



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI - del 2

”Innenfor fire vegger”

Pasienters erfaringer med isolering - en systematisk litteraturstudie

Kandidatnummer: 10009 og 10029

Hovedveileder: Torill Osvik Ryste

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Antall ord: 8749

Innlevert Ålesund, 24.05.2017

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Torill Osvik Ryste og Sven Inge Molnes

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 24.05.17

Forord

*”Vi ber ikke om utskrifter,
forklaringer,
diagnoser,
prosedyrer.*

Vi ber ikke engang om overbevisninger.

Vi ber om å bli sett av en annen.

Vi ber om et ansikt”

(Mehren, referert i Ingeberg, Tallaksen og Eide, 2006, s. 76) .

Sammendrag

Hensikt: Oppgaven har til hensikten å belyse hvordan pasienter med en MRSA-infeksjon erfarer isolering i sykehus. Dette for å oppnå økt kunnskap blant helsepersonell, slik at de på en bedre måte kan tilrettelegge for at pasientene skal erfare isolering som noe positivt.

Metode: En systematisk litteraturstudie inspirert av Evans (2002), basert på åtte forskningsartikler.

Resultat: Resultatene viser at pasientene hadde ulike erfaringer knyttet til det å være isolert, men at de negative gjerne var dominerende. Mange erfarte humørforandringer i form av irritasjon, sinne, angst og depresjon, mens andre syntes ikke isoleringen påvirket humøret. For noen var følelsen av å være innesperret eller fengslet sterk, mens andre likte stillheten og privatlivet isoleringen medførte. Flertallet av pasientene opplevde at informasjonsbehovet deres ikke ble dekket, og trodde dette hadde sammenheng med manglende kunnskap blant helsepersonell.

Konklusjon: Det kan virke som at helsepersonell har for lite kunnskap om isolering og isoleringsregimer, og for dårlig innsikt i pasientenes erfaringer av å være isolert. For at pasienter i fremtiden skal kunne ha så gode erfaringer som mulig knyttet til isolering må helsepersonellens kompetanse styrkes. Målet med isoleringen bør være å bedre pasientens fysiske helse, uten at det skal gå utover dens mentale helse.

Nøkkelord: MRSA, isolering, erfaringer, pasient

Abstract

Aim: The purpose of the assignment is to illuminate how patients with an MRSA infection experience isolation in hospitals. This in order to achieve increased knowledge among health professionals, so that they better can arrange for patients to experience the isolation as something positive.

Method: A systematic literature study inspired by Evans (2002), based on eight research articles.

Results: The results shows that patients had different experiences related to being isolated, but that the negative were often dominant. Many experienced mood changes in the form of irritation, anger, anxiety and depression, while others did not think the isolation affected their mood. For some, the feeling of being confined or imprisoned was strong, while others liked the silence and privacy of the isolation. The majority experienced that their information needs were not covered, and thought this was because the nurses did not have enough knowledge.

Conclusion: It may appear that health professionals have insufficient knowledge about isolation and isolation regimes, and too poor insight into the patient's experience of being isolated. In order for patients to have as good experiences as possible related to isolation in the future, health professionals competence must be strengthened. The goal of isolation should be to improve the physical health of the patient without compromising its mental health.

Key words: MRSA, isolation, experience, patient

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Studiens hensikt og problemstilling | 2 |
| 1.3 Begrepsavklaring | 2 |
| 1.4 Avgrensning | 2 |
| 1.5 Oppgavens videre oppbygning | 2 |
| 2 Teoribakgrunn | 3 |
| 2.1 Staphylococcus aureus | 3 |
| 2.1.1 Meticillinresistente staphylococcus aureus | 3 |
| 2.2 Smitteregime og isolering | 3 |
| 2.3 Virginia Henderson om menneskets grunnleggende behov | 4 |
| 2.4 Kriseteori | 5 |
| 2.5 Kommunikasjon | 6 |
| 3 Metodebeskrivelse | 7 |
| 3.1 Systematisk litteraturstudie | 7 |
| 3.2 Datainnsamling | 7 |
| 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 7 |
| 3.2.2 Søkestrategi | 8 |
| 3.2.3 Databaser | 9 |
| 3.2.4 Kvalitetsvurderinger | 10 |
| 3.2.5 Ethiske vurderinger | 11 |
| 3.3 Analyse | 11 |
| 4 Resultat | 13 |
| 4.1 Innenfor fire vegger | 13 |
| 4.2 Å være til fare for andre | 14 |
| 4.3 Å vite eller ikke vite | 16 |
| 5 Diskusjon | 18 |
| 5.1 Metodediskusjon | 18 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 20 |
| 5.2.1 Innenfor fire vegger | 20 |
| 5.2.2 Å være til fare for andre | 22 |
| 5.2.3 Å vite eller ikke vite | 24 |
| 6 Konklusjon | 26 |
| Litteraturliste | 27 |

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Nøkkelfunn

Vedlegg 3: Åtte litteraturmatriser

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

For lang tid tilbake, nærmere bestemt i år 1928, ble penicillinet oppdaget av Sir Alexander Fleming (Norsk helseinformatikk,2016). Noen tiår etter ble antibiotika tatt i bruk i medisinsk praksis og representerte da et stort fremskritt for leger, og ikke minst pasienter (Folkehelseinstituttet,2015). Resultatet av dette var at vi endelig fikk bukt med infeksjonssykdommer vi tidligere ikke kunne gjøre noe med. Men det hele hadde også en bakside, helsepersonell ble slurvete med hygien, og den dårlige hygien ble behandlet med antibakterielle midler (Stordalen,2009).

I årene etter andre verdenskrig rådet det en slags falsk trygghet blant folket om at antibiotika kunne kurere de fleste infeksjoner (Stordalen,2009) - men raskt etter at penicillinet ble oppdaget, endret noen av bakteriene seg slik at de ikke lenger lot seg knekke av penicillin. Dette førte til at en ny type penicillin ble utviklet, nemlig spesial-penicillinet Meticillin. Men det samme skjedde igjen, - ikke lenge etter utviklet det seg på nytt motstandsdyktige bakteriestammer, denne gangen også mot Meticillin. Det er dette som kalles MRSA (Norsk helseinformatikk,2014).

