

Siri Vilén & Sylvia Nakyanzi

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGV51, HT2017

Grundnivå

Handledare: Susanne Amsberg

Examinator: Pardis Momeni

Patienters upplevelser av att leva med peritonealdialys i vardagen

En litteraturöversikt

Patients experiences of living with peritoneal dialysis in their daily life

A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Antal personer som lever med kronisk njursvikt ökar med befolkningsökningen. Peritonealdialys är en vanlig livsuppehållande behandling för patienter som lever med kronisk njursvikt som främst sköts av patienter i hemmet. För att kunna fortsätta leva med sjukdomen under kontroll kräver peritonealdialys införande av nya livsförändringar som på olika sätt kan vara påfrestande för patienterna.
- Syfte:** Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att leva med peritonealdialys i sin vardag.
- Metod:** Litteraturöversikten baserades på elva vetenskapliga artiklar med kvalitativa ansatser hämtade från databaserna CINAHL complete och PsycINFO. Sökorden som användes vid artikelsökning var patient experience, living with" och "peritoneal dialysis" som vidare utökades till "perspective", "home dialysis, qualitative study och interview" med års begränsning 2000- 2017.
- Resultat:** Litteraturöversikten visade att patienternas upplevelser av att leva med peritonealdialys innefattade en livsförändringsprocess med upplevelser av övergång som en besvärlig vändpunkt i livet vilket började redan vid PD-initiering. De första sex månaderna var den svåraste tiden att hitta balansen och anpassa sig till ett nytt levnadssätt, under den perioden hade patienterna stora behov av stöd både från sjukvården och det egna sociala nätverket dels för att bearbeta de olika förluster och begränsningar relaterad till PD-behandlingen, dels för att upprätthålla motivationen för att fortsätta sköta sin behandling. Med tiden ökade patienterna upplevelser av oberoende självständighet i att hantera sin egenvård och deras behov av stöd minskade, stödet från sjukvården minskade till enbart rutinkontroller.
- Diskussion:** Patienters upplevelser av att leva med PD diskuterades och analyserades utifrån Orems teori om egenvårdsbalans och tidigare forskning. Större delen av diskussionen understryker betydelse av sjukvårdpersonalens bemötande

som kan såväl positivt som negativt påverka patienters upplevelser. Hur väl en patient lyckades med sin egenvård berodde mycket på bemötandet, anpassad information, typ av stöd i patientens sociala nätverk och vilka vårdinsatser patienten fick under behandlingsprocessen.

Nyckelord: Njursvikt, peritonealdialys, upplevelser, egenvård, hemdialys.

Abstract

Background: The number of people living with chronic renal failure increases with the population growth. Peritoneal dialysis is a common life-sustaining treatment for people living with chronic renal failure, which is primarily managed by patients in their own homes. In order to continue living with the disease under control, peritoneal dialysis requires the introduction of new life style changes that can be stressful for patients in different ways.

Aim: The purpose of this literature review was to describe patients's experiences of living with peritoneal dialysis in their daily lives.

Method: The literature review is based on eleven scientific articles of qualitative approach from databases CINAHL complete and PsycINFO. Keywords used for article search were patient experience, living with, and peritoneal dialysis, which was further extended to perspective, home dialysis, qualitative study and interview, with annual limit 2000-2017.

Results: The literature review showed that patients' experiences of living with peritoneal dialysis included a life-changing process with experiences of transition as a troublesome turning point in life, which began at PD initiation. The first six months were the hardest time to find balance and adapt to a new way of life. During this period patients had a high need for support from both the healthcare and the social network, partly to process the various losses and limitations experienced in relation to PD- treatment, partly to maintain motivation for continuing with the treatment. Over time, patient's independency in managing their self-care increased and their need for support decreased, support from health care was mainly routine controls.

Discussion: Patients' experiences of living with PD were discussed and analyzed on the basis of Orem's self-esteem balance and previous research. The major part of the discussion emphasizes the importance of healthcare professionals

who can positively and negatively affect the patient's experiences. How well a patient managed to self-care was based on healthcare, tailored information, type of support in the patient's social network and the care efforts the patient received during treatment process.

Keywords: Renal failure, peritoneal dialysis, experience, self-care, home dialysis.

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 BAKGRUND	1
2.1 Njursvikt (njurinsufficiens)	1
2.1.1 <i>Peritonealdialys</i>	2
2.2 Att leva med kronisk njursvikt	2
2.3 Egenvårdsbehandling	3
2.4 Sjuksköterskans roll med patienter som behandlas med peritonealdialys	4
2.5 Problemformulering	5
3 SYFTE	5
4 DOROTHEA OREMS TEORI OM EGENVÅRDSBALANS	5
5 METOD	6
5.1 Datainsamling	6
5.2 Urval	7
5.3 Analys av data	7
6 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	7
7 RESULTAT	8
7.1 Upplevelser av övergång	8
7.1.1 <i>Stöttande källor</i>	9
7.1.2 <i>Begränsningar i förhållande till PD-initiering</i>	10
7.1.3 <i>Förlust i samband med livsförändring</i>	11
7.1.4 <i>Motiverande faktorer</i>	11
7.2 Adaption och assimilation	12
8 DISKUSSION	13
8.1 Metoddiskussion	14
8.2 Resultatdiskussion	15
8.3 Kliniska implikationer	18
8.4 Förslag till vidare forskning	19
9 SLUTSATS	20
10 REFERENSER	21
BILAGA 1. SÖKMATRIS	25
BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	27

1 Inledning

Att leva med Peritonealdialys (PD) kan vara livsomvälvande, från att leva utan dialys till att vara beroende av PD-behandling för att klara av sin vardag. Detta medför nya livsvillkor som kan vara påfrestande för många olika aspekter av ens liv. Genom att ha arbetat med patienter som lever med PD väcktes ett djupt intresse hos oss för denna patientgrupp. Vår förhoppning med den här studien är att öka kunskapen om vad det kan innebära för patienter att leva med PD i sin vardag. Genom fördjupad kunskap ökar vår förståelse för hur vi kan bemöta patienter på ett sätt som kan förbättra dessa patienters hälsa och välbefinnande.

2 Bakgrund

2.1 Njursvikt (njurinsufficiens)

Njursvikt indelas i akut och kronisk njursvikt (Stenvinkel & Elinder, 2008). Vid akut njursvikt avtar njurarnas reningsförmåga kraftigt inom loppet av dagar eller veckor medan kronisk njursvikt håller sjukdomsförloppet löpande och symtom upptäcks ofta vid ett senare skede. Kronisk njursvikt kan orsakas av en rad sjukdomstillstånd såsom diabetesnefropati, hypertoni, kronisk glomerulonefrit, kronisk pyelonefrit, ärftlig cystinuresjukdom eller medfödd missbildning (Ericson & Ericson, 2013). Andra förekommande orsaker till kronisk njursvikt är ärftlighet och hög ålder.

Vid njursvikt klarar njurarna inte längre att utsöndra slaggprodukter som ska tömmas ur kroppen (Nyberg & Jönsson, 2004). Ökade avfallsprodukter i kroppen medför en belastning på andra organ i kroppen som är beroende av välfungerande njurar. Glomerulär filtreringshastighet (GFR) är en mätmetod som används för att bedöma patientens allmänna njurstatus vilket möjliggör en tidig upptäckt av nedsatt njurfunktion för att förhindra eller åtgärda den aktuella njurskadan (National Kidney Foundation, 2002). Den normala GFR hos en vuxen person med välfungerande njurar är cirka 125 ml/min. Personer med njursvikt lever ofta med lindriga uremiska symtom utan att märka någon särskild förändring i kroppen förrän njurfunktionen minskats ner till GFR cirka 20 ml/min (Attman & Alverstrand, 2008). I tidiga stadier av symtomen kan personen uppleva besvär som aptitlöshet, psykisk och fysisk trötthet med nedsatt prestationsförmåga samt viktförändringar. Vid en tilltagande ansamling av restprodukter i kroppen får personer ytterligare besvär som klåda, illamående, muskelsvaghet och kräkningar. Minskning av filtrationshastigheten till mindre än 15 ml/min är en indikation på terminal uppkomst av njurinsufficiens där renal ersättningsbehandling i form av njurtransplantation eller dialysbehandling såsom peritonealdialys krävs.

2.1.1 Peritonealdialys

I Sverige lever cirka 5 000 personer med njurtransplantation och ungefär 4 000 personer lever med regelbunden dialysbehandling (Njurfonden). Enligt Svenskt Njurregister (Stendahl, 2016) behandlas cirka 3 000 personer med hemodialys varav över 130 sköter behandlingen själva i hemmet medan cirka 800 personer lever med PD-behandling som främst sköts i hemmet. Idag väntar cirka 600 personer i Sverige på njurtransplantation (Livsviktig om organ- och vävnadsdonation).

Införande av PD för behandling av akut njursvikt fanns redan i början av 1920-talet och som utvecklades senare år 1950 till Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) som en alternativ behandling med syftet att behandla personer med kronisk njursvikt (Heimbürger, 2015). PD är oftast det första behandlingsalternativet vid kronisk njursvikt för att dels värna om blodkärlen som annars hade använts till kärlaccesser vid hemodialys, och dels för att öka den enskilda individens möjligheter att påverka sin behandling (Simonsen, 2015). PD-behandling indelas i två dialysformer, CAPD som är en manuell behandling där patienten själv utför behandlingen ungefär tre till fyra gånger om dagen och Automated peritoneal dialysis (APD) där utbyten av dialysvätskan sker via en dialysmaskin i åtta till tio timmar under natten (Heimbürger, 2015). Vid PD används personens egen bukhåla som steril behållare för dialysvätska, där blodet rengörs från slaggprodukter genom osmos och diffusion och därefter transporteras slaggprodukter ur kroppen genom en permanent inopererad dialyskateter i buken.

