



Høgskulen  
på Vestlandet

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 4

Antall ord: 8547

# Er isolerte pasienter tilstrekkelig ivaretatt?

Den største gaven  
jeg kan tenke meg å få  
av mennesket  
er at de ser meg  
hører meg  
forstår meg  
og tar på meg

Den største gaven  
Jeg kan gi er  
At jeg ser, hører, forstår  
og tar på et annet menneske.

Når dette har skjedd føler jeg at vi har skapt kontakt.

Virginia Satir, Å bli møtt som person- Dikt, 1980 s.240 i Å være akutt kritisk syk

Høgskolen På Vestlandet, avdeling Haugesund

Bachelor i sykepleie, kull 2014

Antall ord: 8547

# **Sammendrag**

**Tittel:** Er isolerte pasienter tilstrekkelig ivaretatt?

**Bakgrunn:** I dagens samfunn er bakteriell resistens et økende problem som medfører at flere pasienter blir isolert. Isolering er en psykisk belastning for pasienten. I denne oppgaven vil fokuset være rettet mot pasientenes psykososiale behov under isolering og hvordan sykepleiere kan bidra med å ivareta dem.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier legge til rette for at pasientens psykososiale behov blir ivaretatt under isolering?

**Hensikt:** Formålet med bacheloroppgaven er å rette oppmerksomheten mot pasientens reaksjoner og behov under isolering. Jeg vil fordype meg i hvilke tiltak sykepleierne kan iverksette, for å ivareta pasientens psykososiale behov under isolering.

**Metode:** Benyttet systematisk litteraturstudie som baserer seg på pensum og annen litteratur. Har 6 forskningsartikler i studien som er hentet fra databasen CINAHL.

**Funn:** Isolerte pasienter har økt risiko for angst og depresjon. Pasientene opplever ensomhet, mangel på informasjon og tap av kontroll. Sykepleieren må bruke tid hos pasienten, informere og møte hans behov.

**Konklusjon:** Isolerte pasienter opplevde både positive og negative elementer. Hvilke behov pasienter har varierer, derfor må sykepleieren møte med åpent sinn og lytte til pasientens ønsker. Sykepleieren kan ved sosial støtte, informasjon, undervisning og tilrettelegging av det fysiske miljøet, bidra til å ivareta pasientens psykososiale behov under isolering.

**Nøkkelord:** Isolasjon, Psykososiale behov, sykepleie, informasjon, støtte

## **Abstract**

**Title:** Are patients in isolation adequately cared for?

**Background:** In today's society, a problem with resistance to bacteria is on a rise. This leads to more people needing to be isolated. Isolation is a psychic trauma for the patient. In this bachelor thesis I will focus on the patients psychosocial needs under isolation and how nurses and better care for them.

**Research question:** How can nurses better adjust for the patient psychosocial needs during isolation?

**Purpose:** The purpose of this bachelor thesis is to take a better look at patients' reaction and needs during isolation. I will focus on what actions a nurse can make to better care for the patients psychosocial needs during isolation.

**Method:** Use of systematic literature studies based on syllabus and other literature. Used six research papers in the thesis from the database CINAHL.

**Findings:** Isolated patients have increased risk of anxiety and depression. Patients experience loneliness, lack of information and loss of control. Nurses need to spend with the patient, inform and meet the needs they have.

**Conclusion:** Isolated patients experienced both positive and negative elements. The needs of the patient may vary, and therefore the nurse has to be open-minded and listen to the needs of the patient. With social support, information, education and adaptation of the surroundings, the nurse can attend to the patients psychosocial needs while under isolation.

**Keywords:** Isolation, psychosocial needs, nursing, information, support.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn og presentasjon for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt .....	1
1.3 problemstilling .....	2
1.4 Avgrensning.....	2
1.5 Begrepsforklaring .....	2
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1 Teoretisk perspektiv.....	3
2.2 Sykepleiefaglig perspektiv .....	4
2.2.1 Smittevern.....	4
2.2.2 Psykososiale behov ved isolering .....	4
2.2.3 Informasjon .....	6
2.2.4 Sosial støtte .....	7
2.2.5 Relasjon .....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudie.....	9
3.2 Søkeprosessen .....	9
3.3 kildekritikk og forskningsetikk.....	10
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>11</b>
4.1 Presentasjon av artiklene.....	11
4.2 Oppsummering av hovedfunn.....	13
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>14</b>
5.1 Betydningen av sosial støtte og kontakt under isolering .....	14
5.2 Behov for undervisning og informasjon .....	18
5.3 Å håndtere det nye fysiske miljøet.....	21
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>24</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>25</b>
<b>Vedlegg I: Søkeprosessen</b> .....	<b>29</b>
<b>Vedlegg II: Eksempel på kildekritikk</b> .....	<b>30</b>

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn og presentasjon for valg av tema**

Når pasienter kommer inn på avdelingen og representerer en smitterisiko eller er spesielt utsatt for smitte må de isoleres (Stordalen, 2009, s. 161). I helsepersonelloven (1999) står det at man har plikt til å utføre arbeide på en forsvarlig måte. Dette omfatter også å hindre at pasienter utsettes for smitterisiko eller smitte. Dersom pasienten har nedsatt immunforsvar vil grunnen til isoleringen være å hindre smitte fra omgivelsene. Derimot er pasienten selv en smittebærer vil grunnen til isoleringen være å beskytte medpasienter og personalet. Smittemåten blir den bestemmende faktoren for hvilke smitteregime som skal iverksettes. Det kan være alt i fra dråpesmitte, kontaktsmitte, luftsmitte til beskyttende isolasjon (Stordalen, 2009, s. 164-165).

Interessen min for pasienter på isolasjon ble vekket da jeg var i praksis på en sengepost med isolat. Møte med pasienter under isolasjon har gjort inntrykk på meg. En kvinne fortalte meg, at det var utfordrende å tilbringe så mye tid alene. Pasienter har rett på 1 time besøk/samtale utenom den tiden som brukes ved daglige gjøremål (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2010, s. 72). Ut i fra observasjoner under praksis, var fokuset mer innstilt på det kliniske og ikke på det psykososiale. Sykepleieren må ta hensyn til den enkelte pasient, siden isolasjon er en psykisk belastning. Hvordan kan en ivareta pasientens psykiske tilstand, individuelle hensyn, kulturelle og religiøse verdier samt behov for kontakt med andre mennesker? Personalet blir ofte forhindret i å yte den psykiske støtten på grunn av tidspress (Stordalen, 2009, s. 162).

### **1.2 Hensikt**

Formålet med bacheloroppgaven er å rette oppmerksomheten mot pasientens reaksjoner og behov under isolering. Jeg vil fordype meg i hvilke tiltak sykepleierne kan iverksette, for å ivareta pasientens psykososiale behov under isolering.

### 1.3 problemstilling

*Hvordan kan sykepleier legge til rette for at pasientens psykososiale behov blir ivaretatt under isolering?*

### 1.4 Avgrensning

I min bacheloroppgave velger jeg å fokusere på det psykososiale aspektet rundt det å bli isolert. Setter fokuset på smittevern, psykososiale behov, sosial støtte, relasjon og informasjon. Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee vil bli presentert som aktuell tilnærming og sykepleieteori. Oppgaven avgrenses til pasienter over 18år som representere en smitterisiko og er langtidsisolert på isolat ved sykehus. Jeg vil tro at det psykososiale behovet under isolasjon vil være det samme uansett hvor i verden du befinner deg, på bakgrunn av dette velger jeg ikke å avgrense dette geografisk.

### 1.5 Begrepsforklaring

Jeg vil kort presentere definisjon av begrepene knyttet til min problemstilling. En utdypet forklaring vil forekomme i teorikapittelet 2.0 Teori.

#### *Psykososiale behov*

De psykososiale behovene kan forstås på ulike måter, noen mener det har med det mentale eller sjelelige mens andre mener det handler om det relasjonelle og emosjonelle (Stubberud, 2013, s. 14-15). Jeg vektlegger i denne oppgaven det relasjonelle og emosjonelle.

#### *Isolasjon*

Betydningen av begrepet isolasjon innebærer alle metoder hvor pasienten blir fysisk beskyttet (Stordalen, 2009, s. 161). I oppgaven har jeg valgt å vektlegge at pasientene blir fysisk beskyttet på isolat med sluse.

#### *Pasient*

Pasient blir definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 a, slik: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 199).

## 2.0 Teori

### 2.1 Teoretisk perspektiv

Joyce Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess, ettersom det hele tiden dreier seg om mennesker indirekte eller direkte. Det er en prosess som består av en eller flere hendelser som foregår mellom sykepleieren og individet eller individene som har behov for hjelp fra sykepleieren (Travelbee, 1999, s. 29-30).