I dag ser man stadig nye tilfeller av antibiotikaresistente bakteriestammer, og MRSA er dessverre på vei til å bli et globalt problem. I Norge er forekomsten foreløpig lav, sammenlignet med andre land, men utviklingen ses også her (Folkehelseinstituttet,2015). Årsaken til den gunstige situasjonen kan trolig kobles sammen med forholdsvis lavt antibiotikaforbruk og strenge smittevernstiltak. I norske sykehus isoleres alle pasienter med mistenkt eller påvist MRSA, for å unngå at bakterien skal spre seg (Folkehelseinstituttet,2004).

Ifølge Folkehelseinstituttet (2017), har forekomsten av MRSA hatt en tydelig og vedvarende økning de siste årene. Fortsetter dette mønsteret, vil det i fremtiden medføre et høyere antall isolerte pasienter. Men hvordan erfarer disse pasientene å være under strenge smittetiltak, føler de at behovene deres blir ivarettatt? Som fremtidige sykepleiere er det viktig at vi har kunnskap om dette, da det er vi som skal ta hånd om disse pasientene. Kunnskap innenfor

dette temaet vil også ha en overføringsverdi til andre smittsomme sykdommer og isolering generelt.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien er å øke sykepleiernes kunnskap om hvordan mennesker erfarer det å være i isolering med kontaktsmitteregime. Med utgangspunkt i dette ble problemstillingen for oppgaven:

Hvordan erfarer pasienter med en MRSA-infeksjon isolering i sykehus?

1.3 Begrepsavklaring

MRSA står for Meticillin-Resistente Staphylococcus Aureus, som er betegnelsen på en type gule stafylokokker som har utviklet resistens mot antibiotikumet Meticillin, i tillegg til en lang rekke andre antibiotika (Folkehelseinstituttet,2009).

Isolering er pleie av en pasient etter et regime som effektivt kan hindre smitteoverføring (Folkehelseinstituttet,2004). Det finnes to typer, der den ene har som hensikt å beskytte pleiepersonell og andre pasienter, mens den andre har som hensikt å beskytte pasienten selv (Stordalen,2009).

1.4 Avgrensning

I denne oppgaven er det valgt å kun inkludere artikler der deltagerne var over 16 år. Årsaken til dette er at pasientene selv skulle kunne velge å delta i studiene, samt at de var gamle nok til å kunne uttrykke egne følelser og erfaringer knyttet til isolering, uten påvirkning fra foreldre eller andre foresatte. Ifølge Helseforskningsloven (2015) Kap. 4, §17 har personer over 16 år rett til å selv samtykke til deltagelse i medisinsk og helsefaglig forskning.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

I neste kapittel presenteres aktuell teori, som har til hensikt å belyse problemstillingen. Videre i kapittel tre kommer det et metodekapittel, der det redegjøres for hvordan vi gjennomførte søkeprosessen. Deretter kommer resultatdelen, hvor hovedfunnene blir presentert. Sist i oppgaven kommer diskusjonskapittelet, som består av en metodediskusjon og en resultatdiskusjon, som til slutt munner ut i en konklusjon med forslag til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

2.1 Staphylococcus aureus

Gule stafylokokker, eller *Staphylococcus aureus*, er bakterier som hører til menneskets normalflora (Folkehelseinstituttet,2009). De finnes på hud og i slimhinner, og bidrar stort sett til å holde andre bakterier borte. De kan i noen tilfeller likevel føre til infeksjoner hos pasienter med sår, skade eller annen sykdom i huden, samt hos pasienter med nedsatt immunforsvar (Norsk helseinformatikk,2014). Disse infeksjonene kan bli livstruende dersom de er forårsaket av bakterier med resistens mot viktige typer antibiotika, da behandlingen vil bli mer krevende. Én av disse bakteriene er MRSA som har utviklet resistens mot blant annet Meticillin (Folkehelseinstituttet,2009; Folkehelseinstituttet,2014).

2.1.1 Meticillinresistente staphylococcus aureus

Man kan være bærer av MRSA uten å utvikle infeksjoner. Likevel kan det hos noen føre til alt i fra overfladiske infeksjoner i hud- og slimhinner, til alvorlige infeksjoner i indre organer (Folkehelseinstituttet,2009). Dersom MRSA blir mer utbredt i helseinstitusjoner vil det også føre til mindre effektiv og dyrere behandling. Det vil i tillegg føre til en endring i bruken av antibiotika, som igjen kan føre til økt forekomst av resistente bakterier (Folkehelseinstituttet,2009). MRSA smitter vanligvis gjennom direkte kontakt mellom mennesker. Indirekte kontaktsmitte kan også forekomme via døde gjenstander, samt luftsmitte via for eksempel avstøtte hudceller (Folkehelseinstituttet,2009). Ved mistanke om mulighet for MRSA-smitte skal isolering med smitteregime iverksettes snarest for å unngå videre spredning (Folkehelseinstituttet,2004).

2.2 Smitteregime og isolering

Isolering er en form for smittevern, og er viktig å ta i bruk uavhengig av om diagnosen er bekreftet eller ikke (Andreassen mfl.,2013; Folkehelseinstituttet,2004). Ved å gjøre dette vil en kunne unngå større utbrudd i institusjoner. I sykehus er det legen som har det overordnede ansvaret for valg av isoleringsregime, samt behandling og informasjon til pasienten. Dersom oppgaver skal fordeles må legen sørge for at dette blir gjort (Folkehelseinstituttet,2004).

Rom hvor det ligger smittsomme pasienter skal, ifølge Folkehelseinstituttet (2004), være tydelig merket med oppslag på døren. Oppslaget skal gi informasjon om at det innenfor døren finnes en reell smittefare, hvilket isoleringsregime som gjelder, og at det kun er autorisert personell som har adgang. I tillegg skal det også gis informasjon om hvor ikke-autorisert personell og besøkende skal henvende seg for å få ytterligere og nærmere informasjon (Folkehelseinstituttet,2004).

Ved mistanke om, eller påvist MRSA-infeksjon hos en pasient, skal pasienten isoleres på enerom, enten etter kontaktsmitteregime eller luftsmitteregime (Folkehelseinstituttet,2004; Folkehelseinstituttet,2009). Luftsmitteregime kan være aktuelt dersom det er stor spredningsfare, økt sårbarhet i avdelingen eller ved spesielle epidemiske stammer, men kontaktsmitteregime er det vanligste å benytte seg av. Kontaktsmitteregime innebærer at alt av helsepersonell og besøkende skal være iført smittefrakk og hansker, og ved MRSA skal også kirurgisk munnbind benyttes (Folkehelseinstituttet,2004).