2.2 Att leva med kronisk njursvikt

Att leva med kronisk njursvikt innebär att leva med de kroppsliga förändringar som den nedsatta njurfunktionen innebär och kräver omformulering och omtolkning av sin livssituation för att kunna hantera de effekterna som sjukdomen medför (Gulbrandsen, 2011). Dahlberg och Segesten (2013) betonar att en person som lever med en kronisk sjukdom ändå kan uppleva hälsa och välbefinnande utifrån den upplevda livskraften. Att ha eller inte ha livskraft i tillvaron har mer att göra med personens inställning till sin livssituation och livet i stort. Detta handlar om att hitta upplevelsen av en inre balans och jämvikt i sina livsförhållanden. Faktorer som sociala relationer, arbete och familjesituation kan positivt eller negativt påverka personens energi där de kan öka eller minska hens livslust. Vidare kan brist på livslust och sviktande hälsa leda till en ond cirkel för den som lever med kronisk sjukdom.

För att klara av att leva med kronisk njursvikt krävs att individen utvecklar effektiva hanteringsstrategier i processen att lära sig att leva med sin sjukdom (Yodchai, Dunning,

Savage, & Hutchinson, 2017). Hanteringsstrategierna innebär oftast att individen ändrar sina subjektiva perceptioner av det som händer i livet för att komma till rätta med stressiga händelser och livskriser (Edwards, 1999). Trots tillämpade strategier kan personer ibland ha svårt att anpassa sig till sin nya livssituation. I en studie som gjordes i Thailand visade sig att religion och spiritualitet var en betydelsefull vägledning till att ändra sin inställning till livet för att kunna leva med sjukdomen och behandlingen (Yodchai et al., 2017). Genom att förknippa sin sjukdom med karma kunde personerna förstå och acceptera deras nya livssituation vilket förbättrade deras hälsa, samt hjälpte dem att upprätthålla en känsla av personlig kontroll över sin livssituation. Många av dem uppgav att en positiv attityd hjälpte att komma över tröskeln till ett nyanserat liv trots svårigheterna.

I djupintervjuer framkommer att personer med njursvikt lever med en rad andra kroppsliga och existentiella besvär som de ofta inte kan sätta ord på, samt en väntan på döden trots ovetande om när döden ska inträffa (Makaroff, Sheilds & Molzahn, 2013). Trots att döden kunde närma sig tillät personer inte sådana tankar att påverka deras upplevelse av att fortsätta leva normalt, snarare låg fokuset på att överleva och att förneka döden som ett sätt att hantera problematiken. Vidare påvisades att besvikelser och falska förhoppningar efter att ha genomgått en njurtransplantation som inte fungerat som patienten hade förväntat sig, i vissa fall var bakomliggande faktorer till försämrad livslust, vilket kan resultera i depression och suicid hos patienter med kronisk njursvikt (Albino Simpson & de Souza Silva, 2013).

2.3 Egenvårdsbehandling

För att kunna sköta en egenvårdsbehandling krävs det en kombination av både biomedicinska kunskaper och patienters livsammanhang som de bär med sig sedan tidigare (Kralik, Price, & Telford, 2010). Egenvård i hemmet innebär att patienten själv eller med hjälp av närstående bär ansvaret för utförandet av behandlingen. Personen som ansvarar för egenvård förväntas att kunna ta emot all information som rör behandling samt lära sig alla aspekter av den biomedicinska tekniken som behandlingen innefattar.

För att kunna klara sin egenvård med PD erbjuds patienter en dialysutbildning i en till tre veckor och därefter förväntas hen att behärska olika egenvårdsaspekter kring dialyshantering (Ericson & Ericson, 2013). Enligt en studie av Baillie och Lankshear (2015) visade det sig att informationen kring sjukdomen, PD-behandlingen och de egenvårdsaspekter som delges i samband med PD initiering är omfattande och kan vara svåra att ta emot i det aktuella sjukdomstillståndet finns i resultat. Dessutom kräver undervisningen att patienten är mottaglig för nya kunskaper för att senare kunna hantera behandlingen och ha kontroll över sjukdomen i

hemmet. I vissa fall behöver patienter ha sina närstående närvarande under utbildningen för att dessa själva ska kunna lära sig och fungera som stöd vid PD-hantering i hemmet (Baillie et al., 2015). Förutom att hålla sig till vätskerestriktioner och kostanpassning behöver patienter lära sig ta ansvar för byten av dialysvätskan och klinisk aseptisk teknik för att undvika kontamination. Vidare förväntas patienten utföra en del kliniska kontroller som blodtryck och dagligvård.

2.4 Sjuksköterskans roll med patienter som behandlas med peritonealdialys

Enligt Sjuksköterskeförbundet (2016) ska omvårdnad utföras utifrån både sak- och relationsaspekter där dessa aspekter innefattar ett gott bemötande och en aktiv hjälp från sjuksköterskan till den drabbade patienten. Det innebär att omvårdnad ska ske på personnivå med bemötande som utgår från ett personcentrerat förhållningssätt utifrån den enskilda individens förutsättningar. Vid PD-behandling involverar sjuksköterskans roll en lärande och vägledande roll där sjuksköterskans pedagogiska förmåga att omvandla teoretiska kunskaper i det praktiska arbetet är av avgörande vikt för hur patienten kommer att hantera sin behandling och livssituationen i stort. Patienter som behandlas med PD behöver ofta hantera omfattande information i samband med sjukdom och behandling (Gulbrandsen, 2011). I denna bemärkelse är en fungerande kommunikation en viktig förutsättning. Sadala, Miranda, Lorençon och De Campos Pereira (2010) betonar att effektiv kommunikation i vård av personer med dialysbehandling ska bygga på en etablerad relation mellan sjuksköterskan och patienten. Att ha en öppen och tydlig kommunikation ansågs patienterna vara av stor vikt för att bygga upp självförtroendet relaterat till hantering av egenvård.

Vidare framhåller McCarthy, Cook, Fairweather, Shaban och Martin-McDonald (2009) att sjuksköterskans attityd mot patienter som behandlas med PD kan både uppmuntra eller förminska patienternas grad av följsamhet i sin behandling. Det gäller att som sjuksköterska fånga upp patientens brister i sin egenvård men också att uppmuntra patienter till en positiv framförhållning. Dahlberg och Segesten (2013) menar att sjuksköterskan har ett ansvar att skaffa sig en helhets bild av patientens hälsotillstånd för att kunna bemötta den enskilda patientens omvårdnadsbehov. Därför spelar den engagerade sjuksköterskan, som arbetar med PD-patienter, en stor roll för patientens upplevelse av behandlingen. Sjuksköterskan behöver kunna bemöta och stödja varje individ utifrån hans unika behov.

2.5 Problemformulering

Vid en gravt försämrad njurfunktion blir dialysbehandling en livslång behandling för fortsatt överlevnad. Trots att PD-behandling kan anpassas till patientens levnadssätt och gör det möjligt för denne att fortsätta leva sin vardag på ett ganska oförändrat sätt så innebär den ett stort egenvårdsansvar och en omställning i patientens egen hemmiljö. Sjuksköterskor har ett ansvar att stödja både patienter och närstående genom att göra deras situation så begriplig och hanterbar som möjligt med avseende att främja deras upplevelse av hälsa och välbefinnande i vardagen. För att kunna ge ett gott stöd är det angeläget att få ökad förståelse för hur personer med PD upplever sin situation.

3 Syftet

Syftet var att beskriva patienters upplevelser av att leva med peritonealdialys i sin vardag.

4 Dorothea Orems teori om egenvårdsbalans

Författarna till den här litteraturöversikten har valt att tillämpa Orems teori om egenvårdsbalans då PD-behandling är betydligt förknippad till egenvård hantering för patienten. Centralt i Orems egenvårdsteori är att varje individ är skapad med förmågan att vårda sig själv och att visa omsorg gentemot sina nära och kära för att främja sin hälsa. Det kallar Orem i sin teori för egenvårdskapacitet (Orem, 2001). Människans egenvårdskapacitet styrs och hotas av olika faktorer under livets gång. Det kan handla om ålder, hälsostatus eller ohälsan i ens sociala nätverk. Balansen mellan egenvårdsförmåga och egenvårdsbehov är avgörande för varje enskild persons levnadssätt och upplevelse av hälsa.

Orem använder sig av begreppen egenvårdsbehov eller egenvårdskrav för att benämna de omsorgshandlingar som måste utföras för att bevara, öka eller återställa personens välmående vid uppkomst av ohälsa (Orem, 2001). Vidare lyfter Orem fram tre olika omvårdnadssystem som sjuksköterskan kan använda sig av i omvårdnadens utförande. Den första är ett fullständig kompenserande omvårdnadssystem som kan tillämpas hos patienter vars omvårdnadskapacitet är helt nedsatt. Den andra är ett delvis kompenserande omvårdnadssystem som kan tillämpas hos patienter som delvis klarar av att tillgodose sitt omvårdnadsbehov med stöd av sjuksköterska eller närstående och till sist ett undervisande omvårdnadssystem som kan tillämpas hos patienter vilka fysiskt har förmågan att tillgodose sina omvårdnadsbehov men behöver stöd i form av undervisning för att utveckla förmågan att utföra de åtgärder som den aktuella hälsoavvikelsen kräver.

Sviktande hälsa såsom att drabbas av en kronisk njursvikt medför olika hälsoavvikelser som ställer krav på omvårdnadssystem med olika aktörer såsom patienten själv, närstående och sjukvårdspersonal (Orem, 2001). Dessa måste samarbeta mot ett gemensamt mål som då blir att bevara, öka eller återställa den drabbade personens egenvårdsbalans. Orem betonar att sjuksköterskan kan använda sig av sin omvårdnadskapacitet i form av teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter för att identifiera den enskildes egenvårdsbrister. Sjuksköterskan kan även fungera som stöd i planering och utförande av de adekvata omvårdnadsinterventionerna för att tillgodose patientens egenvårdskrav samt återställa dennas egenvårdsbalans. I denna bemärkelse har sjuksköterskan en stödjande funktion i att applicera sina pedagogiska kunskaper och färdigheter och engagera både patienten och närstående i olika aspekter av omvårdnadsarbetet med syftet att öka deras upplevelser av kontroll över situationen och därmed förbättra patientens hälsa i relation till egenvården.