Jeg valgte Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker på bakgrunn av at hun påpeker at mennesket er et unikt individ som hele tiden er i utvikling, vekst og endring (Travelbee, 1999, s. 5). Ved å bruke menneske-til-menneskeforholdet som et virkemiddel kan en sykepleier hjelpe et individ med å forebygge eller beherske sykdom og finne mening. Det er en vei mot menneske-til-menneske-forhold og all kontakt og omsorg individet mottar fra sykepleieren er et skritt på veien. En må møte pasienten med åpenhet og med mål om å lære pasienten å kjenne, finne hans behov og ivareta dem. Forholdet kommer ikke av seg selv, det må bygges opp mens sykepleieren samhandler med pasienten. Sykepleieren må vite hva hun selv tenker, føler, gjør og erfarer. Dette er viktig for å kunne etablere en relasjon. Samt være bevisst og ta i bruk all tilgjengelig kunnskap og innsikt (Travelbee, 1999, s. 171-172). Som sykepleier må en oppfatte hvert individ som en har omsorg for, som et unikt menneske, samt tillate seg selv som å bli oppfattet som mennesker av hvert enkelte av disse individene (Travelbee, 1999, s. 78-79).

Videre forteller Travelbee om viktigheten med å lære å kjenne den syke. Sykepleieren må være mottagelig for pasientens erfaring, meninger, kunnskap og være i stand til å sette pasienten i fokus for å bli kjent med mennesket. Ved å se på pasienten med "friske øyner" kan en se det unike ved mennesket. Ved å fjerne merkelapper og kategorier som "smittepasient", kan sykepleieren oppfatte det mennesket som ligger bak merkelappen. Det er individuelt hva enkelte mennesker ønsker i en situasjon og ved kommunikasjon kan sykepleien finne vedkommende sine individuelle behov. Det er forskjell på å kjenne en person enn å ha informasjon om en person. Ved å lese journalen innhenter sykepleien informasjon mens ved å sette seg ned i pasienten situasjon og innhente verdier, behov og vedkommens erfaringer vil en kunne oppnå meningsfylt hjelp (Travelbee, 1999, s. 140-141).



Travelbee (1999, s. 35) mener at sykepleieren kan bistå syke mennesker til å beherske lidelse eller sykdom ved å etablere en tilknytning til den syke, som formidler at han/hun ikke er alene og blir forstått. Den vanligste reaksjonen ved sykdom og lidelse er «Hvorfor meg?» reaksjonen. Denne reaksjonen kan føre til andre følelsesmessige reaksjoner som sinne, fortvilelse, selvmedlidenhet, angst og depresjon (Travelbee, 1999, s. 103-104).

## **2.2 Sykepleiefaglig perspektiv**

Innenfor det sykepleiefaglige perspektivet har jeg valgt teori om smittevern, pasientens psykososiale behov under isolering, relasjon, informasjon og sosial støtte fra både sykepleier og pårørende.

### **2.2.1 Smittevern**

Målet med smittevernloven (1994) er å forebygge overføring av smittestoff og verne befolkningen mot smittsomme sykdommer. Smittevernarbeidet skal samordnes og nødvendige smittevernstiltak skal iverksettes.

Pasienten som representerer en smitterisiko skilles fra andre ved isolering. Isolatet er oppbygd med eget bad, pasientrom og forgang som fungerer som en sluse. Ved sluse reduseres smitterisikoen fra pasientrommet. Minst en av dørene i slusen skal til enhver tid være lukket. Det er i slusen en utfører håndhygiene og påkledning av beskyttelsesutstyr (Stordalen, 2009, s. 170).

### **2.2.2 Psykososiale behov ved isolering**

Vi kan dele menneskenes grunnleggende behov inn i psykososiale, fysiske, åndelige og seksuelle behov. Behovene er forskjellig fra person til person og påvirkes ved helsesvikt og sykdom (Stubberud, 2013, s. 14). Psykososiale behov kan som tidligere nevnt, deles inn i det relasjonelle og emosjonelle behov. Den relasjonelle delen handler om behovet for kontakt med andre og fellesskap, det innebærer pasientens relasjon til menneske rundt seg, sosial støtte og det sosiale nettverket. Den emosjonelle delen omfatter pasientens forhold til omgivelsene, seg selv og sin historie. Samt også pasientens reaksjoner, følelser, sinnsstemning, sykdomsopplevelse og opplevelse som pasient (Stubberud, 2013, s. 16).

Hvilke følelser pasienten opplever kommer ut i fra kjønn og livssituasjon. Hos yngre kan det være mer framtrødende med kjedsomhet og utålmodighet enn hos eldre mennesker. Menn kan være mer handlingsrettet og utagerende, mens kvinner derimot nedvurderer seg selv (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 52). Ved psykososial støtte kan en fremme pasientens opplevelse av å bli tatt hånd om, forstått, bekreftet, føle seg trygg og en opplevelse av omsorg (Kristoffersen et al., 2011, s. 176).

En kan ved isolering oppleve sosial isolasjon, fordi en har lite tilgang til et sosialt nettverk (Kristoffersen et al., 2011, s. 52). Pleiere kommer inn bekledd i beskyttelsesutstyr, noe som påminner pasienten om at han/hun er smittebærer. Ved berøring brukes det hansker, noe som kan oppleves som problematisk og skape avstand (Andreassen et al., 2010, s. 72).

Følelsesmessig isolasjon kan også oppstå på grunn av fravær av en fortrolig person. Det er fire dimensjoner som kan oppleves under ensomhet. Den første er utålmodig kjedsomhet hvor pasienter kjenner på sinne og lengsel etter å komme seg bort. Den andre er depresjon som gir følelse av tristhet, selvmedlidenhet, tomhet og savn etter en bestemt person. Den tredje er desperasjon hvor pasienten opplever sterke følelser som håpløshet, hjelpeløshet, panikk og redsel. Den siste er nedvurdering av selvet som innebærer følelsen av å være usikker, skamfull, lite tiltrekkende og dum (Kristoffersen et al., 2011, s. 52).

De fleste opplever det som en livskrise å få en sykdom som krever isolering. Flere pasienter får følelsen av at tiden går saktere, de mister kontrollen over hverdagen og etter hvert blir døgnrytmen forstyrret. Pasienter beskriver det som å være fanget i en fengselscelle (Andreassen et al., 2010, s. 62). Angst, rastløshet, appetittløshet, ensomhet, forvirring, inaktivitet og sinne er noen av de vanligste problemene som kan forekomme hos isolerte pasienter (Andreassen et al., 2010, s. 72).

Angst stammer fra det latinske verbet *angere* som betyr å påføre smerte ved å kvele eller presse sammen. Angst er noe som individet selv er redd for i seg selv og som truer deres trygghetsfølelse. Jo større trusselen er, desto større er angsten. Med andre ord er angst, en diffus indre uro uten kjent årsak. Ved uvante situasjoner som vi er usikker på om vi kan makte, vil de fleste av oss kjenne engstelse. Hos friske mennesker vil engstelsen forsvinne så fort den fremkallende opplevelsen er overstått (Hummelvoll, 2012, s. 153-154).

Depresjon kan beskrives som en vedvarende og sterk opplevelse av nedtrykthet og tristhet. Tingene som før ga glede kan for mange med depresjon bli til noe uten betydning. Personens aktivitetsnivå er strekt redusert og energinivået har minsket. Et menneske er deprimert når det ikke finnes noen mening eller lysning i livet, og personen føler seg mislykket. Videre kan det også arte seg til sinne, rastløshet og uro (Håkonsen, 2014, s. 254-255).

### 2.2.3 Informasjon

Informere om pleie, behandling og sykdom er en viktig oppgave både for lege og sykepleiere. Dersom pasienten ikke er tilstrekkelig informert og har forstått, samt bearbeidet informasjonen, vil det være meningsløst å snakke om pasientautonomi (Nortvedt, 2012, s. 136). Autonomiprinsippet omhandler den kompetente pasientens rett til å ta egne valg over sin pleie og behandling (Nortvedt, 2012, s. 98).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett på informasjon og helsepersonell har plikt til å tilpasse informasjonen til hver enkelt pasient. Informasjonen skal være faglig forsvarlig og gis på en omsorgsfull og hensynsfull måte, den kan også forbedre brukertilfredsheten og redusere stress (Nortvedt, 2012, s. 136). Når gjelder å kunne ta ansvar for egen helse, er informasjon en viktig ressurs. Tilgang på helseinformasjon har stor betydning for å fremme velvære og redusere angst (Kristoffersen et al., 2011, s. 376).