Ved kontaktsmitteregime skal vanlig isolat brukes. Rommet skal ha egen forgang, eget toalett, dusj og dekontaminator. Rommet skal være stort nok til å sikre plass til aktuelt utstyr og til at nødvendig pleie og behandling kan gjennomføres forsvarlig. Farger og tekstiler skal være valgt med hensyn til pasientens trivsel. Pasienten burde også ha muligheten til å kunne benytte elektrisk utstyr, som TV, telefon, radio og datamaskin (Folkehelseinstituttet,2004).

2.3 Virginia Henderson om menneskets grunnleggende behov

Virginia Henderson mener at alle mennesker har noen grunnleggende behov, og at de vil kunne være forskjellige for hvert enkelt individ. Som sykepleier har en som oppgave å identifisere og hjelpe pasienten til å ivareta disse på en slik måte at pasienten opplever velvære, helse og en eventuell fredfull død. Behovene er i følge Henderson både fysiske, psykiske, eksistensielle og sosiale (Henderson, referert i NSF,1993; Mathisen,2011).

Henderson oppsummerer disse behovene under 14 punkter, men i denne oppgaven utdypes kun tre av de.

Å unngå fare fra omgivelsene og å unngå å skade andre

Dette handler i følge Henderson om å at hver enkelt pasient trenger så god beskyttelse som mulig. Friske mennesker kan selv klare å beskytte seg mot farer, men ved sykdom kan denne

muligheten bli borte. Hun sier videre at både friske og syke kan oppleve frykt for farer uten holdepunkt, kun på grunn av uvitenhet, og at de derfor trenger undervisning og sikkerhetstiltak (Henderson, referert i NSF,1993).

Å ha kontakt med andre, og å uttrykke behov, følelser og frykt gjennom kommunikasjon

Henderson sier at det å være adskilt fra venner, pårørende eller andre, samt frykten for det som er nytt og ukjent, har stor innvirkning på den lidelsen som sykdom medfører.

Videre sier hun at kommunikasjon er en funksjon som er viktig, men vanskelig. Den er individuell og nært forbundet med den enkeltes personlighetstype (Henderson, referert i NSF,1993).

Å koble av eller delta i ulike former for rekreasjon

I følge Henderson er underholdning og lek sentrale faktorer for trivsel i tilværelsen, og at tilgangen til dette er viktig. Hun sier videre at sykdom ofte vil frata et menneske muligheten til underholdning, oppmuntring og avveksling (Henderson, referert i NSF,1993).

2.4 Kriseteori

En krise er en psykologisk reaksjon hvor mennesket opplever at vanlige mestringsstrategier, tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig til å forstå og finne løsning på situasjonen (Håkonsen,2014).

Det skilles mellom utviklingskriser og traumatiske kriser. En utviklingskrise er en krise som utløses av begivenheter knyttet til normale livshendelser, slik som det å få barn, eller endring i sosial status. En traumatisk krise er en krise som utløses av ytre begivenheter og som oppleves som truende for individets integritet, slik som ulykker eller alvorlig sykdom (Håkonsen,2014).

I følge Håkonsen (2014) deler Cullberg inn traumatisk krise i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kan vare fra et kort øyeblikk til flere døgn. Individet vil i denne fasen være preget av sterke avvergereaksjoner, oppleve et indre emosjonelt kaos, og kan ha vanskeligheter med å huske hendelser og/eller informasjon som blir gitt. Sjokkfasen kan raskt eller etter noen dager gå over i reaksjonsfasen.

Reaksjonsfasen er den siste delen av krisens akutte fase, og her kommer individets emosjonelle reaksjoner tydeligere til uttrykk. Individet begynner å “åpne øynene” for det som har skjedd og reaksjoner i form av sorg, depresjon og fortvilelse viser seg. I denne fasen aktiveres gjerne også ulike forsvarsmekanismer. Etter den akutte fasen er forbi, begynner bearbeidingsfasen. I denne fasen søker individet etter aksept og forsøker å gi tilværelsen nytt innhold og ny mening. I den siste fasen, nyorienteringsfasen, vil sterke reaksjoner knyttet til krisen være forbi. Sorg og fortvilelse behøver ikke være over, men de vil ikke lenger dominere individets oppmerksomhet (Håkonsen,2014).

2.5 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommer fra det latinske ”communicare” og betyr å gjøre noe felles. I et kommunikasjonsforhold kan budskapet bestå av ulike typer tegn og signaler som både kan være verbale og/eller nonverbale. Nonverbal kommunikasjon er måten vi uttrykker oss på uten ord, mens verbal er det som blir sagt. Avhengig av hvordan budskapet blir formidlet, samt hvordan mottaker tolker det, kan samme budskap oppleves ulikt (Eide og Eide,2014).

3 Metodebeskrivelse

3.1 Systematisk litteraturstudie

Bacheloroppgaven ved NTNU Ålesund er en systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) skal en systematisk litteraturstudie ha en tydelig formulert problemstilling som skal besvares ved å identifisere, velge, kritisk vurdere og analysere relevant forskning. Det er imidlertid også en forutsetning at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet for å kunne utføre et slikt litteratursøk (Forsberg og Wengström,2013).

3.2 Datainnsamling

Tidlig høsten 2016 ble vi enige om at antibiotikaresistens var et interessant tema. Vi startet derfor raskt å orientere oss i både litteratur og forskning innenfor dette området. Etter første veiledning ble temaet antibiotikaresistens avgrenset til MRSA, perspektiv ble endret, og problemstilling ble foreslått. Vi bestemte oss til slutt for at vi ønsket å finne svar på hvordan pasienter med en MRSA-infeksjon erfarer isolering i sykehus. Etter første veiledning ble en prosjektplan utarbeidet. Prosjektplanen skulle bidra til å sikre fremdrift i oppgaven. I januar 2017 ble første seminar holdt. På seminaret ble prosjektplan, samt problemstilling lagt frem for lærere og medstudenter. I etterkant av dette ble den godkjent, noe som gav oss klarsignal til å begynne det systematiske søket.

