

K pacientu orientirana zdravstvena nega- psihosocialna oskrba za paciente z ledvično boleznijo

Author: Michael Kelly. EDTNA/ERCA Psychological Care Consultant, Ireland | mike@ika.ie

Učni cilji

- Zavedanje, da je prisoten psihološki stres-zaskrbljenost in obup pri pacientih, ko jim diagnosticirajo bolezen ali ko se zdravijo zaradi ledvične bolezni.
- Zavedanje, da se lahko ta zaskrbljenost odraža v pacientovem odnosu in obnašanju.
- Vedeti, da je lahko pacientovo obnašanje komunikacija njihove zaskrbljenosti in če je tako, moramo posvetiti pozornost temu in ne obnašanju.
- Vedno imejte v mislih občutek nemoči, ki ga občuti pacient in kako se bo to odražalo v odnosih s sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci.
- Na voljo so orodja, ki pomagajo med. sestram in drugim zdravstvenim delavcem podpreti pacienta in jim zmanjšati občutek nemoči.

Uvod

Z razvojem dializnih aparatov je postalo zdravljenje življenjsko ogrožujočega stanja mogoče. Vseeno pa je že od samega začetka, ko smo lahko spoznavali potrebe pacientov v času dializiranja, naraščalo priznavanje, da dializno zdravljenje prinaša s sabo tudi psihološko travmo. Ta psihološka travma se izraža na zelo različne načine, kot na primer: agresija in jeza, depresija, strah, neupoštevanje dietne prehrane in jemanja zdravil. Pogosto je medicinska sestra ali drug zdravstveni delavec tisti, ki mora zajeziti psihološko travmo, ki jo doživljajo njihovi pacienti. To naredijo na zelo različne načine, z rahločutnostjo za pacientove potrebe, poslušanjem in razumevanjem in s tem, da jim posvetijo čas. Vseeno pa so tu še druga področja, ki jih lahko spregledamo, ne zato, ker jih zgrešimo, pač pa morda zato, ker niso tako očitna. V tem članku bomo predstavili nekatera ta področja ter raziskali in omogočili globlje razumevanje njihovega vpliva na naše paciente in njihovo prilagajanje na režim zdravljenja. Upanje je tisto, ki vodi v globlje razumevanje in zavedanje tega, kar naši pacienti doživljajo ter posledično vodi v bolj holističen pristop k zdravstveni negi.

Zgodovina

Cameron¹ v svoji knjigi opisuje zgodovinski razvoj dializnega zdravljenja od leta 1950 naprej in pravi 'ne moremo naštetih psihičnih problemov, ki jih v začetku dolgotrajnega zdravljenja pacienti na dializi doživljajo brez, da bi se na kratko spomnili psiholoških problemov, ki jih imajo na splošno.'

Cameron gre še dalje in pravi da, 'je kombinacija olajšanja, da so ostali živi, spremenjenega telesnega izgleda, spremembe življenjskega sloga, odvisnosti in izgube avtonomije, jeza, frustracije, skrbi za prihodnost, od prikličitve na aparat in odvisnost od samega aparata, z nejasno predstavo kaj se bo zgodilo v prihodnosti – močan dejavnik problemov od katerih mnogi ostajajo tudi še danes.' Zaključni z mislijo, da bi z reševanjem 'psihološke škode to lahko uvideli zelo zgodaj'.

Shea et al² so objavili študijo leta 1965 v kateri so ugotovili, da 's subjektivnega stališča pacienta, emocionalna reakcija na potrebo po kronični dializi, lahko predstavlja največjo oviro za uspešno rehabilitacijo'.

V članku objavljenem leta 1968 v British Medical Journal, Cramond et al³, zelo nazorno orišejo psihološko komponento diagnosticiranja in zdravljenja končne ledvične odpovedi (KLO). Članek se zaključni s trditvijo da, 'ne smemo nikoli pozabiti na kompleksne čustvene in socialne potrebe pacientov in njihovih svojcev'. Članek poudarja pomembnost tega, da osebe razume pacientove vzorce obvladovanja strahu in jeze, ker se bo oboje pojavilo.'