Det er primært legen som skal gi informasjon om pasientens sykdom/skade, behandling og prognose. Dersom det er flere personer involvert i å gi informasjon, er det viktig at det er samsvar i informasjonen. Informasjon kan påvirke pasientens vurderingsprosesser (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 255-258).

Informasjonen som gis til pasienten blir som oftest gitt via veiledning eller undervisning. Sykepleieren formidler kunnskap ved veiledning når situasjonen har et bestemt læringsbehov og har som hensikt å tilføre pasienten nye ferdigheter, vitenskap eller endre atferd (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 255). Pasientveiledning innebærer å hjelpe pasienten til å lære eller velge hensiktsmessige handlingsmetoder og takle følelsesreaksjoner. Dette i form av opplæring eller rettleiding gjennom instruksjon, råd og forklaring (Brataas, 2011, s. 46). En må være oppmerksom på at sterke følelsesmessige reaksjoner kan innvirke på hvordan pasienten oppfatter veiledning, informasjon og undervisning (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 255).

### 2.2.4 Sosial støtte

Når vi blir utsatt for store påkjenninger blir vårt behov for sosial støtte ekstra tydelig. Sosial støtte innebærer den objektive tilgjengelige støtten som pasienten mottar fra f. eks venner, familie eller andre personer, samt også pasientens egen opplevelse av støtte. Selv om pasienten har mange personer i sitt sosiale nettverk, kan det være at ikke alle oppfattes som en sosial støtte. Det er identifisert tre støttemekanismer som har best betydning ved situasjoner med høy grad av stress. Den sosiale støtten må være håndgripelig, med andre ord, oppleves som riktig der og da. Støtten kan være godt ment, men pasienten opplever det ikke som relevant. Vurderingsstøtte er en annen støttemekanisme hvor pasienten får støtte som bidrar til å se situasjonen fra en annen synsvinkel. Pasienten kan få støtte fra andre som har hatt samme erfaring og lidelse. Den siste er emosjonell støtte hvor pasienten kan få støtte for å styrke følelsen av å være elsket eller opplevelsen av tilhørighet og mottar aksept, verdsettelse og sympati (Renolen, 2015, s. 175-176). Virtuelle nettverk som blogg, Facebook og Twitter blir stadig benyttet. Nettverkene gir mulighet for en ny type kontakt. Virtuelle nettverk har vist seg å kunne være til stor støtte i vanskelige situasjoner (Kristoffersen et al., 2011, s. 48).

Ved ukjente situasjoner som virker skremmende, utrygt eller ubehagelige kan pasienten mangle både motivasjon og tro på sin egen evne til å håndtere situasjonen. Formålet til sykepleieren blir da å støtte og sette pasienten i stand til å kontrollere og gjennomføre denne handlingen. Støtten kan gis ved blick, nærvær eller ved verbal oppmuntring. Ved støtte kan pasienten oppnå motivasjon til å gjennomføre beslutninger og utføre handlinger som oppleves som krevende (Kristoffersen et al., 2011, s. 367).

### 2.2.5 Relasjon

Begrepet relasjon stammer fra det latinske ordet relatio som betyr forbindelse mellom gjenstander. Daglig blir ordet brukt ved kontakt og forhold med andre, mens i sykepleiesammenheng blir det brukt ved forhold til kolleger, pasienter og pårørende (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon i form av uttrykk. Det kan f.eks. være et spontant smil, en vennlig stemme eller et bekymret ansikt. Det nonverbale kan i tilfeller være tidligere en verbal kommunikasjon. Det er derfor viktig at en aktivt lytter også til det nonverbale, slik en kan oppfatte informasjonen som kommer nonverbalt (Eide & Eide, 2007, s. 198).

Ved å være til stede og aktivt lytte til det pasienten sier, får sykepleieren konkret informasjon om hva pasienten er opptatt av. Aktivt lytting handler om å være mentalt til stede hos pasienten uten å tenke tilbake på andre erfaringer, teori om sykdommen eller hva pasienten bruke tenke eller gjøre. Aktivt lytting er helt avgjørende i veiledning for å kunne møte pasienten der han befinner seg (Kristoffersen et al., 2011, s. 355-356).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Metode forteller oss om hvilke middel eller fremgangsmåte en kan bruke får å fremskaffe ny kunnskap. Ved å velge en bestemt metode kan en belyse spørsmålet på en faglig interessant måte, samt gi gode data (Dalland, 2012, s. 111). Denne oppgaven består av metoden litteraturstudie. Systematisk litteratur kan beskrives som en studie som går ut på å besvare et spørsmål ved å identifisere, velge og analysere relevant forskning. Systematisk litteratur skiller seg ut i fra vanlig litteratur ettersom resultatene er kritisk vurdert og analysert. I en litteraturstudie gjennomgår en systematisk litteraturgjennomgang hvor en først forsøker å identifisere alle relevante forskningsartikler, deretter bedømme studienes gyldighet og til slutt analysere resultatene fra flere lignende studier, om de er passende (Forsberg & Wengström, 2013, s. 27).

Jeg har analysert seks forskningsartikler. Tre av artiklene har brukt metoden litteraturstudie. En artikkel er tversnittstudie også kalt prevalensstudie, som er en studie hvor informasjonen er samlet på et gitt tidspunkt i en definert populasjon rettere sagt utvalg. Metoden brukes for å se sammenhenger mellom begreper eller variabler, samt for å beskrive forekomst og fordeling innenfor problemstillingen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 95). En artikkel brukte kvalitativt mens en annen artikkel har både brukt kvantitativ og kvalitativt. Ved den kvantitative metoden er dataene fremstilt i målbare enheter. Mens den kvalitative metoden lar seg ikke måles eller tallfestes. Den går ut på å fange opp opplevelser og meninger (Dalland, 2012, s. 112). I teorikapittelet 5.0 Drøfting har jeg tatt med en pilotstudie for å understøtte en påstand. En pilotstudie er en studie som utføres før den kliniske studien starter. Hensikten er å utprøve om ulike planlagte metoder, kan benyttes i en større vitenskapelig studie (Skovlund & Vatn, 2008, s. 258).

### 3.2 Søkeprosessen

Mitt tema var bestemt før jeg begynte søkeprosessen, men problemstillingen var ikke helt klargjort. Etter at jeg hadde søkt mer om temaet, bestemte jeg meg for å fokusere på det psykososiale. Jeg valgte å bruke databasen CINAHL da den er oversiktlig å bruke. Startet med å bruke søkeord som *patient*, *isolation*, *quality of life* og *isolation measures*. Det var få av artiklene som var relevant for min problemstilling. Kriteriene jeg hadde var at pasienten

skulle være over 18år og isolert over lengre tid. Jeg valgte å ikke bruke årstall som kriterier på bakgrunn av at det var lite nyere forskning innenfor dette emnet. Vil tro de psykososiale behovene under langtidsisolering er som før.

Jeg endret søkeordene mine til *patient isolation, psychosocial factors, patient attitudes* og *nursing practice* og fant min første artikkel. Prøvde å finne en annen smittbar sykdom som kunne føre til isolasjon og kom frem til *clostridium difficile*. Deretter brukte jeg de samme søkeordene som *patient isolation* og *psychosocial factors* og la til ordet *Clostridium Infections*, fant da min andre artikkel. Videre brukte jeg søkeord som *patient isolation, psychosocial factors, bacterial colonization, patient isolation, psychologic impact, cross infection, anxiety* og *depression*. Fant totalt seks artikler på CINAHL som jeg valgte å ta med. Den eldste forskningsartikkelen jeg har med er fra 2009, men jeg valgte å ta den med fordi den var veldig relevant i forhold til min problemstilling. De fleste artiklene jeg fant var basert på litteraturstudie, noen som antageligvis kommer av mitt valg av problemstilling.

### 3.3 kildekritikk og forskningsetikk

For å finne teori til min problemstilling har jeg tatt i bruk flere kilder. En skal i forhold til sin problemstilling se og vurdere i hvilken grad forskningsresultatene og teorien som er funnet kan brukes (Dalland, 2012, s. 72-73). Jeg har tatt i bruk kildekritikk for å fastslå om kildene er til å stole på. Ved forskningene har jeg brukt sjekklister fra kunnskapssenteret (Kunnskapssenteret, 2017). Når det kommer til utvelgelsen av kilder har jeg tatt med bok fra 2004 og en fra 2006, som jeg valgte å ta med på bakgrunn av relevans og ikke nyere utgaver.

