



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	336
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7993
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	103
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Psykososial helse i isolasjon

Psychosocial health in isolation

Kandidatnummer 336

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS), institutt for helse- og omsorgvitenskap

Innleveringsdato: 12.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Title: Psychosocial health in isolation

Purpose: The aim of this thesis was to examine patients' experiences with isolation caused by infection and how nurses can attend their psychosocial needs.

Method: In order to approach the issue, a literature study was conducted. Through literature search a total of 70 research articles across four healthcare databases were identified. Five of them were included in this literature study and represented its research literature. Various literature retrieved from syllabus books, legislations, guides and such were also used to substantiate the thesis. In addition, anonymous observations from my own practice study were included.

Summary of discoveries and conclusion: Four themes related to infection isolation were revealed in review of the research: *loneliness and less social interactions, lack of information and the feeling of being controlled, stigma and fear of infecting others and coping*. The patients' experiences indicate that crucial psychosocial needs are particularly vulnerable given the situation. By using Havik's model of control, interventions mainly aimed at communication, social support, coping strategies and user participation were identified as essential to enable taking care of the patient's psychosocial needs in isolation. These consisted, among others, of informing the patient adequately about the situation, making plans both short-term and long-term in consultation with him, increasing his independence, cultivating his interests and allowing non-verbal communication. However, more research regarding the effect of interventions and nurses' perspective is needed in order to fully assess the situation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensninger	6
1.4 Begrepsavklaring	6
2.0 Teoretisk bakgrunn	7
2.1 Smittevern og smitteisolering.....	7
2.2 Psykososiale behov	7
2.3 Haviks kontrollmodell	8
2.4 Sykepleie og kommunikasjon.....	9
2.5 Mestring	11
2.6 Sosial kontakt og støtte.....	12
2.7 Brukermedvirkning.....	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Forskningsmetode og studiedesign	13
3.2 Søkeprosessen	13
3.3 Kritisk vurdering av artikler	17
3.4 Analyse	17
3.5 Etske overveielser	18
4.0 Resultat	19
4.1 Ensomhet og mindre sosiale interaksjoner	19
4.2 Mangel på informasjon og følelsen av å bli kontrollert.....	20
4.3 Stigma og frykt for å smitte andre	20

4.4 Mestring	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Kognitiv kontroll	22
5.2 Instrumentell kontroll	24
5.3 Emosjonell kontroll	26
5.4 Metodediskusjon	29
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	31
Referanseliste	32
Vedlegg I: Søkehistorikk	36
Vedlegg II: Litteratormatrise	39

Oversikt over tabeller og figurer i fortløpende tekst

Tabell 1: PICO-skjema	14
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
Figur 1: FLYT-diagram	17

1.0 Introduksjon

Covid-19-pandemien som rammet og snudde opp ned på hele verden i inngangen av 2020 (Tjernshaugen et al., 2022), hadde stor innvirkning på både individ- og samfunnsnivå, og satte særlig søkelyset på menneskers psykososiale behov. Plutselig ble inngripende smittevernsrestriksjoner, hjemmekontor, karantene og isolasjon en del av alles hverdag. Det tok ikke lang tid før man så konturene av de ringvirkningene isolasjonen hadde på befolkningens mentale helse. I en avisartikkel utgitt bare to uker etter at de første restriksjonene ble innført i Norge, uttalte Tove Gundersen, generalsekretær i Rådet for psykisk helse, at man allerede kunne se at negative følelser ble forsterket hos mennesker i isolasjon, og at risikoen for psykiske plager økte som følge av smittevernsrestriksjonene (Sundquist, 2020).

Lenge før pandemien har imidlertid smittevernrestriksjoner vært en realitet for mange smitteisolerte pasienter på sykehus. Omfanget rommer ikke bare koronapasienter og luftsmitteregime, men også pasienter med andre infeksjoner som krever andre smittevernsregimer. Stubberud et al. (2016, s. 80) påpeker at det er en påkjenning å være alene i et lite rom over tid. Rommet kan etter hvert føles ut som en fengselscelle der veggene oppfattes som en fysisk barriere som skiller pasienten fra resten av omverdenen. For noen kan isolasjon oppleves som en livskrise hvor ensomhet og tap av kontroll er fremtredende følelser (Stubberud et al., 2016, s. 70).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som student på medisinsk avdeling observerte jeg at helsepersonell kun var inne hos smitteisolerte pasienter et fåtall ganger i løpet av en vakt. Ofte var besøkene og de sykepleiefaglige oppgavene på disse pasientrommene lagt rundt de to måltidene i løpet av vekten. De få gangene personalet var inne hos de smitteisolerte pasientene opplevde jeg i tillegg lite kommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Dette fikk meg virkelig til å tenke over hvordan livet i isolasjon egentlig er, hvilke behov disse pasientene har og hvilke faktorer som spiller inn på pasientenes opplevelse av å være smitteisolert. Den voksende nysgjerrigheten min rundt dette ledet meg til å gjøre dette til tema for min bacheloroppgave.

1.2 Problemstilling

Oppgavens problemstilling er som følger:

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta den smitteisolerte pasientens psykososiale behov på sykehus?

1.3 Avgrensninger

Oppgaven avgrenses til å omhandle pasienter som er smitteisolert på enerom på sykehus eller lignende institusjoner. Dette er ønskelig fordi kohortisolering og isolasjon andre steder sannsynligvis vil være basert på andre premisser, generere andre behov og dermed være lite overførbart i denne sammenhengen. Hvilken infeksjon eller hvilket isolasjonsregime som er benyttet er ikke begrenset fordi det synes å være av lite betydning for denne oppgavens fokus, nemlig pasientens psykososiale behov. Videre avgrensninger er beskrevet under metodekapittelet i inklusjons- og eksklusjonskriterier for valg av vitenskapelige artikler.

1.4 Begrepsavklaring

Psykososial: Psykiske og sosiale forhold som virker inn på mental fungering og helse. Eksempler på sosiale forhold er arbeidsmiljø og hjemmeforhold. Psykiske forhold handler om hvordan de sosiale forholdene håndteres emosjonelt og kognitivt (Svartdal, 2020).

Smitteisolering: Et tiltak hvor pasienter med smittsomme sykdommer adskilles fra andre mennesker ved å bli plassert på eget rom for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.0 Teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet presenteres oppgavens teoretiske grunnlag hvor det går det nærmere inn på smitteisolering, psykososiale behov og Haviks kontrollmodell. Sosial støtte og sykepleie knyttet til kommunikasjon, mestring og brukermedvirkning blir også fremstilt.

2.1 Smittevern og smitteisolering

Sykehus er en arena hvor mennesker er spesielt utsatt for smittespredning av flere grunner. For det første er helsepersonell i kontakt med mange syke og ofte smitteførende mennesker, og er derfor en potensiell bro i smitteoverføring mellom pasienter. Syke mennesker er for det andre ekstra mottakelig for smitte og infeksjoner sammenlignet med friske personer. I tillegg vil operasjoner og innleggelse av katetre eller dren i kroppen skape ekstra inngangsporter for mikrober å infisere kroppen gjennom (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 77).

For å hindre slik smitteoverføring mellom pasienter, helsepersonell og pårørende i institusjon er det flere retningslinjer helsepersonell må følge. En av disse er å isolere pasienter det mistenkes at har en smitteførende sykdom (Ørn & Bach-Gansmo, 2016, s. 77). Isoleringsveilederen, utarbeidet av Folkehelseinstituttet (2004), gir nasjonale faglige anbefalinger og råd om isolering av pasienter på sykehus. Det er utarbeidet ulike anbefalte smitteisoleringsregimer som inneholder egne forholdsregler for å hindre smitte. Slike forholdsregler er knyttet til blant annet beskyttelsesutstyr og utformingen av isolatet. Valget av hvilket isoleringsregime som skal benyttes, er avhengig av smittestoff, smitemåte, smittekilde og potensielle smitemottakere (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 32).

2.2 Psykososiale behov

Isoleringsveilederen understreker at det å isoleres kan oppfattes som en livskrise, og at pasientomsorgen handler om mye mer enn de tekniske forholdene ved isolering som veilederen fokuserer på. I denne sammenheng trekker veilederen frem et helhetlig tilbud i helsetjenesten

og at pasienten støttes i egen mestring, som essensielt (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 3).

Universelle grunnleggende behov hos mennesker omfatter ifølge Stubberud (2019, s. 16) fysiske psykososiale, åndelige og seksuelle behov. Ved sykdom og helsesvikt kan disse behovene påvirkes og trues. Psykososiale behov beskriver det sjelelige ved mennesket (Stubberud, 2019, s. 16). Sykepleierens ansvar for å ivareta helhetlig omsorg for hver enkelt pasient, er forankret i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.3 (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Et helhetlig syn på mennesket hvor man ikke skiller sjel og kropp ved sykdom, har vært sentralt i sykepleien i en årrekke. Fysiske og psykososiale faktorer utgjør sammen en helhet, og er faktorer som gjensidig påvirker hverandre (Stubberud, 2019, s. 18).

Videre deler Stubberud (2019, s. 18) psykososiale behov inn i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen omfatter pasientens forhold til seg selv og indre følelser, reaksjoner og opplevelser. Eksempler på emosjonelle psykososiale behov er trygghet, å være orientert og ha kontroll over eget liv. Behovet for fellesskap, sosial støtte og relasjon til andre mennesker, faller inn under den relasjonelle delen som innebærer behov knyttet til pasientens forhold til andre (Stubberud, 2019, s. 18).