Naslednje leto, 1969, je študija Abrama⁴ pokazala, da dializni pacienti 'razmišljajo o sebi kot nepopolnem človeku in so zato "čudaki".'

V njeni vplivni raziskavi leta 1974, Kaplan de Nour⁵ pravi, da mnogi pacienti 'na dializi pridejo do tega, da sebe dojemajo kot del aparata ali da obdarjajo aparat s človeškimi kvalitetami'.

Deset let kasneje, 1984, se je študija Nicholisa in Springforda⁶ osredotočila na prevalenco zanikanja kot mehanizma soočanja, ki jo uporabljajo dializni pacienti in nadalje tudi poudarjajo 'psihosocialne probleme povezane s preživetjem na hemodializi'. Rezultati raziskave, ki jo je naredil Petrie⁷ leta 1989, so pokazali, da 43% dializnih pacientov trpi za neko stopnjo psihološke motnje.

Raziskava, ki jo je izvedel Wolcott et al⁸ in jo objavil 1988 'kaže na to da ima 20-30% dializnih pacientov klinično pomembne afektivne motnje'.

Murray Parkes⁹ veliko piše o psihološki oskrbi povezani s psihičnimi boleznimi. Medtem, ko se ne nanaša specifično na dializne paciente, pa poudarja pomembnost prepoznavanja psihološkega elementa s pozivanjem teh, ki delajo s pacienti v kakršnikoli vlogi, da 'gojijo občutljivost do možnega vpliva psihične bolezni, ki nam pride na pot'.

Zgodovinsko lahko rečemo, da odkar je bilo predstavljeno zdravljenje kronične ledvične bolezni z dializo, je bilo tudi prepoznano, da igra psihološki element pomembno vlogo v tem, kako pacient vidi svoje zdravljenje, vidi sebe, kako si predstavlja, da ga vidi drugi, kako se je prilagodil ali se ni uspel prilagoditi na režim zdravljenja. Kar je tudi jasno razvidno iz zgodovine virov je to, da če se ne odzovemo na psihološke probleme pacientov in njihovih družin, to slabo vpliva na njihovo počutje in počutje družine.

Naše zavedanje

Seveda se vse medicinske sestre ali drugi zdravstveni delavci vsega tega zavedamo. To se vsakodnevno dogaja na dializah in v naši dializni populaciji. Vemo, da naši pacienti (in njihove družine) doživljajo tako emocionalni in psihološki stres, ko jim diagnosticirajo bolezen in ko se zdravljenje začne.

Vemo da vsaka pot zdravljenja ne poteka gladko in da so trenutki in čas povečanega emocionalnega stresa in krhkosti, posebno kadar se pojavijo problemi, npr. če fistula ne dela ali če se zamaši PD kateter ali kadar mora pacient v bolnišnico na poseg.

Vemo da se veliko naših pacientov počuti jeznih, frustriranih, negotovih, prestrašenih, zaskrbljenih za prihodnost in še kopico drugih čustev.

Vemo da naši pacienti žalujejo za osebo kakršna so nekoč bili, za telesno podobo ki so jo nekoč imeli, za stvarmi ki so jih lahko nekoč počeli, za npr. delom ali kariero ki so jo imeli, za družbo v kateri so uživali in za upanji in sanjami, ki jih ne bodo mogli več realizirati.

Vemo, da naši pacienti doživljajo utrujenost, pomanjkanje energije, okrnjeno koncentracijo, nespečnost, izgubo telesne teže in omejeno delo z udi po kreaciji fistule in, da vse to prispeva k stopnji stresa, ki ga doživljajo.

Znano je, da bolezen naredi ljudi ranljive. Nekateri pacienti se s to anksioznostjo soočajo tako, da postanejo jezni, drugi reagirajo tako, da postanejo 'dobri' pacienti brez strahu, da če se ne bodo lepo vedli, bo to vplivalo na njihovo zdravljenje.