5 Metod

Litteraturöversikt enligt Friberg (2017) valdes som metod. Metoden innebär ett strukturerat arbetssätt genom att använda tidigare forskning som underlag till att skapa översikt över kunskapsläget inom det valda ämnet.

5.1 Datainsamling

Enligt Östlundh (2017) kan man redan vid början av artikelsökning översätta sökorden från svensk terminologi till engelska termer i Svensk MESH vilket ger mer konkreta och säkra sökord för att komma fram till relevanta artiklar relaterade till litteraturöversiktens syfte. Studiens syfte låg till grund för val av databassökning i CINAHL complete och PsycINFO. CINAHL complete innehåller vetenskapliga artiklar relaterade till omvårdnadsvetenskap medan PsycINFO innehåller vetenskapliga studier relaterade till psykologi och beteendevetenskap. I början av datasökningen användes de sökord som översattes exakt relaterad till litteraturöversiktens syfte var "patient experience, living with" och "peritoneal dialysis". Vid artikelsökning gav dessa sökord inte tillräckligt med artiklar varför sökorden utökades till "perspective", "home dialysis, qualitative study och interview" vilket användes som stödord i fortsättningen. I sökningen kombinerade författarna booleska söktermerna "AND" och "OR" tillsammans med framtagna MESH-termer. Artikelsökningens förfarande redovisas enligt sökmatris i bilaga 1.

5.2 Urval

Inledningsvis inkluderade sökstrategin åren 2010- 2017 där författarna ansåg att de ursprungliga sökorden och årsökning inte gav tillräckligt med artiklar, därför utökades sökorden och årsökningen till 2004-2017. Eftersom litteraturöversiktens syfte var att beskriva patienters upplevelser valde författarna att använda sig av kvalitativa artiklar vars innehåll knöt an till patienters upplevelser av att leva med PD-behandling. Vidare avgränsades artikelsökningen genom att välja artiklar med full text, references available, peer reviewed, journals abstract available och english language. Artiklar som mötte inklusionskriterier bearbetades noggrant i nästa steg för att undersöka om de var relevanta med hänsyn till studiens syfte genom att först läsa artikelns titel, artikelns nyckelord, samt beskrivning i abstrakt. Artiklar som mötte sökningskriterier men där innehållet inte besvarade litteraturöversiktens syfte, var av kvantitativ ansats samt artiklar med deltagarna mindre än 18 år exkluderades, vilket resulterade i elva artiklar som litteraturöversiktens resultat bygger på. De elva inkluderade artiklarna är bifogade i bilaga två.

5.3 Analys

Dataanalysen gjordes med stöd av Fribergs (2017) metod. Artiklarnas lästes enskilt av författarna och sen diskuterades innehållet tillsammans för fortsatt analys. Vidare läste artiklarna i fulltext av båda författarna för att identifiera de delar som besvarade studiens syfte i likhet och olikhet. Meningen med upprepad läsning var att förstå både helheten och delar som innefattade deltagarnas upplevelse i de enskilda artiklarna. För vidare sortering använde författare färgkodning med olika färg på de ord och meningar som beskrev ett visst fenomen relaterat till patientens upplevelser av att leva med PD. Därefter översattes de markerade delarna i texten från engelska till svenska för att välja ut ett centralt innehåll. Genom sammanställningen av de markerade delarna i samtliga artiklar skapades teman för det resultat som presenteras.

6 Forskningsetiska överväganden

Enligt Stendahl (2003) ska forskare redan i början av projektets formande ta hänsyn till rådande forskningsetik. Det kan handla om tillvägagångssätt i urval av deltagare, informationsöverlämning om studiens syfte och rätt till självbestämmande. En fullständig och trovärdig studie ska bygga på etiska principer med avseende att skydda deltagarna och respektera människors rättigheter till självbestämmande (Kjellström, 2015).

Författarna i den här studien gjorde en kritisk granskning av de valda studierna, tog hänsyn till olika etiska aspekter såsom att återgivande av insamlade data är objektiv och fri från egna värderingar. Författarna har även tagit hänsyn till att alla de utvalda artiklarna är godkända av etiska rådet men efter noggrant övervägande inkluderades även en artikel utan etiskt godkännande.

7 Resultat

Författarna till den här litteraturöversikten fann att patienternas upplevelser av att leva med peritonealdialys innefattar en livsförändringsprocess. Studiens resultat redovisas i två huvudteman med underrubriker. Tema ett är *upplevelser av övergång* med fyra underteman: *stöttande källor, begränsningar i förhållande till PD-initiering, förlust i samband med livsförändring och motiverande faktorer*. Tema två är *adaption och assimilation*.

Då studiens resultat utgår från befintlig forskning där deltagarna benämns som patienter, personer och deltagare samt faktum att patienternas vardag kan vara i hemmet, på sjukhuset och resor, så väljer författarna till den här studien att använda sig av begreppen patient och personer under resultatredovisningen.

7.1 Upplevelser av övergång

Övergångsperioden inför start av PD-behandling beskrevs av många personer som en besvärlig vändpunkt i livet med tilltagande känslor av oro, ångest, och osäkerhet inför framtiden (Yngman-Uhlin, Fredrichsen, Gustavsson, Fenström & Edéll-Gustafsson, 2010; Sauvé, Vandyk & Fothergill Bourbonnais, 2016). Det framkom att de första två till sex månaderna var den svåraste tiden att hitta balans och anpassa sig till ett nytt levnadssätt (Lai Wah, Lee & Shiu, 2014; Sadala, Bruzos, Pereira & Bucuvic, 2012). Studien av Sauvé et al. (2016) visade att olika aspekter av rädsla fanns i varje steg där det skedde förändringar i ett sjukdomsförlopp som visade tecken på försämring i sjukdomstillståndet, exempelvis från att vara akut njursjuk till kronisk njursjuk och vidare till att behöva dialysbehandling. Dessa rädslor var knutna till både kroppsliga skador vid exempelvis inoperering av dialyskatetern och oro, relaterad till personens dagliga aktiviteter och framtid. Vidare ledde rädslan och osäkerheten till minskning av personernas självförtroende, vilket negativt påverkade deras egenvårdsförmåga i hemmet.

Att leva med PD-behandling innebär ett ansvar för sin egenvård såväl som möjlighet att vara självständig och bevara sin autonomi i behandlingen (Curtin, Johnson & Schatell, 2004).

Egenansvar omfattade en rad nya livsvillkor såsom att lära sig hantera dialysmaskin, känna igen symtom på försämring, beställning av dialysmaterial, daglig planering av behandling med mer. Fex, Flensner, Ek och Söderhamn (2010) uppgav att adekvat mental förberedelse under övergångsperioden underlättade för acceptans inför inledande av medicinskteknisk behandling i hemmet. Vid en för kort tid för förberedelse uppstod motvilja och brist på motivation att sköta sin egenvård vilket resulterade i en snabb försämring av sjukdomstillståndet.

Informationen som gavs av sjuksköterskan under dialysutbildningen beskrevs som för omfattande och därmed en överbelastning i det aktuella tillståndet (Sauvé et al., 2016; Baillie & Lankshear, 2014). Att lära sig dialysteknik, infektionskontroll, läkemedelshantering samt kontroll av kost och vätskeintag upplevdes som ohanterligt av många patienter. Vidare uppfattades gruppinformationerna vara antingen för omfattande eller inte anpassad till innehållet rörande egna individuella informationsbehov (Sauvé et al., 2016; Baillie et al., 2014). Brist på anpassad information upplevdes därmed som oroväckande och gav negativt resultat i egenvårdshantering.

7.1.1 Stöttande källor i samband med PD-behandling

För många patienter innebar PD-behandling ett beroende av stöd från familjemedlemmar och sjukvårdspersonal (Sadala et al., 2012; Baillie et al., 2014; Polaschek, 2007). I studien av Sauvé et al. (2016) beskrev patienters behov av olika typer av stöd i samband med bearbetning av olika förluster. Ovillkorligt emotionellt stöd och förståelse från patientens sociala nätverk beskrevs som central i bearbetning av förlusten av njurfunktion och processen att adaptera till det nya livet med PD-behandling (Fex et al., 2010; Sauvé et al., 2016). Det påvisades i studien av Sauvé et al. (2016) att patienter var missnöjda med läkarnas bemötande vid informationsgivning gällande deras sjukdomstillstånd medan i studien av Baillie et al. (2014) framkom positiva upplevelser av sjuksköterskornas hjälpsamhet i samband med behandling.

Sjukvårdspersonalens tillgänglighet för att snabbt kunna svara eller åtgärda tekniska problem kring PD-hantering uppgavs som en framträdande faktor för personernas upplevelser av trygghet (Sauvé et al., 2016). Patienterna uppgav att förenklad information kring egenvård och dialyshantering underlättade för tillämpning av dessa kunskaper i den praktiska egenvården i hemmet (Rygh, Arild, Johnsen & Rumpsfeld, 2012; Sadala et al., 2012; Fex et al., 2010). Att ha kunskaper om försämringssymtom och förebyggande av infektioner hjälpte patienterna att utveckla kompetensen för hantering av sin sjukdom och snabbt agera vid

förändringar (Fex et al., 2010). En trygg vårdrelation mellan patienter och sjukvårdspersonal i samband med PD-behandling beskrevs av många patienter som både emotionellt och mentalt förstärkande och ingav ett ökat förtroende i sig själva gällande PD-hantering i hemmet (Fex et al., 2010). Kombinationen av socialt stöd och sjukvårdens stöd och tillgänglighet underlättade för patienternas process att omdefiniera sina levnadssätt utifrån de aktuella omständigheterna för att upprätthålla deras hälsa trots förändringar i livet (Polaschek, 2007; Sauvé et al., 2016; Fex et al., 2010).