Når det kommer til etikk skal den være med på å sikre troverdighet av forskningsresultatene og ivareta personvern. I forhold til medisinsk forskning handler det også om å unngå at forskningsdeltakerne blir påført unødvendige belastninger eller skader. Forskingen må foregå uten bekostning av enkeltpersoners velferd og integritet (Dalland, 2012, s. 96). Når jeg så over de seks artiklene jeg analyserte så jeg at de tre som har brukt metoden litteraturstudie ikke nevner noe om etisk komité/ etisk godkjenning. De tre andre artiklene som hadde bruke metodene kvantitativ, kvalitativt eller tversnittstudie henviser til etisk komite og er etisk godkjent.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Presentasjon av artiklene

Her vil jeg presentere utvalgt forskning som kan belyse min problemstilling.

#### **Barratt, Shaban og Moyle (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice.**

**Hensikt:** Presenterer en gjennomgang av litteratur i forhold til pasientenes opplevelse av kilde isolasjon for MRSA og andre smittsomme sykdommer.

**Metode:** Litteraturstudie hvor de gjennomgikk 22 studier.

**Funn:** Isolasjon førte både til negative og positive elementer. Det kunne føre til psykiske virkninger som depresjon, angst og andre negative følelser som kjedsomhet og ensomhet. Imidlertid kunne enkeltrom gi pasienten ro og privatliv. Isolat fører til lite sensorisk stimuli som igjen fører til angst og kjedsomhet. Nyttig informasjon kan redusere angst og andre negative følelser knyttet til isolasjon. Personlige eiendeler i rommet som f. eks kaffetrakter eller et lite kjøleskap kan fremme pasientens selvstendighet. Vindu mot avdelingen kan minske følelsen av ensomhet.

#### **Pacheco og Spyropoulos (2010). The experience of source isolation for Clostridium difficile in adult patients and their families.**

**Hensikt:** Undersøke pasientene og et av dens familiemedlem som var regelmessig på besøk, sin opplevelsen av isolasjon.

**Metode:** Kvalitativ beskrivende studie hvor det ble brukt intervjuer i flere medisinske avdelinger som geriatrisk, hjerte og nevrologisk.

**Funn:** Pasienter og pårørende påpekte usikkerhet knyttet til sykdomsforløpet. Pasientene uttrykket ensomhet og opplevde isolasjon som "å bli avskåret fra det vanlige". Lite besøk kom av frykten for smitte. Pasientene opplevde mangel på informasjon. En må være klar over den psykologiske virkningen isolasjon har på pasienten slik at en kan gripe inn med relevante tiltak, fremme mestring og aktiv lytte og gi emosjonell støtte. Sykepleieren har en viktig rolle innenfor veiledning for pasienten og hans pårørende. Med informasjon kan en redusere usikkerhet, angst og forvirring blant pasienten og hans familie.



**Abad, Fearday og Safdar (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review**

**Hensikt:** Finne ut om kontakt isolasjon kan fører til psykiske eller fysiske problemer for pasientene.

**Metode:** Litteraturstudie, hvor de gjennomgikk 16 studier.

**Funn:** Høyere score for depresjon, angst og sinne blant isolerte pasienter. Noen få studier viste også at helsepersonell brukte mindre tid med pasientene i isolasjon. Enkelte isolerte pasienter klaget på manglende oppmerksomhet fra helsepersonell. Kontakten ble redusert til halvparten, enn hos ikke isolerte. Pasientene kunne gå dager uten å bli målt vitale målinger på. Pasienttilfredshet ble negativt påvirket dersom pasienten ble holdt uvitende om sine helsetjenester. Undervisning før isolasjonen kan hjelpe til å redusere angst, samt forstå nødvendigheten for isolasjon.

**Soon, Madigan, Jones og Salata (2013). An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore**

**Hensikt:** Utforske den psykologiske effekten av kontakt isolasjon på pasienter.

**Metode:** Ved en tverrsnittsundersøkelse ble 20 tilfeller sammenlignet med 20 kontroller for sine angst og depressive symptomer.

**Funn:** Helsepersonell må være klar over at skam over psykiske plagene som angst og depresjon kan hindre pasienten til å utrykke sine psykiske plager. En må gi pasienten et støttende miljø. Ved besøk kan nivået av sosial støtte øke og redusere ensomheten. Besøksgrupper og aktiviteter som bøker, aviser og tv-underholdning kan hjelpe med kjedsomhet under isolering. Hensiktsmessig og tidsriktig informasjon om hva de kan forvente og hvorfor de blir isolert, kan redusere frykten fra det ukjente og øke følelsen av kontroll.

**Morgan, Diekema, Sepkowitz og Perencevich (2009). Adverse outcomes associated with contact precautions: A review of the literature**

**Hensikt:** Ta for seg de negative påvirkninger pasienten kan bli utsatt for under isolasjon.

**Metode:** Det er blitt tatt i bruk metoden litteraturstudie hvor de fant 15 studier som var publisert mellom 1989 og 2008.

**Funn:** Pasienten opplevde mindre kontakt med helsepersonell og det forekom ofte forsinkelser i de daglige rutineene. Dette førte til økt symptomer på angst og depresjon samt redusert pasienttilfredshet. Undervisning om isolering minsket risikoen for angst og depresjon.

**Lupi3n-Mendoza, Ant3nez-Dom3nguez, Gonzalez-Fern3ndez, Romero-Brioso og Rodriguez-Bano (2015). Effects of isolation on patients and staff.**

**Hensikt:** Unders3ke hvordan pasienter og ansatte blir p3virket av isolasjon.

**Metode:** Studien har tatt i bruk b3de kvalitativ i form av intervju og kvantitativ metode i form av sp3rreskjema.

**Resultat:** Pasientene utrykket et savn om 3 ha noen 3 snakke med, mobilisere seg og forlate rommet. N3r det kom til informasjon visste de fleste at de var i isolasjon, men husket ikke navnet p3 smitten de hadde. Pasientene begrenset selv sine bes3k p3 grunn av de ikke ville utsette andre for smittefare. Det kom frem at sykepleierne brukte noen ganger bes3kende som sender av beskjeder i stede for 3 selv g3 i rommet 3 snakke direkte til pasienten. Studien kunne ikke se en 3kt risiko for angst, men fant 3rsaker til depresjon i form av begrenset mobilitet og ensomhet.

#### **4.2 Oppsummering av hovedfunn**

Etter en gjennomgang av studiene kommer det stadig frem at pasientene opplever ensomhet og mangel p3 informasjon. Den psykologisk negative effektene av isolasjon ble nevnt i flere studier 3 v3re knyttet til forvirring og tap av kontroll. De fleste studiene mente at isolasjon hadde en negativ innvirkning p3 pasientenes stemninger, samt 3ket forekomst av depresjon. Derimot mente de fleste bortsett fra en studie at isolasjon f3rte til 3kt risiko for angst. Det kommer tidlig frem i alle studiene at pasientene trenger 3 ha noen 3 snakke med. En m3 bruke tid hos pasienten og m3te hans/hennes behov. Ved tilrettelegging av aktiviteter, kan isolasjonen blir ”mindre” kjedelig.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg se på hvilke tiltak en kan iverksette for å ivareta pasientens psykososiale behov. Basert på analysen av utvalgt forskning har jeg valgt å drøfte følgende tema: sosial støtte, kontakt, informasjon, undervisning og det fysiske miljøet. Funnene drøftes opp mot relevant litteratur for å gi svar på problemstillingen: *Hvordan sykepleieren kan legge til for å ivareta pasientens psykososiale behov under isolering?*

### 5.1 Betydningen av sosial støtte og kontakt under isolering

Isolasjon har en psykologisk innvirkning på pasienten, for å kunne griper inn med relevant tiltak må sykepleier være klar over denne psykologiske virkningen (Abad et al, 2010). Langvarig isolering påvirker pasientens psyke negativt. Det er ulikt hvordan pasienter opplever situasjonen, hvordan den blir håndtert og hvilke følelser som spiller inn (Børøund & Melbye, 2013, s. 786). Det står også i sykepleierens retningslinjer at man skal ivareta pasienten helhetlig (Stubberud, 2013, s. 16). Fra studie har jeg lært at vi alltid må se pasienten bak sykdommen, dette er grunnlaget for å skape god relasjon som også er viktig for å gi god helhetlig sykepleie.

På døren til pasienter under isolasjon henger det et informasjonsskilt som påpeker at det er smitte (Stordalen, 2009, s. 166). Dette skiltet kan ofte føre til at pasienten blir referert som ”smittepasienten”, noe som jeg også har erfart i praksis. Jeg velger å henvende meg til Travelbee (1999, s. 140-141) angående menneske-til-menneske forholdet. For å oppnå denne relasjonen må man lære å kjenne den syke. Men for å kunne gjøre det må vi fjerne merkelappene. Studien til Barratt et al. (2011) kom frem til at sykepleierne må se etter måter å forberede opplevelsen av isolasjon. Å nettopp ved menneske- til-menneskeforholdet kan sykepleieren motta pasientens meninger, kunnskap og erfaringer. Som igjen kan bidra til å danne et grunnlag for sykepleie som skal gis og ta utgangspunkt i hva pasienten opplever som bra, viktig og nyttig.