Vemo da, kot pravi McClintock Greenberg¹⁰: 'prilagajanje bolezni zahteva, da pacient sprejme izgubo, upravlja z udarcem njegovemu egu, ki ga povzroča bolezen in se sooča z anksioznostjo in obvladuje bolj neodvisno počutje'.

Dr Duncan Thomas, ki je napisal dva članka, ki sta zelo informativna, zanimiva in vredna branja, v Journal Of Renal Care¹¹ (JORC), nam poda zelo odprt in iskren pogled na to, kakšen vpliv je imela njegova diagnoza in zdravljenje, nanj. Pravi, da 'življenje s končno ledvično okvaro zahteva veliko količino volje in odločnosti, da nadaljuješ normalne dnevne aktivnosti'. Utrujenost opisuje kot 'vedno večjo pošast s katero se moraš boriti vsak dan'. Zaključí, da vse to privede do 'emocionalne krhkosti, ki zahteva ogromno stopnjo razumevanja s strani družinskih članov, prijateljev in partnerjev in vse to vpliva tudi na osebe'.

Nemoč –neviden vendar vedno prisoten občutek

McClintock Greenberg¹² piše o tem, da tisti, ki jim ugotovijo težko bolezen, pravijo da so pacienti 'pogosto obremenjeni s vplivom telesnih sprememb in poslabšanja, telesno bolečino in strahom pred smrtjo: preživetje iz dneva v dan zahteva ogromno fizične energije in kot rezultat se zmanjša psihološka energija, ki bi jo naj porabili za čustveno področje.' To drži za naše paciente. Zahteve ponavljajočega se zdravljenja, utrujenost, omejitve v prehrani in pri tekočini, to vse prispeva k temu, da se pacienti težko osredotočijo na prisotna čustvena vprašanja.

Iz vsega naštetega lahko zaključimo, da diagnoza in zdravljenje kronične ledvične bolezni izzove precejšen emocionalni odziv pri ljudeh. Dva od razlogov za to sta, da vsi živimo v nekih prepričanjih in eden od teh je, da vsi pričakujemo, da bomo zdravi večino, če ne kar vse življenje. Z diagnozo kronične ledvične bolezni se ta predpostavka raztrešči. Druga predpostavka, ki jo imamo, se nanaša na bolezen. O bolezni pogosto razmišljamo kot o akutni zadevi, z drugimi besedami, diagnoza, zdravlila in ozdravitve. Ob postavitvi diagnoze kroničnega stanja so ti miselni vzorci izzvani. Ob kronični bolezni se morajo naši pacienti soočiti z neprijetno situacijo, da čeprav obstaja zdravljenje, ni ozdravitve. To je diagnoza, ki spremeni življenje in je za vse življenje.

To za nas ni nekaj novega. Je poznano. To vidimo vsak dan pri naših pacientih. Vseeno pa je eno področje - z njenimi številnimi manifestacijami -, ki ga lahko spregledamo in to je nemoč, ki jo občutijo naši pacienti. Ta rastoči občutek nemoči, bo pogosto našel način da se pokaže, v njihovem odnosu in obnašanju, na primer skozi jezo, agresijo, frustracije, tišino, izpuščanjem dializ in neupoštevanjem prehranskih in tekočinskih omejitev. Nemoč se pokaže na pretanjen in močan način.

Kaj prispeva k občutku nemoči pri naših pacientih? In kaj lahko mi storimo, da zmanjšamo ta občutek nemoči, ki ga imajo naši pacienti? Vpliva veliko faktorjev (od katerih lahko nekatere zlahka spregledamo) prepoznanih v več raziskavah in po mojih izkušnjah pri delu s pacienti, ki lahko prispevajo k občutku nemoči.