2.3 Haviks kontrollmodell

Haviks kontrollmodell er en modell for psykologiske reaksjoner på somatisk sykdom, utarbeidet av psykologen Odd E. Havik, med den hensikt å gjøre pasienten i stand til å mestre og tilpasse seg sin sykdom og pasientrolle. Det overordnede målet med modellen er, ifølge Havik (1989, s. 163), å minimere emosjonelle reaksjoner som forårsaker utfordringer knyttet til undersøkelser, behandling og pleie, og som forsinker bedringsprosessen. Dette omfatter å forebygge at psykologiske reaksjoner som er vanlig ved sykdom utvikler seg til langvarige psykiske problemer og redusert psykososial funksjonsevne. Modellen bygger på tre aspekter ved kontrollbegrepet: kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll (Havik, 1989, s. 163-164).

Kognitiv kontroll handler om behovet for informasjon for å oppnå entydighet og forutsigbarhet

fremfor flertydighet. Flertydighet og manglende forutsigbarhet er å regne som ugunstig da det kan utgjøre en belastning for pasienten og fremkalle frykt. Instrumentell kontroll er sentrert rundt mestring i motsetning til hjelpeløshet. Det handler om hvordan en person gjennom egne handlinger kan mobilisere sine evner til å redusere forekomsten av negative hendelser og øke sannsynligheten for at positive hendelser utspiller seg. Redusert eller manglende instrumentell kontroll vil kunne resultere i passivitet og depresjon. Emosjonell kontroll omhandler opplevelsen av tilhørighet og nærhet fremfor separasjon og tap. Det er her ønskelig å oppnå emosjonell likevekt og fremme pasientens evne til å regulere sine emosjoner, for å hindre følelsen av å bli overveldet eller disorganisert som følger av negative affekter (Havik, 1989, s. 164-166).

2.4 Sykepleie og kommunikasjon

Hummelvoll (2012, s. 420) beskriver kommunikasjon som et samspill og en vedvarende, dynamisk og foranderlig prosess der begge parter påvirkes av hverandre. Budskapet i kommunikasjonen består av en innholdsmessig del og en relasjonell del. Den innholdsmessige delen omhandler hvilke ord som faktisk sies i formidling av budskapet, og fokuserer dermed mer på det verbale aspektet ved kommunikasjon. Den relasjonelle delen innebærer hvordan budskapet formidles av senderen og tolkes av mottakeren. Dette er forenlig med nonverbal kommunikasjon (Hummelvoll, 2012, s. 421).

2.4.1 Nonverbal kommunikasjon

Å kommunisere innebærer et komplekst samspill mellom det verbale og det nonverbale (Eide & Eide, 2017, s. 22). Ofte er nonverbalt språk tydeligere og mer direkte enn ord (Eide & Eide, 2017, s. 135). Supplert av nonverbal kommunikasjon som for eksempel ansiktsuttrykk, gester, tonefall og stemmebruk, kan ordene som blir sagt få styrke og kraft, eller det kan dempe, avkrefte eller motsi det innholdsmessige budskapet (Hummelvoll, 2012, s. 425).

Nonverbal kommunikasjon er en profesjonell ferdighet som er viktig for at den andre parten skal føle at han eller hun blir møtt på en oppmuntrende, bekreftende og bestyrkende måte. Dette skaper trygghet og tillit som den andre parten trenger for å åpne seg for helsepersonell og

dele sine tanker og følelser. På denne måten kan nonverbal kommunikasjon brukes til å skape relasjoner og motivasjon, i tillegg til å stimulere den andre personen til å bruke sine ressurser (Eide & Eide, 2017, s. 137).

2.4.2 utfordringer i kommunikasjon med pasienter

I kontakt med pasienter er helsepersonell alltid i maktposisjon, og makten kan være mye større enn selv antatt. Selv i de situasjonene helsepersonell føler seg dominert av den andre parten, vil det alltid være en ubalanse i maktfordelingen mellom de to partene, som bunner i rolleforskjellene deres (Eide & Eide, 2017, s. 25-26).

En annen utfordring i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, er at sykepleieren ofte styrer kommunikasjonen til å omhandle gjøremål og prosedyrer. Pasienten på sin side kan ha behov for å prate om dagligdagse ting. Oppfattelsen av at sykepleieren har det travelt, kan gjøre at pasienten ikke selv våger å ta initiativ til slik prat, men verdsetter ofte de gangene sykepleieren tar seg tid til å sette seg ned og initiere en samtale som ikke er helserelevant (Stubberud, 2019, s. 94). Det er under de spontane samtalene man lærer hverandre å kjenne fordi man viser noe av seg selv ved å snakke om det som opptar en i øyeblikket (Hummelvoll, 2012, s. 427).

2.4.3 Informasjon

En stor utfordring for sykepleiere er å tilpasse kommunikasjonen til den fasen pasienten er i. I motsetning til et stort fokus på pasientens ressurser og mål i de senere fasene, utgjør informasjon en viktig del av kommunikasjonen i de tidligere fasene, da dette er et særlig behov hos de fleste pasienter på dette tidspunktet (Kristoffersen et al., 2016, s. 370-371).

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) slår fast at pasienten har rett på informasjon om sin helsetilstand og hva helsehjelpen innebærer. Isoleringsveilederen poengterer at informasjonen gitt til smitteisolerte pasienter skal inneholde hvorfor isolering er nødvendig, hva som er smittefarlig, aktuelle smitteverntiltak og hvor lenge disse angivelig vil vare

(Folkehelseinstituttet, 2004, s. 23). Oversikt og forståelse av situasjonen pasienten befinner seg i, forsterkes ved hjelp av informasjon. Dette øker pasientens kontroll over omstendighetene. Fantasier og feilaktige forestillinger som skaper unødvendig angst hos pasienten, kan avdramatiseres eller avkreftes ved å gi tilstrekkelig informasjon (Stubberud, 2019, s. 89).

Videre skal informasjonen tilpasses pasientens individuelle forutsetninger. Med dette menes blant annet alder, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Ifølge lovverket skal helsepersonell, så langt det lar seg gjøre, sørge for at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av opplysningene som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Formidling av informasjon kan gjøres muntlig, skriftlig eller via andre metoder som for eksempel film (Stubberud, 2019, s. 91). Informasjon til smitteisolerte pasienter skal ifølge Isoleringsveilederen gis både muntlig og skriftlig (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 23). I mange tilfeller har pasienten tenkt over spørsmål vedkommende vil stille helsepersonell, men glemmer disse når anledningen byr seg. Enkelte pasienter kan også være engstelige for å stille spørsmål og føler et ubehag ved å stille samme spørsmål flere ganger (Stubberud, 2019, s. 90).

2.5 Mestring

Overalt i helsevesenet møter sykepleieren på mennesker som er utsatt for fysiske og psykologiske påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene (Kristoffersen et al., 2016, s. 237; Renolen, 2015, s. 166). En viktig del av sykepleie er derfor å vite hvordan man kan bidra til at pasientene mestrer påkjenningene de opplever (Kristoffersen et al., 2016, s. 237). Mestring er nært knyttet til opplevelsen av å ha kontroll og å kunne håndtere utfordringer med de kreftene man besitter (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61).

Aktiv og god mestring bidrar til å kunne tilpasse seg de nye endringene i livet, og hjelper personen med å skille mellom det man må lære seg å leve med, og det man selv kan gjøre noe med (Vifladt & Hopen, 2004, s. 61). Stilt overfor en vanskelig situasjon i livet, verdsetter mange mennesker å oppleve at de selv kan gjøre noe for å påvirke situasjonen positivt. Slik er det også ved sykdom. Det øker pasientens opplevelse av kontroll dersom han har kunnskap om egen

helsetilstand, får delta i beslutninger og har mulighet til å influere situasjonen (Kristoffersen et al., 2016, s. 266).

2.6 Sosial kontakt og støtte

Sosial kontakt er for de aller fleste mennesker essensielt for at livet skal oppleves som meningsfylt. Menneskers felles interesser, verdier og aktiviteter som knytter dem sammen, tilfredsstiller psykososiale behov som følelse av fellesskap og tilhørighet. Det psykososiale behovet for trygghet bevares gjennom sosial støtte som man vet man kan lene seg på når behovet er der. Anerkjennelse er et annet psykososialt behov som dekkes som et resultat av å bli verdsatt og gitt bekreftelse på seg selv av andre (Kristoffersen et al., 2016, s. 141-142).

Sosial støtte er sentralt gjennom hele livet, men behovet blir tydeligere i møte med store påkjenninger da det for mange er en viktig byggestein i mestring av vanskelige situasjoner. Pasienten har i prinsippet tre ulike støttesystemer: privat støtte, profesjonell støtte og likemannsstøtte. Venner, familie og kollegaer utgjør pasientens private støtte. Disse menneskene kjenner pasienten godt og kan gi støtte på bakgrunn av dette. Profesjonell støtte gis av helsepersonell. De har faglig kompetanse om blant annet behandling og sykdom som kan trygge pasienten. Støttegrupper, pasientforeninger og medpasienter kan tilby pasienten likemannsstøtte. Her møter pasienten andre mennesker som har personlig erfaring med det samme som pasienten gjennomgår. Behovet for hvert av disse støttesystemene vil naturlig variere gjennom sykdomsforløpet (Renolen, 2015, s. 196).