7.1.2 Begränsningar i förhållande till PD-initiering

För att upprätthålla sin hälsa behövde patienter strikt följa ett schema för sin dialysbehandling som ofta rörde sig om tre skift per dag (Lai Wah et al., 2014). Krav på följsamhet i behandlingen upplevdes av många patienter som bundenhet och gav känslor av ett restriktivt och begränsat liv i förhållande till det tidigare levda livet (Lai Wah et al., 2014; Sadala et al., 2012). Många patienter beskrev isolering till följd av bundenhet och bördan av att alltid behöva ha tillgång till dialysen (Fex et al., 2010). Vidare erfor patienter ett begränsat socialt umgänge och aktivt liv då de inte vågade lämna hemmen i många timmar. Att behöva ha med sig dialyspåsar som också krävde utrymme både i hemmet och på resor gjorde att nybörjare på dialysbehandling ofta valde att undvika resor och sociala aktiviteter utanför sitt hem (Fex et al., 2010; Lai Wah et al., 2014).

Den särskilda kosthållningen och vätskerestriktion som patienter oftast behövde förhålla sig till i samband med PD-behandling upplevdes som problematisk (Polaschek, 2007). Många patienter beskrev att livet blev tråkigt och meningslöst till följd av en för begränsad variation i sina matvanor (Lai Wah et al., 2014). Vidare uppgavs känslor av att vara utelämnad speciellt i samband med restaurangbesök då olämpliga ingredienser kunde finnas i maten (Polaschek, 2007; Lai Wah et al., 2014). Patienter beskrev också besvikelser då det uppstod komplikationer såsom ödem och andfåddhet trots ansträngningen att förhålla sig till föreskrivna kost och vätskenintagning (Lai Wah et al., 2014).

Att leva med PD-behandling innebar stora förändringar i livet och inte minst omorganisation i hemmiljön (Baillie et al., 2014). För att kunna utföra PD-behandling behövde huset möbleras om för att skapa utrymme för PD-material och utrustningar samt förvaring. Både personer och familjemedlemmar uppgav negativa känslor av ett förlorat utrymme och obekvämlighet till följd av att inte kunna utnyttja sina rumsytor utan att ha dialysmaterial runt omkring sig.

Många patienter uppgav sömnbrist samt fysisk och mental trötthet som en konsekvens av att ägna flera timmar åt dialysbehandling både under dagen och natten (Yngman-Uhlin et al., 2010).

7.1.3 Förlust i samband med livsförändring

I studier av Sadala et al. (2012) och Sauvé et al. (2016) framkom upplevelser av förluster i olika aspekter av patienternas liv till f  ljad av de förändringar som skede i samband med PD-behandling. Upplevelser av förluster var starkt kopplade till förlorad kontroll över sig själv och sitt liv i stort och innebar en transition med utmaningar att acceptera sina förluster och lära sig leva med dem (Sauvé et al., 2016; Polaschek, 2007). Patienter beskrev upplevelser av förluster relaterade till den förlorade njurfunktion som medförde förluster av tid då PD-behandling krävde flera timmar av begränsade rörlighet om dagen, förlust av fritidsaktiviteter och förlust av kroppsbild (Sauvé et al., 2016).

Vid kroppsfor  ndring upplevde många patienter förluster relaterad till den egna identiteten och kroppsbilden som var svårt att acceptera såväl för kvinnor som f  r m  n (Yilmaz,   zaltin, 2011; Sauvé et al., 2016; Curtin et al., 2004). Den inopererade dialyskatetern medförde en negativ kroppsbild som upplevdes problematisk både i patientens fritidsaktiviteter och i samband med intima, sexuella relationer. Patienter uppgav känslor av att vara   cklade av sig själva vilket negativt påverkade personernas självförtroende. Yilmaz et al. (2011) visade i sin studie att merparten av patienter som behandlades med PD-behandling upplevde negativa förändringar i sin sexualitet till f  ljad av förändringar i deras kroppsbild. I gruppen med gifta patienter uppgavs rädsla av att bli lämnad av sin partner medan de ogifta patienterna upplevde PD som ett hinder i relationsskapandet (Yilmaz, 2010; Yilmaz et al., 2011).

PD-behandling hade i många fall orsakat förlust av arbetet vilket medförde känslor av att vara ekonomisk beroende av andra i familjen och samhället (Polaschek, 2007; Sadala et al., 2012; Sauvé et al., 2016). Detta ledde till att många patienter uppfattade sig som mindre v  rda eller som en börda och belastning för andra i familjen.

7.1.4 Motiverande faktor

Bristande motivation framgick i flera studier som en f  ljad av ansträngningen att fullfölja behandlingsrestriktionerna eftersom många patienter upplevde det som ett arbete som gjorde livet tråkigt och meningslös (Polaschek, 2007; Sauvé et al., 2016). Patienternas positiva uppfattningar om sin livssituation var av stor betydelse för att m  ta de krav som behandlingen

innebörd. Nära familjerelation såsom kärlekspartner, ett trivsamt arbete att sköta och personliga övertygelser som religion framkom som övergripande motiverande faktorer för att uppfylla behandlingens instruktioner (Polaschek, 2007). Trots att det var särskilt ansträngande att ha ett minderårigt barn samtidigt som man behandlades med dialys så visade det sig att vård av barn och viljan att se sitt barn eller barnbarn växa motiverade många patienter att sköta sin PD-behandling. För yngre patienter hade PD-behandling möjliggjort ett fortsatt aktivt arbetsliv som hade tillagt värde i deras liv och ingivit motivationen att fortsätta sköta behandlingen rätt för att bibehålla den positiva delen av sitt liv (Polaschek, 2007; Curtin et al., 2004).

Patienter beskrev en upplevd frihet och flexibilitet till följd av att korrekt sköta sin behandling (Baillie et al., 2014; Curtin et al., 2004). Att vara flexibel möjliggjorde ett fortsatt aktivt arbetsliv, resor och sociala aktiviteter. Möjligheten att bibehålla dessa aktiviteter i sitt liv bidrog till en upplevelse av ökad autonomi och självständighet i vardagen. Personerna beskrev en uppnådd trygghet i sin kompetens att hantera egenvård och upplevde kontroll över sjukdomen, behandlingen och sitt liv i stort (Curtin et al., 2004).

Hopp framgick i flera studier som en motiverande faktor för fortsatt följsamhet (Polaschek, 2007; Sauve et al., 2016; Baillie et al., 2014; Sadala et al., 2012). Patienter beskrev att hoppet utvecklades från falsk hopp till hopp om transplantation, hopp om frihet och hopp om att återfå sitt välmående (Sauve et al., 2016). Hopp om njurtransplantation och drömmen om en framtid fri från PD-maskin och dialyspåsar var den optimalt motiverande faktorn hos de yngre personerna. Det fanns en stark vilja att upprätthålla lämpligheten för njurtransplantation och vara ständigt förberedd på en sådan. Hos äldre patienter som inte var berättigade njurtransplantation beskrevs hoppet om att återfå ett normalt liv, hopp om möjlighet till resor och att delta i familjeaktiviteter som motiverande faktor för fortsatt levnad med PD-behandling (Sadala et al., 2012).

7.2 Adaption och assimilation

I flera studier beskrevs en adaptationsfas som uppstod efter den stränga och punktliga följsamheten till sjukvårdens instruktioner vid initiering av PD-behandling och därefter en assimilationsperiod (Lai Wah et al., 2014; Polaschek, 2007; Sadala et al., 2012; Fex et al., 2010; Rygh et al., 2012; Baillie et al., 2014; Curtin et al., 2004). Adaption beskrevs som en tidsperiod av experimentering och justeringar av föreskrivna instruktioner för PD-behandling, medan assimilation beskrevs som en tidsperiod av ett färdigetablerat levnadssättet med pågående PD-behandling (Lai Wah et al., 2014; Sadala et al., 2012; Curtin et al., 2004).

Tidsmässigt varierade de här två perioderna men i stort varade adaptationen mellan två månader till tre år medan assimilation nåddes efter tre år av att leva med PD-behandlingen. I studien av Polaschek (2007) och Lai Wah et al. (2014) beskrev patienter att den stränga uppföljning av PD-instruktioner gjorde livet monotont och meningslöst. Det uppstod ett behov av att selektivt justera behandlingens föreskrivna restriktioner efter egna individuella observationer och godkännande. Patienter kunde till exempel experimentera genom att dricka mer än föreskrivet, äta mer salt, förkorta dialystider, observera förändringar i sitt tillstånd samt fysiologiska mätvärden och därefter justera eller behålla de föreskrivna restriktionerna (Lai Wah et al., 2014). Den individuella anpassningen av PD-behandlingens instruktioner underlättade både införandet av de nya livsförändringar som behandlingen krävde och etablering av PD-behandling i ens dagliga aktiviteter (Polaschek, 2007).

När patienter nådde assimilation beskrevs upplevelser av oberoende och självständighet i deras behandling (Curtin et al., 2004; Rygh et al., 2012). Personerna skötte PD-behandlingen självständig både i hemmet och på resor. En person beskrev PD-behandling som en daglig rutin, ungefär som att borsta sina tänder (Baillie et al., 2014). En upplevd kontroll över sjukdom och behandling och sitt liv i stort beskrevs av många patienter under det här stadiet (Rygh et al., 2012; Curtin et al., 2004). Oberoendet ingav patienter en ökad autonomi och beskrev känslor av att känna sig som deltagare i sin vård och mycket mindre som patient. Under den här perioden betraktades inte personerna som sjuka varken av sig själva eller av andra i sin omgivning utan beskrev att de levde i en ny normalitet (Rygh et al., 2012; Curtin et al., 2004).