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) skal et systematisk litteratursøk inneholde tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. De første kriteriene til studiene var at de skulle omhandle MRSA, isolering i sykehus og erfaringer knyttet til dette. Artiklene skulle også være engelsk- eller skandinavisk-språklige, og være publisert i tidsrommet 1997-2017.

Videre valgte vi å kun inkludere artikler med pasientperspektiv, artikler som belyste pårørende- og sykepleieperspektiv ble derfor ekskludert. Deltakerne i studiene måtte være 16 år eller eldre. Studiene måtte være utført i sykehus, og i land med helsevesen som kunne sammenlignes med det norske. Andre krav vi satt til artiklene var at de måtte være fagfellevurderte, fortrinnsvis etisk vurderte og publisert i tidsskrifter med kvalitetsnivå én,

eller to. Vi ekskluderte artikler som var vanskelige å analysere eller som ikke hadde IMRAD struktur.

3.2.2 Søkestrategi

Det ble først gjennomført flere prøvesøk i ulike databaser. Dette gjorde vi for å kartlegge om det fantes publisert forskning innenfor valgt område, men også for å se hvilke søkeord de ulike databasene benyttet seg av. Etter en del prøvesøk begynte prosessen med å fylle inn et PICO-skjema, med søkeord som tok utgangspunkt i problemstillingen vår og søkeordene som ble anbefalt å bruke av de ulike databasene. PICO er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier, og er ifølge Forsberg og Wengström (2013) en god metode for å få et mer systematisk søk. PICO er ifølge Nordtvedt (2012) en forkortning for:

P: Patient, population or problem (pasient, populasjon eller problem)

Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, og eventuelt hva som er problemet.

I: Intervention (intervensjon)

Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for). Hva er det med denne gruppen – tiltak eller risiko som du er interessert i?

C: Comparison (sammenligning)

Skal tiltaket sammenlignes med et annet tiltak?

O: Outcome (utfall)

Hvilke resultat, utfall er vi interessert i? Beskriv hvilke(t) utfall du vil oppnå eller unngå.

Problemstillingen i denne litteraturstudien er ikke ute etter sammenligning av tiltak, derfor ekskluderte vi C (comparison) fra skjemaet, fra nå av kalt PIO-skjema.

P: Menn og kvinner, fra 16 år og oppover, som er isolert på sykehus på grunn av en MRSA-infeksjon. Vi kom her frem til søkeordene: Patients, MRSA, Methicillin-resistant staphylococcus aureus, Methicillin resistant staphylococcus aureus, hospital, hospitalization, inpatient.

I: Tiltaket vi ønsket å vurdere var isolering. Søkeordene ble: isolation, strict isolation, source isolation, contact precautions.

O: Resultatet vi ønsket å se på var hvilke erfaringer MRSA-positive pasienter hadde med

isolering i sykehus. Søkeordene ble derfor: Experiences, impact, psychological impact, perceptions.

3.2.3 Databaser

Databasene vi brukte var Cinahl Complete, Science Direct, SveMed, MedLine og Pubmed. Forsberg og Wengström (2013) sier at et systematisk litteratursøk innebærer å bruke de samme søkeordene i forskjellige databaser. Grunnen til vi valgte å bruke akkurat disse databasene var fordi; de var tilgjengelige via skolens nettside, de egner seg til å finne relevant forskning innenfor helsevitenskap, og vi var godt kjent med de fra før. I databasene ble ordene i PIO-skjemaet, samt valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier benyttet. Ifølge Bjørk og Solhaug (2013) begynner et systematisk litteratursøk bredt, for deretter å snevres inn. For å begrense søket tok vi i bruk kombinasjonsordene AND og OR. AND og OR ble brukt mellom søkeordene på ulike måter, - OR for å utvide søket og AND for å avgrense søket (Bjørk og Solhaug,2013). Vi prøvde også ordene i PIO-skjemaet på norsk, men dette gav få relevante treff.

Artikkelsøket var en svært komplisert og tidkrevende prosess. Dette fordi det fantes mindre forskning enn først antatt innenfor valgt tema. Vi måtte flere ganger endre “måter” å bruke søkeordene på. I databasene Cinahl Complete og Science Direct prøvde vi for eksempel alle ordene i PIO-skjemaet både i “all text” og i “title”, kombinert på ulike måter. Vi bestilte også veiledning med skolens bibliotekar for å friske opp igjen kunnskapen i forhold til det å søke. Dette syntes vi var viktig for å sikre at vi ikke gikk glipp av mulige forskningsartikler.

Alle artikler som virket relevante etter å ha lest sammendrag, med tilhørende søkeprosess, ble lagret på dataen etterhvert som de ble funnet. De som ikke var tilgjengelig i fulltekst bestilte vi fra biblioteket. Etter å ha prøvd utallige kombinasjoner i alle databasene nevnt ovenfor satt vi igjen med til sammen 27 artikler. Disse 27 ble så lest igjennom, hvorav ni ble eliminert på grunn av manglende relevans. I alle studier der det virket hensiktsmessig, sjekket vi referanselisten for å se om de refererte til andre artikler som kunne virke interessante for vår problemstilling. Disse ble streket under med sort penn for at vi lettere skulle kunne finne tilbake til de, om det ble nødvendig.

3.2.4 Kvalitetsvurderinger

Før vi startet kvalitetsvurderingen hadde vi 18 forskningsartikler. Vi valgte å skrive litteraturmatrikse til alle 18 som en del av kvalitetsvurderingen. Ved å gjøre dette erfarte vi at det ble enklere å forstå innholdet, og dermed også bedre vurdere om de kunne anvendes i oppgaven. Etter dette satt vi igjen med ni artikler. Disse fordelte vi og leste hver for oss, for så å bytte artikler. Ved å gjøre det kunne vi sikre at vi begge hadde samme forståelse av innholdet.