2.7 Brukermedvirkning

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) har pasient og bruker «rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester». Medvirkning er en rett, men ikke en plikt. Med andre ord kan pasienten selv bestemme i hvilken grad han ønsker å involvere seg i egne helse- og omsorgstjenester. Imidlertid må sykepleieren sørge for at pasienten har muligheter til å kunne ta i bruk denne retten. Informasjon fra helsepersonell er nødvendig for at pasientens rett til medvirkning i beslutningsprosesser er tilstedeværende (Molven, 2019, s. 173).

3.0 Metode

For å besvare oppgavens problemstilling er litteraturstudie valgt som metode. En litteraturstudie skal ifølge Thidemann (2019, s. 77-78) fremstille oppdatert kunnskap om en aktuell problemstilling ved å innhente litteratur fra skriftlige kilder. Relevante funn og kunnskap fra fag- og forskningslitteratur anvendes så til å diskutere ulike aspekter ved problemstillingen, som til slutt skal munne ut i en besvarelse som kan anvendes i praksis. I dette kapittelet vil fremgangsmåten til funn, utvelgelse og analyse av relevant forskningslitteratur beskrives.

3.1 Forskningsmetode og studiedesign

Problemstillingens tyngde ligger på pasientens psykososiale behov og ivaretagelse av disse. Vitenskapelige artikler som benyttet kvalitativ metode var derfor mest nærliggende å velge. Kvalitativ metode gir forstående kunnskap om blant annet meninger, erfaringer, opplevelser og tanker (Thidemann, 2019, s. 76). I tråd med grunnlaget for valg av kvalitativ metode var fenomenologisk design, som baserer seg på deltagerens erfaringer med et gitt fenomen, også et naturlig valg for denne oppgaven (Thidemann, 2019, s. 72).

3.2 Søkeprosessen

Etter valg av problemstilling, forskningsmetode og forskningsdesign, fulgte et innledende litteratursøk i Oria og Google Scholar for å få en oversikt over eksisterende og manglende forskning innenfor feltet. Søket antydte at det generelt sett var lite forskning knyttet til temaet, og at den forskningen som fantes i stor grad dreide seg om pasientperspektivet.

Deretter begynte arbeidet med en systematisk søkeprosess. For å identifisere og strukturere presise søkeord ble PICO-skjema benyttet. PICO er et søkeverktøy best egnet for søk der kvalitativ forskningsmetode er ønskelig å finne for å svare på problemstillingen. P representerer populasjonen eller problemet som problemstillingen innebærer, I beskriver hvilken opplevelse eller erfaring det er snakk om, og Co står for kontekst eller setting (Helsebiblioteket, 2021). De ulike delene av problemstillingen ble så plassert i PICO-skjemaet under de tilhørende elementene. Deretter ble de norske søkeordene oversatt til engelsk blant annet ved hjelp av

oppslagsverket MeSH. Synonymer og lignende ord ble også identifisert da det øker sannsynligheten for å finne relevant forskning.

Effektivt søkearbeid innebærer blant annet å søke med tekstord og emneord. Tekstord (KW) er ord hentet fra artiklenes tittel, sammendrag og forfatterens stikkord. Emneord (MH) er databasenes standardiserte ord som beskriver artiklenes overordnede innhold. Søk med bare tekstord vil derfor også kunne vise treff hvor ordene ikke er sentrale for innholdet i artiklene, mens søk med bare emneord vil kunne begrense søket for mye. En kombinasjon av emneord og tekstord ble derfor brukt i litteratursøket. Enkelte databaser baserer seg på standardiserte emneordsystemer, som for eksempel MeSH (Thidemann, 2019, s. 86). Ikke alle emneordene som ble identifisert ved bruk av MeSH ble funnet i alle databasene det ble søkt i. I disse tilfellene ble tilsvarende tekstord brukt.

Tabell 1: PICO-skjema

P	I	Co
Smitteisolerte pasienter	Opplevelse av å være isolert (psykologisk/psykososialt)	Sykehus
Patient isolation (MH, KW) Source isolation (KW) Isolation (KW) Infection isolation (KW)	Psychological Well-being (MH) Adaptation, Psychological (MH) Psychological (KW) Adaptation, Psychosocial (MH) Psychosocial Intervention (MH) Psychosocial (KW) Mental Health (MH, KW)	Hospital* (KW) Hospitalization (MH)

De boolske operatørene OR og AND ble benyttet for å skreddersy litteratursøket til problemstillingen. OR ble brukt vertikalt mellom alle søkeordene innenfor samme element i PICO-skjemaet, noe som utvidet søket, og AND ble brukt horisontalt mellom de tre elementene, noe som begrenset søket. En del av søkestrategien var også å bruke trunkeringer, altså å søke

på ordstammer, for å inkludere alle endinger av ordet. Således økte antall treff (Thidemann, 2019, s. 87).

En begrensning som ble brukt i søk i alle databaser med unntak av SveMed+ var at artiklene skulle være publisert mellom 2013 og 2023. I tillegg ble søket begrenset til å vise kun fagfelleverderte artikler i CINAHL. Et gjennomgående problem i litteratursøket var at søkene i databasene, uansett kombinasjon av søkeord, ga for mange treff slik at det var uoverkommelig å screene alle treffene. Mange av treffene søkene ga, opplevdes i tillegg som irrelevante. Av den grunn ble søkene avgrenset til å måtte nevne «isolation» i tittelen. Dette ga gode resultater. MEDLINE (Ovid) hadde et filter som gjorde at søket kunne begrenses til å kun gi resultater for kvalitative forskningsartikler. Søket i denne databasen inkluderte derfor søkeord rettet mot kun populasjon og kontekst, og en begrensning til kvalitativ forskning som erstattet I-en i PICO-skjemaet.

Søkehistorikken ble dokumentert underveis (vedlegg I). Søk i de helsefaglige databasene CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE (Ovid) og SveMed+ resulterte i totalt 70 treff. For å få en oversiktlig utvelgelsesprosess hvor de samme kriteriene lå til grunn i vurderingen av hver enkelt forskningsartikkel, ble inklusjons- og eksklusjonskriterier strukturert og skjematiskert. Artiklene ble vurdert etter de gitte hovedkriteriene i samme rekkefølge som presentert vertikalt i skjemaet. Et av eksklusjonskriteriene er at forskningsartikkelen ikke finnes i fulltekst. Søket som ble gjennomført i CINAHL ga nesten utelukkende treff hvor link til fulltekst ikke var tilgjengelig. Derfor ble artiklenes titler kopiert og limt inn i Google. Slik lyktes det med å finne de fleste forskningsartiklene treffene CINAHL ga, i fulltekst.

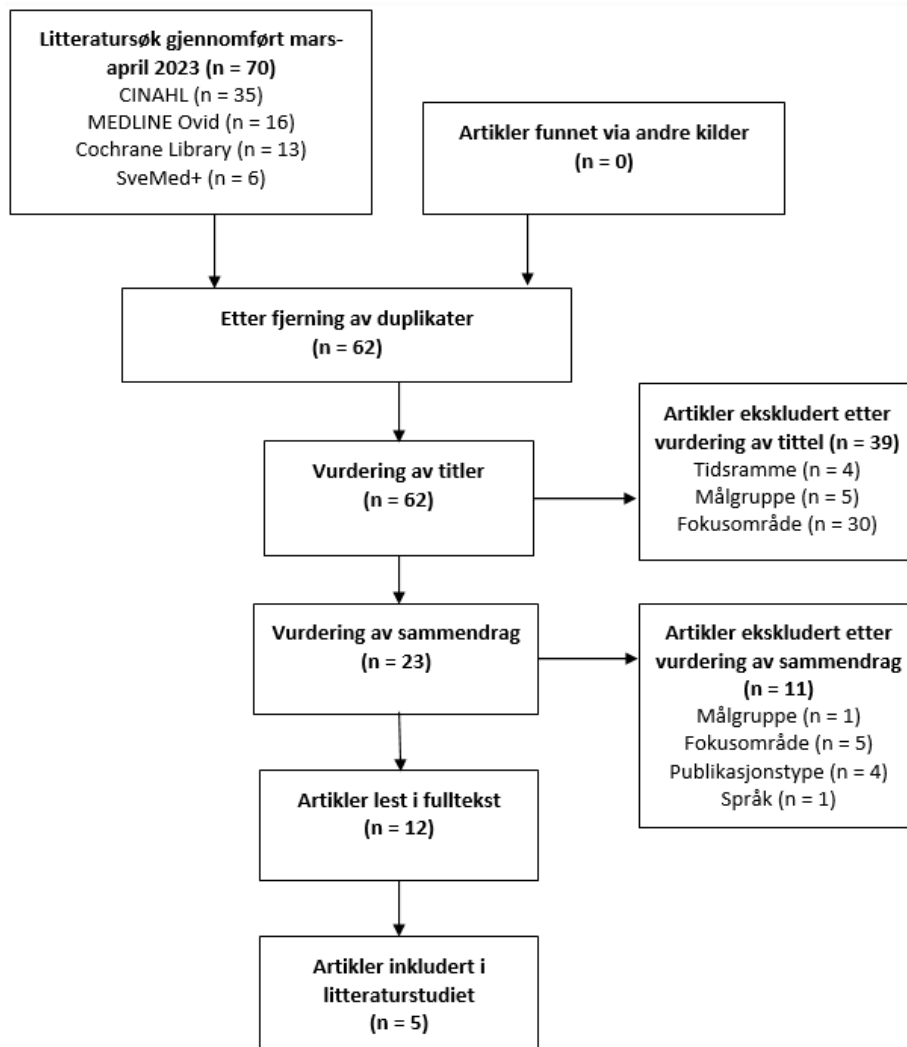
Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Tidsramme	- 2013-2023	- Artikler publisert før 2013
Målgruppe/ Populasjon	- Voksne mennesker over 18 år, både kvinner og menn - Smitteisolerte pasienter eller	- Barn - Pasienter som ikke er smitteisolert

	sykepleiere som jobber med dem	
Fokusområde	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientisolering, smitteisolering, kildeisolering - På sykehus eller lignende institusjoner - Psykososiale/psykologiske behov eller effekter 	<ul style="list-style-type: none"> - Beskyttende isolering, sosial isolasjon, hjemme-isolering (f.eks. i forbindelse med COVID-19), skjerming/isolasjon i psykisk helsevern - Andre steder enn sykehus eller lignende institusjoner - Artikler som ikke omhandler psykososiale/psykologiske behov eller effekter
Publikasjonstype	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som er fagfellevurderte - Artikler som er tilgjengelig i fulltekst - Minst én oversiktsartikkel 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som ikke er fagfellevurderte - Artikler som ikke er tilgjengelig i fulltekst - Artikler som omhandler å kun undersøke ett sykepleietiltak
Språk	- Engelsk, norsk, svensk eller dansk	- Andre språk
Land	- Alle	

Etter screening av titler, sammendrag og artikler i fulltekst i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjenstod fem forskningsartikler. Utvelgelsesprosessen er illustrert i FLYT-skjemaet nedenfor.