Stöd från sjukvården minskade till enbart rutinkontroller och patienter kunde till och med föreslå att ta den kontrollen via telefon då de insåg att de mårde bra och allt fungerade som det skulle gällande behandlingen (Rygh et al., 2012).

8 Diskussion

Diskussionen i den här litteraturöversikten är uppdelad i en metoddiskussion, resultatdiskussion, kliniska implikationer och förslag till fortsatt forskning. I litteraturöversiktens metoddiskussion kommer författarna att diskutera styrkor respektive svagheter i hur studien har genomförts och under resultatdiskussionen kommer studiens resultat främst diskuteras i förhållande till Orems egenvårdsteori om egenvårdsbalans.

8.1 Metoddiskussion

Enligt Henricson (2012) är det viktigt att ha ett kritiskt förhållningssätt i hur ett forskningsarbete har genomförts genom att kritiskt värdera och diskutera metod, urval och analys av framtagna data. Vid artikelsökningen testade författarna databaser CINAHL complete, PsycINFO och PubMed där författarna fann att artiklar i PubMed var mer inriktade på medicinsk vetenskap än vårdvetenskap, därför uteslöts denna databas från datainsamlingen. Användning av dessa två databaser ansåg författarna som en styrka för att få fram en helhet av patienternas fysiska och psykosociala upplevelser av att leva med PD, därför valdes dessa två databaser som mest lämpliga till artikelsökning för den här litteraturöversikten.

Litteraturöversiktens syfte låg till grund för sökstrategin, varför författarna valde att utgå från sökorden upplevelser och peritonealdialys (PD). Enligt Karlsson (2012) ger ämnesordssökning enbart träffar på det sökta begreppet som anses beskriva innehållet medan fritextsökning ger flera träffar, men mindre specifika sådana. Även om användning av ämnesordssökning gav mer trovärdiga sökresultat, var de funna artiklarna alldeles för begränsade och för få. Behov av flera relevanta artiklar fordrades för att kunna besvara litteraturöversiktens syfte, varför författarna valde att utgå från fritextsökning, som ännu fler sökträffar.

Styrkan med att utöka årsökningen enligt Nortvedt och Grimen (2006) är att relevanta och innehållsrika artiklar såväl gamla som nya inte ska tappas bort. Författarnas förhoppning med att utöka årsökningen från 2010 till 2004 var att inte bara presentera nya rön utan också kombinera äldre och ny forskning för att få en fullständig kunskapsbild över patienternas upplevelser av att leva med PD.

Eftersom litteraturöversiktens syfte var att studera patienternas upplevelser så valde författarna att använda sig av kvalitativ forskning då artiklarna med kvalitativ ansats beskriver patienternas upplevelser av fenomenet djupare utifrån en direkt kontakt med patienten. Trots att kvantitativ forskning också kan beskriva upplevelser uteslöt författarna kvantitativ forskning och la fokus på kvalitativa artiklar som ansågs vara mer trovärdiga när det gäller att studera patienternas upplevelser. Enligt Tidström och Nyberg (2012) kan forskare genom kvalitativ forskning söka efter patienternas upplevelser av fenomenet medan kvantitativ forskning förklarar sitt resultat med siffror som i vissa fall bara bygger på analyser av insamlade kvantitativa data utan direkt kontakt med patienten.

Resultatet som visas i några av de utvalda artiklarna grundade sig i båda PD-behandling och hemodialys, vilket skulle ses som en svaghet men i dessa fall var författarna noggranna och utgick ifrån innehållet i studierna som relaterades till litteraturöversiktens syfte.

8.2 Resultatdiskussion

För att få en bättre förståelse för hur personer upplever att leva med PD kan personernas upplevelser ses utifrån Orems teori om egenvårdsbalans (Orem, 2001). Studiens resultat visade att upplevelsorna präglades av såväl positiva som negativa känslor och lyfte olikheter i hur individuella upplevelser kan vara. Det som vissa personer upplevde som krav och skapade stressande känslor kunde skapa motivation hos andra.

Det visade sig att bemötandet från sjuksköterskor och sjukvårdpersonalen i stort hade en avgörande betydelse för hur patienterna tog till sig informationen och tillämpade kunskaperna i sitt levnadssätt. Under övergångsperiod till PD-behandling var det extra viktigt för patienterna att vårdpersonalen lyssnade till deras behov och stöttade de med information för att kunna fatta egna informerande beslut om sin hälsa och egenvårdshantering. Från sjukvårdens håll ställdes det krav på tillämpning av ett pedagogiskt förhållningssätt i patienternas lärandeprocess för att kunna ta in kunskaperna och utveckla de färdigheter som behandlingen krävde. Detta är i enlighet med Orems teori om egenvårdsbalans (Orem, 2001). Orem menar att sjuksköterskan har en undervisande funktion genom att dels undervisa, dels vägleda patienten i processen att återfå sin egenvårdskapacitet. Detta kan kopplas till studien av Bergjan och Shcaepe (2016) om sjuksköterskornas användbara strategier och påträffade utmaningar i samband med personers egenvård i lärandeprocessen och färdighetsträningen i vid PD-hantering i hemmet. Där beskrivs vikten av att identifiera barriärer och resurser i patientens inlärningsprocess och användning av olika inlärningsstrategier och aktiviteter för att skapa en djupare förståelse för och inläring hos patienter. Det som skapade en djup inläring hos patienter var då de delade erfarenheter där erfarna patienter deltog i lärandet av oerfarna patienter, användning av bilder och ikoner och praktiska övningar med hjälp av konstgjorda material vilket i sin tur underlättade egenvårdshantering. Anledning till denna uppskattning var till följd av den individanpassade kunskapen som patienterna hade tilldelats av professionell och kunnig personal, vilket också bekräftas av Orem (2002) att människan är kapabel och har förmågan att vårda sig själv för att främja sin hälsa. Dessa människor stod inför en livsförändring där information och kunskap var behövliga och visade förmågan att tillgodogöra sig kunskaperna för att på bästa sätt kunna vårda sig själva bara sjukvårdpersonalen tillgodosatt korrekt information på ett korrekt sätt.

Å andra sidan framkom det i litteraturöversiktens resultat att informationen var överflödigt och svår att tillämpa i praktiken, vilket också kunde relateras till vikten av att få en individanpassad information, men också att rätt information gavs vid rätt tillfällen i rätt miljö. Då många patienter redan är så sjuka vid övergången till PD-behandling kan det vara förståeligt att patienten saknar ork att vara mottagliga för nya kunskaper. Enligt Bergjan och Shcaepe (2016) är det av störst vikt att lärandet bygger på en stegvis handledning som börjar med att lära känna patienten, identifiera barriärer i ens inläring och därefter använda sig av konkret och praktiskt material och då främst i patientens hemmiljö. En korrekt lärandeprocess lyfts vidare i Orem's teori om sjuksköterskans undervisande och handledande funktion i processen att stödja patienten att bevara, öka eller återfå sin egenvårdskapacitet (Orem, 2001). Orem menar att i sådana situationer har sjuksköterskan ansvar att använda sig av lärande aktiviteter för att fysiskt eller psykiskt stödja och vägleda patienten och skapa förutsättningar i patientens miljö som bidrar till lärande.

I litteraturöversiktens resultat framkom vikten av att se patientens behov av professionellt och emotionellt stöd samt uppmuntran från patientens sociala nätverk. Detta bekräftas även i studien av Bergjan och Shcaepe (2016) där assistans och deltagande av närstående var en avgörande resurs att ta vara på inte bara under inlärningsprocessen, utan också vid den självständiga egenvårdshandlingen i hemmet. Att en utomstående tar över ansvaret och stödjer eller vårdar den sjuke är också i linje med Orem's teori om människans egenvårdsbrist gentemot egenvårdskrav till följd av sviktande hälsa (Orem, 2001). Orem menar att vid sådana tillfällen där patienten själv inte klarar av att vårda sig själv så är det angeläget att antingen sjuksköterskan eller närstående hoppar in och tar på sig ansvaret att utföra de omvårdnadshandlingar som situationen kräver i processen att stödja patienten att öka eller återställa sin egenvårdsförmåga.

Krav på följsamhet i PD-behandling framkom både som motivation men också en belastning för många patienter speciellt de första sex månaderna av livet med PD. För en del var det viljan att förbättra sin hälsa som motiverade dem att korrekt följa behandlingens instruktioner och då var det bara att följa sjukvårdens råd och rekommendationer medan för andra var förluster, begränsningar och hela tanken på egenvård överväldigande och ohanterlig, vilket ledde till att många valde att införa en selektiv följsamhet efter egna behag. Sjukvårdens tillgänglighet och trygga relationer mellan sjukvårdspersonal och patienter skapade trygghet som överbryggade dessa olika sidor. Detta kan kopplas till studien av Subramanian, Quinn, Junhui, Lachance, Zee, Tentori, & Zhao (2017) som visar att personer som lever med kronisk njursvikt har ett behov av att använda sig av olika copingstrategier för

att kunna hantera sin sjukdom och behandling. Patienter behöver ofta kombinera olika copingstrategier. De som lyckades bäst med sin egenvård hade exempelvis utvecklat en mental inställning där de accepterade sin situation, hade tillit till sjukvårdens råd och rekommendationer, tog hjälp av närstående samt hade ett hållbart fysisk aktivt liv. Detta är i linje med studien av McCarthy et al. (2009) som betonar att en hållbar följsamhet drivs från patientens egna införstådda behov och trycket från det egna sociala nätverket. Följsamheten var högt uppskattad hos patienter som var införstådda med och litade på att PD skulle innebära få livsstil förändringar samt ett ökat välmående vilket också framkom i litteraturöversiktens resultat. Vidare bekräftas detta i Orem's teori (Orem, 2001) om egenvårdsbalans med hjälp av ett omvårdnadssystem. Orem menar att sjuksköterskan i sådana fall kan använda sig av ett omvårdnadssystem där sjuksköterskan tillsammans med patienten planerar och formar en omvårdnadsplan med målet att bevara, öka eller återställa personens egenvårdsbalans.