Okolje

Kot medicinskim sestram ali drugim zdravstvenim sodelavcem, nam je delovno okolje- bolnišnica - poznano

in domače. Poznamo njeno lego, razporeditev prostorov in oznake. Vemo kje je menza, kavarna, lokacija bolniških sob in toaletnih prostorov. Poznamo pot na in z oddelka. Zlahka se znajdemo naokoli. To je po besedah McClintock Greenberga¹², prostor kjer 'ljudje govorijo hitro, hodijo hitro in mislijo hitro'.

Ni pa tako za naše paciente, še posebej v zgodnjem obdobju zdravljenja. Za osebo, ki postane pacient je realnost precej drugačna. Za nas je naše delovišče, bolnišnica, bolnišnično okolje, poznano z lastno strukturo, kulturo in rutino. Medtem ko za osebo, ki je nova v bolnišnici, je okolje, ki je po besedah enega od pacientov, 'tuje- nezemeljsko', s strukturo, kulturo in rutino, ki njim ni poznana. Naša naravna reakcija je, da se, ko smo v nepoznanem prostoru, počutimo nelagodno- tesnobno. To naši pacienti občutijo še posebej v prvih dneh obravnave in zdravljenja. Psihološko se počutijo ranljive z naraščajočim občutkom nemoči kot piše McClintock Greenberg¹³; so ljudje, ki morajo v bolnišnico 'nenadoma vrženi v medicinski svet, na kar pa večina ljudi ni pripravljena'.

Nadalje ne smemo pozabiti na to, kaj bolnišnica "pomeni" našim pacientom. Nekateri jo mogoče povezujejo s smrtjo, mogoče s smrtjo koga od bližnjih. Lahko je povezana z operacijo, ki so jo imeli prej ali jo povezujejo z bolj negativno kot pozitivno izkušnjo. Bolnišnica ni prostor, kjer bi ljudje želeli biti, ampak prostor kjer zaradi njihove diagnoze morajo biti. To pripomore k njihovem občutku izgube kontrole nad svojim življenjem in občutkom nemoči.

Čas

Naslednji faktor, ki v tem okolju pripomore k občutku nemoči pri naših pacientih, je čas.

Raziskava med hemodializnimi pacienti, ki jo je objavil Moran¹⁴ s sodelavci(2009) je ugotovila, da 'so udeleženci izrazili, da porabijo veliko časa za čakanje, ko so na hemodializnem zdravljenju'. Tisti bralci, ki delate na dializnih enotah, to veste. Dnevna rutina na hemodializnih enotah, priključevanje in odključevanje pacientov, vam je zelo poznana. Veste tudi, da vrstni red po katerem so priključeni pacienti, prispeva k gladkemu poteku dela v enoti. Vendar pa so pacienti, ki čakajo v čakalnici, občutljivi za vrstni red priključevanja in to lahko povzroči trenja, napetosti in občasno prepire ali med osebjem in pacienti ali pa med pacienti samimi.

Spomnim se, ko sem še delal v bolnišnici v Londonu, da so se pacienti, ki so potovali več ur do dializnega centra, počutili zelo zapostavljene, če je bil prej priključen kdo, ki ni potreboval toliko časa do dializnega centra. Pogosto je razlog za vrstni red popolnoma jasen osebju. Vendar pa, če tega ne razložimo pacientom - in jaz bi dodal, če jim tega ne razlagamo zelo pogosto – to lahko vodi do nesporazumov, in še enkrat, z vidika pacienta, v njih utrjuje občutek nemoči.

Nerazložene zamude, dolgi čakalni časi ali na klinikah, na dializnih enotah ali na drugih oddelkih v bolnišnici kamor so napoteni, brez ustrezne komunikacije pripevajo k pacientovi ranljivosti in nemoči. Kot je na kratko rekel en pacient 'iti v bolnišnico, je kot iti v drug časovni pas'.