Figur 1: FLYT-diagram



3.3 Kritisk vurdering av artikler

For å vurdere de utvalgte artiklenes pålitelighet og kvalitet ble sjekklister for de ulike studiedesignene fylt ut (Thidemann, 2019, s. 91). Disse var hentet fra helsebiblioteket.no, og omfattet sjekklister for kvalitativ studie og oversiktsartikkel (Helsebiblioteket, 2016). Hver enkelt artikkel ble nøye gjennomgått og vurdert i henhold til den tilhørende sjekklisten. Svakheter ved artiklene betraktes i metodediskusjonen og er kommentert i litteraturmatriksen (vedlegg II).

3.4 Analyse

Etter en kvalitetsvurdering av forskningsartiklene, ble de analysert og tolket. Først ble alle

artiklene lest flere ganger for å identifisere funnene og få et overordnet inntrykk av hvilke funn som gikk igjen i flere av dem. Basert på dette og med problemstillingen i tankene, ble det laget flere midlertidige temaer. Med den hensikt å gjøre analyseprosessen mer oversiktlig, ble artiklene grundigere gransket samtidig som en litteraturmatrise ble fylt ut (vedlegg II). Litteraturmatrisen konkretiserte og komprimerte funnene og tydeliggjorde deres likheter og ulikheter. Funnene ble så kategorisert under de ulike temaene. Ikke alle funn var like enkle å plassere i temaene, og det ble underveis i prosessen gjort justeringer for å slå sammen og utvide flere av temaene (Thidemann, 2019, s.92-94). Til slutt gjestod fire temaer som representerte de relevante funnene. Funn som ikke var relevante for problemstillingen ble verken inkludert i litteraturmatrisen eller kategorisert i den tematiske analysen. Videre ble det skrevet en sammenfatning av hvert tema på bakgrunn av funnene i forskningslitteraturen. Her lå hovedvekten først og fremst på funn som gjentok seg i flere av artiklene. Enkeltstående funn ble presentert dersom de ble oppfattet som særlig viktige i besvarelsen av problemstillingen.

3.5 Etske overveielser

Utarbeidelse av en litteraturstudie kan medføre flere etiske utfordringer. I denne bacheloroppgaven har akademiske normer for kildehenvisning blitt fulgt ved å bruke referansestilen APA 7th. Korrekt kildehenvisning er viktig for at forfatterens arbeid blir anerkjent og for å gi leseren mulighet til å finne tilbake til den kilden informasjonen er hentet fra (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, u.å.; Thidemann, 2019, s. 12).

Informasjonen og kunnskapen ble hentet fra primærkilder for å unngå at feilinformasjon ble formidlet som et resultat av at informasjonen har blitt fortolket i flere ledd. Slik ble oppgavens redelighet sikret (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, u.å.).

Forskningsetikk har også stått sentralt underveis i litteratursøket. Det handler blant annet om å sørge for at forskningen ikke skal gå på bekostning av forsøksdeltakernes helse og integritet. Ulike etiske retningslinjer for forskning på mennesker og forskningsetiske komiteer som håndhever disse er utarbeidet for å verne om forskningsetikken (Den nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). At oppgavens valgte artikler var etisk godkjente, var et særlig fokus.

4.0 Resultat

Søke- og utvelgelsesprosessen førte frem til fem forskningsartikler som ble inkludert i denne litteraturstudien. Fire av artiklene var kvalitative enkeltstudier (Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2021;). Tre av disse (Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2022) hadde en fenomenologisk tilnærming. I tillegg er én oversiktsartikkel (Gammon et al., 2019) inkludert. Informasjon knyttet til hver enkelt studie er presentert i litteraturmatrisen (vedlegg II). Nedenfor følger en tematisk fremstilling av resultatene fra forskningsartiklene.

4.1 Ensomhet og mindre sosiale interaksjoner

Et gjennomgående tema i alle artiklene, er at følelsen av ensomhet var fremtredende hos isolerte pasienter. Begrenset antall besøk fra pårørende i tillegg til at helsepersonell sjelden entret isolasjonsrommene førte til mindre sosiale interaksjoner (Gammon et al., 2019; Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2022). Pasientene tilbrakte mange timer alene, tiden gikk sakte og de savnet noen å kunne snakke med om dagligdagse temaer (Ponce-Ruiz et al., 2022). Selv om mange verdsatte stillheten og privatlivet som enkeltrom tilbyr om natten, savnet flesteparten av pasientene samværet med andre pasienter på dagtid (Gammon et al., 2019; Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022). Ponce-Ruiz et al. (2022) antydte at begrenset bruk av teknologi kan forverre situasjonen for eldre smitteisolerte pasienter.

Det ble avdekket i flere studier at pasientene opplevde beskyttelsesutstyret som en barriere for effektiv kommunikasjon (Gammon et al., 2019; Matić et al., 2023), noe som i Matić et al. (2023) bidro til å forsterke følelsen av sosial og følelsesmessig isolasjon. Gammon et al. (2019) beskriver misnøyen pasienter følte over å ikke kunne skille sykepleiere fra annet helsepersonell på grunn av beskyttelsesutstyret, og at bruk av munnbind hindret den isolerte pasienten i å se ansiktstrekk og ansiktsuttrykk hos helsepersonell. Oversiktsartikkelen fremhevet særlig én pasient som mente å ikke ha sett så mye som ett smil i løpet av hele isolasjonsoppholdet (Gammon et al., 2019).

4.2 Mangel på informasjon og følelsen av å bli kontrollert

Isolasjon var forbundet med manglende kontroll, handlefrihet, autonomi og uavhengighet, og enkelte følte et behov for å være tilknyttet til resten av verden (Matić et al., 2023). Mutsonziwa et al. (2022) fant at pasientene brukte ord som innesperret, fanget og fengslet for å beskrive tilværelsen på isolasjonsrommene, og de følte seg kontrollert av helsepersonell (Mutsonziwa et al., 2021, Mutsonziwa et al., 2022). Pasientene synes det var vanskelig å tilpasse seg det begrensede og sterile miljøet de var pålagt å oppholde seg i over lengre tid. De savnet å kunne utføre hverdagslige gjøremål som matlaging, klesvask og oppvask, og å kunne bevege seg fritt (Matić et al., 2023). Sykepleiere mente også at pasientene trengte å opprettholde litt av uavhengigheten sin (Mutsonziwa et al., 2021).

Gammon et al. (2019) fant at pasienter ikke hadde kontroll over oppholdet i isolasjon, noe som skyldtes manglende forståelse rundt infeksjonen de hadde og formålet med og praksisen ved isolering. Resultatene fra andre artikler viste samme manglende informasjon (Mutsonziwa et al., 2021; Ponce-Ruiz et al., 2022). En pasient uttrykte at han ikke fikk informasjon med mindre han aktivt etterspurte det (Ponce-Ruiz et al., 2022). Informasjonen som ble gitt var for noen uforståelig og pasientene følte seg ekskludert i beslutningsprosessene og oppdateringene angående deres behandling og omsorg (Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2022).

4.3 Stigma og frykt for å smitte andre

Noen pasienter bekymret seg for infeksjonens påvirkning på egen helse, mens andres sosiale verden ble forstyrret av frykten for å smitte andre mennesker (Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022). Denne frykten, i tillegg til bekymringen rundt å opptre riktig for å beskytte andre mot smitte, førte til angst. Oppstod det smitte, følte pasienten på skyld og skam (Gammon et al., 2019). Frykten for å smitte andre førte ofte til at pasientene gikk til ekstreme lengder for å sikre familiens trygghet ved å stramme inn på sosiale restriksjoner (Mutsonziwa et al., 2021).

Pasientene beskrev følelsen av å være uren, urørlig og spedalsk fordi sykepleierne unngikk all form for fysisk berøring på grunn av smittefaren (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022). Forskningsdeltakerne i Mutsonziwa et al. (2022) berettet at sykepleierne følgelig sto ved døren og ropte til pasientene (Mutsonziwa et al., 2022). Ytterligere merkelapper som å være pestoffer og å være skitten medførte en følelse av stigma hos pasientene (Gammon et al., 2019), og var grunnlaget for sosial ekskludering og devaluering. Isolasjonsskiltene på døren inn til isolasjonsrommet og helsepersonells bruk av beskyttelsesutstyr formidlet at pasientene var en trussel for miljøet og forsterket følelsen av stigma (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2022).