Isolerte pasienter føler på sosial isolasjon og savnet av å ha selskap av andre mennesker (Baratt et al., 2011). Sykepleieren må ved ensomhet kartlegge hvorfor behovet for sosial kontakt ikke er tilfredsstillende (Blix & Breivik, 2006, s. 90). Jeg vil presentere flere ulike grunner som kan være årsaken til at pasientens sosiale behov ikke er tilfredsstillende dekket.

Det kan være vanskelig med besøk fra pårørende ettersom pasienten er isolert. Mangel på besøk er også noe som kommer frem i studien til Pacheco og Spyropoulos et al. (2010). En annen grunnen kan komme av at pasienter selv begrenser sine besøk fordi de ikke ønsker at pårørende skal se dem slik (Stubberud, 2013, s. 104). Det kan tenkes at pasienten kan få en påminnelse om at han/hun er en smittebærer fordi besøkende også må kle seg i beskyttelsesutstyr før de kommer i kontakt med ham. Eller at pasienten ikke ønsker besøk på grunn av smittefare, noe som også kommer frem i studien til Lupión-Mendoza et al. (2015). Derimot viser studien til Pacheco og Spyropoulos (2010) at pårørende utsetter å komme på besøk fordi de er redde for å bli smittet. Larsen og Larsen (2004) skriver at barn under 12 år for ikke adgang dersom det ikke er sterke psykologiske grunner for det. Noe som også kan være en faktor til at behovet for sosial kontakt ikke er tilfredsstillt. For å kunne finne relevante tiltak må man ta utgangspunkt i årsaken (Blix & Breivik, 2006, s. 90). Er årsaken usikkerhet i forhold til smitte kan sykepleieren gi pasienten og pårørende informasjon om smitte og smittemåter, samt veilede besøkende i forhold til beskyttelsesutstyr. Når det kommer til foreldre som er isolerte har vi i dagens samfunn med oss, teknologien. Ved virtuelle nettverk som Skype og Facebook kan pasienten se og kommunisere med sine barn. Andre isolerte pasienter kan også ta i bruk denne ressursen. Ved å lese på Facebook kan en få en viss oversikt over hva som foregår utenfor det fire veggene. Informasjon og nyheter om verden og familien utenfor fra pårørende, kan føre til at pasienten føler seg mindre forlatt og isolert. Derimot kan det for enkelte pasienter være nok å vite at pårørende tenker på en (Stubberud, 2013, s. 103-104).

Vi må alltid huske på at alle mennesker er forskjellige og har ulike behov. Noen pasienter ønsker mye sosial kontakt, for andre holder det kanskje med virtuelle kontakt som f.eks. Facebook, mens noen setter pris på fred og ro. Enkelte pasienter liker å være på isolat ettersom det ga dem ro og privatliv (Barratt et al., 2011). Det kan tenkes at alder spiller en stor rolle på hvor mye ro og privatliv man ønsker seg. Eldre kan være vant til å tilbringe store deler av dagen alene, mens andre aldersgrupper er vant til å tilbringe dagen på skole, jobb eller andre aktiviteter. Det er individuelt hva pasienten selv opplever som meningsfull kontakt med andre, og hvor mye kontakt en ønsker (Kristoffersen et al., 2011, s. 56). Dersom pasienter føler seg ensom kan sykepleieren oppmuntre pårørende til å komme på besøk (Blix & Breivik, 2006, s. 92-9). Studier viser at besøk kan redusere ensomhet og øke nivået av sosial støtte (Soon et al., 2013). Men støtten må oppleves som riktig der og da for å kunne være håndgripelig (Renolen, 2015, s. 175).

Sykepleieren må være til stede hos pasienten både psykisk og fysisk for å vise ekte nærvær. Ved nærværet kan sykepleieren hjelpe pasienten til å få en forståelse av mening i situasjonen, samt hjelpe pasienten til å bruke sine krefter hensiktsmessig (Blix & Breivik, 2006, s. 99). Det viser seg at pasientene uttrykket misnøye med at de ikke fikk tilstrekkelig oppmerksomhet fra helsepersonell (Abad et al., 2010). Noe som kan skape distanse i forhold til nærvær fra sykepleier, er beskyttelsesutstyret som hansker og munnbind. Det kan skape en avstand i seg selv, samt gjøre det vanskelig for pasienten å kjenne igjen sykepleieren. I praksis erfarte jeg at mitt navneskilt ble skjult under frakken, noe som førte til at pasienten verken kunne identifisere mitt navn eller min rolle. I en pilotstudie kom det frem at pasienter ønsket å vite hvem som kom inn på deres rom. Dette kunne gjøres ved å f. eks feste et klistermerke på beskyttelsesfrakken med navnet til helsepersonellet (Roderick, Speroni, Stafford & Seibert, 2017). Det trenger ikke nødvendigvis å være den tiden som sykepleieren bruker hos pasienten som avgjør om han/hun opplever å bli sett, men hvordan sykepleieren opptrer (Stubberud, 2013, s. 99). Som tidligere nevnt mener Travelbee (1999, s. 35) at god sykepleie innebærer å etablere en tilknytning til den syke, som formidler at han ikke er alene og at han blir forstått. En kan hevde at god sykepleie til den pasienten vil være å ta seg god tid og at pasienten får snakke om det som berører ham, dersom det er et ønske. Sykepleieren kan oppmuntre pasienten til å skrive en dagbok om sine opplevelser og følelser (Blix & Breivik, 2006, s. 98). Dersom isolerte pasienter mottar oppmerksomhet og omsorg, vil følelsen av sosial støtte øke (Morgan et al., 2009). Dette kan sykepleieren gjennomføre ved godt stell, god mat eller rett og slett, omtanke og tilstedeværelse. Noe som gir pasienten en bekreftelse om at sykepleieren bryr seg (Blix & Breivik, 2006, s. 98).

I følge Travelbee (1999, s. 103-104) er den vanligste reaksjonen ved sykdom og lidelse «Hvorfor meg?» reaksjonen. Denne reaksjonen kan føre til andre følelsesmessige reaksjoner som sinne, fortvilelse, selvmedlidenhet, angst og depresjon. Stress, angst og depresjon er i følge forskning de psykologiske reaksjonene som forekommer ved isolasjon (Barratt et al., 2011). Angst forekommer ved en reel eller innbilt fare som turer behovsoppfyllelsen (Travelbee, 1999, s. 264). Angst basert på dette, kan komme av en innbilt fare om å ikke kunne dekke sine behov. Eller en reell fare i form av å miste kontrollen over sin hverdag under isolasjon.

Det er viktig at sykepleieren opptrer rolig og hensiktsmessig ovenfor engstelige pasienter ettersom pasientens angst vil øke dersom sykepleieren opptrer stresset og/eller usikker (Blix & Breivik, 2006, s. 96). Sykepleierens mål blir å begrense styrken og omfanget av stressfaktorer som pasienten kan bli utsatt for (Stubberud, 2013, s. 71). Det kan være at pasienten kan få bedre kontroll over sin hverdag dersom han/hun går i lag med sykepleieren om å lage en plan over dagene, eller at sykepleieren sette seg ned og møter pasientens følelser med respekt og omsorg. Pasienten bør få snakke om sin angst og la han/hun utforske hva som er årsaken til angsten, mens sykepleieren bistår med å aktivt lytte og sette ord på tanker og følelser. Dette kan hjelpe pasienten til å se situasjonen klarere. Her kan sykepleieren ta i bruk vurderingsstøtte hjelpe pasienten til å se situasjonen fra en annen synsvinkel (Renolen, 2015, s. 175). Dersom pasienten ikke ønsker å snakke, kan det være god sykepleie å være til stede for pasienten.

Ved de vonde følelsene kan man hjelpe med å være til stede, holde en hånd, be pasienten puste dypt og rolig eller berolige ved å stryke pasienten over ryggen (Blix & Breivik, 2006, s. 96). Funn visere at slikt støttende miljø gir pasienten mulighet for å utrykke sine emosjonelle bekymringer (Soon et al., 2013). Gjennom empatisk innlevelse i pasientens situasjon, blir det lettere for sykepleieren å etablere en relasjon og hjelpe ham med å identifisere hans/hennes problemer, samt finne relevant tiltak for å løse dem (Håkonsen, 2014, s. 209). Emosjonell støtte trenger ikke alltid være i form av flere ord, det kan også formidles gjennom berøring, som f. eks å holde i hånden, noe som også kan skape enda mer nærhet og trygghet hos pasienten. Eide og Eide skriver at kroppsberøring kan oppleves som en sterkt ladet form for nonverbal kontakt og undersøkelser blant pasienter viser at enkelte setter stor pris på å bli holdt i og tatt på. Det kan også føre til at relasjonen mellom sykepleier og pasienten blir enda sterkere (Eide & Eide, 2007, s. 210).

