



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og
fagutvikling (Bacheloroppgåve)

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.2017 Kl. 14.00

Kandidatnummer: 352

Rettleiar: Frode Skorpen

LINDRING AV LIDING HJÅ PASIENTAR MED MRSA



Nurse with MRSA patient. [fotografi]. Henta frå Encyclopædia Britannica ImageQuest
http://quest.eb.com/search/132_1260847/1/132_1260847/cite Brukt med tillating.

BACHELOROPPGÅVE I SJUKEPLEIE

STORD 2017
KULL 2014

TALET PÅ ORD:

8790

Samandrag

Tittel: Lindring av liding hjå pasientar med MRSA.

Bakgrunn for val av tema: Førekomsten av MRSA er stadig aukande i Noreg og som sjukepleiar kan ein møte pasientar med MRSA over alt i helsevesenet. Helsepersonell har i dag tilgang på kunnskap om handtering av MRSA. I møte med pasientane, kan det vera formålstenleg å tileigne seg kunnskap om korleis MRSA påverkar pasienten i kvardagslivet.

Problemstilling: I møte med MRSA- smitta pasientar: Korleis kan sjukepleiar gjennom dette møtet bidra til å lindre pasientens liding?

Oppgåvas hensikt: Hensikta er å få ei djupare forståing for korleis dei MRSA- smitta pasientane kan oppleva deira liding, men også belyse korleis sjukepleiar kan lindre lidinga hjå denne pasientgruppa. I tillegg til å spreie kunnskap om MRSA, er hensikta med oppgåva at eg som sjukepleiar, tileignar meg kunnskap knytt til omgrepet liding.

Metode: Oppgåva er ei litteraturstudie. Fem artiklar vart inkludert i oppgåva og ingen av dei var eldre enn frå 2009. Tre artiklar var funnen i databasen CINAHL og to artiklar var funnen i databasen PubMed. Alle artiklane er basert på studiar utført i Sverige.

Resultat: Fire artiklar undersøkte pasientane sine opplevingar om det å vera MRSA- smitta, og resulterte i fire emne: kunnskap, reaksjonar, kjensler og ivaretaking. Artikkelen som undersøkte sjukepleiarane sine opplevingar, knytt til det å gi omsorg til pasientar med MRSA, resulterte i fire tema: kunnskap, reaksjonar, kjensler og kvaliteten på sjukepleia.

Oppsummering: Funn frå artiklane syner til mangelfull kunnskap om MRSA hjå sjukepleiarar, og då i særleg grad det som gjeld formålstenleg pasientinformasjon og rettleiing. Pasientane lid av det å vera smittsam, samt vert i møte med sjukepleiarar utsett for negative reaksjonar og haldningar. Dei sterke kjenslemessige reaksjonane pasientane opplever, syner kor naudsynt behovet deira er for eit medmenneske som forstår deira form for liding. I møtet med MRSA- smitta pasientar kan sjukepleiarar, med naudsynt kunnskap om MRSA og medviten om korleis liding kan utspela seg, kunne bidra til å lindre liding hjå den sårbare pasienten med MRSA.

Nøkkelord: MRSA (meticillin resistant Staphylococcus aureus), sjukepleie, liding, pasientars oppfatningar, pasientars opplevingar.

Summary

Title: Alleviation of suffering from patients with MRSA

Background: The occurrence of MRSA is still increasing in Norway and as a nurse, one can meet patients with MRSA all over in the healthcare system. Today, healthcare professionals have access to knowledge about management of MRSA. In meetings with patients, it may be appropriate to acquire knowledge about how MRSA effect the patients in everyday life.

Research question: In meeting with MRSA- infected patients: How can the nurse through this meeting contribute to alleviate the patients suffering?

The purpose of this task: The purpose is to get a deeper understanding of how MRSA- infected patients experience their suffering, but also highlight how a nurse can alleviate suffering from this patient group. In addition to spread knowledge about MRSA, the purpose of this task is that I, as a nurse, acquire knowledge related to the term suffering.

Method: This thesis is a literature study. Five articles were included, none of them were older than from 2009. Three articles were found in the database CINAHL and two articles were found in the database PubMed. All articles are based on studies performed in Sweden.

Result: Four articles examined the patients experiences of being MRSA- infected, and resulted in four subjects: knowledge, reactions, feelings and being taken care of. The article that examined the nurses' experiences related to caring for patients with MRSA, resulted in four subjects: knowledge, reactions, feelings and the quality of nursing.

Summary: Findings from the articles, shows that nurses has a lack of knowledge about MRSA, and especially, what comes to appropriate patient information and guidance. The patients suffer from being contagious, and in addition, they are being exposed to reactions and attitudes from nurses in their meeting with them. The patients experience of strong feelings, shows their necessary need for a fellow human being, who understand their form of suffering. In meeting with MRSA- infected patients, nurses may, with the necessary knowledge about MRSA and knowing how suffering may play out, help alleviate suffering from the vulnerable patient with MRSA.

Keyword: MRSA (methicillin resistant Staphylococcus aureus), nursing care, suffering, patient`s perceptions, patient`s experiences.

INNHALDSFORTEGNING

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INNLEIING | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for val av tema..... | 1 |
| 1.2 | Hensikt | 1 |
| 1.3 | Problemstilling | 2 |
| 1.4 | Avgrensing og presisering | 2 |
| 2 | TEORI..... | 3 |
| 2.1 | Meticillin resistent Staphylococcus aureus | 3 |
| 2.2 | Sjukepleieteoretikar: Katie Eriksson | 3 |
| 2.3 | Liding..... | 4 |
| 2.3.1 | Lidinga sitt univers | 4 |
| 2.3.2 | Liding i pleie | 4 |
| 2.4 | Pasienten- det lidande menneske..... | 6 |
| 2.5 | Sjukepleievitskapleg perspektiv på liding | 6 |
| 2.6 | Sjukepleiefagleg perspektiv | 6 |
| 2.6.1 | Sjukepleiefaglege utfordringar | 6 |
| 2.6.2 | Sjukepleiar sin lindrande funksjon | 7 |
| 2.6.3 | Sjukepleiaren sin undervisande funksjon | 7 |
| 2.7 | Møte med den som lid | 7 |
| 2.8 | Etiske aspekt..... | 8 |
| 2.9 | Kommunikasjon | 8 |
| 3 | METODE..... | 9 |
| 3.1 | Kva er metode?..... | 9 |
| 3.2 | Litteraturstudie som metode..... | 9 |
| 3.3 | Litteratursøk | 10 |
| 3.3.1 | Tabell 1- CINAHL | 11 |
| 3.3.2 | Tabell 2- PubMed..... | 12 |
| 3.4 | Kjeldekritikk | 12 |
| 3.5 | Metodekritikk..... | 13 |
| 3.6 | Forskingsetikk | 13 |
| 4 | RESULTAT | 14 |
| 4.1 | Presentasjon av valde artiklar..... | 14 |
| 4.1.1 | Artikkel 1 | 14 |
| 4.1.2 | Artikkel 2 | 15 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1.3 | Artikkel 3 | 16 |
| 4.1.4 | Artikkel 4 | 17 |
| 4.1.5 | Artikkel 5 | 18 |
| 4.1.6 | Tabell med oppsummering frå resultat | 19 |
| 5 | DRØFTING..... | 21 |
| 5.1 | Reaksjonar hjå pasientane | 21 |
| 5.2 | Pasientane sine ulike kjenslemessige reaksjonar | 22 |
| 5.3 | Behovet for kunnskap hjå pasientane | 24 |
| 5.4 | Ivaretaking av pasientane..... | 26 |
| 6 | OPPSUMMERING | 28 |
| 7 | REFERANSELISTE..... | 29 |
| | VEDLEGG 1: KRITISK VURDERING AV ARTIKLAR | 32 |
| | VEDLEGG 2: RESULTATTABELL | 34 |

1 INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

Denne oppgåva handlar om å lindre lidning hjå pasientar som er smitta av MRSA. Bakteriane gule stafylokokkar forårsakar i dag om lag 80 prosent av infeksjonane hjå menneske (Schøyen, 2011, s. 215). Behandling av infeksjon forårsaka av desse bakteriane, inneber antibiotika og sjukehusopphald. Dessverre, er ein type gule bakteriar blitt resistent mot dei vanlegaste penicillina som blir brukt ved slike infeksjonar, den såkalla meticillin resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) (Andreassen, Fjellet, Wilhelmsen & Stubberud, 2010, s. 75). I følgje Folkehelseinstituttet [FHI] (2016) sin årsrapport frå 2015, syner det at førekomsten av MRSA fortsett er aukande i Noreg. Det var totalt meldt 2236 tilfelle med MRSA, der av 1447 tilfelle berarar og 789 tilfelle av MRSA- infeksjonar. Rapporten syner til ein tydeleg og pågåande vekst av meldte berarar (FHI, 2016). MRSA- rettleiaren til Noreg har som mål å hindre MRSA i å etablere seg og bli ein del av bakteriefloraen i helseinstitusjonar, samt gi nasjonale råd for å førebyggja spreininga av MRSA (FHI, 2015).

Etter å ha sett ein gripande TV dokumentar, «Bakterietrusselen» (NRK TV, 2016), innsåg eg kor alvorleg multiresistente bakteriar er. Den handla om to kvinner som var smitta av resistente bakteriar, MRSA, i utlandet. Konsekvensane medførte til langvarig isolasjon for den eine kvinna medan den andre kvinna måtte slutte som intensivsjukepleiar, noko som påverka det dagleglivet deira. I praksis nær erfaring, har eg møtt pasientar som er smitta av MRSA. Det som frykta meg i møtet med desse pasientane, var min manglande kunnskap og usikkerheit knytt til eigen kompetanse. Som sjukepleiar kan ein møte pasientar med MRSA over alt i helsevesenet, og mi oppgåve blir å undersøkje korleis pasientar med MRSA opplev det og korleis det påverkar kvardagen deira.

1.2 Hensikt

Hensikta med denne litteraturstudien, er å få ei djupare forståing for korleis dei MRSA- smitta pasientane kan oppleve deira lidning, men også belyse korleis sjukepleiar kan lindre lidinga hjå denne pasientgruppa. I tillegg til å spreie kunnskap om MRSA, er hensikta med oppgåva at eg som sjukepleiar, tileignar meg kunnskap knytt til omgrepet lidning. Eriksson (2010, s. 15) ser på det å lide, som ein del av det å leva og at lidning er ein del av menneskets liv. Lidning har sin

meining og vil uttrykke seg på forskjellig måtar for kvart menneske, i kampen for verdigheit og fridomen til å vera menneske. Lidinga til alle menneske kjem til uttrykk i det Eriksson (2010, s. 51) kallar «lidingas drama» og behovet for ein støttespelar vil kome til syne. Sjukepleiarens nye paradigme, ifølgje Eriksson (2010, 94-95), er å sjå vekk ifrå sjukdomsdiagnose og sjukdomssyn, til fokuset på lidinga for å lindre liding.

