både komedier og musikk som tiltak avhenger av pasientens interesser. Uten en interesse for musikk eller komedier er det sannsynlig at tiltakene gir mindre effekt, så en god kartlegging på forhånd vil være nyttig. Sykepleierne på en dialyseklinikk har i oppgave å kontinuerlig ivareta pasientens behov under behandlingen (Gulbrandsen, 2016, s. 124), og som nevnt tidligere blir de godt kjent med pasientene. Det vil si at sykepleierne sannsynligvis kan ta en vurdering på om tiltakene er aktuelle eller ikke, og spiller derfor en viktig rolle i vurderingen om det burde iverksettes. Interessen kan anses som en forutsetning for motivasjon til å se komedien eller høre på musikken.

Tiltakene kan også anses som forstyrrende og utfordre pasientens følelse av egenkontroll. Lovinkel et al. (2015, s. 2380) trekker frem en gruppe med behov for mye informasjon og kontroll. Ved å kontinuerlig ha på øreklokker og bli “stengt ute” vil pasientene sannsynligvis bli distraheret fra behandlingen, og for noen kan dette oppleves som utfordrende. Dette kan ses i sammenheng med andelen på 23,4% som rapporterte at angsten forverret seg etter musikkintervensjonen (Melo et al., 2018, s. 5). På den andre siden kan følelsen av distraksjon være positivt for noen pasienter, da flere i hemodialyse kan føle på en frykt knyttet til risikofaktorer som behandlingen medfører (Lovinkel et al., 2015, s. 2379). Tilstedeværelse av sykepleier vil uansett være av betydning og bidra til å fremme trygghetsfølelsen under behandlingen, slik det kommer frem i Lovinkel et al. (2015, s. 2379). Dette understøttes også av Gulbrandsen (2016, s. 124) sin beskrivelse av sykepleierens rolle i forhold til å støtte, oppmuntre, motivere og hjelpe pasienter til å mestre situasjonen. På denne måten kan sykepleieren bidra til å hindre negativ virkning av tiltakene.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan bidra til å redusere angst og depresjon i møte med pasienter med kronisk nyresvikt som går til hemodialysebehandling. Dette har vi gjort ved bruk av Travelbee sin sykepleieteori, annen faglitteratur og forskningsartikler. Vi har diskutert betydningen av det relasjonelle og sykepleie til den enkelte pasient. Det har vært fokus på faktorer som trygghet, tilstedeværelse av sykepleier, tillit, empati, opplevelse av håp og ivaretagelse av behov. Videre har vi drøftet kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon, musikk og komedier som konkrete tiltak som kan iverksettes for å redusere angst og depresjon.

Gjennom oppgaven fokuseres det på en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Slik flere av artiklene våre påpeker er den terapeutiske relasjonen grunnleggende for å redusere angst og depresjon i møte med dialysepasienter. Relasjonen er ikke alltid tilstrekkelig alene, men kan kombineres med de konkrete tiltakene vi har drøftet i oppgaven. De valgte forskningsartiklene viser at tiltakene har effekt og gir et grunnlag for å implementere dem som sykepleietiltak. Vi setter også lys på at den terapeutiske relasjonen bør være tilstede under gjennomføringen av tiltakene, samtidig som det krever en interesse og motivasjon fra pasienten. Til slutt vil vi fremheve at hvert menneske er unikt med individuelle behov, hvorav det er en fordel med relasjon og tiltak tilpasset den enkelte.

Pasienter som får hemodialysebehandling er en liten pasientgruppe og det er begrenset med forskning om angst og depresjon hos denne gruppen. Gjennom oppgaven belyser vi flere faktorer som vi mener kan bidra til at disse er utsatt for å utvikle angst og depresjon. Som nevnt i innledningen viser Gulbrandsen (2016) til en økende andel som får kronisk nyresvikt og et mulig større behov for dialysebehandling fremover. Videre tror vi dette kan medføre et økende antall dialysepasienter med angst og depresjon. Avslutningsvis vil vi derfor tydeliggjøre et behov for mer forskning og økt oppmerksomhet rundt psykisk helse i møte med denne pasientgruppen.

## Litteraturliste

- Al-Nashri, F. & Almutary, H. (2022). Impact of anxiety and depression on the quality of life of haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1-2), 220–230.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.15900>
- Al sarairoh Faris A., Aloush, S. M., Al Azzam, M., & Al Bashtawy, M. (2018). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy versus Psychoeducation in the Management of Depression among Patients Undergoing Haemodialysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(6), 514–518. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1406022>
- Aslaksen, Per. (2022. 8. april). *CBT*. <https://sml.snl.no/CBT>
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv atferdsterapi ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom : symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 361-378). Cappelen Damm Akademisk.
- Chen, Yee-An., Ou, Shuo-Ming. & Lin, Chih-Ching. (2022). Influence of Dialysis Membranes on Clinical Outcomes: From History to Innovation. *Membranes*, 12(2), 152.  
<https://doi.org/10.3390/membranes12020152>
- Dahl, A. A. (2020). Psykiske lidelser - teoretiske forståelsesmodeller. I M. T. Gonzales (red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 14-23). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gulbrandsen, T. (2016). Sykepleie ved akutt nyreskade og kronisk nyresvikt. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., s. 113-129). Gyldendal.
- Helse Bergen. (2020, 21.september). *Hemodialyse*.  
<https://helse-bergen.no/behandlinger/hemodialyse>
- Helse Norge. (2022, 9.august). Angstlidelser.  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser/>
- Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I M. T. Gonzales (red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 101-112). Gyldendal.
- Hreńczuk, M. (2021). Therapeutic relationship nurse-patient in hemodialysis therapy. *Nursing forum*, 56(3), 579-586. <https://doi.org/10.1111/nuf.12590>
- Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M. L., Robles-García, R. & Lerma, C. (2017). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety

symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients. *Psychology and Psychotherapy*, 90(1), 105–123. <https://doi.org/10.1111/papt.12098>

Lovink, M. H., Kars, M. C., de Man-van Ginkel, J. M., & Schoonhoven, L. (2015). Patients' experiences of safety during haemodialysis treatment - a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2374–2383. <https://doi.org/10.1111/jan.12690>

Martinsen, E. W. (2020). Angstlidelser. I M. T. Gonzales (red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 115-117). Gyldendal.

Melo, G. A. A., Rodrigues, A. B., Firmeza, M. A., Grangeiro, A. S. M., Oliveira, P. P., & Caetano, J. Á. (2018). Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 2978–2978. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2123.2978>

NHI. (2022, 12.januar). *Dialyse*. <https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/diverse/nyredialyse/>

Norsk sykepleierforbund. (u.å). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2022-12-16-92). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Sousa, L. M. M., Antunes, A. V., Marques-Vieira, C. M. A., Silva, P. C. L., Severino, S. S. P., & José, H. M. G. (2019). Effect of humor intervention on well-being, depression, and sense of humor in hemodialysis patients. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 256–265. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842019000300004>

Sykehuset Østfold. (2020, 21. september). *Psykoedukasjon*. <https://sykehuset-ostfold.no/behandlinger/psykoedukasjon>

Thidemann, I.- J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg). Universitetsforlaget.

Torp, I. S. (2018). *Kva er forskningsetikk?* Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/kva-er-forskningsetikk/>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.

Aarre, T. F. (2014). Depresjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom : symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 135-152). Cappelen Damm Akademisk.