Lupión-Mendoza et al. (2015) skriver i sin studie at årsaken til at isolerte pasienter får depresjon kommer av begrenset mobilitet, samt ensomhet. Da er det nok ikke en tilfeldighet at flere av forskningsartiklene viser høyere risiko for depresjon blant isolerte pasienter, ettersom de har innskrenket mobilitet, samt er ensomme over lengre tid. Ved depresjon kan sykepleieren uttrykke støtte med tilstedeværelse, overvåking og oppfølging (Kristoffersen et al., 2011, s. 111). I praksis erfarte jeg at isolerte pasienter viste fortvilelse over situasjonen og tok lett til tårer. Noe som kan forekomme på grunn av manglene kontroll over situasjonen, lei av å være alene, samt trøtthet og lite stimuli. I følge Blix og Breivik (2006, s. 96) finner

enkelte pasienter lindring gjennom grått. Tilstedeværelse, medfølelse, omsorg og respekt fra sykepleier kan da være viktig. Gråt kan også hjelpe til å frigjør noe av den oppsamlende smerten som pasienten føler (Hummelvoll, 2012, s. 197). Fra erfaring hvor pasienter har tatt til tårer, har omsorg og aktiv lytting vært en god emosjonell støtte.

Som nevnt i innledningen har pasienter rett til en time kontakt utenom de daglige gjøremålene som legevisitt, vitale målinger og måltid (Andreassen et al., 2010, s. 72). Fra erfaring har jeg aldri observert at dette tiltaket har blitt gjennomført i praksis. Når jeg stilte spørsmål om hvorfor, fikk jeg til svar at det var for travelt. Da kommer vi tilbake til det jeg påpekte innledningsvis, personalet blir ofte forhindret i å yte den psykiske støtten på grunn av tidspress (Stordalen, 2009, s. 162). Abad et al. (2010) har også i sin studie observert at rutiner ikke blir gjennomført. Enkelte pasienter kunne gå flere dager uten å bli målt i vitale målinger. Kan dette komme av at sykepleierne rett å slett føler det som tidskrevende å måtte kle seg opp i beskyttelsesutstyr. Medomza et al. (2015) fant funn som viser at sykepleierne noen ganger brukte besøkende som sender av beskjeder i stede for å selv gå i rommet å snakke direkte til pasienten. Fra erfaring i praksis ble det påpekt at årsaken til at daglige gjøremål hos den isolerte pasienten ikke ble gjennomført, var mangel på ansatte og tidspress. Det ble f. eks grunnet med at om det ikke var en indikasjon på å ta målinger, ble det heller ikke prioritert. En vil tro at vitale målinger er en viktig del i forhold til klinisk vurdering og observasjon, samt for å identifisere pasientens problemer.

## **5.2 Behov for undervisning og informasjon**

Det er ofte vanskelig for pasienter å ivareta sin egne rettigheter ettersom de befinner seg i et nytt miljø på sykehuset og er ofte svekket av sykdommer og plager (Kristoffersen et al., 2011, s. 346- 347). For pasienter under isolasjon kan det være enda vanskeligere å innhente informasjon. Sykepleieren vil da automatisk få en annen rolle ved pasienter som er isolerte.

Pacheco og Spyropoulos et al. (2010) påpeker at sykepleierens rolle vil bli å veilede både pasienten og hans pårørende. Målet blir å gi pasienten informasjon, veiledning og undervisning som bidrar til økt kunnskap og kontroll over faktorer som påvirker hans/hennes helse (Kristoffersen et al., 2011, s. 346- 347). På bakgrunn av dette kan en si at sykepleieren må informere om forløpet og behandlingen under isolasjon. Økt kunnskap bidrar til økt tillit til seg selv og opplevelse av forutsigbarhet i tilværelsen (Blix & Breivik, 2006, s. 88). Både

pasient og pårørende trenger informasjon og veiledning om rutiner ved isolasjon (Stordalen, 2009, s. 162). Som Travelbee (1999, s. 259) påpeker vil sykepleieren bistår pasienten når sykepleieren bistår familien med omsorg og støtte. Basert på studien av Morgan et al. (2009) kan undervisning før isolering minske risikoen for angst og depresjon. Dett er dessverre ikke alltid gjennomførbart ettersom pasienten blir isolert fortløpende ved mistanke om smitte. En kan derimot informere i etterkant. En kan starte med en presentasjon, ønske de velkommen og hilse på både pasienten og hans pårørende for å skape trygghet. Deretter vise dem rundt i rommet og informere om døgnrytmen på avdelingen (Blix & Breivik, 2006, s. 86). Ved å starte relasjonen på denne måten kan man oppnå bedre selvinnsikt og kontroll over sin situasjon. Ettersom pasienten får en rutine til å forholde seg til.

Forskning viser at det er mangel på sammenheng i informasjonen (Pacheco & Spyropoluso, 2010). Pasientene befinner seg i en ny situasjon som bringer med seg mange nye inntrykk som gjør det vanskeligere for dem å motta informasjon. Det kan også komme av utmattelse og stress som kan medfører redusert hukommelse (Stubberud, 2013, s. 77-78). Som tidligere nevnt vise funn at stress er en av de psykologiske effektene av isolasjon (Baratt et al., 2011). Derfor må sykepleieren ofte gjenta informasjonen flere ganger (Adreassen et al., 2010, s. 72). Informasjon som minsker stress, oppfattes bedre en informasjon som øker stress, det vil si, korte forklaringer oppfattes lettere en lange (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 257). En annen årsak kan være på grunn av angsten. Pasienter med høy grad av angst klarer ikke å bruke informasjonen effektivt, å stille relevante spørsmål. Kan derfor være nødvendig å starte med å berolige pasienten før informasjonen gis (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 257). Fra erfaring har jeg observert at pasient med angst har et større behov for informasjon om forløpet. For eksempel at pasienten blir tidlig informert om eventuelle undersøkelser.

Nortvedt (2012, s. 136) påpeker at informasjon kan redusere stress og forbedre pasienttilfredsheten. Studier viser også at informasjon redusere angst og andre negative følelser (Barratt et al., 2011). Jo mer undervisning og informasjon sykepleierne tilbyr, jo mer tilfreds er pasienten. Dette betyr nødvendigvis ikke at alle pasienter ønsker å delta i behandlingsbeslutninger (Kristoffersen et al., 2011, s. 112). Både for mye og for lite informasjon kan føre til belastning for pasienten. Noen pasienter ønsker kun faktakunnskaper. Derfor må sykepleieren finne en balanse over hvor mye informasjon pasienten ønsker å motta (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 255-258). Sykepleieren bør i etterkant dokumentere



hvordan pasienten reagerte på informasjonen og hvilket informasjon som er gitt (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 258).

Sykepleierens integrerende funksjon innebærer å hjelpe pasienten til å forstå hensikten med behandlingen han mottar. Ved kontinuitet i pasientbehandlingen kan pasienten oppleve kontroll, trygghet og autonomi. På sykehus opplever pasienter ofte lite kontinuitet på grunn av det er ofte mange mennesker og yrkesgrupper å forholde seg til (Stubberud, 2013, s. 82). Ved å samkjøre informasjonen og kategorisere dem i korte setninger på et dagligdags språk. Kan pasienten få en bedre kontroll over informasjonen (Stubberud, 2013, s. 78). Kontra at flere yrkesgrupper kommer innom og informere om sine temaer eller at informasjonen blir motstridene. Funn viser at hensiktsmessig og tidsriktig informasjon vil øke følelsen av kontroll og redusere frykten fra det ukjente (Soon et al., 2013). I isoleringsveilederen står det at informasjon om isoleringsstiltakene skal både gis muntlig og skriftlig (Larsen & Larsen, 2004). Det kan være nyttig å skrive ned all informasjon pasienten mottar angående forløp, behandling og isoleringsgrunnlaget. Dersom mulig utlevere informasjonsbrosjyrer både til pasient og til pårørende. En annen mulighet for å skape bedre kontroll for pasienten vil være å gi pasienten mulighet til å skrive ned spørsmål som de lurer på, slik de har dem klart når helsepersonell kommer inn til dem. Informasjon som blir gitt som svar på spørsmål, huskes oftest best (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 257).