1.3 Problemstilling

I møte med MRSA- smitta pasientar: Korleis kan sjukepleiar gjennom dette møtet bidra til å lindre pasientens liding?

1.4 Avgrensing og presisering

MRSA- smitte og MRSA- smitta pasientar, omhandlar isolasjon, smittevern og sanering (Andreassen et al., 2010, s. 75-77). Dette vil ikkje ha noko fokus i oppgåva mi, då eg vel å fordjupe meg i omgrepet liding og sjukepleiar i møte med lidande menneske. I denne oppgåva er pasientgruppa avgrensa til MRSA- positive pasientar over 18 år. Begge kjønn i variert alder er inkludert, då liding kan variere utifrå den livsfasen pasientane er i. Oppgåva vil handle om korleis sjukepleiaren kan lindre liding som inngår i alle sidene hjå mennesket, med fokus retta mot pasienten sin oppleving av å vera sjuk og sin oppleving av liding. Oppgåva byggjar på Katie Erikssons omsorgsteori, avgrensa til hennar syn på liding, og skal både understøtte og vera ei ramme for problemstillinga mi. Omgrepet liding vil bli utdjupa i teori kapittelet. Retningslinjene for oppgåva gir avgrensingar for kor mange ord eg kan nytta og har difor valt å leggje den kritiske vurderinga av artiklane som vedlegg. Sjå vedlegg nummer 1.

2 TEORI

2.1 Meticillin resistent *Staphylococcus aureus*

Om lag 20-40 prosent av befolkninga er berarar av gule stafylokokkar, medan høgast førekomst finn ein hjå pasientar, helsepersonell og personar med hudsjukdom. Smitten kan vanlegvis overførast via kontakt, men også via dråpesmitte, og kan forårsake infeksjon i blant anna sår og hud (Andreassen et al., 2010, s. 75). Det vart tidleg oppfunnen ulik penicillin med god effekt på slike stafylokokkar (Schøyen, 2011, s. 215). MRSA bakterien har utvikla resistens mot slik penicillin og som skil seg frå andre gule stafylokokkar. Den er også multiresistent, det vil seie resistens mot andre antibiotika. I sjukehus og sjukeheim er bakterien eit aukande problem. Dei bakteriestammene som er oppdaga utanfor helseinstitusjonar er vanskelege å utrydda. Dersom spreinga av MRSA aukar, vil antibiotika bruken også auke (Andreassen et al., 2010, s. 76). Ifølgje Folkehelseinstituttet (2015) har førekomsten av MRSA vore liten grunna strenge retningslinjer i høve til MRSA- rettleiaren.

Infeksjon forårsaka av MRSA, blir i følgje smittevernlova (1994) rekna som ein allmenne farleg smittsam sjukdom og inneber strenge smitteverntiltak. I følgje Andreassen et al. (2010, s. 65-67) skal alle pasientar ved mistanke om smittsam sjukdom isolerast. Det å ha ein smitteførande sjukdom og i tillegg bli isolert, kan opplevast traumatisk. Den omsorga og dei praktiske løysingane som må til for denne pasientgruppa, vil difor omfatte mykje meir enn det som står skildra i smitterettleiaren.

2.2 Sjukepleieteoretikar: Katie Eriksson

Den finske sjukepleiaren Katie Eriksson er kjent for sin omsorgsteori. Omsorgsfilosofien hennar omhandlar å identifisere omsorga sine grunnleggande trekk, idé eller kjerne. Eriksson har skriva mange bøker, mellom anna «Det lidande menneske» (Kristoffersen et al., 2011, s. 242-244). I denne boka vektlegg Eriksson interaksjonen mellom sjukepleiar og pasienten, og hevdar at det som motiverer oss til omsorg, er det lidande menneske som me møter i sjukepleia (Kristoffersen et al., 2011, s. 249).

2.3 Liding

2.3.1 *Lidinga sitt univers*

Katie Eriksson (Eriksson, 1995, s. 13) ser på lidinga som grenselaus og samanliknar den med eit univers. Til kvart menneske og tidsalder gir denne samanlikninga ein plass i forhold til liding. Menneske blir tvungen til å forstå lidinga knytt til eige liv og tilvære. Eriksson seier at lidinga er ein del av livet og at den er tilegnet mennesket. Når livet har beseira lidinga, har lidinga vert ei kraft til nytt liv.

2.3.2 *Liding i pleie*

Utviklinga av pleie og lindring av menneskes liding, har i dag dessverre vist seg å skape liding for mennesket, kor ein på ny må ta stilling til dei grunnleggande utgangspunkta for pleie. I sjukepleia møter ein tre forskjellige former for liding: sjukdomsliding, pleieliding og livsliding (Eriksson, 1995, s. 66).

2.3.2.1 *Sjukdomsliding*

Eriksson (1995, s. 67) presenterer den fysiske smerte og den sjelelege og åndelege liding som to kategoriar som inngår i sjukdomsliding. Ho seier at fysisk smerte knytt til sjukdom er ein vanleg årsak til liding, og at denne typen smerte kan føre mennesket til ein sjeleleg og åndeleg død og bør derfor lindrast med alle middel. Den fysiske smerta krev all merksemd på ein bestemt kroppsdel og menneskets kapasitet til å meistre liding blir redusert. Menneskets oppleving av audmjukheit, skam og/eller skuld knytt til sjukdomen eller behandlinga, forårsakar sjeleleg og åndeleg liding, og liknar mykje på det Eriksson omtalar som pleieliding.

2.3.2.2 *Pleieliding*

I følgje Eriksson (2010, s. 80-81) varierer definisjonen av kva som er god pleie, gjennom forskning og diskusjon rundt pleieetiske spørsmål. Ho seier at det finnes mange ulike formar for pleieliding. Alle menneske har sin eigen oppleving av lidinga som er forårsaka av pleie eller manglande pleie. Eriksson vel å inndele pleieliding i følgjande kategoriar:

1. Krenking av pasientens verdigheit
2. Fordømming og straff

3. Maktutøving
4. Manglande omsorg

Utifrå desse kategoriane, meiner Eriksson (2010, s. 81) at den ordinære form for pleieliding er krenking av pasientens verdigheit og verdi som menneske, og dei andre formene kan tilbakeførast til denne. Moglegheita til fult og halden kunne vera eit menneske, blir fråteken ved krenking av pasientens verdigheit. Både direkte og konkrete haldningar, kan føre til krenking. Ein meir abstrakt måte for krenking, er gjennom ein manglande etisk haldning- det å ikkje «sjå» pasienten eller gi pasienten plass. Eriksson (2010, s. 85) seier at fordømming og straff, heng tett saman med krenking av menneskets verdigheit. Sjukepleiaren har i oppgåve å vurdere kva som er rett og galt for pasienten, og då hender det at ein møter oppfatninga av korleis «ideal pasienten» burde vera. Ifølgje Eriksson (2010, s. 85) kan den som ikkje held seg innanfor desse rammene, utsetjast for fordømminga. Tett til fordømminga, ligg straff. Eriksson meiner at ein måte å straffe på, er å ignorera pasienten eller å ikkje gi velgjerande pleie. Maktutøving på andre, meiner Eriksson (2010, s. 86-87) er ein måte å påføre liding. Ved maktbruk i pleia kan pasienten bli fråteken retten til å vera pasient. Makt er å tvinge andre til å gjera noko mot sin vilje og kan utøvast både direkte og indirekte, men i ulik grad og i ulike situasjonar. Den manglande omsorg, som er den siste kategorien av pleieliding, består av manglande evne til å sjå og bedømme kva pasienten har bruk for. Manglande omsorg oppstår når pleie blir utført utan omsorg eller der omsorgsdimensjonen manglar. Eriksson seier at dette kan ha sin bakgrunn i grunnhaldninga og i opplevinga av motivet til å pleie (Eriksson, 2010, s. 86-87).

2.3.2.3 *Livsliding*

Det som inngår i menneskets heile livssituasjon, er pasientsituasjon, sjukdom og dårleg sunnheitstilstand. Alt dette blir påverka når mennesket står overfor ei liding (Eriksson, 2010, s. 88). Livslidinga er i følgje Eriksson (2010, s. 88-89) den lidinga som har relasjon til alt i det å leva, det som gjere at ein kan vera menneske blant menneske. Eriksson seier at kampviljen, viljen til liv, blandast med trusselen om å bli utsletta, redselen og fortvilninga. Det er mange måtar å forandre menneskets totale livssituasjon på. Men det er unaturleg for mennesket å plutsleg gjennomgå ein på tvungen endring av livssituasjonen, og ein ny meiningssamanheng krev tid. Eriksson seier at mangelen på kjærleik kanskje er den djupaste form for livsliding, då mangel på kjærleik eksempelvis drep og utsletter menneske. I situasjonar der pasienten har

store lidningar og er i ferd med å gi opp, er det vanskeleg å vite korleis ein skal handle. Kjensla av å gi opp, kan henge saman med at pasienten ikkje lenger har krefter til å kjempe, mangel på verdi eller oppgåve i livet (Eriksson, 2010, s. 88-89).

2.4 Pasienten- det lidande menneske

Den lidande er det eigentlege betydinga av omgrepet «pasient», og er den som tolmodig toler og held ut. Den medisinske betyding har fått større betyding i pasientomgrepet, det lidande mennesket har med tida blitt gløymt og ein fokuserer meir på diagnose. I dagens system skal ein gi pleie til det lidande mennesket, derimot hender det at ein forårsakar liding i mange tilfelle (Eriksson, 2010, s. 28-30).

2.5 Sjukepleievitskapleg perspektiv på liding

Utifrå eit sjukepleievitskapleg perspektiv, har Janice Morse (sitert i Foss & Nåden, 2009) utvikla ein omfattande og kompleks teori. Ho skildrar kjenslemessig liding og uthaldande liding inn i den kliniske sjukepleiesamanheng. Uthaldande liding inneber eit anna innhald og perspektiv i motsetnad til det omsorgsvitskapleg perspektivet som Eriksson skildrar. Morse meiner at pasienten har evne til å tilpasse seg den utholdande lidinga, der kjenslene blir undertrykt og at dette avhenger av støtte frå omgivingane. Når pasienten ikkje er sterk nok til handtere kjenslene som følgjer med den einskilde krise, meiner ho at utholdande liding er det beste. I følgje Erikssons perspektiv (sitert i Foss & Nåden, 2009) er pasientens undertrykte kjensler ei liding i seg sjølv, og meiner at ein heller skal oppfordre pasienten til å stå i det og at dette vil opne moglegheita for personleg utvikling.