Dodatno pa z vidika dojemanj pacientov, 'glede na rezultate Moranove raziskave', čas, ki ga preživijo s čakanjem vidijo kot neproduktiven oziroma zapravljen. Občutek, da so zapravili čas, lahko vodi v rastoč občutek užaljenosti in frustracije pri mnogih pacientih. Kako bodo to izrazili pa se razlikuje od pacienta do pacienta. Nekateri pacienti bodo to izrazili verbalno ali pa skozi vedenje, ki morda ni primerno, in osebje je tisto, ki pogosto nosi glavno breme tega. Nekateri pacienti pa ne bodo rekli ničesar, kot ugotavlja Stapleton¹⁵ ker 'je preživetje povezano z upoštevanjem zahtev zdravstvenega sistema'.

Odnosi med osebjem in pacienti

Eden od indikatorjev je tudi neravnovesje v odnosu osebje/pacient.

To je seveda očitno. Mi smo strokovnjaki- profesionalci. Mi smo tisti, ki smo študirali, ki smo usposobljeni; mi smo tisti z znanjem. To samo po sebi ustvari neravnotežje, ki vodi v odvisni odnos med pacientom in osebjem. Občutek odvisnosti poraja vprašanja o zaupanju in varnosti. Biti odvisen je najbolj pogosta skrb pri pacientih. Z vidika pacienta zahteva od njega krmarjenje pri spremembah v tem koliko naj mu drugi pomagajo. Pacienti so odvisni od zdravstvenega osebja. Glede tega nimajo izbire. Potrebujejo naše znanje. To je lahko težko in zahtevno in včasih zahteva čas, da sprejmejo to spremembo, še posebej pri tistih, ki so živeli v okolju, ki je od njih zahtevalo, da poskrbijo zase. Občutek odvisnosti lahko poudari njihove občutke ranljivosti in nemoči. Kar moramo tudi imeti v mislih je, če je imel pacient predhodno negativne izkušnje z zdravniki/ sestrami ali bolnišnico, je lahko njihova stopnja zaupanja zmanjšana in njihov občutek nemoči še večji.

Še ena stvar na katero ne smemo nikoli pozabiti je to, da smo mi tam v našem delovnem okolju, zato da NUDIMO nego in zdravljenje našim pacientom. Oni so tam, ne zato ker bi želeli, pač pa zato, ker morajo biti. Mi jim nudimo nego in zdravljenje, oni pa so tu, da DOBIJO nego in zdravljenje. To takoj povzroči neravnovesje v odnosu med nami in njimi, poudari našo moč in njihovo nemoč.

Hemodializni aparat

Za paciente na dializi lahko dializni postopek prispeva k njihovem občutku nemoči. Ko so enkrat priključeni na aparat, so praktično nemobilni in to traja kar nekaj ur. V tem času ne morejo poskrbeti za nekaj njihovih potreb. Občutijo lahko tudi neprijetne simptome (krči v nogah, nauzea, če omenimo samo dva), vendar ne glede na to, kako neudobna in neprijetna je dializa, če želijo živeti, so odvisni od aparata.¹⁵

Oznake

Naslednji primer so oznake. Oznake so na mestih z namenom; da sporočajo informacije ali kažejo smer. Vendar lahko nekateri znaki, ne glede na to kako neškodljivi se zdijo, opominjajo paciente na to, kako nemočni so. Pacient na dializi je povedal sledeče; 'pred vsako dializo se moram stehtat. Ko stojim na tehtnici, me znak opozori, da mora moja teža potrditi

nekdo od osebja. V nekem trenutku sem bil dovolj odgovoren, da sem skrbel za družino, zdaj pa nisem dovolj odgovoren, da se stehtam'. To je preprost znak. Tam je, da izraža sporočilo, vendar je z vidika tega pacienta, sporočilo, ki ga sporoča popolnoma drugačno, kot je mišljeno.