Tiden framkom i litteraturöversikten som en betydelsefull aspekt som hade en stor påverkan i patientens utveckling av förmåga till egenvårdshantering. Det framkom att patienter hade ett behov av adekvat förberedelse inför PD-initiering där brist på det ledde till påtagliga upplevelser av oro, ångest och beroende. Å andra sidan gav tiden upplevelser av en återvunnen självständighet, frihet och flexibilitet efter ett antal år med PD-behandling vilket många patienter strävade efter. Enligt Orem (2001) kan användning av ett fungerande omvårdnadssystem där patienten är engagerade i ett tidigt stadium skapa förutsättningar för en vårdprocess som stödjer patienten att utveckla en egenvårdskapacitet som möter de egenvårdskrav som den aktuella situationen kräver.

Litteraturöversiktens resultat visar att svårigheter i att leva med PD-behandling minskar ju längre i tiden patienten har levt med PD och till slut upplevdes det som en del av ens dagliga rutiner. Det framkom att sjukvårdens tillgänglighet och lätt tillgängliga kommunikationsmetoder underlättade för patienternas adaptationsprocess till PD-behandling. Detta överensstämmer med studien av Sadala et al. (2010) där patienter uppskattade delaktighet i sin vård och visade tacksamhet till sjuksköterskornas engagemang i att finnas tillgängliga för att hjälpa de till att bli mer och mer oberoende i sin behandling.

Litteraturöversiktens resultat visar att patienternas sexualitet påverkades påtagligt av PD-behandling till följd av den förändrade kroppsbilden. Den permanent sittande PD-katetern medförde negativa känslor som påverkade patienternas självförtroende både vid skapandet av kärleksrelationer och vid sexuella aktiviteter. Trots denna befintliga problematik så framkommer det att sjukvårdspersonalen har svårt att ta upp frågor kring patienternas

sexualitet så att patienterna själva är tvungna att initiera frågor kring sin sexualitet i relation till PD (Bergjan & Shcaepe, 2016). Detta bekräftas även i en äldre översiktstudie av Tanyi (2002) som betonar att patienter som behandlas med PD lever med upplevelser av att vara oattraktiva och känslor av osäkerhet i sina kroppar till följd av operationsärr, dialyskateter, viktökning med mer. Tanyi (2002) menar i sin studie att sjuksköterskorna nödvändigtvis inte behöver vara sexuella terapeuter till patienter med PD men att de ska kunna visa och bekräfta ett intresse i hur PD påverkar patientens sexualitet och kunna bemöta patientens oro relaterad till sexualitet på ett korrekt sätt.

8.3 Kliniska implikationer

Litteraturöversikten visar att patienters upplevelser kan förändras med tiden men det har mycket att göra med hur patienter blir bemötta av vårdpersonalen och vilka egenvårdsinsatser patienten erbjuds. Framförallt betonas relationsskapande mellan sjuksköterskan och patienten samt vilja att tillämpa omvårdnadsinsatser som hjälper patienten att förbättra sin hälsa. Det är genom en vårdanderelation som sjuksköterska eller den berörda sjukvårdspersonalen kan utveckla en öppenhet och följsamhet som inbjuder patienten till delaktighet i sin vård som i sin tur uppmuntrar och motiverar hen att ta hand om sin hälsa. Genom dessa kan nyanserade situationer skapa nya och positiva upplevelser i förhållande till förbättrade egenvårdsbehandlingar.

Tidsmässigt behövde både sjukvårdspersonal och patienter tid på sig för förberedelse inför PD-behandlingen. Som patienter är det av särskilt stor vikt att ha tid för mental förberedelse inför behandlingsinitiering. I många fall påverkar för kort tid för förberedelser behandlingsprocessen negativt vilket i sin tur försämrar patientens tillstånd. Inför PD-initiering krävs det att vårdpersonalen skaffar sig kunskaper om patientens livssituation för att ha förståelse och engagera sig i stöd av patientens processer att acceptera sitt nya tillstånd och de nya livsvillkoren som behandlingen kräver. Detta kan vara en viktig förutsättning från sjukvårdens sida för att kunna sätta in rätta hjälpinsatser för att åstadkomma patienters egenvårdsbehov. Ytterligare önskade både patienter och närstående individanpassade information för att underlätta för patienters egenvårdhantering då det i vissa fall är närstående som tar ansvaret att sköta patientens egenvård i hemmet. Vid dialysutbildningar är det viktigt överväga att inkludera anhöriga då de fungerar som yttre resurser för patienten. Att engagera närstående i patientens tidiga stadier av sjukdomen och vidare till behandlingen inger uppmuntran till både patienter och närstående.

En vårdande relation som inte bara fokuserar på patienten utan också sträcker sig till närstående är en viktig del att upprätthålla för att åstadkomma en lyckad egenvårdshandling. Därför är en välfungerande relation med patienten och dennes anhöriga också en viktig del för att främja patienters egenvård och välbefinnande.

8.4 Förslag till vidare forskning

Vad författarna i den här litteraturöversikten anser behöver vidare forskning är främst tidsaspekten i förhållande till patienternas upplevelser av att leva med PD. Det framkom i litteraturöversikten att patienter som behandlas med PD genomgår tre olika övergångsperioder, där upplevelser skiljer sig åt beroende på hur länge patienten har levt med behandlingen. Trots det var det enbart två studier i litteraturöversiktens resultat som hade en klar framtagen tidsaspekt om när patienter genomgår dessa olika faser. I resterande studier hade forskarna använt sig enbart av begrepp som initiering tid, adaptationstid, konsekvent adaptation med mera, men inte exakt när dessa olika tider inträffar. Författarna anser att kunskap om en konkret tidsaspekt är en viktig förutsättning för att kunna förbättra sjukvårdens bemötande gentemot patienters oro relaterad till PD och egenvårdshandling.

Vidare ser författarna ett behov av vidare forskning om hur sjukvården kan motivera närstående att vilja engagera sig mer i patienternas egenvårdshandling i hemmen. Det framkom i litteraturöversikten att närstående är både resurser och stöd som underlättade för patienternas egenvårdshandling, men också att närstående inte alltid var villiga att engagera sig. Eftersom PD-behandling innebär många fördelar för patienten, sjukvårdens resurser och samhället i stort, anser författarna att det finns ett stort behov att få närstående att vilja hjälpa till.

Ett annat område som författarna anser behöver vidare forskning är hur sjukvården kan motiveras att ta hänsyn till frågor kring PD påverkan på patienternas sexuella liv och vilka verktyg sjukvården behöver för att kunna bemöta dessa frågor. I studierna som används till litteraturöversiktens resultat framkom inte ens frågan om patienternas oro relaterad till sexualitet. Däremot framkom det under resultatdiskussionens del att sjukvården har svårt att ta upp frågor kring patienternas sexualitet utan väntar till patienterna själva tar upp frågor. Detta väckte ett intresse hos författarna, varför är det så och hur kan detta förbättras? Författarna anser att det skulle behövas etnografiska kvalitativa studier kring området både från sjukvårdens och patienternas håll för vidare utveckling.

9 Slutsatser

Litteraturöversiktens syfte var att beskriva hur patienter som behandlas med PD upplever sin vardag i relation till egenvård och sjukdomstillståndet. Upplevelserna av svårigheter minskade ju längre patienterna hade levt med PD då patienten bättre kunde hantera behandlingen, vilket ökade patienternas upplevelser av bättre hälsa, trots sjukdomen. Motivation, information och stöd från både patientens egna sociala nätverk och sjukvården var faktorer som underlättade för patienternas egenvårdhantering. Vidare visade det sig att begränsningar i samband med PD-hantering och den följsamheten som krävs för att uppnå optimalt resultat i behandlingen var för många patienter svåra att tillämpa i det redan etablerade levnadssättet. Framförallt framkom det att kunskap och sjukvårdens tillgänglighet samt bemötande var centrala delar som var avgörande för hur patienterna lyckades eller inte lyckades med sin egenvård. Författarna anser därför att patienternas upplevelser kan förbättras genom en ökad kunskap från sjukvårdspersonalens håll och ett bemötande som utgår från den enskilda individens förutsättningar.

10 Referenser

- Albino Simpson, C., & de Souza Silva, F. (2013). Trajectory of life of kidney transplant recipients: Seizing the changes in the lives of patients. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 12(3), 469-476. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.20838
- Attman, P-O., & Alverstrand, A. (2008). Kronisk njurinsufficiens. I M. Aurell & O. Samuelsson (Red.), *Njurmedicin* (3. uppl., s. 193-204). Stockholm: Liber.
- Baillie, J., & Lankshear, A. (2014). Patient and family perspectives on peritoneal dialysis at home: Findings from an ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1/2), 222-234. doi:2112/10.1111/jocn.12663
- Baillie, J., & Lankshear, A. (2015). Patients' and relatives' experiences of peritonitis when using peritoneal dialysis. *Journal of Renal Care*, 41(3), 177-186. doi:2112/10.1111/jorc.12118
- Bergjan, M., & Schaepe, C. (2016). Educational strategies and challenges in peritoneal dialysis: a qualitative study of renal nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11/12), 1729-1739. doi:2112/10.1111/jocn.13191
- Curtin, RB., Johnson, HK., & Schatell, D. (2004). The peritoneal dialysis experience: Insights from long-term patients. *Nephrology Nursing Journal*, 31(6), 615-625. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2013). *Hälsa & vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.
- Edwards, D. (1999). Stress and emotion, a new synthesis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 6(5), 410-410. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2013). *Medicinska sjukdomar* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fex, A., Flensner, G., Ek, A-C., & Söderhamn, O. (2011). Health-illness transition among persons using advanced medical technology at home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 253-261. doi:2112/10.1111/j.1471-6712.2010.00820.x
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 141-151). Lund: Studentlitteratur.
- Gulbrandsen, T. (2011). Omvårdnad vid akut njurskada och kronisk njursvikt: kronisk njursvikt. I A. Hallbjörg, D-G. Stubberud & R. Grönseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 2* (2. uppl., s. 92-100). Stockholm: Liber.
- Heimbürger, O. (2015). Peritonealdialys. I N. Cylne & B. Rippe (Red.), *Njursjukdom: Teori och klinik* (s.409-422). Lund: Studentlitteratur.

- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 471-478). Engelska (USA): Studentlitteratur.
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 95-113). Engelska (USA): Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2015). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., s. 237-244). Engelska (USA): Studentlitteratur.
- Kralik, D., Price, K., & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illness*, 2(3), 197-204. doi: 2112/10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x
- Lai Wah, L., Lee, D.T. F., & Shiu, A. T. Y. (2014). The dynamic process of adherence to a renal therapeutic regimen: Perspectives of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 908-916. doi: 2112/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.012
- Livsviktig - om organ- och vävnadsdonation (u.å.). *Statistik*. Hämtad 12 september, 2017, från Livsviktig - om organ- och vävnadsdonation, <http://www.livsviktigt.se/omdonation/statistik/Sidor/default.aspx>
- McCarthy, A., Cook, P.S., Fairweather, C., Shaban, R., & Martin-McDonald, K. (2009). Compliance in peritoneal dialysis: A qualitative study of renal nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 219-226. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01747.x
- Makaroff, K. L. S., Shields, L., & Molzahn, A. (2013). Stories of chronic kidney disease: Listening for the unsayable. *Journal of advanced nursing*, 69(12), 2644-2653. doi:10.1111/jan.12149
- National Kidney Foundation. (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines*. Hämtad 28 september, 2017, från National Kidney Foundation, https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf
- Njurfonden (u.å.). *En av tio svenskar uppskattas ha nedsatt njurfunktion*. Hämtad 13 september, 2017, från njurfonden, <http://www.njurfonden.se/om-njurarna/sa-vanligt-ar-njursjukdom/>
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2006). *Sensibilitet och reflektion: Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos.
- Nyberg, G. & Jönsson, A. (Red.). (2004). *Njursjukvård* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6th ed.). New York: Mosby.
- Polaschek, N. (2007). *Client attitudes towards home dialysis therapy*. *Journal of Renal Care*, 33(1), 20-24. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

- Rygh, E., Arild, E., Johnsen, E., & Rumpsfeld, M. (2012). Choosing to live with home dialysis-patients' experiences and potential for telemedicine support: A qualitative study. *BMC Nephrology*, *13*(1), 13-13. Hämtad från databasen CINAHLComplete.
- Sadala, M. L. A., Bruzos, G. A. de Souza., Pereira, E. R., & Bucuvic, E. M. (2012). Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: A phenomenological approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *20*(1), 68-75. doi:2112/10.1590/S0104-11692012000100010
- Sadala, M. L. A., Miranda, M. G., Lorençon, M., & De Campos Pereira, E. P. (2010). Nurse-patient communication while performing home dialysis: The patients' perceptions. *Journal of renal care*, *36*(1), 34-40. doi:10.1111/j.1755-6686.2010.00135.x
- Sauvé, C., Vandyk, A., & Fothergill Bourbonnais, F. (2016). The experience of individuals transitioning from in-centre hemodialysis to home dialysis after a suboptimal start. *CANNT Journal*, *26*(4), 11-17. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Simonsen, O. (2015). Självdialys eller assisterad dialyshemma eller på institution I N. Clyne & B. Rippe. (Red.), *Njursjukdom: Terori och klinik* (1. uppl., s. 401-407). Lund: Studentlitteratur.
- Sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 15 oktober, 2017, från, https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf
- Stendahl, M. (2016). *Årsrapport*. Hämtad 09 september, 2017, från Svenskt njurregister, <https://www.medscinet.net/snr/rapporterdocs/Svenskt%20Njurregister%20%C3%85rsrapport%202016.pdf>
- Stendahl, O. (2003). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad 2017 oktober, 01, från vetenskapsrådet, https://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf
- Stenvinkel, P., & Elinder, C-G. (2008). Akut njursvikt och njuren i intensivvården. I M. Aurell & O. Samuelsson (Red.), *Njurmedicin* (3. uppl., s. 193-204). Stockholm: Liber.
- Subramanian, L., Quinn, M., Junhui Z., Lachance, L., Zee, J., Tentori, F., & Zhao, J. (2017). Coping with kidney disease - qualitative findings from the Empowering Patients on Choices for Renal Replacement Therapy (EPOCH-RRT) study. *BMC Nephrology*, *18*, 1-10. doi: <http://eshproxy.esh.se:2112/10.1186/s12882-017-0542-5>
- Tidström, A., & Nyberg, R. (2012). Beskriv material och metoder. I R. Nyberg & A. Tidström (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (2. uppl., s. 115-137). Lund: Studentlitteratur
- Tanyi, R.A. (2002) Sexual Unattractiveness: A patient's story. *Medsurg nursing*, *11*(2), 95-99. Hämtad från database CINAHL complete.

- Yilmaz, M. (2010). Opinions of Unmarried Patients Receiving Peritoneal Dialysis Treatment About Sexuality. *Sexuality & Disability*, 28(4), 213-221. doi:2112/10.1007/s11195-010-9174-4
- Yilmaz, M., & Özaltın, G. (2011). The sexual behaviors of patients receiving peritoneal dialysis treatment. *Sexuality & Disability*, 29(1), 21-32. doi:2112/10.1007/s11195-011-9199-3
- Yodchai, K., Dunning, T., Savage, S., & Hutchinson, A. M. (2017). The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 359-367. doi: 2112/10.1111/scs.12355
- Yngman-Uhlin, P., Fredrichsen, M., Gustavsson, M., Fenström, A., & Edéll-Gustafsson, U. (2010). Circling Around in Tiredness: Perspectives Of Patients on Peritoneal Dialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 37(4), 407-412. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dag för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl., s. 59-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
Cinahl complete	Patients Experience AND peritoneal dialysis	Fulltext, peer reviewed, journals abstract available, english language, Nursing 2004-2017	41	19	15	Curtin, R. B., Johnson, H.K., & Schatell, D. (2004). Fex, Angelika., Flensner, Gullvi., Ek, A-C., & Söderhamn, O. (2010). Lai Wah, L., Lee, D. T. F., & Shiu, A.T. Y. (2014). Sadala, M., Bruzos, G., Pereira, E., & Bucuvic G. (2012). Sauve. C, Vandyk. A & Fothergill Bourbonnais. F. (2016).
Cinahl complete	Perspective of patient on peritoneal dialysis	Full text, references available, peer reviewed, journals abstract available, english 2004-2017	12	6	6	Baillie, J., & Lankshear, A. (2014). Polaschek, N. (2007).
Cinahl complete	Peritoneal Dialysis AND Qualitative studien	Full text, references available, peer reviewed,	47	12	6	Yngman-Uhlin, P., Fredrichsen, M., Gustavsson, M., Fenström, A., & Edéll-Gustafsson, U. (2010).

		journals abstract available, english 2004-2017				
Cinahl complete	Patient xperience AND Home dialysis AND attiudes	Full text, references available, peer reviewed, journals abstract available, english 2004-2017	35	5	3	Rygh, E., Arild, E., Johnsen, E., & Rumpsfeld, M. (2012).
Psycinfo	Peritoneal Dialysis AND interview	Full text, Peer reviewed,english 2004-2017	18	6	5	Yilmaz, M. (2010). Yilmaz, M., & Özaltın, G. (2011).

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Baillie, J., & Lankshear, A.	Patient and family perspectives on peritoneal dialysis at home: findings from an ethnographic study.	2014 Storbritannien Journal of Clinical Nursing	Att undersöka upplevelser av att använda PD i hemmet utifrån patienter och närstående perspektiv i Storbritannien	Metod: Etnografisk kvalitativ design Urval: 16 patienter och 9 närstående intervjuades och observerades. Datainsamling: En semi-strukturerad intervju och observation användes där deltagarna intervjuades och observerades när de genomförde PD i sina hem. Analys metod: Tematisk analys (utifrån Wolcotts 1994 approach)	4 övergripande teman identifierades 1) Personerna beskrev en initieringsperiod för att komma till verkligheten efter beslut om PD-behandling. 2) Personerna beskrev svårigheter i att hitta plats samt att hantera medicinsk och teknisk utrustning i hemmet samt den egenvård som behandlingen medför. 3) Personerna beskrev känslor av osäkerhet inför framtiden, oro över försämring, hur de skulle undvika eller upptäcka infektioner samt skuld när de exempelvis fick peritonit då det upplevdes som att de inte hade skött sin hygieniska del på rätt sätt. 4) Personerna beskrev en ökad frihet och möjlighet till kreativitet och flexibilitet efter att ha adapterat till PD-behandling då de fick möjlighet att resa.
Curtin, R. B., Johnson, H.K., & Schatell, D.	The peritoneal dialysis experience: insights from	2004 USA Nephrology Nursing Journal	Syftet var att identifiera domäner och dimensioner av	Metod: Kvalitativ Deskriptiv studie. Urval: 18 patienter med medelåldern 51,1 år som	Deltagarna beskrev: -en ökad trygghet i egenvård och att de själva kunde förslå justeringar till sjukvården