2.6 Sjukepleiefagleg perspektiv

2.6.1 Sjukepleiefaglege utfordringar

I møte med infeksjonssjuke pasientar, kan sjukepleiarar oppleve usikkerheit, frykt og motstand. Sjukepleiarens motstand kan skuldast uvissheit og fordommar, men også at ein i grunn er frykta for smitte. Sjukepleiar skal vera reflektert over sin haldning i møte med ulike pasientgrupper, samt vera trygg på fagkunnskap (Andreassen et al., 2010, s. 61-62).

Sjukepleiaren står overfor den utfordringa det er å møte det lidande menneske og lindre liding, uavhengig av årsaka til personens liding (Kristoffersen et al., 2011, s. 251).

2.6.2 Sjukepleiar sin lindrande funksjon

Sjukepleiaren sin lindrande funksjon inneber å rette fokuset mot det subjektive knytt til sjukdom og lidning, spesielt mot pasientens erfaring, oppleving og livskvalitet. Pasientens psykiske, fysiske og sosiale belastningar skal stå sentralt i omsorga og den lindrande funksjonen inneber å avgrense omfanget av dette (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22).

Sjukepleiaren vil ha eit betre grunnlag for å lindre lidning, dersom ein kjenner igjen og forstår korleis lidinga kan utvikla seg (Kristoffersen et al., 2011, s. 245).

2.6.3 Sjukepleiaren sin undervisande funksjon

Den undervisande funksjonen inneber at sjukepleiaren har eit ansvar for å undervise, rettleia og informere pasientar, medarbeidarar og studentar. Denne funksjonen skal bidra til å fremje tryggleik og forståing slik at pasienten får hjelp til å meistre sjukdom og konsekvensane som følgjer (Nortvedt & Grønseth, 2010, s. 22). Det framkommer i Pasient- og rettigheits lova § 3-2 (1999) at pasienten har lovfesta rett til informasjon. Det skal gis informasjon som er nødvendig for at pasienten har innsikt i eiga helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa, inkludert biverknadar og moglege risikoar. Eide og Eide (2007, s. 292) seier at uansett kva situasjon pasienten er i eller kva møte ein har med pasienten, skal ein gi hjelpande informasjon. Dette innebereg å formidle kunnskap som pasienten er i stand til å ta imot og har behov for. Slik formidling krev omtanke. Pasienten skal både høyre, forstå og hugse det nødvendige. Målet er at informasjonen når fram og at pasienten opplev å bli godt ivaretatt.

2.7 Møte med den som lid

Omsorgsgivaren si livsforståing påverkar møte med den som lid. Det som skjer i omsorga går utifrå omsorgsgivarens livsforståing, då livsforståinga legg til grunn for alt som blir gjort og sagt, i møtet med andre menneske. Desto meir profesjonell omsorgspersonen er, i form av å «bruke seg sjølv», desto meir framkommer det eit naturleg møte (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 34-35). Den som gir omsorg skal utstråle ro i møte med pasienten og gi rom for at pasienten kan uttrykke seg kjenslemessig i form av gråt, angst eller liknande (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 94).

2.8 Ethiske aspekt

I følge Molven (2012, s. 67) byggjar dei etiske prinsippa i behandlings- og omsorgssamanheng, på felles tenking om mennesket. Dette vil sei at menneskeverdet er absolutt og ikkje relativt. Dei yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2016), er ein viktig del av det profesjonelle verktøyet til sjukepleiarane, og skal skilja mellom god og dårleg handling. I retningslinjene, sjukepleiaren og pasienten, står det: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (NSF, 2016, underpunkt 2.4).

2.9 Kommunikasjon

Eide og Eide (2007, s. 1) seier at utveksling av meiningsfylte teikn mellom to eller fleire partar, er det som definerer kommunikasjon. Kommunikasjon som er velfundert og til hjelp for pasienten, utgjere sjølve kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkja. Gode kommunikasjonsferdigheitar vil bidra til kvalitetssikring av det helsefaglege arbeidet. Slike ferdigheiter kan brukast som hjelpemiddel for å forstå pasienten som person, stimulere til utvikling, til hjelp og støtte, til å forstå relasjonen og til å ta gode avgjersler saman. Det å anerkjenna den andre ved å lytte aktivt, vera open og direkte, utgjer sjølve kjernen i kommunikasjonens kunst (Eide & Eide, 2007, s. 1). Når pasienten lid, er han/ho i ein situasjon, der det blir vanskeleg å kommunisera med andre, eller vera i stand til å forstå det som blir formidla. Då er det omsorgsgjevaren si oppgåve å legge til rette for kommunikasjonen. I ein omsorgsfull samtale, kan kommunikasjon fungera som eit verktøy for å oppnå lindring av liding (Fredriksson, 2012, s. 326-330).

3 METODE

3.1 Kva er metode?

I følge Dalland (2012, s. 111-112) kan metode brukast som ein framgangsmåte og som eit reisikap på å skaffe ny kunnskap eller løyse problem. Ein brukar den utvalde metoden i møte med det ein vil undersøkje, og skal vera til hjelp for å hente inn nødvendig informasjon/data. Ein skil mellom kvantitativ- og kvalitativ metode. Kvantitativ metode angir data i form av målbare einingar, medan den kvalitative metoden ikkje lar seg talfeste, men vil i hovudsak fange opp meiningar og opplevingar. Begge metodane vil på kvar sin måte, medverkar til ein betre forståing av det samfunnet me lever i (Dalland, 2012, s. 111-112). Dei utvalde artiklane i denne oppgåva er av kvalitativ metode.

3.2 Litteraturstudie som metode

Ifølge Forsberg og Wengström (2013, s. 30-32) er ein litteraturstudie å systematisk søkja, kritisk granska og samanfatte litteraturen knytt til vald emne eller problemstilling. Ved den systematiske litteraturstudien skal ein fokusere på relevant forskning for det valde området, samstundes som ein tar utgangspunkt i å finne forskning som er relevant for kliniske praksis. Tal på kor mange studie ein vel å ta med, kjem ann på kva ein finn på området og kva krav ein stiller til studia som skal inkluderast. Å gjennomføre ei systematisk litteraturstudie, innebere å arbeida over fleire steg. Forsberg og Wengström (2013, s. 31-32) listar dei opp slik:

- Problemformulering
- Spørsmålsformulering som er mogleg å svare på
- Formulert plan for litteraturstudien
- Klargjera søkje strategi og søkjeord
- Litteratur i form av forskingsartiklar og rapportar skal identifiserast og veljast ut.
- Kvalitetsbedøma, kritisk vurdere og velje ut litteraturen som skal tas med
- Resultat skal analyserast og diskutert
- Konkludera

3.3 Litteratursøk

I søkjeprosessen vart Høgskulen på Vestlandet sine helsefaglege databasar brukt, då dei inneheld eit vidt innhald av sjukepleieforskning. Søkjedatabasane Ovid Nursing, MEDLINE, SveMED+, PubMed og CINAHL vart nytta i søkinga. Eg prøvde meg fram med ulike søkjeord og fann ut at desse gav flest relevante treff: MRSA (meticillin resistant *Staphylococcus aureus*), nursing care (*sjukepleie*), care suffer (*pleieliding*), suffering (*liding*), patients perceptions (*pasientars oppfatningar*), patient`s experiences (*pasientars opplevingar*). Som ein del av søkjestrategien, vart det nytta kriterium for å inkludera artiklar. Kriteria omhandla at forskingslitteraturen var relevant for sjukepleiarfaget, handla om MRSA og liding, samt inkluderte pasientperspektivet. Artiklane måtte vera yngre enn 10 år for å få fram «ferskast» forskning på området og helst utført i Norden.

Etter søkjeprosessen valde eg ut tre artiklar frå CINAHL og to artiklar frå PubMed, som var relevant for problemstillinga mi. Studia er utført i nyare tid og syner til forskning om pasientane sine opplevingar og oppfatningar knytt til det å vera MRSA- smitta. Ein av artiklane frå PubMed lyfta fram sjukepleiarane sine opplevingar knytt til det å gi omsorg til MRSA-smitta pasientar. Syner til samandrag av artiklane under resultat. Syner også til søk av artiklane i tabell 1 og 2.

Søk nummer 3 i CINAHL og bruk av søkjeordkombinasjonen *MRSA AND suffering*, gav 4 treff. Av desse valde eg artikkelen «MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences» av Andersson, Lindholm og Fossum (2011). Tittelen på denne artikkelen hadde eg også sett i referanselista på ei tidlegare bachelor oppgåve under manuell søking. Søk nummer 5 ved søkjeordkombinasjonen *MRSA AND Hospital patients*, gav 22 treff, av desse valde eg artikkelen «Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated» av Skyman, Sjöström og Hellström (2010). Denne artikkelen omhandla isolasjon, noko eg valde å ikkje fokusere på i oppgåva mi. Likevel fokuserer studien på mange andre faktorar knytt til pasientane sine opplevingar av MRSA, og vart vald på bakgrunn av dette. Søk nummer 9, ved bruk av søkjeordkombinasjonen *MRSA AND Patient`s experiences*, gav 14 treff og av desse valde eg «Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA)» av Skyman, Lindahl, Bergbom, Sjöström og Åhrén (2016).

3.3.1 Tabell 1- CINAHL

| Søk i CINAHL 21.02.2017 | | | |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------|
| Nummer | Søkjeord/term | Avgrensing (limit) | Resultat (treff) |
| S1 | MRSA | | 3632 |
| S2 | suffering | | 13293 |
| S3 | S1 AND S2 | | 4 |
| S4 | Suffering from mrsa | 2007-2014 | 1 |
| S5 | S1 AND Hospital patients | 2007-2015, Full tekst | 22 |
| S6 | Nursing care | | 73690 |
| S7 | S1 AND S6 | 2007-2015 | 24 |
| S8 | S1 AND Patient knowledge | 2007-2015 | 11 |
| S9 | S1 AND Patient`s experiences | | 14 |

Søk i PubMed vart utført på *advanced search builder*. Søk nummer 5, ved bruk av søkjeorda *MRSA AND patients experiences*, gav 34 treff og av desse valde eg artikkelen «Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*» av Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm og Fossum (2016). Søk nummer 7 ved søkjekombinasjonen *MRSA AND patients perceptions*, gav 50 treff og av desse kom artikkelen «*MRSA- a global threat and personal distaster: patients experiences*» fram som treff. Denne artikkelen valte eg ved søk i CINAHL, og vurderte den som relevant for problemstillinga. Utifrå denne artikkelen og vidare søk nummer 8, på «similar articles», valde eg artikkelen «*Suffering from meticillin- resistant Staphylococcus aureus: experiences and understanding of colonisation*» av Lindberg, Carlsson, Högman og Skytt (2009).