4.4 Mestring

Mens flesteparten av pasientene beskrev negative opplevelsene assosiert med isolasjon, fokuserte også noen av dem på mestringsstrategier for å kunne takle situasjonen de sto overfor (Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2022). Som mestringsstrategier ble støtte fra sykepleiere og familie, selvmotivasjon, lærdom fra tidligere erfaringer, og å bruke tiden til å tilpasse seg stresset ved å bli fysisk isolert, trekt frem som viktige metoder i Mutsonziwa et al. (2022) for å komme seg gjennom isolasjonstiden. Særlig støtten fra pårørende og helsepersonell var viktig for å forstå at de ikke sto alene i situasjonen, redusere følelsen av isolasjon og for å hjelpe pasienten med å se situasjonen med andre øyne (Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2022). Andre mestringsstrategier var å gjøre aktiviteter, meditere, lese bøker, bruke digitale medier, dyrke sin religiøse tro, og lytte til musikk eller poesi (Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2021; Ponce-Ruiz et al., 2022). Isolasjon ga også enkelte pasienter muligheten til å reflektere over livet på en positiv måte, ifølge Ponce-Ruiz et al. (2022).

5.0 Diskusjon

I det følgende vil problemstillingen belyses og diskuteres fra et teoretisk perspektiv, forskningsperspektiv og erfaringsperspektiv for å gi en flerdimensjonal fremstilling av problemstillingen. Diskusjonen er bygget på Haviks kontrollmodell. Til slutt diskuteres litteraturstudiens metode.

5.1 Kognitiv kontroll

Til tross for informasjonens viktige rolle i mestring og følelse av kontroll og oversikt over egen situasjon (Havik, 1989; Stubberud, 2019, s. 89), viser forskning at informasjon til smitteisolerte pasienter er et dårlig bevart behov. Informasjonsbehovet illustreres av en studiedeltaker i Ponce-Ruiz et al. (2022) som uttalte at opplysninger måtte etterspørres for at de skulle gis av helsepersonell. Manglende informasjon omfattet pasientenes sykdom eller infeksjon, hvorfor isolasjon er nødvendig, hvordan isolasjon praktisk gjennomføres og tentativ lengde på oppholdet i isolasjon (Mutsonziwa et al., 2021; Ponce-Ruiz et al, 2022). Når informasjon først etterspørres og gis, finner Ponce-Ruiz et al. (2022) at enkelte opplever at informasjonen ikke er forståelig. Dette kan gi opphav til misoppfatninger.

Ved isolering av pasienter bør derfor sykepleier så tidlig som mulig informere pasienten grundig om sykdommen eller infeksjonen, smittevern og det medfølgende isoleringsregimet i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2). I en slik situasjon vil, i henhold til Isoleringsveilederen (Folkehelseinstituttet, 2004, s. 23), en kombinasjon av muntlig og skriftlig informasjon med et språk som er tilpasset pasientens forutsetninger i stor grad sikre pasientens forståelse og informasjonens tilgjengelighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Pasientens forståelse kan også etterprøves ved at sykepleieren stiller spørsmål om eller ber pasienten gjenta informasjonens innhold. Å gi pasienten tilgang til penn og papir for å notere spørsmål som dukker opp underveis, sikrer at alle spørsmål blir besvart. Pasienter kan likevel nøler med å stille spørsmål fordi de oppfatter sykepleierne som travle, og ønsker ikke å være til

bry (Stubberud, 2019, s. 90). At sykepleieren gjør seg selv tilgjengelig og mottakelig for spørsmål ved å utvise et kroppsspråk som formidler at man har god tid, kan senke terskelen for å stille spørsmål.

Ifølge Haviks utbrodering om kognitiv kontroll genererer flertydighet og manglende informasjon frykt. Dette gjenspeiles av funnene i flere av de valgte studiene. De smitteisolerte pasientene levde i frykt for et sykdomsforløp med komplikasjoner som kunne føre til fatale konsekvenser (Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022). Frykten omfattet også å potensielt kunne smitte andre personer (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2021). Ansvarer pasienter følte på i Gammon et al. sin studie (2019) for å beskytte familie og andre nære mot smitte, påvirket pasientene psykososialt ved at de opplevde angst og valgte å distansere seg fra sitt sosiale nettverk (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2021). God informasjon gitt av sykepleieren kan eliminere feilinformasjon og skrekkhistorier (Stubberud, 2019, s. 89), og slik ha en beroliggende og angstdempende effekt på pasienten.

Forutsigbarhet vil kunne gagne pasienten i forhold til opplevelse av kognitiv kontroll og dermed kunne bidra til pasientens mestring av isolasjon (Havik, 1989). Funn gjort av Mutsonziwa et al. (2021; 2022) viser at pasienter opplever at de kontrolleres av helsepersonell og ekskluderes fra beslutningsprosessene vedrørende deres behandling og omsorg, noe som strider mot pasientens lovfestede rettighet til å medvirke i utforming av egne helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Forutsigbarhet og brukermedvirkning beskyttes ved å legge planer både på kort sikt og lang sikt i samarbeid med pasienten, samt ved å informere pasienten om hva han kan forvente i forhold til blant annet sykdoms- og behandlingsforløp. Det vil resultere i at pasienten får et overblikk over situasjonen og hva fremtiden vil bringe. Forutsigbarhet gir pasienten tid til å venne seg til og forberede seg på utfordrende deler av sykdommen eller behandlingen, samtidig som at tanken på fremtidige måloppnåelser og milepæler gir håp og noe å glede seg til. Det vil fremme emosjonelle psykososiale behov som stabilitet og trygghet. Dagens og fremtidens planer kan skriftlig- og synliggjøres ved å ta i bruk en tavle som kan henge på pasientrommet.

5.2 Instrumentell kontroll

Å gjøre pasienten til en aktiv deltaker vil hjelpe vedkommende med å mestre situasjonen sin. Til tross for påkjenningene pasientene er utsatt for i isolasjon, beskriver mange av deltakerne i den valgte forskningen ulike strategier for å takle isolasjonen. Dette omfatter alt fra aktiviteter og lesing til kontakt med helsepersonell og pårørende (Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2021; Ponce-Ruiz et al., 2022). Et tidlig fokus for sykepleieren bør derfor være å kartlegge pasientens ressurser, interesser, sosiale nettverk og behov for sosial kontakt for å kunne gjøre tiden i isolasjon mer lik en habituell hverdag.

Ifølge Vidfladt & Hope (2004, s. 61) innebærer god mestring å kunne differensiere den delen av situasjonen man kan påvirke fra den delen man ikke kan påvirke. Stubberud bekrefter at et fokus på hva man selv kan gjøre i den aktuelle situasjonen er av sentral verdi for pasienten. Det samsvarer med funn i forskningslitteraturen som viser at enkelte smitteisolerte pasienter aktivt søker etter strategier for å håndtere isolasjonen (Matić et al., 2023; Mutsonziwa et al., 2022; Ponce-Ruiz et al., 2022). For å fremme pasientens mestring og hindre overveldende negative følelser, er det derfor viktig at anerkjennelse og validering av pasientens følelse av tap, etterfølges av å flytte fokus mot pasientens ressurser og de delene av situasjonen som ville kunne la seg påvirke. Slik styrkes både instrumentell og emosjonell kontroll.

Isolasjon innebærer et tap av frihet på bakgrunn av de fysiske bevegelsesrestriksjonene. Et behov som synes å ikke være dekket i isolasjon, er behovet for uavhengighet. Hjelpeløshet stammer ifølge Havik (1989, s. 166) fra troen på at egne handlinger ikke vil kunne påvirke de utfordringene man står overfor. Resultatet kan bli passivitet og depresjon. Imidlertid er pasientene i isolasjon i en særegen stilling ved at de har bevegelsesrestriksjoner som legger føringer for hvordan de lever livene sine i isolasjonstiden. Begrensningene omfatter pasientenes mulighet til å gjøre det de ønsker i tillegg til tilgangen deres på gjenstander de vanligvis selv klarer å gå til anskaffelse av. Hjelpeløsheten pasientene i isolasjon fremviser og føler kan derfor i mange tilfeller bunne i at de ikke har de samme mulighetene som den vanlige pasienten. Faktisk

uttrykker forskningsdeltakere i Matić et al. (2023) et savn etter de banale og hverdagslige gjøremålene. For å gi pasienten mer kontroll over og mestring av hverdagen i isolasjon, kan helsepersonell hjelpe pasienten med å få tilgang til gjenstander som øker pasientens uavhengighet. Eksempler på dette kan være kjøkkenredskaper som vannkoker, kniv og skjærefjøl, eller rengjøringsartikler som vaskeklut og såpe. Enkle grep som å oppmuntre pasienten til selv å skifte på og re opp sengen kan forsterke pasientens instrumentelle kontroll. Ved langvarig isolasjon kan det være verdifullt å kontakte pårørende for å organisere at pasientens eiendeler blir brakt til isolasjonsrommet. Personalisering av isolatet i form av blant annet familiebilder og det å kunne bruke egne klær beskrives som bidragsyttere til å gjøre isolasjonen for langtidsisolerte til en bedre opplevelse (Matić et al., 2023).