	long-term patients.		egenvård erfara nyheter hos patienter som behandlats med peritonealdialys behandling i mer än 4 år	hade behandlades med Peritonealdialys mellan 4-13 år intervjuades. Datainsamling: semistrukturerade intervjuer med inspelningar. Dataanalys: Materialet transkriberades, kodades, kategoriseras och slutligen tematiseras	-ökat inflytande där de kunde vara med att fatta beslut -ökad flexibilitet med sin vård och en omdefinierad normalitet -ökad autonomi i sin behandling
Fex, Angelika., Flensner, Gullvi., Ek, A-C., & Söderhamn, O.	Health–illness transition among persons using advanced medical technology at home	2010 Sweden Scandinavian Journal of Caring Sciences	Syftet var att belysa patienters upplevelser bland vuxna personer som använder avancerad medicinsk teknik i hemmet.	Metod: Kvalitativ design Urval: 10 personer som hade en långvarig avancerad medicinska teknisk behandling intervjuades Datainsamling: 5 kvinnor och 5 män som använde antingen syrgasbehandling eller dialysbehandling i hemmet intervjuades i sina hem. Intervjuerna inspelades. Analys: en fenomenologisk hermeneutisk metod med både induktiva och	Studiens resultat visade olika innebördet av medicinsk tekniska behandlingar -Deltagarna upplevde en lärandeprocess av accepterade, hanterande, justerande och förbättring i deras hälsa i förhållande till förmågan att använda teknologi. -Accepterade av teknologi motiverade av vinsten med att ha den tekniska behandlingen i hemmet. -Hantering av det dagliga livet med tekniken krävde både kunskap och kompetens -Hjälp och stöd från närstående och vårdpersonal samt erfarna personer var av stort betydelse i personens

				deduktiv innehållsanalys användes.	anpassning av sitt levnadssätt efter den teknologin i hemmet.
Lai Wah, L., Lee, D. T. F., & Shiu, A.T. Y.	The dynamic process of adherence to a renal therapeutic regimen: Perspectives of patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis.	2014 Hongkong International Journal of Nursing Studies.	Att beskriva den dynamiska processen av efterlevnad utifrån patienternas perspektiv hos patienter med PD-behandling	Metod: Den kvalitativa delen av en mixed studie. Urval: 36 personer med medelåldern 56 år och medel dialystid på 44,5 månader intervjuades. Datainsamling: Semi-strukturerade metod där 36 personer av 173 personer som deltog i den kvantitativa delen (Fas 1) av studien intervjuades. Intervjuerna inspelades Analys: Intervjuerna transkriberades, kodades	-Deltagarna beskrev en svår initiering period mellan 2-6 månader av ansträngning och strävan efter att fullfölja sjukvårdens råd och restriktioner -Betraktande av behovet av förändringar i efterlevnad. -En period av experimenterande efter 6 månader till 3 år i sökande till en lättare eller selektivt levnadssätt anpassning -En långsiktig efterlevnad inom säkra nivåer där de själva valde ut de aspekter som var mest viktiga att fullfölja och inte
Polaschek, N.	Client attitudes towards home dialysis therapy	2007 NyZeeland Journal of Renal Care	Att beskriva karakteristiska attityder gentemot sitt behandlingsområde bland en grupp personer som behandlas med dialys i hemmet.	Intervjumetod med hermeneutisk frågan och analys.	Resultatet visar både positivt och negativt av att leva med PD. Kravet är högt till egenvårdshandling vilket gör det svårt för patienter att uppfylla det. Att få stöd från sin familj och omgivning kan det underlätta handtering av sin egen vård i hemmet vilket påverkar patienters upplevelse.
Rygh, E.,	Choosing to live	2012	Syftet var att undersöka	Metod: Kvalitativ	-Deltagarna var nöjda med sitt

Arild, E., Johnsen, E., & Rumpsfeld, M.	with home dialysis-patients' experiences and potential for telemedicine support: a qualitative study	Norway BMC Nephrology	patienternas behov av information och vägledning val av dialys modell, etablering och genomförande av PD behandling i hemmet	metod Urval: 11 personer med en etablerad dialysbehandling i hemmet. Datainsamling: Djupa intervjuer där 3 personer med en etablerade hemodialys och 8 personer med etablerad PD-dialysbehandling i hemmet intervjuades. Analys: Tematisk innehållsanalys	dialysval, upplevde en normalisation och mindre sjukdomspåverkan i vardag. -Hade fått tillräcklig med hjälp vid start och upplevde en trygghet med behandlingen. -Kommunikation med vårdpersonal och deras tillgänglighet bidrar med tryggheten hos Dialys personer. -Upplevde rutinkontroller som ansträngande och ville ta den på telefonen
Sadala, M., Bruzos, G., Pereira, E., & Bucuvic G.	Patients' experiences of peritoneal dialysis at home: a phenomenological approach	2012 Brasillien Journal Article - research	Syftet var att belysa innehållsburden av peritonealdialysbehandling som det upplevs av patienter med kronisk njursvikt.	Metod: kvalitativ metod Urval: 19 personer med medelåldern 46 år som hade haft PD i hemmet i minst 6 månader intervjuades. Datainsamling: Deltagarna intervjuades i sina hem. Intervjuerna spelades in. Analys: struktur innehållsanalys som leder till teman	-Deltagarna upplevde olika svårigheter såsom känslor av osäkerhet, ångest sedan de fått diagnos och dialysbehandlingsbeslut. -Dramatiska förändringar deltagarnas livsstil ex. efter att patienterna adapterade till de nya förändringar, var många tacksamma och kände sig hoppfulla trots det fanns lidande och svårigheter under behandling. -Familjens stöd beskrevs som en avgörande betydelse för deras inställning till peritonealdialys behandling.”

Sauve, C, Vandyk, A., & Fothergill Bourbonnais. F.	The experience of individuals transitioning from in-centre hemodialysis to home dialysis	2016 Kanada The CANNT Journal (Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists)	Att undersöka erfarenheten hos individer som övergår från hemodialys på mottagning till hemdialys.	<p>Metod: Kvalitativ metod.</p> <p>Urval: 6 personer. 3 kvinnor och tre män i åldern 30-63 år intervjuades.</p> <p>Dataansamling: semi-strukturerade intervjuer med dem som hade påbörjat en oplanerad dialysbehandling på mottagning och skulle fortsätta med det i hemmen. Intervjuerna spelades.</p> <p>Analys: Inspelningar transkriberades, kodades och leder till en tematisk innehållsanalys</p>	<p>Analysen resulterade i 1 övergripande tema "Att lära sig leva med svikten" och 5 underteman där personerna beskrev:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) en transiton period av att lära sig leva med förlust. Förlust av njurfunktion, hälsa, förlust av tid då dialysen varade mellan 4 - 6 timmar 3 gånger i veckan och en förlust av kroppsbild. 2) rädsla relaterade till kroppslig skada rädsla för att göra fel vid hantering av PD utrustningar på egenhand i hemmet 3) behov av både emotional stöd och funktionell stöd både från vårdpersonal och närstående 4) ett överflöd av information och information som kom vid fel tillfällen 5) en utveckling av hopp om att exempelvis får transplant, att PD skulle ge mer frihet och välmående.
Yilmaz, M.	Opinions of Unmarried Patients Receiving Peritoneal Dialysis Treatment About Sexuality	2010 Turkey Sexuality & Disability,	Att undersöka ogifta personers åsikter om sexualitet hos personer som lever med peritonealdialys behandling.	<p>Metod: kvalitativ metod, semi-strukturerad.</p> <p>Urval: 15 ogifta personer som hade behandlats med PD i minst 6 månader.</p>	Studien visar fram resultat i en grupp med ogifta personer efter att ha fått PD-behandling. Till följd av all förändring som sker gör det svårt hos personer med PD-behandling att skaffa ett förhållande eller en relation.

<p>Yılmaz, M., & Özaltın, G.</p>	<p>The Sexual Behaviors of Patients Receiving Peritoneal Dialysis Treatment.</p>	<p>2011 Turky Sexuality & Disability, (2011).</p>	<p>Syftet var att undersöka sexuella beteenden hos patienter som behandlas med PD och för att bestämma hur de uppfattas av sina partner</p>	<p>Metod: Kvalitativ deskriptiv metod Urval: 35 gifta personer som behandlades med PD Datainsamling: 35 gifta personer som behandlades med PD i minst 6 månader intervjuades i sina hem. Analys: tematisk innehållsanalys</p>	<p>-Studien lyfter deltagarnas olika sexuella uppfattningar i jämförelser med förr och efter att har påbörjat dialysbehandling. -Förlust av sexuell njutning relaterade till förändringar i kroppsbilden. -Rädslan av att bli lämnad av sin partner</p>
<p>Yngman-Uhlin, P., Fredrichsen, M., Gustavsson, M., Fenström, A., & Edéll-Gustafsson, U.</p>	<p>Circling Around in Tiredness: Perspectives Of Patients on Peritoneal Dialysis</p>	<p>2010 Nephrology Nursing Journal</p>	<p>Syftet var att beskriva hur patienter med PD behandling i hemmet upplever tröttheten i sin dagliga liv i förhållande till dålig sömn.</p>	<p>Metod: Deskriptiv kvalitativ fenomenologisk studie design Urval: 14 patienter 6 män och 8 kvinnor intervjuades. Datainsamling: Djupa intervjuer med inspelning Analys: Intervjuerna transkriberades och fenomenologisk analyserades med hjälp av bracketing Giorgi (1997)</p>	<p>-Personerna beskrev olika aspekter av mental och fysisk trötthet som en del av sjukdomen som negativt påverkar nattsömnen såsom sömnlöshet och stöd sömn -Personer beskrev upplevelser av konstant behov av att vila och sova under dagarna vilket ledde till de tog flera tupplurar under dagarna som i sin tur påverkar nattsömnen -Upplevde att behandlingen vara energikrävande vilket ledde till ökat behov av att återhämta sig</p>