3.3.2 Tabell 2- PubMed

| Søk i PubMed 05.03.2017 | | | |
|-------------------------|---|--------------------|------------------|
| Nummer | Søkjeord/term | Avgrensing (limit) | Resultat (treff) |
| S1 | MRSA | | 27835 |
| S2 | Suffering from MRSA | | 117 |
| S3 | Psychological suffering from MRSA | Full text | 5 |
| S4 | S1 AND nursing care | Full text | 764 |
| S5 | S1 AND patients experiences | | 34 |
| S6 | S5 AND nursing care | | 8 |
| S7 | S1 AND patients perceptions | Full text | 50 |
| S8 | Similar articles for PubMed (Select 21281293) | Full text | 57 |

3.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er i følge Dalland (2012, s. 67-72) dei metodane som tas i bruk for å fastslå om kjelda er sann. Det vil seie å vurdere og karakterisere kjeldene som nyttast, samt syner at ein er i stand til å vera kritisk til kjeldematerialet og kriteria som ein har nytta under kjeldevalet. Dalland seier at hensikta med kjeldekritikk, er at dei refleksjonane ein gjere om litteraturens relevans og gyldigheit, for å setje lys på problemstillinga, skal kome fram slik at lesaren skal få ta del i det.

I oppgåva har eg følgd det Dalland (2012, s. 74) seier er sentralt når ein skal «plukke ut» det viktigaste for tema, nemleg: «gyldighet, holdbarhet og relevans». Som litteratur utanom artiklane, har eg nytta meg av relevant pensum litteratur som er godkjent frå Høgskulen på Vestlandet. Referansar i tidlegare bachelor oppgåver og råd frå rettleiaren min, har gitt meg inspirasjon til val av litteratur, og den valte litteratur utanom pensum har eg lånt på Høgskule biblioteket. Gjennom søkjeprosessen har eg kritisk vurdert artiklar for vurdering av kvalitet og nytta meg av Kunnskapssenteret (2016) sine sjekklister som hjelpemiddel.

3.5 Metodekritikk

Arbeidet med litteratursøk i denne oppgåva har vore utfordrande og tidkrevjande. I starten av søkjeprosessen, fann eg berre studie som omhandla isolasjon og smittevern, men lite knytt til pasientperspektivet og pasientens oppleving av MRSA. Mange av artiklane var ikkje tilgjengeleg i full tekst eller tilgjengeleg link. Ein utfordring med litteraturstudien er det å finne artiklar som er i tråd med krava og kriteria ein har stilt for å inkludera artiklar. Etter kvart som eg fann «nøkkel-kombinasjonane» i søkjeorda, vart det fleire treff på relevante artiklar. Styrken med litteraturstudien, er tilgangen på mykje forskning knytt til tema og forskning med ulike perspektiv. Fordelen er at eg valfritt har kunna nytta meg av litteratur som understøtta problemstillinga mi.

3.6 Forskingsetikk

Forskingsetikk er i følgje Dalland (2012, s. 96-98) å ivareta personvernet og sikre truverdigeheita av forskingsresultata. Målet i forskinga om å skaffe ny kunnskap, skal ikkje gå ut over integriteten og velferda til den einskilde. Ein forskingskomité skal forhandsgodkjenne all medisinsk og helsefagleg forskning, der menneske, helseopplysningar eller biologisk materiale frå menneske er involvert. I følgje Dalland (2012, s. 102) er det i ein slik studie, heilt grunnleggande at anonymiteten blir ivaretatt. Dei fem artiklane som vart utvalt til oppgåva mi, er godkjent av etisk komité. Det framkommer at deltakarane i studia har delteke friviljug og forfattarane har overhaldt deltakarane sin anonymitet.

Det er i oppgåva tatt omsyn til studiets retningslinjer ved bruk av APA-stilen for kjeldereferering, for å syna kor kjeldene er henta ifrå. Det er lagt vekt på å skrive teksten med eigne ord for å unngå plagiat, samstundes er det fokusert på truverdighet mot kjeldene og referert til primærforfattar der det har vert mogleg. Dalland (2012, s. 84) seier at dersom ein er nøye med kjeldereferering unngår ein å bli tatt for plagiat og samstundes oppfyller dei akademiske verdiane som etterprøving, openheit, truverdige vitskap og kritisk diskusjon. Vidare seier Dalland (2012, s. 86) at ein skal referere til primær kjelda, så sant det er mogleg, då det vil sikra at ein ikkje gjentar andre sine unøyaktigheiter og feiltolkningar.

4 RESULTAT

4.1 Presentasjon av valde artiklar

4.1.1 *Artikkel 1*

Tittel: «*MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences*»

Forfattarar: Andersson, H., Lindholm, C. og Fossum, B. (2011).

Denne kvalitative studien er utført i Sverige med fokus på pasientar si oppleving av å vera MRSA-positiv. 15 pasientar av begge kjønn i alder 21-90 år vart intervjuet og intervjuemetoden bestod av opne spørsmål, slik at pasientane kunne fortelje med eigne ord kva erfaring, oppfatning og kunnskap dei hadde om MRSA-infeksjon. Resultata frå intervjuet var delt inn i 3 kategoriar: Forståing og kjensle reaksjonar, behandling av profesjonell helsehjelp og konsekvensar og forventningar. Funn syner at fleirtalet blant deltakarane opplevde diagnosen MRSA- positiv som traumatisk, og mange pasientar opplevde det som eit sjokk. Dei kjende seg skitne og forureina med frykt for å smitte andre, og samanlikna det å ha MRSA med pest eller spedalskheit. MRSA skal for nokre av deltakarane ført til store endringar i livet, særleg i forbindelse med aktivitetar. Fleirtalet av deltakarane uttrykkjer frykt for avvising blant familie og vener, frykt for å miste jobben og det å ikkje få korrekt helsehjelp. Funn syner at deltakarane fekk villeiande informasjon om MRSA, til dømes at MRSA var medfødt, eit virus eller ein «drapssjukdom». Konsekvensane av feil informasjon og mangel på kunnskap, kan ifølgje forskarane føre til frykt og isolasjon for pasienten og pårørande, og meiner at den skadelege effekten av MRSA kan avgrensast ved riktig informasjon.

4.1.2 Artikkel 2

Tittel: «*Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)*»

Forfattarar: Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Sjöström, T. H. og Åhrén, C. (2015).

Denne kvalitative studien er utført i Sverige med fokus på pasientar som har erverva MRSA i samfunnet. Hensikta er å avsløre og tolke pasientane sine opplevingar av omsorg og det daglege livet som CA-MRSA positiv. 12 pasientar av begge kjønn i alderen 29-69 var med i studien. Metoden er ein fenomenologisk hermeneutisk tilnærming og det var brukt intervju med opne spørsmål. Denne metoden gir ein djupare forståing av deltakarane si oppleving om det å vera MRSA-smitta og korleis det har endra kroppsbilete deira. Resultata frå intervjuet vart inndelt inn tre kategoriar: naive forståing, strukturert analyse og omfattande forståing for å avsløre ein djupare forståing av fenomenet. I møte med helsepersonell, syner funn at pasientane er overlat til seg sjølv og kjenner på frustrasjon av dårleg rettleiing. Kjensler av å vera skitten og skamfull skal ha vert framheva hjå pasientane i forbindelse med helsepersonells bruk av beskyttelse utstyr, særleg knytt til fysisk kontakt. I følgje studien er det slike situasjonar som framkallar kjensla hjå pasientane i det å vera «stempla» og som ein trussel for andre. Funnt syner at pasientane som lid av resistente bakteriar kjenner på eit stort ansvar for å ikkje smitte andre og føler seg som ein utanforståande. Det alvorlege funnet frå studien, syner ikkje berre kor stor påverknad MRSA har på pasientane, men også kor liten kunnskap helsepersonell har om resistente bakteriar og korleis dei skal imøtekoma smittsame pasientar. Kompetent personell i møte med MRSA-smitta pasientar, syner å kunne lindre den frustrasjonen og opplevde ignoransen som pasientane kjenner på. Forskarane understrekar dermed at behovet for kunnskap og utdanning om resistente bakteriar hjå sjukepleiarar og legar, er naudsynt.

4.1.3 Artikkel 3

Tittel: «*Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation*»

Forfattarar: Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M. og Skytt, B. (2009).

Artikkelen er ein kvalitativ studie, utført i Sverige. Hensikta med studien var å undersøkje personars erfaring og forståing av MRSA kolonisering. 13 personar av begge kjønn, i alderen 29-78 år deltok i studien. Alle var berarar av MRSA, der ni av dei hadde partner og sju av dei hadde born heime. I den kvalitative metoden skulle deltakarane svare på spørsmål knytt til desse emna: hindringar og innverknad i livet, og mottak og informasjon frå helsetenesta. Dette resulterte i temaet «invadert, usikker og aleine». Funna er inndelt i tre kategoriar: manifestasjonar og oppfatningar, hindringar, einsamheit og bekymringar, og endringar i kontakt med helsetenesta. Funn syner at deltakarane måtte handtera det dei skildra som den «urettferdige» smitta, både i kvardagslivet og i kontakt med helsevesenet. Opplevingane hjå deltakarane knytt til hindringar i kvardagslivet, var det mest oppsiktvekkande resultatet i studien. Hjå nokre deltakarar var det sosiale livet avgrensa og dei kjende det på å vera isolert frå andre, særleg i forbinding med behovet for å beskytte andre mot smitte. Funn syner at nokre deltakarar skal i møte med helsepersonell, blitt identifisert som ein «smittsam person» og vert fornerma av det. I tillegg var det både tilfredsheit og misnøye rundt informasjonen frå helsepersonell, samt at uprofesjonelle pasientforhald synte å skapa uro for MRSA- smitta personar. Slik uro kan ifølgje forskarane motverkast ved at helsepersonell tileignar seg kunnskap om MRSA og smittevern praksis, samt syner evne til empati for å imøtekoma pasientane på ein respektfull måte.

4.1.4 Artikkel 4

Tittel: «*Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated*»

Forfattarar: Skyman, E., Sjöström, T. H., og Hellström, L. (2010).