Undervisning er en av sykepleierens oppgaver (Pacheco og Spyropoulos., 2010). Pasienten er derimot ekspert når det kommer til seg selv. Derfor må sykepleiere være ydmyk for pasientens situasjon og livserfaringer samt være innstilt på å stille seg til rådighet for pasientens sine faglige kunnskaper (Kristoffersen et al., 2011, s. 351). Selv om sykepleieren har makten til å planlegge den pedagogiske oppgaven, bestemme tid og sted, er det viktig å ikke overstige sin makt posisjon over pasienten. Pasienten bør dersom det er mulig, få valgmuligheter som å bestemme tidspunkt for stell, legemidler og besøk, med andre ord planlegge dagen i lag. En må informere om hva som skal skje og eventuelle undersøkelser eller prosedyrer som skal gjennomføres (Stubberud, 2013, s. 86). Da kan vi som Soon et al. (2013) påpeker i sin studie, øke følelsen av kontroll og redusere frykten fra det ukjente. I tillegg tar vi i bruk autonomi som er pasientens rett til medbestemmelse (Nortvedt, 2012, s. 133).

Abad et al. (2010) funn viser at årsaken til de psykologisk negative effektene av isolasjon er sannsynligvis knyttet til usikkerhet og tap av kontroll. På isolat er man alene og det er lite sensorisk stimuli, som kan lett føre til at pasienten blir døgnvill. I følge Stubberud (2013, s. 78) vil pasienten trenge en realitetsorientering som innebærer informasjon om hva som skjer til hvilken tid på døgnet. Kalender og klokke innenfor synsvidde kan her være til stor hjelp. Moesmand og Kjøllesdal (2004, s. 247) mener at sykepleierne kan presentere det dagligdagse for pasienten slik at han/hun får noe å forholde seg til og for å få en viss kontroll.

### 5.3 Å håndtere det nye fysiske miljøet

Når man blir syk påvirkes evnen til forflytning og mobilisering. En kan få sin fysiske verden innskrenket som det å holde seg inne på et sengerom. Det oppstår en avstand mellom seg selv og omgivelsene (Kristoffersen et al., 2011, s. 73). Når pasienter blir isolert er deres område innskrenket til et isolat som de må forholde seg til i en antatt varighet. Barratt et al. (2011) fant ut i sin studie at isolerte pasientene hadde minsket sensorisk stimuli ettersom de var inne på et rom, som igjen førte til kjedsomhet og angst. Annet funn uttrykker at pasientene savner å kunne gå rundt og forlate rommet (Soon et al., 2013). For å kunne finne relevant tiltak må sykepleieren sette seg inn i pasientens situasjon (Stubberud, 2013, s. 47). Hvordan ville jeg blitt behandlet som pasient på isolat? Ved hjelp av erfaringer og fagkunnskap kan sykepleieren sette seg i pasientens situasjon (Stubberud, 2013, s. 47). Vi mennesker er ulike og har som tidligere nevnt ulike behov. For enkelte kan det være nok med en data hvor de kan se filmer og via nettressurser, snakke med familien og venner. Derimot er det de som er vant å ha en aktiv livsstil, for dem vil det være en enda større påkjenning, da isolasjon oppleves mer fremmed i form av grenset område for aktivisering.

Med utgangspunkt i pasientens resurser må sykepleieren kunne planlegge og prioritere handlinger i pasient behandlingen. En må finne ut hvilke aktiviteter som er tilgjengelige og som pasienten kan ha nytte av. Sykepleieren må kunne vurdere hvilke tiltak som er viktigst i den aktuelle situasjonen og tenke framover for å forebygge konsekvenser (Stubberud, 2013, s. 53). Dersom pasienten blir inaktiv på isolatet kan han/hun senere bli utsatt for symptomer som f. eks trøtthet, energitap og inaktivitet, dette kan igjen føre til komplikasjoner.

Pacheco og Spyroppulos (2010) sine funn viser at pasienter føler seg avskåret fra det vanlige. Så hvilke tiltak kan sykepleieren sette i gang for å øke stimuli, aktivitet og minske

kjedsomheten? Barratt et al. (2011) påpekte i sin artikkel at et vindu kunne gi pasientene en mulighet til syn på verden utenfor. Brørsund og Melbye (2013, s. 790) støtter også dette med at dersom mulig, bør det velges et rom med utsikt ettersom det er denne utsikten pasienten skal se på i de kommende ukene. Vindu mot avdelingen kunne også i følge funn minske følelsen av isolasjon (Barratt et al., 2011). Men det er dessverre begrensninger for hva sykepleieren og avdelingens ressurser kan gjøre for pasienten. Avdelingens rammefaktorer påvirker tiden, kartlegging, kontinuiteten og hvor engasjert sykepleieren kan være (Stubberud, 2013, s. 47). Jeg har aldri observert et sykehus som har vindu mot avdelingen på sengerommet. Derimot er det flere sengerom med utsikt og dersom det er mulig bør sykepleieren legge inn pasienten på dette rommet. Fra erfaring blir pasienter lagt inn på rom som er ledig. Dersom det er flere ledige rom, kan sykepleieren velge hvilket sengerom pasienten skal på. Under min praksis ble en pasient flyttet fra et isolat til et annet isolat med utsikt, en uke etter innleggelse fordi rommet ikke var ledig tidligere.

Hovedproblemer hos pasienter som er langvarig isolerte er beskrevet som vansker med å finne balanse mellom aktivitet og hvile, samt opprettholde døgnrytmen (Børøsun & Melbye, 2013, s. 789). Det kan tenkes at tiden på isolatet går sakte og pasienter velger å slappe av eller sove om dagen. Som igjen kan medføre at pasienten ikke er trøtt når kvelden kommer, og døgnet blir snudd om. En annen årsak kan være at pasienten trenger mindre søvn på grunn av lite stimuli eller aktivitet. Studie viser at begrenset mobilitet var også en av årsakene til at pasienter ble deprimert (Lupi3n-Mendoza et al., 2015). Derfor bør sykepleieren fange opp disse tilstandene og hjelpe pasienten til å finne aktiviteter som hjelper å gjøre dagene kortere og å opprettholde døgnrytmen. Barratt et al. (2011) påpeker i sin studie at aktivitet minsker kjedsomhet. Ved å ha besøksgrupper og aktiviteter som bøker, aviser og tv-underholdning kan en redusere pasientens negative opplevelse av isolasjon. Børøsun og Melbye (2013, s. 789) påpeker også at ulike aktiviteter kan hjelpe pasienten til å få dagene til å bli kortere. Gjennom samtale kan sykepleieren finne tiltak som kan gjøre tiden på isolat lettere for pasienten. En kan spørre pasienten selv om forslag til aktiviteter f. eks lese, tegne, strikke eller male. Flere undersøkelser har også vist at bruk av musikk fremmer avslapning og reduserer angst (Kristoffersen et al., 2011, s. 178). I følge Barratt et al. (2011) kan en bedre pasientens opplevelse av isolasjon og fremme selvstendighet ved å la pasienten ha personlige eiendeler som f. eks en kaffetrakter eller et lite kjøleskap på rommet. Fleksibilitet i visittiden kan også gjøre det lettere for pasienten å motta besøk.

Som tidligere nevnt syntes enkelte pasienter at det var greit med isolat ettersom de fikk et enkeltrom som ga dem ro og privatliv (Barratt et al., 2011). På en annen side kan isolat også føre til mangel på privatliv, fordi pasienten ikke helt vet når sykepleieren kommer inn. Sykepleieren kan formidle til pasienten at han/hun kan ta kontakt dersom han/hun ønsker å prate med noen. Pasienten vil kanskje da opplever en balanse (Blix & Breivik, 2006, s. 86). En kan lage avtale på når sykepleieren skal komme inn til f. eks målinger og andre dagligdagse gjøremål.

Det er viktig at isolatet holdes ryddig, fordi det er pasientens eneste oppholdssted. I følge Børø Sund & Melbye (2013, s. 790) ønsker noen pasienter å selv stå for renholdet for å få dagen til å gå. Om kvelden skal søppelet tømmes, slik at en unngår lukt når pasienten skal sove. Som nevnt, er rommet pasientens eneste oppholdsrom og dette skal respekteres. Ved å prioritere å holde rommet rent og ryddig, viser en respekt og at en bryr seg om det fysiske miljøet rundt pasienten.

For pasienten kan måltidene være dagens høydepunkt. Dersom ønskelig kan en komme med matønsker. Sykepleieren må sørge for at maten ser appetittlig ut og er varm ettersom enkelte pasienter mister appetitten under isolat. En bør unngå å bruke papptallerken og/eller plastbestikk, da det kan påvirke matlysten (Børø Sund & Melbye, 2013, s. 790). I praksis blir det brukt vanlig bestikk og tallerken som fraktes og rengjøres etter prosedyre. Dette kan føre til ekstra arbeid, men jeg kan tenke meg at det betyr utrolig mye for pasienten at maten blir servert ordentlig.