Etter dette kvalitetsvurderte vi de gjenværende artiklene med sjekklister utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2016). Sjekklisterne hadde flere spørsmål angående studiene, og disse kunne besvares med enten “ja”, “nei” eller “uklart”. Eksempelvis om dataene ble samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart. Vi vurderte artiklene ut i fra hvor mange kriterier de oppfylte i sjekklisterne. De som ble besvart med “ja” på åtte eller flere av spørsmålene ble vurdert som gode nok. Vi satt da igjen med kun seks artikler av god nok kvalitet, og dermed manglet vi to artikler for å oppfylle kravet om åtte forskningsartikler. Vi gikk da tilbake til de artiklene vi tidligere hadde merket av i referanselistene, for å se nærmere på dem. Vi brukte Oria til å søke de opp i fulltekst, og etter å ha lest gjennom og vurdert ble én inkludert. Denne artikkelen var ifølge Oria tilgjengelig i databasen Sagejournal. Sagejournal er en database vi ikke var så godt kjent med fra før, men siden vi fant artikkelen vi inkluderte i denne databasen gjorde vi et søk også her, siden vi fortsatt manglet én artikkel. Vi brukte ordene i PIO-skjemaet, og dette resulterte i at vi både fant den siste artikkelen, i tillegg til den vi tidligere hadde inkludert, i samme søk. Vi satt da igjen med fem kvalitative og to kvantitative artikler, samt én med “kombinert metode”. Presis søkehistorikk for valgte artikler ligger ved oppgaven (vedlegg 1).

Et annet krav til artiklene var at de skulle være fagfellevurdert. Fagfellevurdering er en metode for å kvalitetssikre publikasjoner eller rapporter, og gjøres av to eller tre upartiske eksperter (Bjørk og Solhaug,2013). Vi valgte å begrense søkene til fagfellevurderte artikler i de databasene dette var mulig. Dersom det ikke var mulig, søkte vi de opp i Oria hvor vi raskt kunne sjekke dette. I tillegg måtte artiklene være publisert i tidsskrifter av god kvalitet, altså i tidsskrifter med kvalitetsnivå én eller to. For å undersøke dette søkte vi de opp på nettsiden til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (2017). Artikler som ikke innfridde disse kravene ble ekskludert fra vår litteraturstudie.

3.2.5 Ethiske vurderinger

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) må forfattere av en litteraturstudie først og fremst inkludere studier som har fått godkjenning fra etisk komite. I vår oppgave har vi tatt i bruk seks artikler som er etisk godkjent, mens to av artiklene ikke har oppgitt dette. Vi valgte likevel å inkludere disse, da de innfrir etiske krav, både i forhold til samtykke om deltagelse og anonymisering av identitet (Fossheim,2015). I dagens tenkning om forskning og etikk legges det stor vekt på å beskytte forsøkspersonene, og dette er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen (Dalland,2014).

3.3 Analyse

Analyse betyr ifølge Forsberg og Wengström (2013) å dele opp i mindre deler. Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp innholdet i artiklene i mindre deler og undersøke disse delene nærmere, hver for seg. Etter dette starter syntesen. Syntesen innebærer å sette alle delene sammen igjen, til en helhet (Forsberg og Wengström,2013). For å analysere artiklene har vi benyttet oss av Evans (2002) analysemetode som består av fire faser.

Trinn 1 - samle inn datamateriale

I den første fasen skal datamateriale samles inn (Evans,2002), og for å gjøre dette tok vi i bruk flere databaser (se punkt 3.2.3). Etter å ha foretatt søk ut i fra PIO-skjemaet i til sammen fem ulike databaser, ble 27 artikler tatt med videre. Senere søkte vi også i en 6. database. Etter nøye gjennomlesing og grundig kvalitetsvurdering, satt vi til slutt igjen med åtte artikler. Denne prosessen er tydeligere beskrevet i tabellen over søkehistorikk (vedlegg 1), samt under kapittel 3.2. ”datainnsamling”.

Trinn 2 - identifisere nøkkelfunn i hver enkelt artikkel

I den andre fasen skal forskningsstudiene leses grundig gjennom flere ganger, nøkkelfunn i hver enkelt artikkel skal identifiseres og deretter samles (Evans,2002). Dette gjorde vi ved å fordele de åtte artiklene slik at begge hadde fire hver. Vi leste gjennom artiklene separat og streket ut nøkkelord og nøkkelsetninger (fra nå av kalt nøkkelfunn), med sort penn. Etter dette byttet vi artikler, - dette for å sikre at viktige funn ikke skulle bli oversett. Noen av nøkkelfunnene vi fant var: Ensomhet, kjedsomhet, innesperret, endret humør, angst, depresjon, rommets utforming. Integritet, alenetid, fred og ro, privatliv, positivt med utsikt. Skyldfølelse, skam, følelse av å ha pest, redsel for å smitte andre, mindre besøk, endrede

relasjoner, skilting på dør, gule drakter, ikke endrede relasjoner, forståelse av isolering. Mangel på kunnskap om MRSA, manglende informasjon, ulik informasjon fra helsepersonell, isolert uten forklaring. God informasjon, godt informert om smitterisiko. Mindre kontakt med helsepersonell, mindre oppmerksomhet fra helsepersonell, ingen spontane tilsyn, dårligere rehabilitering, ulik utførelse av smitteregimet. Isoleringen påvirket ikke annen behandling, isoleringen påvirket ikke pleien. Oversikt over alle nøkkelfunn ligger ved oppgaven (vedlegg 2). Etter alle artiklene var grundig lest gjennom flere ganger, nummererte vi artiklene fra én til åtte. Vi laget deretter til et ark med de samme tallene (én til åtte), og skrev ned alle identifiserte nøkkelfunn, plassert på riktig/riktige "artikkelnummer". For eksempel; ble integritet nevnt i artikkel fire og åtte, ble integritet skrevet ned på arket på nummer fire og åtte. På denne måten kunne vi lettere holde styr på hvilke nøkkelfunn som tilhørte hvilke artikler, og vi kunne også raskt skaffe oss et overblikk over hvilke ord som gikk igjen i de ulike artiklene.

Trinn 3 - Lag tema på tvers av artikler

I den tredje fasen skal man opprette temaer ut i fra funnene, på tvers av artiklene (Evans,2002). Vi tok i bruk listen med nøkkelfunn og sorterte disse inn i forskjellige kategorier etter likheter ved hjelp av fargekoding. Ut ifra nøkkelfunnene plassert i samme fargekategori kom vi frem til tre temaer. "Innenfor fire vegger", "Å være til fare for andre" og "Å vite eller ikke vite" (vedlegg 2).