I denne kvalitative studien som er utført i Sverige, ynskja forskarane å få kunnskap om opplevingane til pasientar som pådrog seg MRSA på sjukehus, og som i ettertid vart kjelde isolert på klinikk for smittsame sjukdomar. 6 personar over 18 år deltok i dybde intervju. Gjennom intervjumetoden og ved bruk av opne spørsmål, kunne deltakarane fortelje sine opplevingar om det å bli smitta under sjukehusopphald og om det har påverka dagleglivet deira. Funna i studien resulterte i 7 kategoriar: Kjelde isolasjon, korleis dei pådrog seg MRSA, informasjon, sjukdoms traume, reaksjonar frå slekt og kollegaer, det å vera smittsam og berar kort- frisk eller sjuk. Ifølgje funn forstod deltakarane at isolasjon var naudsynt pga. faren for smitte. Likevel opplevde dei isolasjonen som avgrensande og støytande, mykje fordi personalet kom på besøk kunn når det var høgst naudsynleg. Deltakarane skulda på helsepersonalet for å ha pådratt dei MRSA, særleg etter å ha observert at helsepersonalet slurva med handhygienen mellom pasientane. Samanlikna med pasientar utan MRSA, fortel deltakarane å bli nekta sine rettigheter ved å ikkje få den behandling eller rehabilitering som dei trengde for sjukdomar dei hadde frå før. Å ha pådratt seg MRSA gav pasientane kjensler av skam og skuld, og kjende på ansvaret for å ikkje smitta andre. Behovet for informasjon var fortsett stort hjå pasientane, sjølv etter utskriving frå sjukehus. Forskarane meiner at helsepersonell bør skaffe seg nok kunnskap om smitte og mikroorganismens veremåte, for å få kjennskap til pasientanes lidning knytt til MRSA og kjelde isolasjon. Dei konkludere med at slik kunnskap vil redusere frykta for MRSA både hjå pasient og personell.

4.1.5 Artikkel 5

Tittel: «*Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus*».

Forfattarar: Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., og Fossum, B. (2016).

Denne artikkelen er ein kvalitativ studie, med fokus på sjukepleiarar sine erfaringar om det å gi omsorg til pasientar med MRSA. 15 sjukepleiarar frå ulike sjukehus og institusjonar i Sverige vart intervjuet. Som resultat frå intervjuet, framkom det tre tema: redd, usikker og ignorert, kompetent og sikker, og kjensle av stress og overarbeid. Funn syner at sjukepleiarar opplevde mangelfull informasjon om sjukepleie til denne pasientgruppa, og visste ikkje korleis ein skulle handle rett eller på ein trygg måte. Sjukepleiarar opplevde at det var betre å sjukemelde seg enn å ta vare på desse pasientane, då dei var redde for å bli smitta og mista jobben, eller smitte familien. I studien var det ei av sjukepleiarane som gav uttrykk for å vera trygg i pleia til ein pasient med MRSA og hevda ho behandla pasientane som alle andre. Andre sjukepleiarar skal ha erkjent å gå inn til pasienten kunn når det var høgst naudsynleg. Det framkommer i funna at erfaring frå sjukepleie til pasientar med MRSA, hadde positiv påverknad på haldninga til den einskilde. Funn syner at sjukepleiarane sin mangel på kunnskap om korleis ein skal beskytte seg sjølv og andre pasientar, ved ivaretaking av pasientar med MRSA, kunne føre til angst hjå personalet. Den mangelfulle kunnskapen om MRSA, samt sjukepleiarane sin frykt for å bli smitta, påverka kvaliteten på omsorga. Samstundes fekk pasientane mindre fysisk kontakt enn andre pasientar. Mellom anna førte frykt og stress til slurv ved hindringa av infeksjonssmitte. Ein sentral betyding for sjukepleiarane, var tilgangen på retningslinjer, notat og informasjon til rett tid. Nokre brukte retningslinjer aktivt, medan andre ikkje hadde kunnskap om kor retningslinjene var å finna. Funn syner at desto meir kunnskap sjukepleiarane skaffa seg om MRSA, desto meir positiv var deira haldningar for omsorg til pasientane.

Oppsummert frå hovudfunna i dei 4 pasient artiklane, er at deltakarane opplevde variert informasjon frå helsepersonell knytt til MRSA. Diagnosen MRSA var traumatiske for fleire deltakarar, men eit fåtal av deltakarar lat seg ikkje bli påverka av MRSA og levde som normalt. Opplevinga av å vera smittsam og liten kunnskap om MRSA, kjem til uttrykk gjennom sterke kjenslemessige reaksjonar hjå deltakarane. Reaksjonar og haldningar frå helsepersonell, kollegaer og familie var også opphavet til slike kjenslemessige reaksjonar. Hovudfunn frå studien til Andersson et al. (2016) syner at sjukepleiarane sin mangel på kunnskap, reduserte fysisk kontakt med pasientane og sin eigen frykt for å bli smitta, kan pådra pasientane ei lidning i pleia.

4.1.6 Tabell med oppsummering frå resultat

| Pasientane sine opplevingar av MRSA | Tema: Kunnskap | Tema: Reaksjonar | Tema: Kjensler | Tema: Ivaretaking |
|--|---|---|---|---|
| <i>Artikkel 1</i> | Manglande informasjon om MRSA. | likegyldige ved diagnostikk sjokk individuell katastrofe Beskytte andre Frykt for framtida. Håpa på ein kur Optimistiske Sette pris på livet | Stigmatisert Ekle Pest Spedalsk Skam Skitten Fare for andre Trist Sosialt utstøytt Frykt | Personell mangla kunnskap. Villeiande informasjon. Påført frykt. |
| <i>Artikkel 2</i> | Manglande informasjon om MRSA. Missleiane informasjon. | Beskytte andre Frykt for personell utan kunnskap Frykt for feil informasjon. Skremt av utrygge helsepersonell Humor gav trøyst | Forandra kroppsbilete. Pest Frykt Utanforståande Såra Fornerma Usikker Eksistensielt trua Mobba Skitten Skuld | Kunnskap roa pasientane. Uprofesjonellheit skapte frykt. Offer for helsepersonells dårlege haldningar. Varierte restriksjonar. |

| | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|
| <i>Artikkel 3</i> | Fekk Adekvat informasjon. Fekk utilstrekkeleg informasjon. Ynskja informasjon om MRSA-bakterien. Liten kunnskap om smittefaren. | Merka ikkje MRSA Sår som ikkje gror Livet var vanskeleg Skulda på helsepersonellet. Psykiske belastningar. Usikker på kor/når koloniseringa oppstod. Beskytte andre Avgrensingar i livet. | Skitten Avsmak Usikkerheit Frykt Angst Pest Skuld Skam Bekymra Sosial isolasjon | Kontakten med helsesektoren var endra. Utsett for restriksjonar. Uprofesjonelle møter. Personell mangla kunnskap. Ulik oppførsel. Blanda beskjedar. Dårleg oppfølging. Nøgd ved forberedte møter. |
| <i>Artikkel 4</i> | Manglande informasjon om MRSA. Ingen informasjon om smitte måten. God kunnskap om handhygiene. | Utestengt frå familie. Beskytte andre. Forskjellsbehandling Nekta rettigheter Skulda på helsepersonell. Aksepterte isolasjon. | Pest Skuld Skam Krenka Redde Skitten Frykt Fare for andre Håplaus Aleine Byrde Stigmatisert | Lite informasjon Villeiande informasjon. Usikker på å leve normalt. Lever med usikkerheit. |

| <i>Sjukepleiarane sine opplevingar knytt til pasientar med MRSA</i> | Tema: Kunnskap | Tema: Erfaring | Tema: Kjensler | Tema: Kvaliteten på sjukepleia |
|---|---|--|---|---|
| <i>Artikkel 5</i> | Mangelfull informasjon. Ingen retningslinjer. Aktiv bruk av retningslinjer. Kontakt med infeksjonssjukepleiar. Usikker på handlingsmåten. | Sjukemelde seg. Naudsynleg pasientinteraksjon. Behandla alle likt. Omtanke for infeksjonen. Erfaring var positivt. | Ignoranse Stress Frykt Redde Usikre Kjente behov for kunnskap Respekt for bakterien Dårleg samvit Overarbeida Angst for smitteoverføring Redd varslingsplikt Bekymra | Slurv med hindring av infeksjonssmitte. Mindre fysisk kontakt med pasientane. Kunnskap var positivt. Ofte pasientbesøk-forstod belastninga på pasientane. Informasjon skapa fellesskap. |

5 DRØFTING

I dette kapittelet ynskjer eg å drøfte problemstillinga mi i lys av forskning og teoretisk rammeverk.

5.1 Reaksjonar hjå pasientane

Det var forskjellige reaksjonar hjå pasientane då dei fekk informasjon om at dei var MRSA-positive. Nokre pasientar opplevde likegyldigheit og meinte at MRSA ikkje kunne skade dei (Andersson et al., 2011), medan andre levde som normalt og lat ikkje så mykje merke til MRSA (Lindberg et al., 2009). Derimot var det pasientar som reagerte på diagnosen som eit psykisk sjokk og opplevde det traumatisk (Andersson et al., 2011), andre kjende på eit endra kroppsbilete og nokre hadde smertefulle sår som ikkje ville gro (Lindberg et al., 2009).

Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 29-30) seier at mennesket lid når det står overfor noko ukjent i kvardagen, noko som påverkar den indre verda og skapar uro. Indre uro er eit uttrykk for lidande og som før eller seinare vil krevja eit svar. Ifølgje Arman og Rehnsfeldt, kan den sjelelege uroa vera knytt til døden, eller det som ligg tett til hjarta, eller tap av noko verdifullt. Det som omhandlar heile menneskets eksistens og livsforståing, er den «store» lidinga, og blir det som mennesket tenkjer på frå morgon til kveld. Som ein viktig del av forståing av lidinga, meiner Eriksson (2010, s. 30) at ein skal ta omsyn til dei ytre, objektive kriteria rundt pasienten, samt pasientens subjektive oppleving. Lidinga har mange ansikt og uttrykkjer ulike symbol som djupare betyding av fenomenet. Av denne grunn, meiner Eriksson at forståing av lidinga, innebere å vera lydhøyr overfor menneskets symbolspråk (Eriksson, 2010, s. 30). Kristoffersen et al. (2011, s. 251-252) meiner at reaksjonar som sjokk og vantru er vanleg når ein rammast av sjukdom. For at pasienten skal kjenne seg ivaretatt, kan sjukepleiaren bruka seg sjølv i samhandlinga med pasienten. Å gi rom for å snakke med pasienten om det han/ho er opptatt av, vil heilt konkret innebera å lindre liding.