Aktiviteter av pasientens interesse vil sannsynligvis muliggjøre en nødvendig distraksjon fra livet i isolasjon og gjøre dagene mer utholdelige. Ponce-Ruiz et al. (2022) identifiserte fritidsaktiviteter som et av pasientenes behov i isolasjon. Forfatterne fremhever at fritidsaktiviteter kan være en distraksjon for pasienten, samtidig som det bidrar til å mobilisere mestringsressurser (Ponce-Ruiz et al., 2022). Det stemmer overens med min opplevelse i praksis hvor jeg møtte en svært aktiv dame som jeg ut fra hennes livshistorier antok at ville takle tempoovergangen til isolasjon dårlig. På spørsmål om ikke isolasjonen opplevdes som kjedelig svarte hun overraskende nok at selv om hun helst skulle ha vært foruten isolasjon, hadde det ført til gjenoppdagelse av en tidligere lidenskap. Tegning var en gammel hobby som hun ikke hadde hatt tid til å gjøre de siste årene. Dette ga henne mye glede og fikk tiden i isolasjon til å fly. Tilretteleggelse for å dyrke pasientens egne interesser bør beviselig tilstrebes.

Sosial kontakt og støtte er for mange en viktig del av å mestre vanskelige situasjoner (Renolen, 2015, s. 142), noe som demonstreres i forskningslitteraturen. Mutsonziwa et al. (2022) fant at «[...] participants spoke about the support given by their nurses and families as helping them move forward» («Striving to survive», avsn. 1). Det fremstår gunstig for pasienten at han har tilgang til både privat-, profesjonell- og likemannsstøtte i de mengdene som trengs der og da (Renolen, 2015, s. 196). Sykepleieren kan muliggjøre dette ved å selv tilby profesjonell støtte

gjennom å gi god informasjon og være tilgjengelig for å svare på pasientens spørsmål. Videre må sykepleieren tilrettelegge for og oppmuntre pasienten til å ha kontakt med pårørende både via telefon og fysiske besøk for å gjøre privat støtte tilgjengelig. Særlig for eldre pasienter vil det kunne være mangel på teknologisk kompetanse som hindrer dem i å ha kontakt med pårørende via telefon og sosiale medier (Ponce-Ruiz et al., 2022). Dette bør sykepleieren bemerke og være behjelpelig med. Likemannsstøtte kan sykepleieren legge til rette for ved å involvere han i støttegrupper hvor han kommer i kontakt med andre som har vært i samme situasjon.

5.3 Emosjonell kontroll

Forskning gjort av samtlige artikler inkludert i denne litteraturstudien tilsier at behovet for sosial kontakt i isolasjon ikke er møtt i tilfredsstillende grad. Samtidig som isolasjon er et effektivt tiltak som i enkelte situasjoner er helt nødvendig for å forebygge smitte, legger det uunngåelig tøyler på menneskets livsutfoldelse på flere plan – inkludert ens sosiale verden. Forskningens beskrivelse av ensomhet og manglende sosiale interaksjoner setter de psykososiale behovene for trygghet, fellesskap, tilhørighet og anerkjennelse, som ifølge Kristoffersen et al. (2016, s. 142) bevares gjennom sosial kontakt, i fare. Tilhørighet og nærhet står sentralt i utviklingen av emosjonell kontroll og gjør dermed sosial kontakt og støtte ikke bare en viktig faktor i instrumentell kontroll og mestring (Havik, 1989, s. 164).

De relasjonelle psykososiale behovene for tilhørighet og fellesskap blir truet av den smitteisolerte pasientens opplevelse av sosial ekskludering. Gammon et al. (2019) oppsummerer i sin diskusjon at funnene fra deres litteraturgjennomgang indikerer at

[...] the experience of isolation can involve the construction of a social identity that is devalued (Crocker et al., 1998), in that the isolated patient possesses (or is believed to possess) an attribute that marks them as being different from hospital patients more widely. (Gammon et al., 2019, «Discussion», avsn. 3)

Dette sammenfaller med følelsen av stigma. Adskillelse fra andre pasienter, dørskilt og beskyttelsesutstyr er nødvendige deler av smittevernet som i all sannsynlighet vil kunne øke smitterisikoen om ikke praktisert. Selv om pasientene har identifisert dette som medvirkende

årsaker til følelsen av stigma (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2022), er derfor det beste sykepleieren kan gjøre i slike situasjoner å støtte pasienten, lytte og gi han mulighet til å uttrykke sine følelser. Videre fryktet forskningsdeltakerne til Gammon et al. (2019) en reaksjon fra andre mennesker på deres situasjon i form av disassosiasjon og distansering. At det verserer feilinformasjon blant pårørende og andre mennesker er ikke utenkelig. For å unngå at pasientens sosiale nettverk trekker seg tilbake, er det derfor viktig å, med pasientens samtykke, informere pårørende om pasientens situasjon og aktuelle smitteverntiltak. Pårørende vil da kunne føle seg tryggere på å opprettholde kontakt med pasienten.

Stigma og ekskludering forsterkes ved at pasientene opplever å bli behandlet som urene som følger av at sykepleierne unngår fysisk kontakt (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2022). Ifølge Yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren ansvar for å ivareta helhetlig omsorg for den enkelte pasienten (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Helhetlig omsorg blir vanskelig ivaretatt dersom sykepleieren unngår pasientene sine. En årsak til sykepleiernes unnvikende atferd kan være det enkelte studier har pekt på – at sykepleierne selv frykter å bli smittet (Gammon et al., 2019; Mutsonziwa et al., 2021). Er dette tilfellet, kan det være nødvendig med internundervisning om smittevern for å øke kompetanse og slik trygge sykepleierne på at det de gjør er smittevernmessig forsvarlig. Sykepleierens plikt til å yte helhetlig omsorg skal ikke ofres selv om pasienten befinner seg på isolat.

Med grunnlag i bruk av beskyttelsesutstyr er kommunikasjon, som er sentralt i sosial kontakt med andre mennesker, utpekt i forskningen som en utfordring i isolasjon (Gammon et al., 2019; Matic et al., 2023). Siden anerkjennelse og trygghet ifølge Kristoffersen et al. (2016, s. 142) i stor grad er gitt via sosial kontakt kan derfor manglende kommunikasjon gå på bekostning av disse psykososiale behovene. Ansiktsuttrykk og ansiktstrekk, som utgjør en stor del av den nonverbale kommunikasjonen, skjules ved bruk av beskyttelsesutstyr (Gammon et al., 2019). For å hjelpe pasienten med å skille mellom helsepersonell kan det lages personaliserte navneskilt som henges utenpå beskyttelsesfrakken til sykepleierne. Sykepleierne kan også, der det er ansett som forsvarlig, innarbeide en rutine hvor de viser seg uten beskyttelsesutstyr i begynnelsen av hvert pasientbesøk. For eksempel kan det merkes av et lite område på gulvet

rett innenfor inngangsdøren til isolasjonsrommet hvor sykepleieren trygt kan oppholde seg uten beskyttelsesutstyr. Dette glimtet av nonverbal kommunikasjon kan menneskeliggjøre sykepleieren og styrke relasjonen hans eller hennes til pasienten ved at det skapes trygghet og tillit som er nødvendig for at pasienten skal kunne åpne seg og dele sine tanker og følelser (Eide & Eide, 2017, s. 137). Den forsterkede opplevelsen av følelsesmessig isolasjon som pasientene i Matic et al. (2023) følte på grunn av beskyttelsesutstyret kan slik reduseres og opplevelsen av å bli overveldet minimeres som følger av at pasienten får utløp for sine følelser og hjelp av sykepleieren til å systematisere og bearbeide tanker. Å sørge for at nonverbal kommunikasjon ikke uteblir fullstendig i isolasjon kan slik bidra til å styrke pasientens evne til å regulere sine følelser og fremme emosjonell kontroll.

Siden disse pasientene er ekstra sårbare for ensomhet og lite sosialisering, vil ofte helsepersonell være en større del av den smitteisolerte pasientens omgangskrets sammenlignet med andre pasienter. «I miss being able to talk to someone about my day-to-day life» («Table 3»), uttrykker en smitteisolert pasient i studien til Ponce-Ruiz et al. (2022). Utsagnet støttes av Stubberud (2019, s. 94) som mener at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient ofte er konsentrert rundt gjøremål og prosedyrer selv om pasienten kan ha behov for å snakke om noe annet.

I praksis observerte jeg at sykepleieren jeg fulgte inntok rollen som ekspert, og den smitteisolerte pasienten som en passiv mottaker av informasjon. Kommunikasjonen minnet mer om en monolog enn en dialog, hvor ethvert forsøk pasienten gjorde på å initiere en dagligdags samtale med sykepleieren ble avvist ved at hun svarte kort og fortsatte å prate om pasientens behandling. Min opplevelse i praksis er uforenelig med Hummelvolls beskrivelse av kommunikasjon som en foranderlig prosess hvor begge parter påvirkes av hverandre (2012, s. 420). Maktfordelingen som Eide & Eide (2017, s. 25-26) beskriver at alltid vil eksistere mellom pasienten og sykepleieren, er i dette tilfellet veldig skjev fordi sykepleieren sitter på all kompetansen og dermed all makten.

At sykepleiere fremviser at de har god tid, vil kunne stimulere pasienten til å initiere samtaler av annet innhold enn helse og sykdom. Sykepleiere bør innimellom også selv initiere disse

samtalene. Hummelvoll (2012, s. 427) påstår nemlig at det ligger en verdi i å snakke om det som opptar en fordi det forteller noe om en selv til den andre personen. De spontane samtalene er derfor viktig for å bli kjent med hverandre og bygge en relasjon. Det vil kunne gjøre de to kommuniserende partene mer likeverdige, balansere ut maktforskjellen ved at rollen som ekspert ikke inntas, og tydeliggjøre en relasjon der begge personer gir og tar. I en isolasjonssituasjon hvor sosiale interaksjoner er en mangelvare vil dette kunne være særlig betydningsfullt for pasienten.