Trinn 4 - beskriv fenomenet

I den fjerde fasen skal fenomenet beskrives (Evans,2002). Som resultat av arbeidet i de foregående fasene kom vi frem til tre temaer. Disse temaene er presentert i resultatdelen i neste kapittel.

4 Resultat

4.1 Innenfor fire vegger

Dette temaet handler om hvordan pasientene erfarte det å være begrenset til et rom i isolering og følelsene knyttet til dette. Det kom frem både positive og negative sider, men de negative var gjerne dominerende (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010; Tarzi mfl.,2001). Som følge av isoleringen opplevde flere pasienter blant annet humørforandringer i form av irritasjon og sinne (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Kennedy og Hamilton,1997; Tarzi mfl.,2001). I studien til Kennedy og Hamilton (1997) kom det frem at 50 % av de isolerte pasientene følte humøret ble påvirket, og bare 6 % av disse følte det ble påvirket til det positive. Det viste seg imidlertid at alder, personlighet og tidligere erfaringer kunne ha en påvirkning på hvordan isoleringen ble håndtert (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Kennedy og Hamilton,1997; Skyman, Sjöström og Hellström,2010).

Forekomsten av angst og depresjon i forbindelse med isolering var også et sentralt funn i flere av studiene. Det viste seg at de pasientene som var isolert ofte hadde høyere forekomst av angst og depresjon, enn de som ikke var det (Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Tarzi mfl.,2001). Isoleringen opplevdes også for noen som krenkende og skamfull. Flere uttrykte at det var begrensende fordi de følte de mistet selvstendigheten, og at det av den grunn kunne oppleves som frustrerende og vanskelig. I tillegg uttrykte flere av pasientene at det var kjedelig og ensomt (Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Hos noen kunne isoleringen til og med gi en følelse av å være innesperret, innelåst eller fengslet (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). En pasient sa: *"I felt that I was like a dog being put in a kennel and left"* (Criddle and Potter, 2006, s. 26 2015). En annen pasient sa: *"It was difficult, I was isolated and locked in a room with double dividing walls and I did not get to go out, so it was boring"* (Skyman, Sjöström og Hellström 2010, s. 103).

Til tross for negative opplevelser knyttet til det å være isolert på et rom alene, ble det også nevnt noen fordeler. Dette handlet i hovedsak om å få mer privatliv og stillhet. Noen synes for eksempel at stillheten gjorde de mer uthvilte (Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002).

Det ble også sagt at å ha et enerom gjorde det enklere å bevare egen integritet, samt muligheten til å danne seg egne rutiner (Criddle og Potter,2006; Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001). En pasient sa: *"It is better in here because you are not disturbed by the other patients. You are more rested. Something is always happening on the open ward"* (Madeo og Owen 2002, s. 19).

Det å ha tilgang til ulike fasiliteter, samt å ha et rom med utsikt, bidro gjerne til en mer positiv opplevelse (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Å være isolert på et rom med utsikt gjorde at pasientene følte seg mindre innesperret, og tilgangen til for eksempel radio, tv eller aviser gjorde dagene enklere. Selv om mange mente tilgangen til dette var tilfredsstillende, ble det også nevnt at det kunne vært bedre, og at en slik forbedring ville ha en positiv innvirkning på deres opplevelse (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). En pasient sa: *"If you have got something to look at and the sun is shining, that is 100% great... If you have got a view it does not do anyone any harm on their own"* (Barratt, Shaban og Moyle 2010, s. 57).

4.2 Å være til fare for andre

Dette temaet handler om erfaringer knyttet til det å være en smittebærer, samt det å være isolert i sykehus som en følge av dette. Temaet tar også for seg hvordan dette påvirket pasientenes relasjoner til familie, venner og helsepersonell. Det å være bærer av en MRSA-infeksjon, med viten om at de kunne smitte andre, var for mange en ubehagelig, og til og med traumatisk opplevelse. Noen pasienter følte rett og slett at de var en alvorlig trussel for omgivelsene rundt seg (Andersson, Lindholm og Fossum 2010). Pasienter følte også at det å ha MRSA, og dertil være isolert fra omgivelsene rundt, kunne sammenlignes med pest eller spedalskhet (Andersson og Lindholm,2010; Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002). En pasient sa: *"I felt like a leper, I did because nobody would come in unless they put an apron and their gloves on"* (Criddle and Potter 2006, s. 27).

Bruken av stellefrakker og hansker hos helsepersonell var nevnt som en faktor som forsterket negative følelser knyttet til isolering. Det at helsepersonell brukte beskyttelsesutstyr ble av

mange assosiert med å være skitten (Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Også skiltet på døren fikk noen av pasientene til å føle ubehag, da de følte at alle som gikk forbi kunne se at de var smittsomme. Samtidig syntes flere at skiltet på døren var en nødvendig del av å hindre videre smitte, og ble derfor ofte forstått og akseptert (Madeo og Owen,2002). Isoleringen i seg selv ble også akseptert, da samtlige hadde store bekymringer for å smitte både familiemedlemmer og andre. Flere sa at de kjente på et ansvar for å ikke føre MRSA-infeksjonen videre og var svært bekymret i forhold til dette (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Skyman og Sjöström og Hellström,2010). En pasient sa:

My little daughter, she is now 6 years old, usually comes and sleeps next to me during the night, and I read stories to her, and I brush her teeth, and I usually dress her and so, but in the beginning I did not dare to touch her (Andersson, Lindholm og Fossum 2010 s 49-50).

Pasientene erfarte også at smittefaren og isoleringen førte til endrede sosiale relasjoner, og det var særlig tre former som kom frem: relasjoner til medpasienter, relasjoner til nærmeste pårørende og relasjoner til helsepersonell (Andersson, Lindholm og Fossum,2010; Barratt Shaban og Moyle,2010; Skyman, Sjöström og Hellström,2010; Madeo og Owen,2002). I noen tilfeller hadde isoleringen en uendret, eller til og med positiv påvirkning, men i de aller fleste tilfeller var påvirkningen negativ. De som syntes det hadde en positiv innvirkning, nevnte blant annet at det gav mulighet for større frihet i forhold til når de kunne få besøk. Dette fordi de ikke trengte å tenke på andre pasienter og deres behov for søvn og hvile (Kennedy og Hamilton,1997; Newton, Constable og Senior,2001). De som synes isoleringen hadde en negativ innvirkning uttrykte blant annet at isoleringen gjorde det vanskelig å danne nye relasjoner, og da særlig til medpasienter (Barratt, Shaban og Moyle,2010). I forhold til familierelasjoner viste det seg at familie og venner ikke alltid turte å komme på besøk, da de var redde for å bli smittet av MRSA. Dette førte til sorg og følelsen av å være forlatt hos noen av pasientene (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). En pasient sa: *"They won't even come in the room... they are afraid of catching something. They don't want to understand, they just don't want to catch anything"* (Barrat, Shaban og Moyle 2010, s. 56).