Pacientovo vedenje

Še eden izmed indikatorjev nemoči je obnašanje pacientov. Veliko pacientov se iz različnih razlogov obnaša pasivno. Sledijo našim navodilom brez pripomb in vprašanj. Drug pokazatelj njihove pasivnosti se kaže kot težave pri odločanju tudi o majhnih stvareh, ko imajo priložnost za to. Takšne paciente lahko označimo za 'ubogljive' ali lahko vodljive, a to nas ne sme zavesti od resničnega vzroka njihovega obnašanja – občutka nemoči. Dodaten pokazatelj tega je, da takšna skupina pacientov kaže izrazit neuspeh pri iskanju informacij glede njihovega zdravstvenega stanja.

Povezano s tem, da pacienti, ki se čutijo nemočne, ne najdejo pravih informacij, je tudi to, da pogosto ne morejo deliti (posredovati) informacij. Ob neki priložnosti se spomnim, da je medicinska sestra prosila pacienta, da se sam stehta na dan, ko nima dialize. Nekaj dni pozneje, ko je sestra vprašala po meritvah, je pacientka odvrnila, da doma nima tehtnice!

Kar skušam poudariti s temi šestimi primeri je to, da okolje z vso kompleksnostjo pomembno in različno vpliva na vsakega od naših pacientov. Njihov občutek nemoči lahko pomembno vpliva na to, kako vidijo zdravljenje, kako gledajo na nas, ki smo zadolženi za njihovo zdravljenje in na to kako komunicirajo z nami.

Če verjamemo v holistično zdravljenje in je to naš cilj, potem se moramo zavedati in biti pozorni na te dejavnike, ki potencialno zmanjšajo našo sposobnost oskrbe.

Ali obstaja kaj, s čimer lahko ublažimo pacientov občutek nemoči?

Raziskava, ki so jo izpeljali Hudson¹⁶ in drugi, je pokazala, da se poveča občutek stiske, ko imajo posamezniki občutek, da nimajo nadzora nad svojo KLO in slabo razumevanje le-te. Ta povečan občutek stiske prispeva k občutku nemoči. Stapleton razpravlja o tem, da posredovanje medicinskih sester lahko blagodejno vpliva na zmanjšanje stiske in občutka nemoči, ki ga čutijo pacienti. Eden izmed ciljev tega posredovanja, je spodbuditi paciente, da prevzamejo več nadzora. Kako priti do tega? Stapleton ponuja nekaj uporabnih nasvetov kot so; 'prilagoditev okolja, postavljanje realnih ciljev, izboljšanje znanja pacientov in družinskih članov, povečati občutek zdravstvenega osebja za zaznavanje potencialnih vzrokov občutka nemoči in pomoč pri izražanju čustev.'

Če lahko kot medicinske sestre in zdravstveno osebje pomagamo našim pacientov pri prepoznavanju dejavnikov, ki vodijo do njihovega občutka nemoči, in jih spodbudimo k izražanju čustev, ki se jim ob tem porajajo, potem ustvarimo podlago za reševanje problemov. S to podlago lahko potem pomagamo pacientom, da prevzamejo večji nadzor, da postanejo bolj udeleženci kot pa samo prejemniki zdravstvene

oskrbe. Večji nadzor kot imajo naši pacienti, manj nemočne in odvisne se počutijo.

Pomoč pacientom pri postavljanju realnih ciljev je še en pripomoček, ki ga lahko uporabimo, da zmanjšamo občutek pacinetove nemoči. Ti cilji morajo biti realni in dosegljivi, kar pomeni, da morajo biti prilagojeni za vsakega pacienta posebej. Za paciente, ki so depresivni ali brez volje bo to nekoliko težje, zato potrebujejo pomoč osebja. Kljub temu, da je to uporaben pripomoček, ki lahko pomaga pacientom in zmanjša občutek nemoči, se moramo zavedati, da zahteva precej časa od osebja. Kljub temu, da je vredno, morda ni izvedljivo zaradi časovnih omejitev.

Povzetek

Zgodovinsko gledano je sprejeto, da postavitve diagnoze in zdravljenje kronične ledvične bolezni povzročata duševno stisko.