Funn syner at pasientar venda kjensler av uro over til humor for å halde motet oppe, og som ein metode for å få kontroll over situasjonen. Når personalet ikkje visste korleis dei skulle oppføre seg rundt pasientane, brukte pasientane humor for å setja personalet i pinlege situasjonar (Skyman et al., 2016). Min tanke er at pasientane finn ulike løysingar for å halde ut lidinga, og dette kan ein kanskje sjå i samheng med Morse (sitert i Foss & Nåden, 2009)

sitt perspektiv på uthaldande lidning. Morse seier at uthaldande lidning oppstår hjå ein person som ikkje har nok styrke til å handtere kjenslene, som følgjer med den einskilde krise, og difor vel å undertrykke kjenslene. Morse forbinder tilstanden av uthaldande lidning for å overleve, til personar som tilsynelatande står overfor ein psykologisk trussel mot integriteten, og som er i stor psykologisk smerte. For å ta kontroll over frykta og lindre smerte, meiner Morse at det er viktig med fokus på kvart augneblink, i det som skjer her og nå. Pasientane sine bruk av humor, er også mogleg å sjå gjennom Erikssons (2010, s. 72-73) perspektiv om håp i lidninga. Lidninga har bruk for håp for å kunna lindrast, og då vil mellom anna pasientens haldning til lidninga ha stor betyding. Kampen mot lidninga får sin meining når menneskets sjel er aktivt innstilt, og når mennesket ikkje tillat å bli eit objekt for lidninga. Eriksson meiner at det kjempande mennesket skal gjere lidninga til eit objekt for livskampen og hindre at livet blir underordna av lidninga.

5.2 Pasientane sine ulike kjenslemessige reaksjonar

Som vist under punkt 5.1 så reagerer pasientane på ulike måtar i førehald til det å få påvist MRSA og det å vera smittsam. Dei kjenslemessige reaksjonane knytt til det å vera MRSA-positiv kjem til uttrykk på ulike måtar, og kjensler knytt til det å vera ein smittsam person, kjem klart fram i studia. Samstundes synes det at reaksjonar og haldningar frå helsepersonell, familie og andre, er mykje av årsaka til opphavet av desse kjenslene (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Særleg var det måten helsepersonell kledde seg på, som påførte pasientar ei kjensle av å vera ekkel og som ein fare for andre (Skyman et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). I fleire av artiklane, gav pasientane faktisk uttrykk for omgrepet «pest» i si skildring av opplevinga av å ha MRSA. Og pasientane kjende på eit stort ansvar for å beskytte andre, samtidig som dei vart prega av tankar om framtida og moglegheita for å leve normalt (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010).

Utviklinga av pleie og lindring av menneskes lidning, har i dag vist seg å skape lidning for mennesket, kor ein på ny må ta stilling til dei grunnleggande utgangspunkta for pleie (Eriksson, 2010, s. 30). Verdier i kulturen og helsepersonellens reaksjonar på pasientens tilstand, vil sette preg på pasientens eigen oppleving av sjukdom og oppleving av lidning (Kristoffersen et al., 2011, s. 254). Eriksson (2010, s. 78) seier at det som pasienten opplev knytt til sjukdom eller behandling, i form av fornedring, skuld og/eller skam, forårsakar den

sjelelege og åndelege lidinga. Slikt kan det forståast med funn i studien til Skyman et al. (2010), som syner at nokre pasientar opplevde stigmatisering av å måtte vente utanfor akuttmottaket i timesvis, og ikkje fekk komme inn på venterommet, med fare for å smitte andre. Pasientane opplevde kor ukomfortable sjukepleiarar var i møte med dei, og vart vitna til den panikkslagne oppførselen, som innebar at sjukepleiarane opplevde trongen for å kle seg i «kamp utstyr», før dei roa seg ned. Den sjelelege og åndelege lidinga, kan ifølgje Eriksson (2010, s. 78) forårsakast av den sosiale samanheng, til dels på grunn av fordømande haldning frå pleiepersonalet, eller pasientens eiga oppleving. I følgje Erikssons syn på sjukdomsliding, tyder det på at menneske dessverre blir utset for skam og fornedring i pleie situasjonar, til dømes at pasienten kjenner seg mislykka som pasient og blir tvungen til å søkje etter informasjon. Vidare kan ein sjå på samanhengen med Erikssons (2010, s. 80) syn på pleieliding og krenking av pasientens verdigheit. Ho meiner at dersom mennesket blir utsett for krenking, fratar ein moglegheita for fullt og halden å kunna vera eit menneske. Som ein del av menneskeverdet, legg Eriksson (2010, s. 82) vekt på truverdigheit og likeverd, og som eit menneske og pasient, ynskjer ein å bli tatt på alvor. Eriksson (2010, s. 80) vender seg til Florence Nightingale som også skildrar pleieliding, samt at ho protesterer mot den:

Hun vender sig fremfor alt mod den holdning, der råder blandt sygeplejersker vedrørende lidelse og sygdom. Sygeplejersken spørger sig selv, om nogen pleje kan beskytte patienten mod unødvendig lidelse og om nogen sygdom kan være smertefri? Selv mener hun, at der ikke findes noget svar, men påpeger at lidelsen ikke er noget symptom, men et svar på utilstrækkelig pleje.

Sjukepleiarar i studien til Andersson et al. (2016) fortel at pasientane med MRSA var klar over at sjukepleiarane var redde for dei og ikkje ynskja å ta vare på dei. Sjukepleiarane fortel også at dersom pasientane var triste, var det ingen som ynskja å gi dei ein klem eller halde handa deira. Samstundes forstod sjukepleiarane at dette kunne få pasientane til å oppleve kjensla av det å ha «pest» og kjensla av «motbydelegheit». Eriksson (2010, s. 82) hevdar pleiepersonalet har i oppgåve å hindre alle formar for krenking og gi pasienten moglegheit til å oppleve fullstendig verdigheit. I likskap med dei yrkesetiske retningslinjene (2016) punkt 2, står det at sjukepleiaren har ansvar for å lindre lidning, samt ivareta pasientens rett til å ikkje bli krenka, og ivareta den einskilde pasient sin verdigheit (NSF, 2016). Det burde liggja naturleg i sjukepleiarens haldning å ivareta pasientens verdigheit og unngå krenking, og blant anna hindre at pasienten blir utsett for reaksjonar som påfører meir lidning. Dette kan kanskje

relaterast til sjukepleiarens utfordringar i møte med infeksjonssjuka pasientar slik som Andreassen et al. (2010, s. 61-62) omtalar. Ifølgje Andreassen et al. kan sjukepleiar i møte med slike pasientar, oppleve usikkerheit, frykt og motstand. Kjensla av motstand kan skuldast uvitskap og fordommar, sjølv om ein i grunn er frykta for smitte. Sjukepleiaren bør i kontakt med pasienten, unngå unaudsynt stor grad av beskyttelse utstyr, til dømes overdriven bruk av munnbind og hanskar. På denne måten vil sjukepleiaren unngå å skape usikkerheit og avstand mellom seg og pasienten. Andreassen et al. (2010, s. 72) påpeikar at påkledninga ikkje skal vera til hinder for at god sjukepleie skal ytast, då pasienten lett kan føle seg «spedalsk», berre pga. påkledninga i seg sjølv. Framfor alt meiner Andreassen et al. (2010, s. 62) at sjukepleiaren i møte med ulike pasientgrupper er reflektert over sin eigen haldning. Avslutningsvis meiner eg det er verdt å merke seg Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 94) sine tankar om omsorg i lidingas kamp, som omhandlar at den kjenslemessige forma for liding kjem til uttrykk. Dei meiner at mennesket stiller forsvarslaut og sårbart, overfor omgivnadens forståing og toleranse. For den som lid, er kjenslene som til dømes sorg, frykt, fortvilning og kraftlausheit heilt naturlege, helande og livsnaudsynete. Funn i studien til Skyman et al. (2010) relatert til pasientar sin traumatisk oppleving av å vera MRSA- berar, syner at pasientane uttrykkjer seg gjennom sterke ord i form av pest, skitten, krenking og frykt (Skyman et al., 2010). I relasjon til det å ha MRSA, uttrykte andre pasientar kjensle av skam og tristheit (Andersson et al., 2011). Ifølgje Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 94) kan lindring av slik kjenslemessig liding, innebera å tilby fysisk kontakt, då det vil beskytte og gi støtte i kampen. Eit medmenneske eller omsorgsperson som ynskjer dei kjenslemessige uttrykka til det lidande mennesket velkommen, godtar at den lidande beheld sin verdigheit inn i sin eksistensielle kamp for liding. Følgeleg skal ein ha mot til å sjå og akseptera den andre utifrå sin haldning, og legge sine egne kjensler til side.

5.3 Behovet for kunnskap hjå pasientane

Behovet for kunnskap om MRSA og detts konsekvensar for eige liv, vart framheva i pasient studia. Det framkommer at pasientane opplevde mangel på kunnskap om MRSA og samstundes å ha mottatt utilstrekkeleg og villeiande informasjon ifrå helsepersonell (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010). Slik det framkommer i studien til Andersson et al. (2011), skapa den villeiande informasjonen negativ påverknad på pasientane i dagleglivet. Nokre pasientar trudde at MRSA hindra dei i å gå på aktivitetar, som til dømes symjing eller spa. I studia til Skyman et al. (2016) og

Lindberg et al. (2009), syner funn at pasientane skaffa seg kunnskap via internett eller sosiale media. Eit felles ynskje blant deltakarar i Lindberg et al. (2009) var ynskje om informasjon om bakterien og praktisk handtering. På ei anna side, opplevde nokre deltakarar i studien til Lindberg et al. (2009) å få for mykje informasjon på ein gong.

Når ein er sjuk, meiner Eide og Eide (2007, s. 292-293) at ein ofte har eit stort behov for informasjon og kunnskap, og som hjelpar er den viktigaste kommunikative oppgåva å gi rettleiing og informasjon. Saman med retningslinjene (NSF, 2016), underpunkt 2.4, står det at sjukepleiar skal gi tilstrekkeleg og tilpassa informasjon, samt sørge for at informasjonen er forstått. I følgje Eide & Eide (2007, s. 293) kan ein ved hjelpande informasjon gi pasienten den kunnskapen han/ho har behov for, og er i stand til å ta imot. Auka kunnskap kan på den eine sida gi ei kjensle av kontroll og meistring, men på den andre sida kan formidling av mykje informasjon på ein gong, føre til at pasienten ikkje klarar å hugse eller forholde seg til det som blir sagt. Difor vil tilpassing og formidling av informasjon til pasienten krevja omtanke. Som ein vesentleg del av dette, legg Eide og Eide (2007, s. 292) vekt på gode kommunikative ferdigheiter, då det kan vera til hjelp for å forstå pasienten som person, stimulere til utvikling, til hjelp og støtte, til å forstå relasjonen og til å ta gode avgjersler saman. I denne samanheng, meiner Fredriksson (2012, s. 330) at kommunikasjon kan brukast som eit middel i ein omsorgsfull samtale for å oppnå lindring av lidning.

Utifrå funn i over nemnte studie, kan ein stille seg spørsmål ved om sjukepleiarane overheld sitt ansvar om å informere pasienten, samt ivareta pasientens behov for kunnskap når det gjeld MRSA og konsekvensar for dagleglivet. Eg forstår det slik er at det framleis er ei utfordring å gi tilstrekkeleg og tilpassa informasjon til den einskilde pasient, og det får meg til å tenke på kva konsekvensar det kan ha for den lidande pasienten.