Relasjonene til helsepersonell ble også endret. Dette i form av blant annet færre tilsyn og mangelfull pleie. I flere studier ble det for eksempel sagt at helsepersonellet ikke kom innom rommet, bortsett fra når medisinske oppgaver eller pleie måtte utføres (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Skyman, Sjöström og Hellström,2010; Madeo og Owen,2002). Det ble også påpekt av noen av pasientene at behandlingen de fikk både ble dårligere og mangelfull (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Noen mente dessuten at behandlingen de mottok ikke var likestilt med behandlingen gitt til de som ikke var isolert, og at de til og med hadde blitt nektet behandling for den sykdommen de egentlig var innlagt for (Skyman, Sjöström og Hellström,2010). En pasient sa: *"It was so dull, because they only came when they were going to clean or bring food"* (Skyman, Sjöström og Hellström 2010, s. 103). En annen pasient sa:

...sometimes the doctors would come and open the door crack and talk to me through the crack in the door, rather than having to put on the apron, and mask and gloves... I would have preferred them to have come in and had their discussion (Barratt, Shaban og Moyle 2010, s. 57).

4.3 Å vite eller ikke vite

Dette temaet handler om hvordan pasientene følte eget- og helsepersonellens kunnskapsnivå påvirket tiden i isolering. Temaet tar også for seg hvorvidt pasientene erfarte at informasjonsbehovet deres ble ivaretatt. Det kommer frem i flere av studiene at manglende kunnskap, både om MRSA og isoleringsregimet, var tilfellet hos både pasienter, helsepersonell og samfunnet ellers, og at dette gikk ut over pasientene på en negativ måte (Andersson, Lindholm og Fossum,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). I studien til Andersson, Lindholm og Fossum (2010) ble det for eksempel påpekt at manglende kunnskap ofte førte til unødvendige misforståelser, frykt, sosial isolasjon og lidelse. Det ble også påpekt i samme studie at utførelsen av smitteregimet i sykehus ble gjort forskjellig fra gang til gang, og at det derfor kunne virke som helsepersonellet hadde manglende kunnskap. I studien til Skyman, Sjöström og Hellström (2010) viste det seg at helsepersonell hadde manglende kunnskap om ivaretagelse av hygieniske prinsipp, og at dette gjorde pasientene sjokkerte og irriterte.

Det var også variasjoner i hvordan pasientene erfarte informasjonsbehovet som dekket. I den ene studien kom det frem at flertallet av pasientene erfarte at de var tilstrekkelig informert både om isolering og om smitterisiko, mens noen få syntes at det kunne vært bedre (Madeo og Owen,2002). I andre studier syntes majoriteten at informasjon gitt av helsepersonell, både i forhold til MRSA og isolering, enten var mangelfull eller ikke-eksisterende (Criddle og Potter,2006; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). I studien til Newton, Constable og Senior (2001) kom det eksempelvis frem at svært få av deltakerne hadde en klar forståelse for hvorfor de var isolert. Bare fire av 19 kunne forklare at isoleringen ble utført for å hindre smitte. Videre kom det frem i studien til Criddle og Potter (2006) at 12 av 14 pasienter syntes informasjonen de hadde fått angående isolering og MRSA ikke var god nok, i form av at den var mangelfull. En pasient sa: *"Any explanation was very small... all I was told was that I could have had it for years" "I mean I never worked out why I was in isolation"* (Criddle and Potter,2006, s. 25).

Også i studien til Skyman, Sjöström og Hellström (2010) fant de at de fleste pasientene hadde blitt dårlig informert, eller ikke informert i det hele tatt. De som hadde blitt informert hadde fått forskjellig informasjon fra ulike personer, noe som resulterte i forvirring. En pasient sa: *"Nobody ever put any energy to tell me anything about this. Therefore my knowledge of the disease is the same now as before – nothing. It is that simple"* (Skyman, Sjöström og Hellström 2010, s. 104). En annen pasient sa: *"I've come to the conclusion that the reason the nurses didn't tell me so much, is that nobody know very much about it"* (Criddle and Potter,2006, s. 26).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I denne systematiske litteraturstudien gjennomført ved NTNU Ålesund har vi benyttet oss av litteratur som blant annet Forsberg og Wengström (2013) og Evans (2002). Vi har fokusert på akademisk ærlighet i oppgaven vår, ved å vise til kilder og ikke ta ære for andre sitt arbeid. Gjennom prosessen har vi vært to stykker, ivrig etter å nå samme mål. Samarbeidet har vært upåklagelig. Det å være to personer om samme oppgave, har bidratt til flere diskusjoner angående både innhold, oppbygging og setningsformuleringer. Dette ser vi på som en styrke i oppgaven vår.

Vi har søkt systematisk ved hjelp av et PIO-skjema i til sammen seks ulike databaser. Grunnen til dette er at Forsberg og Wengström (2013) sier at et systematisk litteratursøk innebærer å bruke de samme søkeordene flere steder. Det at vi har søkt i flere ulike databaser ser vi på som en styrke. Vi erfarte likevel at det var utfordrende å finne forskning innenfor valgt område, og vi bestilte derfor time med bibliotekar for å få hjelp.

Vi fant mye om erfaringer av isolering, og om MRSA, men ikke så mye om disse kombinert. De artiklene som tilsynelatende så ut til å passe, ble raskt eliminert etter gjennomlesing og kvalitetsvurdering på grunn av manglende relevans. For å klare å finne et tilstrekkelig utvalg, ble vi nødt til å endre ett inklusjonskriterie.