Pacientov občutek nemoči močno prispeva k psihološki stiski, ki jo čutijo sami in tudi njihove družine.

Kako se nemoč kaže se razlikuje od pacienta do pacienta in tudi od ustanove do ustanove, vendar obstajajo nekatere skupne značilnosti.

Naše zavedanje občutkov pacientov, in naš pristop, lahko zmanjšajo občutek nemoči, ki ga čutijo pacienti, torej zmanjšajo psihološko stisko pacientov in njihove družine

Obstajajo postopki, ki nam pri tem pomagajo.

Dobro psihološko zdravje naših pacientov, prispeva k dobremu fizičnem zdravju, znotraj meja, ki jih določa njihova bolezen.

References

1. Cameron, J.S. 'History of the Treatment of Renal Failure by Dialysis'. Oxford University Press: Oxford; 2002.
2. Shea, E.J, Bogdan, D.F, Freeman, R.B, Schreiner, G.E. 'Haemodialysis for Chronic Renal Failure: IV Psychological Considerations'. *Ann Intern Med.* 1965; 62 (3), 558-563.
3. Cramond, W.A, Knight, P.R., Lawrence, J.R., Higgins, B.A., Court, J.H., MacNamara, F.M., Clarkson, A.R., Miller, C.D. 'Psychological Aspects of the Management of Chronic Renal Failure'. *British Medical Journal.* 1968; 1, 539-543.
4. Abram, H. 'The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life – Part 2'. In *American Journal of Psychiatry.* 1969; 126:157-167.
5. DeNour, A & Czaczkes, JW. 'Personality and adjustment to chronic haemodialysis'. In N.B Levy (Ed), *Living or dying: Adaptation to haemodialysis (102-1126).* Springfield, Il. 1974
6. Nichols, K.A. & Springford, V. 'Psychosocial difficulties associated with survival by dialysis'. *Behaviour Research and Therapy.* 1984; 22, 563-574
7. Petrie, K. 'Psychological wellbeing and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients'. *British Journal of Medical Psychology.* 1989; 62, 91-96
8. Wolcott, D.L. Nissenon, A.R and Landsverk, J. (1988) 'Quality of life in chronic dialysis patients'. In *General Hospital Psychiatry.* 1988; 10,267-77
9. Murray Parkes, C. 'The challenge of physical illness'. In Murray Parkes, C, Markus, A (eds). *Coping with Loss: BMJ Books.* 1998
10. McClintock Greenberg, T. 'The Psychological Impact of Acute and Chronic Illness – A Practical Guide for Primary Care Physicians'. Springer Inc, New York. 2007
11. Thomas, D. 'Riding the emotional rollercoaster renal transplant from a doctor's perspective'. *Journal of Renal Care.* 2010; 36 (3): 145-148
12. McClintock Greenberg, T. 'Psychotherapy with Medically Ill Patients: Hope in the Trenches'. In <http://www.psychotherapy.net/articles/psychotherapy-medically-ill-patients>. 2010
13. McClintock Greenberg, T. 'The Psychological Impact of Acute and Chronic Illness – A Practical Guide for Primary Care Physicians'. Springer Inc, New York. 2007
14. Moran, A, Scott, P.A, and Darbyshire, P. 'Existential boredom: the experience of living on haemodialysis therapy'. In *Med Humanities.* 2009; 35:70-75
15. Stapleton, S. 'Powerlessness in Persons with End-Stage Renal Disease'. In Fitzgerald Miller, J. editor. *Coping with Chronic Illness – Overcoming Powerlessness*, 3rd Edition. F.A. Davis Company, Philadelphia: 2000
16. Hudson J.L., Moss-Morris R., Game D., Carroll A., Chilcot J. 'Improving Distress in Dialysis (iDID): A tailored CBT self-management treatment for patients undergoing dialysis'. *Journal of Renal Care.* 2016; 42 (4), 223-238