Dersom pasienten ønsker brus eller sjokolade, inngår ikke dette i ønskekosten. Om pasienten har pårørende som kommer på besøk, kan de eventuelt ta med seg noe som er ønskelig. Ved langtidsisolasjon kan sykepleieren avvike litt fra rutiner og bestille inn litt brus eller kjeks til pasienten fra kjøkkenet. Hvis mulig, kan en også dra ned til kiosken å handle for pasienten. Det blir sett på som betydningsfullt dersom sykepleieren på en eller annen måte går ut over det som er forventet for å hjelpe pasienten. Dette fører til at pasienten bli behandlet som en unik person, ettersom sykepleieren avviker fra rutiner for å kunne hjelpe (Bøe & Thomassen, 2017, s. 133). Faggruppene på sykehuset bør samarbeide om å gi pasienten et godt og variert tilbud under isolasjonstiden (Andreassen et al., 2010, s. 72).

## 6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien viser at pasienter som er isolerte opplever både positive og negative elementer. Det positive var muligheten for enerom som ga dem ro og privatliv. Negative aspekter viste seg i form av ensomhet, stress, usikkerhet, kjedsomhet, manglende informasjon og nedsatt mulighet for mobilisering. Den psykiske virkningen av isolasjon førte til økt risiko for angst og depresjon. For å hindre negative opplevelse av isolasjon må sykepleieren tilrettelegge for å ivareta pasientens psykososiale behov. Hvilke behov pasienten har varierer. Sykepleieren må fjerne merkelappen som ”smitte-pasient” og se pasienten for å kunne danne grunnlaget for hvilken sykepleie som skal gis og tilrettelegge for ulike behov.

Pasienter som blir isolerte opplever en avstand mellom seg selv og omgivelsene som resulterer i at flere blir ensomme. Sykepleieren må legge til rette slik at pasienten mottar den støtte han/hun ønsker fra familie og venner, men også selv være tilgjengelig for å gi pasienten støtte. Behovet for støtte må ses i forhold til pasienten selv men også ut ifra hvilken kontekst pasienten befinner seg i. Pasientene trenger informasjon å undervisning om årsaken til isolering, smittetiltak, behandlingsvarighet og de daglige rutinene for å skape en viss kontroll over dagene framover. Sykepleieren må finne en balanse i informasjonen, ettersom for mye informasjon som mangler sammenheng er lite hensiktsnyttig. Hva pasienten selv ønsker i sitt fysiske miljø er individuelt og kan påvirkes av flere faktorer som kjønn, alder, livsstil og interesser.

## Referanseliste

- Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *Journal Of Hospital Infection*, 76(2), 97-102. doi:10.1016/j.jhin.2010.04.027.
- Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I-L., & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 61- 105). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barratt, R. L., Shaban, R., & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: Lessons for clinical practice. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 39(2), 180-193.
- Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis - prosess og verktøy. I H.V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. (s. 31-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blix, E. S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Børørsund, E., & Melbye, L. V. (2013). Sykepleie til pasienter med infeksjonssykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2 utg. , s. 778-831). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. Januar). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 06. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Larsen, G. S., & Larsen, B-I. (2004). *Isoleringsveilederen: Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Lupión-Mendoza, C., Antúnez-Domínguez, M. J., González-Fernández, C., Romero-Brioso, C., & Rodríguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *American Journal Of Infection Control*, 43(4), 397-399. doi:10.1016/j.ajic.2015.01.009.
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Morgan, D., Diekema, D., Sepkowitz, K., & Perencevich, E. (2009). Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. *American Journal Of*

*Infection Control*, 37(2), 85-93.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pacheco, M., & Spyropoulos, V. (2010). The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult patients and their families. *Canadian Journal Of Infection Control*, 25(3), 166-173.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Roderick, M., Speroni, K. G., Stafford, A., & Seibert, D. J. (2017). Pilot evaluation of isolation patients' perceptions on ability to identify types of health care workers when wearing isolation gowns. *American Journal Of Infection Control*, 45(3), 324-326. doi:10.1016/j.ajic.2016.10.005

Skovlund, E., & Vatn, M. H. (2008). Klinisk forskning. I P. Laake, B. R. Olsen, & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s.255-281). Oslo: Gyldendal akademisk.

Smittevernloven. (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven>

Soon, M. L., Madigan, E., Jones, K. R., & Salata, R. A. (2013). An exploration of the psychologic impact of contact isolation on patients in Singapore. *American Journal Of Infection Control*, 41(10), e111-3. doi:10.1016/j.ajic.2013.01.037.



Stordalen, J. (2009). *Den usynlige fare: Smittevern og hygiene* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Stubberud, D-G. (Red.). (2013). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* Oslo: Gyldendal akademisk.

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

## Vedlegg I: Søkeprosessen

<b>Nr:</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensning/ limit</b>	<b>Resultat (antall)</b>
<b>S1</b>	Patient isolation		<b>2,556</b>
<b>S2</b>	Psychosocial factors		<b>212,067</b>
<b>S3</b>	Patient attitudes		<b>25,319</b>
<b>S4</b>	Nursing practice		<b>64,285</b>
<b>S5</b>	S1 AND S2 AND S3 AND S4		<b>2</b>
<b>S6</b>	Clostridium infections		<b>2,536</b>
<b>S7</b>	S1 AND S2 AND S6		<b>2</b>
<b>S8</b>	Bacterial infections		<b>8,816</b>
<b>S9</b>	S1 AND S2 AND S8		<b>2</b>
<b>S10</b>	Psychologic impact		<b>68</b>
<b>S11</b>	Bacterial Colonization		<b>3,090</b>
<b>S12</b>	S1 AND S10 AND S11		<b>1</b>
<b>S13</b>	Depression		<b>75,929</b>
<b>S14</b>	Anxiety		<b>40,135</b>
<b>S15</b>	Cross infection		<b>17,963</b>
<b>S16</b>	Contact precautions		<b>339</b>
<b>S17</b>	S13 AND S14 AND S15 AND S16		<b>5</b>
<b>S18</b>	Infection Control		<b>54,419</b>
<b>S19</b>	Patient care		<b>129,896</b>
<b>S20</b>	S13 AND S14 AND S18 AND S19		<b>7</b>

## Vedlegg II: Eksempel på kildekritikk

Artikkel 2

Pacheco og Spyropoulos (2010).

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

The experience of source isolation for *Clostridium difficile* in adult Patients and their families.

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

### INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p><b>Kommentar:</b> Tatt isolerte pasienter og deres familier med i intervj. utvalget kom fra forskjellige avdelinger.</p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p><b>Kommentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Påførende som var regelmessig på besøk</li> <li>-Av de 10 som deltok var 5 pasienter som hadde en nær påførende som deltok.</li> <li>-Deltakerne ble hentet fra forskjellige avdelinger.</li> <li>-Dersom påførende ikke ønsket, kunne ikke pasienten delta.</li> </ul>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p> <p><b>Kommentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervju er metoden som ble valgt for å <del>hente</del> samle data.</li> </ul>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>- Pasienten og pårørende ble intervjuet hver for seg.</p> <p>- Det ble brukt åpne spørsmål for å oppmuntre deltakerne til å dele sine erfaringer.</p> <p>- På grunn av isolasjon måtte pasienten intervjues på rommet.</p> <p>- var bare et intervju pga tidspress.</p>
--	--

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Colazzi analyse. Hvor en først leser litt om deltakeren, deretter deltakerens svar. Deretter se deltakerens svar opp i mot problemstillingen.</p> <p>- Student forskere skrev om intervjuene til feltnotater for å minske data.</p> <p>- flere forskere leste på det, slik en fikk flere syn på analysen. som etterfulgte en sammenligning av resultatene.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> - Datainnsamlingen foregikk på sykehuset - forskere hadde tidspress</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0					
<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> - to forskere gikk igjennom resultatene. - sammen om resultatet.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</li> </ul>			
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</li> <li>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>- Etisk godkjenning ble innhentet.</p> <p>- Informert om samtykke.</p>		

### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan du oppsummere hovedfunnene?</li> <li>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>- Sykdomstyper fører til bekymring.</p> <p>- Ensomhet</p> <p>- Mangel på informasjon</p>		

### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</li> <li>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>- Resultatene viser hva en sykepleier bør gjøre for pasienten for å ivareta pasienten og igangsette relevante tiltak.</p> <p>- Nevner også at pasienten bør få et pedagogisk opplegg som omhandler isolering.</p>
--	---