For menneske som er i forsøksvise og livsavgjerande situasjonar, meiner Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 120) at omsorgsarbeidaren skal ha evna til å gi god hjelp. Pasientens avhengigheit og sårbarheit vil møte omsorgsarbeidarens kompetanse og ressursar. Og gjennom møtet gir pasienten på sett og vis over sin tillit. Arman og Rehnsfeldt hevder at dersom det oppstår eit slurvete møte med lite tid til dialog, vil det avvise pasientens forventningar om at omsorgspersonen gir råd og svarar på spørsmål knytt til sjukdomen. Pasienten vil raskt føle seg krenka og enda verre blir det på det eksistensielle plan. Dersom omsorgspersonen ikkje er villig til å sjå eller vera imøtekomen, vil presset auke på pasientens

eigen kamp for å lindre lidinga, og gjera pasienten eksistensiell utrygg (Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 78). Dette er mogleg å forstå i samanheng med Morse (sitert i Foss & Nåden, 2009) sitt teoretiske syn på liding. I følgje Morse, er tilstanden av å halde ut lidinga, er ein respons hjå personen som opplever trussel mot sin eigen integritet. Ho meiner at tilstanden av uthaldande liding, er eit godt alternativ for pasienten å ha kontroll over situasjonen og ikkje bryte saman, og kan hjelpe personen til å fungera frå dag til dag. Likevel, seier Morse at dersom pasientens behov ikkje blir møtt, eller at det oppstår svikt i kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienten, vil tilstanden av uthaldande liding ikkje vera mogleg å oppretthalda. Difor legg Morse vekt på kor viktig det er med klar og forståeleg informasjon til pasientane, og i tillegg til at pasientane blir trygga på at angst og frykt er normalt å kjenne på. Å støtte ein pasient i ein tilstand av utholdande liding, vil innebera omsorg og forståing for pasientens behov (sitert i Foss & Nåden, 2009).

Som tidlegare nemnt, var informasjon frå helsepersonell opplevd som mangelfull hjå pasientane. Likevel, syner funn i studien til Lindberg et al. (2009), at nokre opplevde informasjonen som adekvat, og faktisk mesteparten av deltakarane følte at helsearbeidarar gav tryggande svar på spørsmåla deira. Samstundes, syner studien at helsepersonell gjennom sin mangel på kunnskap og uprofesjonell tilnærming, gjekk utover pasientane sin integritet og behov (Lindberg et al., 2009). Sett ifrå sjukepleiarane sitt perspektiv, gir sjukepleiarar i studien til Andersson et al. (2016) uttrykk for at dei ikkje har blitt opplært eller fått nok rettleiing på korleis ein skal ivareta pasientar med MRSA. Som følgje av dette, fekk ikkje pasientane den informasjonen dei hadde behov for, og som vidare førte til at pasientane vart ignorert og tilsidesett (Andersson et al., 2016). Det er mogleg å forstå dette i lys av det Eriksson (2010, s. 51) omtalar av lidingas drama. Kvar menneske sin liding, utspelar seg i eit drama av liding og behovet for eit medmenneske kjem til syne. Menneske som ynskjer å lindre andre si liding, må våga å stå i det og stadfesta lidinga til eit anna menneske. Utan å stadfeste lidinga, vil ein oversjå den og dermed påføre enda ein liding på mennesket. Ein kan stadfesta gjennom ord, blick eller fysisk kontakt for å syne at ein er til stade for å dele lidinga.

5.4 Ivaretaking av pasientane

For å kunne imøtekoma pasientane sine behov og gi tilstrekkeleg pleie, framkommer det auka behov for kunnskap og informasjonsferdigheiter om MRSA hjå helsepersonell (Andersson et al., 2011; Skyman et al., 2016; Lindberg et al., 2009; Skyman et al., 2010; Andersson et al.,

2016). Funn syner at desto meir kunnskap sjukepleiarane hadde om MRSA, desto meir positive var dei til ivaretaking av pasientar med MRSA. Sjukepleiarar som var erfarne med MRSA- positive pasientar var trygge i pleia. På bakgrunn av at pasientane kunne kjenna seg skitten, isolert og aleine, prøvde sjukepleiarane å gå inn til pasientane med MRSA like ofte som andre pasientar (Andersson et al., 2016). Vidare samsvarar det med funna i studien til Skyman et al. (2016) der profesjonell haldning hjå sjukepleiarar med rikeleg kunnskap, viste seg å gi ro til pasientane, i staden for at dei kjende seg som utanforståande. Ein av deltakarane sa det slik: «The information and the contact I had with the nurse at the reception of the Clinic of Infectious Diseases was the very best you could have, he was an expert and told me the facts and calmed me down» (Skyman et al., 2016, s. 816).

Først og fremst meiner Eriksson (2010, s. 90) at ein skal arbeide for å fjerne unødig liding og at grunnhaldninga til pleiepersonalet, bør vera at ein ynskjer å lindre liding. Ein sjukepleie kultur der mennesket kjenner seg pleia, respektert og velkommen, er ein føresetnad for å kunne lindre liding. På sett og vis skal pleiekulturen innebere at mennesket oppleve sin rett og plass til å vera pasient. Kristoffersen et al. (2011, s. 251-252) legg vekt på at sjukepleiaren skal møte det lidande menneske og bidra til å lindre liding, uansett kva som er årsaka til personens liding. Det er slik å forstå at dette kan by på utfordringar for einskilde sjukepleiar (Andreassen et al., 2010, s. 61-62), men sett utifrå over nemnte funn (Andersson et al., 2016; Skyman et al., 2016) oppnår likevel sjukepleiarar gode møter med lidande pasientar. I tillegg til sjukepleiarane sine erfaringar og kunnskap, kan det kanskje forståast i ein djupare samanheng med det Løgstrup (sitert i Arman & Rehnsfeldt, 2011, s. 34-35) skildrar om livsforståings perspektivet. Han seier at livsforståinga til omsorgsarbeidaren har sin ubevisste bakgrunn i det meste som blir sagt og gjort. Livsforståinga vil gjere at ein blir påverka av den andre sin sårbarheit og liding, og vil innerst finne ut kva ein kan gjere for den andre. I følge Arman og Rehnsfeldt (2011, s. 35-36), er det faktisk slik at ein ved kvart møte kan ein ha eit anna menneskes liv i sine hender og det er det møtet meir eller mindre handlar om. Arman og Rehnsfeldt hevder at desto meir profesjonell omsorgspersonen er, i form av å «bruke seg sjølv», desto meir framkomme det eit naturleg møte. Den profesjonelle kunnskapen blir skjeldan brukt direkte, men som eit utgangspunkt i møtet med pasienten.

6 OPPSUMMERING

Funn frå artiklane syner til at det er mangelfull kunnskap om MRSA hjå sjukepleiarar, og då i særleg grad det som gjeld formålstenleg pasientinformasjon og rettleiing. Forutan at pasientane lid av det å vera smittsam, blir dei og i møte med sjukepleiarar, utsett for negative reaksjonar og haldningar. Pasientar med MRSA som blir utsett for dømmande haldningar i relasjon med sjukepleiarar, kan oppleve sjeleleg og åndeleg lidning. På bakgrunn av dette, er det formålstenleg at sjukepleiarar i møte med MRSA- smitta pasientar er reflektert over si haldning, og samstundes innehar forståing av omgrepet lidning og detts mange ansikt. Dei sterke kjenslemessige reaksjonane pasientane opplever, syner kor naudsynt behovet deira er for eit medmenneske som forstår deira form for lidning. Det vil igjen kunne bidra til ein djupare forståing for pasienten sin sjelelege uro og den «store» lidinga, som omhandlar heile menneskets eksistens og livsforståing. Sjukepleiaren skal syne støtte i pasientens kamp for lidinga, samt vera lydhøyr overfor symbolspråket som pasienten uttrykkjer. Dette inneberer at sjukepleiaren ynskjer pasienten sin lidning velkommen, stadfestar pasientens lidning og står saman i lidinga. I møtet med MRSA- smitta pasientar kan sjukepleiarar med naudsynt kunnskap om MRSA og medviten om korleis lidning kan utspela seg, kunna bidra til å lindre lidning hjå den sårbare pasienten med MRSA.

Ytterlegare forskning er naudsynt for å få fram kva pasientar med MRSA sjølv meiner er viktig for å lindre deira lidning, og for å oppnå ei formålstenleg forståing hjå sjukepleiar. Det vil igjen kunne auke pasientens kjensle av god ivaretaking og tryggleik i kvardagen.

7 REFERANSELISTE

- Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., & Fossum, B. (2016). Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *International Nursing Review*, 63(2), 233-241. doi:10.1111/inr.12245
- Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47-53. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00833.x
- Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I-L., & Stubberud, D-G. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg. s. 61-104). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: Etik i vårdandet*. Stockholm: Liber AB.
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, T. G. (2016, 15. mars). *Brennpunkt* [fjernsynsprogram]. Oslo: NRK TV.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: Tano Forlag.
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske* (2. utg.). København: Munksgaard Danmark.

- Folkehelseinstituttet. (2015, 30. desember). *Stafylokokkinfeksjoner (Inkl. MRSA- infeksjoner) – veileder for helsepersonell*. Henta 16. januar 2017 frå <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/stafylokokkinfeksjoner-inkl.-mrsa-i/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 01. april). *Overvåkning av resistente bakterier. Årsrapport 2015*. Henta 09. mars 2017 frå <https://www.fhi.no/nyheter/2016/overvakning-av-resistente-bakterier.-arsrapport-2015/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning* (3. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Foss, B., & Nåden, D. (2009). Janice Morse' Theory of Suffering - a discussion in a caring science perspective. *Nordic Journal Of Nursing Research & Clinical Studies / Vård I Norden*, 29(1), 14-18.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. W. Gustin., I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s. 321-330). Lund: Studentlitteratur AB.
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 3*. (2. utg. s. 245-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1*. (2. utg. s. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2016, 1. januar). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta 16. januar 2017 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

- Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M., & Skytt, B. (2009). Suffering from meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: experiences and understandings of colonisation. *Journal Of Hospital Infection*, 73(3), 271-277. doi:10.1016/j.jhin.2009.07.002
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie- funksjon og ansvar. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg. s. 17-32). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2016, 23. mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta 20. februar 2017 frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Schøyen, R. (2011). *Mikroorganismer og sykdom: Lærebok i mikrobiologi og infeksjonssykdommer for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Sjöström, H. T., & Åhrén, C. (2016). Being Met as marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 30(4), 813-820. doi:10.1111/scs.12309
- Skyman, E., Sjöström, H., & Hellström, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(1), 101-107. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00692.x
- Smittevernloven (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55>

VEDLEGG 1: Kritisk vurdering av artiklar

Artikkelen til Andersson, Lindholm, og Fossum (2011) vurderte eg som god og relevant for mi oppgåve. Problemstillinga er tydeleg og gjennom den kvalitative metoden klarar forskaren å få fram pasientane sine opplevingar og oppfatningar av korleis det er å vera MRSA-positiv. Studien gjere greie for å oppnå truverdigheit, ved å konkretisere utvalet sitt. Tankar eg hadde om tema i oppgåva mi, blir satt litt på spissen i denne studien, samt at omgrepet liding kjem til syne. Dei inndelte emna om pasientane sine opplevingar er i tråd med det eg sjølv ynskja å finne meir ut av.