Studien gjort av Matic et al. (2023) kan i likhet med Stubberud (2016, s. 80) indikere at pasientene føler seg adskilt fra resten av verden. Den innskrenkede bevegelsesfriheten gjør at livet i isolasjon fort dreier seg kun om det som skjer innenfor de fire veggene hvor pasienten befinner seg. Følelsen av tilhørighet og det å være en del av noe større kan på denne måten bli frarøvet. I tråd med funn gjort av Matic et al. (2023) for eksempel det å prioritere smitteisolerte pasienter til rom som har vindu med utsikt gjøre at pasienten føler en større tilknytning til verden utenfor. Å tilrettelegge for at pasienten har tilgang til lokale, nasjonale og globale nyheter enten i form av avis eller TV vil sannsynligvis kunne ha samme effekt. Dette støttes av forskningsdeltakere i Matic et al. (2023) som oppga nyheter som medvirkende faktor for å kunne takle isolasjonen.

5.4 Metodediskusjon

Litteraturstudie som metode har sine fordeler og ulemper. Fordelen er at det finnes et stort utvalg lett tilgjengelig forskning og data som gir mulighet til å sammenligne kunnskap fra mange ulike kilder. Problemstillingen kan følgelig belyses fra flere perspektiver. En ulempe er at det kan være utfordrende for forfatteren å unngå at litteraturstudien blir farget av personlig bias. Dette kan oppstå dersom forfatteren håndplukker litteratur som bekrefter vedkommendes eget synspunkt, og velger å overse motstridende funn og argumenter. I tillegg vil ubeleilige valg i søke- og utvelgelsesprosessen kunne utelukke sentral forskningslitteratur og på den måten gi en misvisende fremstilling av problemstillingen. Forskningsresultatene kan også feiltolkes, særlig i oversettingen fra norsk til engelsk. Følgelig kan det trekkes feilaktige slutninger.

Personlig bias er forsøkt unngått i denne litteraturstudien ved å basere utvelgelsen av forskning

utelukkende på de samme forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Det har blitt viet mye tid til litteratursøket ved at det er gjort et bredt og grundig søk i flere databaser. I søkeprosessen ble flere versjoner av både PICO- og PICO-skjema laget med blant annet søkeord som «experience», «perspective», «perception», «effect» og «impact» under I-en. Denne litteraturstudiens søkeord og PICO-skjema ble valgt da det ga relevante treff uten å være verken altfor utvidende eller begrensende. Likevel var det noen relevante artikler i det innledende søket som ikke var en del av databasenes treff. Dette utgjør derfor en svakhet.

Kun kvalitativ forskning er inkludert i litteraturstudiet. Selv om kvantitative studier ikke var et eksklusjonskriterium i litteratursøket, kan beslutningen om å bruke PICO-skjema istedenfor det tradisjonelle PICO-skjemaet ha begrenset kvantitative treff. Dette kan anses som en svakhet da kvantitative data knyttet til for eksempel grad av angst og depresjon hos smitteisolerte pasienter kunne ha vært relevant for oppgaven.

To av forskningsartiklene (Mutsonziwa et al., 2021; Mutsonziwa et al., 2022) er skrevet av samme forfattere. At forskningsartiklene tar for seg to ulike perspektiv, pasient og sykepleier, svekker tanken om at dette kan ha påvirket denne oppgaven negativt. Funnene i Mutsonziwa et al. (2021) er basert på sykepleierens oppfatning av hvordan pasientene opplever isolasjon. Selv om dette er nyttig innfallsvinkel med tanke på å avdekke sykepleierens kompetanse om pasientens reaksjon på isolasjon, blir resultatene til en viss grad basert på antakelser og bærer litt preg av at forskningsdeltakerne er en slags sekundærkilde som tolker pasientens opplevelse. Rommet det gir for feiltolkninger svekker resultatene i studien når det overføres til denne konteksten og problemstillingen.

Matić et al. sin (2023) studie finner sted ved spesielle isolasjonsenheter tilegnet pasienter med alvorlig smittsomme sykdommer. Dette hadde innvirkning på isolasjonens varighet, og sannsynligvis også smitteverntiltak og isolasjonsrommets utforming og utseende. Noen av omstendighetene i denne studien utgjør dermed ytterpunkter når vi snakker om isolasjon. Det kan gjøre funnene mindre overførbare i denne sammenhengen.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Isolering innebærer, på grunn av de strenge begrensningene, en stor påkjenning for pasienten og er assosiert med negative opplevelser. Det er sykepleierens plikt å ivareta helhetlig omsorg som omfatter både fysiske og psykososiale faktorer. Den store livsomveltningen isolasjon representerer gjør at behov knyttet til sistnevnte øker. Isolasjonen i seg selv skaper en uunngåelig barriere for bevegelsesfrihet, kommunikasjon og sosiale interaksjoner.

Tilleggsopplevelser som stigma, frykt, uforutsigbarhet, utrygghet, ensomhet, og mangel på informasjon, tilhørighet og kontroll i hverdagen truer pasientens omsorg, mestring og bedring. Disse opplevelsene er påvirkbare og kan avverges. Sykepleiere må derfor jobbe for at de naturlige barrierene isolasjonen danner ikke forsterkes av slike tilleggsopplevelser, men at psykososiale behov ivaretas for å gjøre isolasjonstiden mer håndterbar. Haviks kontrollmodell kan brukes som en pekepinn for å hjelpe pasienten med å oppnå kontroll, mestring og tilpasning, samt unngå utvikling av langvarige psykiske problemer. Å blant annet legge planer både på kort og lang sikt i samråd med pasienten, informere han tilstrekkelig, øke hans uavhengighet, dyrke hans interesser og gi rom for non-verbal kommunikasjon kan muliggjøre dette.

Forskning tilsier at det er et stort forbedringspotensial i omsorgen som gis til smitteisolerte pasienter. Lytting til og forståelse av pasientens opplevelse av isolasjon er helt nødvendig for å iverksette hensiktsmessige intervensjoner som kan endre den kollektive misnøyen vi ser at isolasjon skaper i dag. Ytterligere forskning på sykepleiernes perspektiv og utfordringer knyttet til sykepleie til smitteisolerte pasienter, i tillegg til effekt av ulike sykepleieintervensjoner, er avgjørende for å få et helhetlig perspektiv på situasjonen og beslutte hvordan man skal gå frem for å løse den på best mulig måte.

Referanseliste

Den nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2004). *Isoleringsveilederen: Bruk av isolering av pasienter for å forebygge smittespredning i helseinstitusjoner* (smittevern 2004:9). Nasjonalt folkehelseinstitutt.

<https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2996554/Stene-Larsen-2004-Iso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Folkehelseinstituttet. (10. mars, 2015). *Isolering av pasienter med smittsom sykdom*.

<https://www.fhi.no/sv/forebygging-i-helsetjenesten/smittevern-i-institusjoner/tiltak/isolering-av-pasienter-med-smittsom/>

Gammon, J., Hunt, J. & Musselwhite, C. (2019). The stigmatisation of source isolation: a literature review. *Journal of Research in Nursing*, 24(8), 677-693.

<https://doi.org/10.1177/1744987119845031>

Havik, O. E. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom:

Hvordan kan vi best forstå og ivareta pasienters psykologiske behov?. *Nordisk Psykologi*, 41(3), 161-176. [https://www.researchgate.net/profile/Odd-](https://www.researchgate.net/profile/Odd-Havik/publication/271932711)

[Havik/publication/271932711](https://www.researchgate.net/profile/Odd-Havik/publication/271932711) En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom/links/54d9e000cf25013d043480d/En-generell-modell-for-psykologiske-reaksjoner-ved-somatisk-sykdom.pdf

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistet*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasertpraksis.no*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Matić, Z., Sala, M. F. W., Tonetto, L. M., Campiglia, G. C., Morgan, J., DuBose, J. R., Zimring, C. M. & Kraft, C. (2023). Understanding Experience of Patients With Highly Infectious Diseases During Extended Isolation: A Design Perspective. *Health Environments Research & Design Journal*, 16(1), 97-112. <https://doi-org/10.1177/19375867221128916>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og juss* (6. utg.). Gyldendal.

Mutsonziwa, G. A., Green, J. & Blundell, J. (2021). Registered nurses' perspectives on how patients with multi-drug resistant organisms experience isolation. *Infection, Disease & Health*, 26(1), 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.idh.2020.08.004>

Mutsonziwa, G. A., Green, J. & Blundell, J. (2022). A phenomenological exploration of source isolation in patients infected with multi-drug resistant organisms. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 211-223. <https://doi-org/10.1111/jan.15014>

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (u.å.). *Bruke og referere til kilder: Hvorfor skal du*

referere til kildene du bruker?. NTNU. <https://i.ntnu.no/oppgaveskriving/bruke-og-referere-til-kilder>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 10. april 2023 fra:

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-

02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Ponce-Ruiz, S., Les-Morell, E., Estrada-Verger, M., Álvarez-Lorenzo, C., Jordán-Bruña, I. & Zuriguel-Pérez, E. (2022). Experiences and needs of patients undergoing clinical isolation. Phenomenological-hermeneutic study. *Enfermería Clínica*, 32(1), 54-59.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2021.09.002>

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

Stubberud, D. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg.). Gyldendal.

Stubberud, D., Grønseth, R. & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Sundquist, J. (2020, 14. juli). - Negative følelser forsterkes hos mennesker i isolasjon.

Psykologisk. <https://psykologisk.no/2020/03/negative-folelser-forsterkes-hos-mennesker-i-isolasjon/>

Svartdal, F. (2020, 12. juni). Psykososial. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/psykososial>

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

Tjernshaugen, A., Hiis, H., Bernt, J. F., Braut, G. S. & Bahun, V. B. (2022, 22. juli).

Koronapandemien. I *Store Medisinske Leksikon*. <https://sml.snl.no/koronapandemien>

Vifladt, E. H. & Hopen L. (2004). *Helsepedagogikk: Samhandling om læring og mestring*.

Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (2016). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg I: Søkehistorikk

	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL 07.04.2023:				
<i>«A phenomenological exploration of source isolation in patients infected with multi-drug organisms»</i>				
<i>«Understanding experience of patients with highly infectious diseases during extended isolation: a design perspective»</i>				
<i>«The stigmatisation of source isolation: a literature review»</i>				
S1	«Patient isolation» (MH) OR «patient isolation» (KW)		2 851	
S2	«Source isolation» (KW)		43	
S3	«Infection isolation» (KW)		57	
S4	S1 OR S2 OR S3		2 897	
S5	TI «Isolation» (KW)		6 449	
S6	«Hospital*» (KW)		659 577	
S7	«Hospitalization» (MH)		45 842	
S8	S6 OR S7		659 577	
S9	«Adaptation, Psychological» (MH) OR «Psychological Well-Being» (MH) OR «Psychological» (KW)		309 155	
S10	«Psychosocial intervention» (MH) OR «Psychosocial» (KW)		619 256	
S11	«Mental Health» (MH) OR «Mental health» (KW)		183 567	
S12	S9 OR S10 OR S11		890 051	
S13	S4 AND S5 AND S8 AND S12	- Publisert mellom januar 2013 og mars 2023	35	3

		- Fagfelleverderte artikler		
MEDLINE (Ovid) 21.03.2023: <i>«Experiences and needs of patients undergoing clinical isolation. Phenomenological-hermeneutic study»</i> <i>«Registered nurses' perspectives on how patients with multi-drug resistant organisms experience isolation»</i>				
1	«Patient Isolation» (MH) OR «patient isolation» (KW)		4 816	
2	«Source isolation» (KW)		57	
3	«Infection isolation» (KW)		200	
4	1 OR 2 OR 3		5 009	
5	TI «Isolation» (KW)		104 664	
6	«Hospitalization» (MH)		241 022	
7	«Hospital*» (KW)		1 916 539	
8	7 OR 8		1 916 539	
9	4 AND 5 AND 8	- Publisert mellom 2013 og nåværende tidspunkt - Kvalitative studier (maks spesifisitet)	16	2
Cochrane Library 21.03.2023				
#1	«Patient Isolation» (MH)		60	
#2	«Patient Isolation» (KW)		4 360	
#3	«Source isolation» (KW)		15 977	
#4	#1 OR #2 OR #3		16 234	
#5	TI «Isolation» (KW)		3 074	
#6	«Hospitalization» (MH)		17 608	
#7	«Hospital*» (KW)		404 174	
#8	#6 OR #7		406 189	
#9	«Adaptation, Psychological»		6 275	

#10	«Psychological» (KW)		65 314	
#11	«Mental Health» (MH)		2 592	
#12	«Mental Health» (KW)		48 993	
#13	«Psychosocial» (KW)		21 518	
#14	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13		115 041	
#15	#4 AND #5 AND #8 AND #14	- Publisert mellom 2013 og 2023	13	0
SveMed+ 21.03.2023:				
1	«Patient Isolation» (MH)		93	
2	«Patient isolation» (KW)		145	
3	«Source isolation» (KW)		1	
4	«Infection isolation» (KW)		81	
5	1 OR 2 OR 3 OR 4		168	
6	«Hospitalization» (MH)		2 623	
7	«Hospital*» (KW)		8 699	
8	6 OR 7		9 764	
9	«Psychological» (KW)		6 243	
10	«Adaptation, Psychological» (MH)		1 989	
11	«Psychosocial» (KW)		370	
12	«Mental Health» (MH)		6101	
13	«Mental health» (KW)		2 816	
14	9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13		8 905	
15	5 OR 8 OR 14		6	0

Vedlegg II: Litteratormatrise

Forfatter, år	Hensikt	Design Metode	Utvalg Sted	Resultat	Kommentar
Gammon et al., 2019	Å gjennomgå litteratur for å finne sammenhengen mellom isolasjon og opplevelsen av stigma	Oversikts-artikkel Databasesøk	14 artikler	<p>Pasientene opplevde lite kontroll på grunn av manglende forståelse av infeksjonen og formålet og praksisen med isolasjon</p> <p>Følelser: spedalsk, å være uren, å være pestoffet, å være alene i mørket</p> <p>Sosial eksklusjon: frykt for å være en risiko for andre, frykt for disassosiasjon, skyld og skam, trussel mot miljøet, mindre kontakt med helsepersonell og besøkende</p> <p>Psykisk helse: 32 % av MRSA-bærere opplever stigma</p> <p>Beskyttelsesutstyr: skaper barriere for effektiv kommunikasjon, hindrer i å se ansiktsuttrykk</p> <p>Helsepersonell bekymret for å pådra seg infeksjon</p>	<p>Inkluderte flere internasjonale artikler</p> <p>Ekskluderte artikler som ikke var engelskspråklige</p> <p>Spesifiserer ikke alder på deltakerne</p> <p>Fremstiller resultater fra flere studier, noe som kompenserer litt for små deltakerutvalg i de andre utvalgte enkeltstudiene</p>
Matić et al., 2023	Å bedre forstå unike behov som pasienter med svært	Kvalitativ studie Semi-strukturerte dybdeintervju	4 pasienter infisert med ebola og 2 sykepleiere	<p>Kunstig miljø hvor pasientene manglet kontroll, handlefrihet, autonomi og uavhengighet</p> <p>Savnet å kunne gjøre ting for seg selv</p>	Omhandler spesielle isolasjonsenheter for pasienter med svært smittsomme sykdommer

	smittsomme sykdommer har, og forstå deres oppfatning av isolasjon		BCU (bicontainment unit) i USA	<p>Følelse av ensomhet og sosial og følelsesmessig isolasjon. Behov for å være sosialt og emosjonelt knyttet til andre</p> <p>Problemer med å tilpasse seg miljøet etter hvert som de ble friskere</p> <p>Mestringsstrategier: å lese, følge med på nyhetene, vindu med utsikt, personalisering av rommet</p>	<p>Fokuserer en del på utformingen av BUC-ene</p> <p>Lite deltakerutvalg med tanke på å kunne generalisere funnene og implementere dem i praksis</p> <p>Etisk godkjent</p>
Mutsonziwa et al., 2021	Å utforske sykepleiernes oppfatning av pasientenes opplevelse knyttet til isolasjon forårsaket av MDRO	Hermeneutisk fenomenologi Dybdeintervju	16 sykepleiere To store sykehus i New South Wales, Australia	<p>Pasientene deltar ikke i utforming og oppdatering angående egen omsorg</p> <p>De får ikke nok forklaring på hvorfor de er isolert og planen videre</p> <p>Færre muligheter til samhandlinger med andre mennesker førte til ensomhet</p> <p>Opplevelse av manglende bevegelses-uavhengighet og å føle seg kontrollert av helsepersonell</p> <p>Pasientene fryktet konsekvensene av infeksjonen for seg selv, og var engstelige for å smitte andre</p> <p>Helsepersonell unngikk å ta vare på pasientene fordi de fryktet å selv bli smittet</p>	<p>Sykepleiernes oppfatning av hvordan pasientene opplever isolasjon</p> <p>Erfarne sykepleiere</p> <p>Etisk godkjent</p>

Mutsonziwa et al., 2022	Å utforske og tolke opplevelsen pasienter infisert med antibiotika-resistente bakterier (MDRO) har med isolasjon	Hermeneutisk fenomenologi Ustrukturerte dybdeintervju	20 MDRO-infiserte pasienter To store universitets sykehus i Sydney, Australia	Følelse av fengsling, å være innesperret og å bli kontrollert MDRO utgjorde en trussel mot seg selv og andre Sykepleierne unngikk direkte berøring av pasientene og å være inne på pasientrommet, og pasientene følte seg derfor urene og spedalske Strategier for å takle isolasjon: støtte av familie og sykepleiere, selvmotivasjon og å lære fra tidligere erfaringer	Godt begrunnet metodedel Inkluderte kun engelsktalende pasienter, men hadde likevel bredt utvalg av deltakere med ulike bakgrunner Etisk godkjent
Ponce-Ruiz et al., 2022	Å kjenne til opplevelsen av mennesker som er isolert på sykehus, og deres viktigste behov	Kvalitativ studie med fenomenologisk -hermeneutisk tilnærming Dybdeintervju	6 pasienter Traume-avdelingen ved Vall d'Hebron sykehus i Spania	Opplevelse av ensomhet Å føle seg som den minst viktige pasienten Mangel på informasjon Ikke tilstrekkelig omsorg og mistillit til helsepersonell Pasientene viste motstandskraft: reflekterte rundt livet, yoga og sykepleiere hjalp pasientene til å se annerledes på situasjonen Behov: reaktive aktiviteter, psykologisk støtte og kommunikasjon	Lite deltakerutvalg med tanke på å kunne generalisere funnene og implementere dem i praksis Etisk godkjent