Denne kvalitative studien til Skyman, Lindahl, Bergbom, Sjöström, og Åhrén (2016) har eg vurdert som god og relevant for mi oppgåve. Problemstillinga er tydeleg og gir ein djup forståing i korleis MRSA påverkar pasientane i dagleglivet og oppleving av omsorg. For oppgåva mi, gir dette ein ny synsvinkel på pasientane si oppleving, samt at studiens funn set lys på at personell som hadde kunnskapar og erfaring med MRSA, var til fordel for pasientane. Gjennom studiens referanseliste, fann eg og rettleiaren min ut at dei har brukt Katie Eriksson`s bok «the suffering human being». Det syner at forskarane også ser på pasientane som lidande menneske, nettopp det eg vel å studere nærare i oppgåva. Det påvisar at denne studien er relevant for oppgåva mi.

Artikkelen til Lindberg, Carlsson, Högman, og Skytt (2009) vurderer eg som god. Hensikta med studien er klar og kjem tydeleg fram. Studien set lys på pasientane som lid av det å vera MRSA-smitta og faktorar knyt til liding, noko som er essensielt for min problemstilling. I eit avsnitt understøttar forskarane truverdigheita til studien og har ved bruk intervju metoden, som resultat, fått fram temaet «invadert, usikker og aleine». Utifrå dette kjem omgrepet liding til syne. Ved pasientane sine opplevingar knytt til helsearbeidarar, gir dei uttrykk for til dømes mangel på kunnskap, ulik behandling og mangel på informasjon. Slik eg ser det, kan dette henge saman med pleieliding, noko som er svært aktuelt og relevant inn i oppgåva mi.

Studien til Skyman, Sjöström og Hellström (2010) vurderer eg som god. Hensikta, metoden og problemstillinga er tydeleg, og studien får fram detaljerte funn. Det som er relevant med

denne artikkelen inn mot oppgåva mi, er at dei tar for seg pasientar sine opplevingar knytt til det å bli smitta av MRSA under eit sjukehus opphald og deretter isolert. Dette får fram sterke reaksjonar hjå pasientane og som syner til andre sider av lidinga knytt til det å vera MRSA-smitta. Bruken av dybde intervju, gjere at forfattarane får fram ein betre forståing for pasientane sine opplevingar, og inndelinga av resultatata tyder på at det finnes mange moment som spelar inn på pasienten i den situasjonen han/ho er i.

Studien til Andersson, Andreassen Gleissman, Lindholm, og Fossum (2016) vurderer eg som god. Metoden, hensikta og problemstillinga er tydeleg framstilt og ein får ein klar innsikt om kva studien går ut på. Det varierte utvalet av sjukepleiarar frå ulike avdelingar og institusjonar, gjere at resultatata varierer og styrkar kvaliteten på artikkelen, noko forskarane også legg vekt på. Denne artikkelen er kvalitativ og framstiller sjukepleiarane sine opplevingar og erfaringar gjennom intervju metoden. Funna i artikkelen gir meg ei forståing for korleis sjukepleiarane har det i møte med MRSA-smitta pasientar, og slik eg ser det, er dette eit viktig perspektiv å ta med inn i oppgåva. Artikkelen er også relevant for oppgåva mi, då studien set lys på den pleia sjukepleiarane gir til desse pasientane.

VEDLEGG 2: Resultattabell

| Artikkel | Hensikt | Metode og Datainnsamling | Utval | Resultat |
|---|---|--|--|--|
| <p>Andersson, H., Lindholm, C., & Fossum, B. (2011). <i>MRSA - global threat and personal disaster: patients' experiences.</i></p> | <p>Hensikta med studien er å skildre pasientens kunnskap, oppfatning og erfaringar knytt til det å vera MRSA positiv.</p> | <p>Dette er ein kvalitativ studie som intervjuar deltakarane med opne spørsmål slik at dei kunne fortelje med eigne ord korleis dei opplevde å ha MRSA infeksjon, kva oppfatning og kunnskap dei hadde. All informasjon vart overført ordrett.</p> | <p>Det deltok 15 personar. 7 menn (21-90 år) og 8 kvinner (22-83 år). Utvalet inkluderte MRSA-positive pasientar av ulik smitteårsak, med ikkje-helande sår.</p> | <p>Beskjeden som MRSA-positiv, opplevde mange av pasientane som sjokk. Dei oppfatta stigmatisering i form av pest eller spedalskheit. Dei følte seg skitne og som ein trussel for samfunnet. Pasientar og helsepersonell sin mangel på kunnskap resulterte i fleire negative konsekvensar for pasientane med MRSA.</p> |
| <p>Skyman, E., Lindahl, B., Bergbom, I., Sjöström, H. T., & Åhrén, C. (2016). <i>Being Met as</i></p> | <p>Hensikta er å avsløre og tolke pasientane sine opplevingar av omsorg og det daglege livet som CA-MRSA</p> | <p>Dette er ein kvalitativ studie med ein fenomenologisk hermeneutisk metode. Intervju med pasientane</p> | <p>12 pasientar med CA-MRSA deltok i studien. 5 kvinner (29-65 år) og 7 menn (33-69 år). Studien fokuserer på relativt friske</p> | <p>Pasientane opplevde eit endra kroppsbilete etter å ha erverva MRSA. Dei opplevde ignorering og</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <p><i>marked - patients' experiences of being infected with community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA).</i></p> | <p>positiv.</p> | <p>vart omgjort til tekst og var deretter analysert i tre fasar: den naive forståinga, strukturell analyse og omfattande forståing. Studien syner med dette, kva det betyr å vera infisert av CA-MRSA.</p> | <p>pasientar som har erverva CA-MRSA.</p> | <p>skremt oppførsel frå helsepersonell, samt mobbing frå kollegaer. Pasientane følte ein ansvar for å beskytte andre mot smitte. Kunnskapsrike helsepersonell viste seg å roa pasientane og lindra lidning.</p> |
| <p>Lindberg, M., Carlsson, M., Högman, M. og Skytt, B. (2009). <i>Suffering from meticillin-resistant Staphylococcus aureus: experiences and understandings of colonisation.</i></p> | <p>I denne studien er hensikta å undersøkje opplevingar og forståing hjå den einskilde om meticillin-resistent Stafylococcus aureus (MRSA) kolonisering.</p> | <p>Det er ein kvalitativ studie ved bruk av opne, semistrukturerte opptaksintervju. Ved intervju, var deltakarane spurt om to emne: hindringar og påverknad i livet, og mottak og informasjon frå helsetenesta. 14 intervju vart utført, det eine vart mista pga. tekniske problem.</p> | <p>Totalt 13 deltakarar vart inkludert i studien, 4 menn og 9 kvinner (29-78 år). 9 av deltakarane hadde sambuar og 7 hadde born heime.</p> | <p>I studien kjem det fram at pasientane opplevde frykt og eit avgrensa kvardagsliv, med behov for å beskytte andre. Studien syner til at helsesektoren har ansvar for at helsepersonellet bli meir profesjonelle ved handtering av MRSA og formidling av informasjon for å betre imøtekome behova til MRSA-</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | | | <p>koloniserte personar.</p> <p>Helsepersonell sine ferdigheiter og haldningar, påverke pasient sikkerheita, og forfattarane meiner at dette burde det bli forska meir på i framtida.</p> |
| <p>Skyman, E., Sjöström, T. H., og Hellström, L. (2010).</p> <p><i>Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.</i></p> | <p>Studiens hensikt er å innhente kunnskap knytt til pasientars oppleving om det å få MRSA på sjukehus og deretter kjelde isolert på Klinikk for infeksjons sjukdomar.</p> | <p>Studien er kvalitativ. Som grunnlag for å skaffe seg kunnskap om kvardagslivet til deltakarane, vart det brukt opne spørsmål i dybde intervju for ein djupare forståing av individuelle opplevingar og haldningar.</p> <p>Intervjua vart tatt opp og deretter oversett ordrett.</p> | <p>6 deltakarar vart inkludert i studien. 2 kvinner og 4 menn (35-76 år), som fekk E-MRSA 16, under utbrotet på Sahlgrenska sjukehus mellom 1997-2001.</p> | <p>Funna i denne studien syner til at deltakarane hadde forståing av at isolert var nødvendig for å hindre smitte, men følte seg likevel krenka for å ha erverva MRSA på sjukehus og opplevde isolasjonen som traumatisk. Funn syner at deltakarane vart forskjellsbehandla og ikkje fekk den behandlinga dei hadde behov for,</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | | | samt at dei vart utsett for negative reaksjonar frå familie, helsepersonell og andre omgivadar. |
| <p>Andersson, H., Andreassen Gleissman, S., Lindholm, C., og Fossum, B. (2016).</p> <p><i>Experiences of nursing staff caring for patients with methicillin-resistant Staphylococcus aureus.</i></p> | <p>Hensikta er få kunnskap om sjukepleiarane sine opplevingar knytt til det å gi omsorg til pasientar med MRSA.</p> | <p>Dette er ein kvalitativ studie, der datainnsamlinga vart gjort via intervju, med opne spørsmål og deretter oppfølgings spørsmål. 2 pilot intervju var først utført, for å sjekke gyldigheita, desse var også inkludert i resultata pga. god kvalitet. Alle intervjuar var tatt opp og oversett ordrett.</p> | <p>Deltakarane var 15 kvinnelege sjukepleiarar i alderen 22-59 år. Kriteria for deltaking var erfaring frå sjukepleie til pasientar med MRSA. Utvalet inkluderte sjukepleiarar frå ulike avdelingar og sjukehus i Sverige. Ulike praksis erfaring førte til varierte resultat og truverdighet i studien.</p> | <p>Det er sentralt viktig at sjukepleiarar tileignar seg kunnskap om handtering av MRSA og korleis ein skal ivareta pasientar med MRSA. Kunnskap og mykje praksiserfaring, førte til tryggleik hjå personalet og positive haldningar for omsorg til desse pasientane. Ansvar om å tileigna seg kunnskap, ligg hjå den einskilde sjukepleiar.</p> |