Først tok vi utgangspunkt i at vi skulle inkludere artikler publisert mellom 2000-2017, men dette resulterte i få relevante artikler. Etter flere søk ble vi derfor nødt til å utvide søket ved å inkludere artikler så langt tilbake som år 1997. Dette forsvarer vi med at pasientopplevelser og erfaringer kan være de samme sent på 90-tallet som tidlig på 2000-tallet. I tillegg sjekket vi at resultatene i de eldre artiklene ikke spriket veldig i fra resultatene i de nyere artiklene. Forskning av et nyere årstall ble likevel prioritert først, og vi har derfor bare med én artikkel som er eldre enn år 2000. Vi ser i ettertid at dersom vi hadde valgt en litt bredere problemstilling, ville det kanskje ha vært lettere og funnet forskning innenfor valgte inklusjonskriterer. Vi ser også at valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier muligens kan ha forårsaket at vi har gått glipp av relevante artikler. Et annet utgangspunkt vi hadde var at alle artiklene skulle være godkjent av etisk komité, dette gikk vi imidlertid bort ifra da vi så at

ikke alle studier hadde oppgitt dette, men likevel innfridde etiske krav (Fossheim,2015). Alle inkluderte artikler er fagfelleverderte og oppbygd etter IMRAD-struktur.

Det er valgt å ta med både kvalitative og kvantitative artikler, samt én med kombinert metode. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) kjennetegnes en kvalitativ studie som forskning der subjektive erfaringer, holdninger eller opplevelser undersøkes, og den mest vanlige formen for datainnsamling er intervju. En kvantitativ studie undersøker, i motsetning til den kvalitative, hyppigheten eller forekomsten av noe, der resultatene er målbare ved bruk av tall, prosent eller gjennomsnitt, gjerne i tabeller. “Kombinert metode” er en blanding av både kvalitativ og kvantitativ metode (Forsberg og Wengström,2013). Fordi vi ønsket å undersøke pasienters egne erfaringer av isolering, var kvalitative studier å foretrekke. Vi ekskluderte likevel ikke alle kvantitative, da vi også ønsket artikler som kunne si noe om hyppigheten og forekomsten av negative eller positive assosiasjoner knyttet til isolering. Å underbygge kvalitativ data med kvantitativ data, mener vi bidrar til å styrke resultatenes troverdighet.

En svakhet i oppgaven er at forskningstudiene vi har valgt, ikke er gjennomførte i Norge. Norge er et av de landene med lavest forekomst av MRSA (Folkehelseinstituttet,2014), og studier fra andre land kan derfor være feil å sammenligne med. På bakgrunn av dette ble det desto viktigere at studiene vi valgte å inkludere skulle være fra land med helsevesen som kunne sammenlignes med det norske.

Samtlige av de inkluderte studiene var skrevet på engelsk. Vi benyttet oss derfor av Tritrans og Google translate til å oversette enkeltord vi ikke forstod. På grunn av begrensninger i engelskkunnskaper ønsker vi likevel å opplyse om at misforståelser i forhold til tekstinnholdet og oversetting kan ha oppstått, da flere av artiklene bruker avansert fagterminologi. Direkte sitater fra artiklene er beholdt på engelsk for at teksten ikke skal miste sin betydning.

For å systematisk analysere forskningsartiklene brukte vi Evans (2002) 4-trinns analyse. Analysedelen var utfordrende og tidkrevende, da vi i fase tre opplevde at det var vanskelig å skille nøkkelfunnene fra hver andre. Ved hjelp av fargekoding og ved å sette de inn i en tabell klarte vi å komme frem til tre temaer.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Innenfor fire vegger

Flertallet av pasientene i studiene erfarte isoleringen som noe negativt. De erfarte at isoleringen gikk utover det fysiske, psykiske og/eller det sosiale, enten i større eller mindre grad (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010; Tarzi mfl.,2001). Ifølge Virginia Henderson (referert i NSF,1993) har alle mennesker noen grunnleggende behov som må ivaretas. Det at de fleste hadde negative erfaringer kan være et resultat av at disse grunnleggende behovene ikke ble fullstendig dekket. Henderson (referert i NSF,1993) skriver at når sykepleier tar hånd om smittsomme pasienter, vil smittevern kunne ta en stor del av pleietiden. Erfaring fra egen praksis støtter dette, da vi har sett at sykepleiere ikke alltid har tid til å gå inn til de isolerte pasientene mer enn absolutt nødvendig på grunn av tidspress og høyt tempo ellers i avdelingen. Dette førte til at sykepleier ofte ikke fikk tid til annet enn utføring av praktiske prosedyrer og dagligdagse gjøremål inne hos de isolerte, og grunnleggende behov som for eksempel kontakt kunne bli mindre tilfredsstillt.

I noen studier kom det frem at deltakerne opplevde isoleringen som krenkende og skamfull, samt begrensende i form av tap av autonomi (Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). I følge Håkonsen (2014) kan slike følelser utløse en krisereaksjon. En krisereaksjon kan oppstå om mennesket befinner seg i en situasjon der tidligere erfaringer ikke er tilstrekkelig for å finne løsning (Håkonsen,2014). Ifølge Folkehelseinstituttet (2004) kan isolering være en slik situasjon da den ofte oppleves som en traume.

Isolering som følge av en MRSA-infeksjon ble også i flere av studiene erfart som en følelsesmessig påkjenning, i form av blant annet irritasjon og sinne (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Kennedy og Hamilton,1997; Tarzi mfl.,2001). Irritasjon og sinne kan være en naturlig reaksjon over å ha fått en MRSA-infeksjon (Barratt, Shaban og Moyle,2010), men det kan også knyttes opp mot krisens reaksjonsfase, da det kan være en form for forsvarsmekanisme. Å benytte seg av ulike forsvarsmekanismer er vanlig i krisens forløp (Håkonsen,2014). Irritasjon og sinne kan være en form for forskyvning som i følge Håkonsen (2014) er én av flere forsvarsmekanismer. Forskyvning innebærer at egne følelser går ut over andre. Andreassen (2013) skriver at det er vanlig at isolerte pasienter lar frustrasjon og sinne

gå utover personalet. Sykepleier kan bli en slags “skyteskive” for pasienten, og bør derfor kunne klare å sette egne følelser til side og la pasienten få utløp for dette, uten å ta det personlig. Det er også viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om hvordan reaksjonsmønsteret kan utarte seg i en krise, for å bedre forstå pasientenes atferd.

En annen følelsesmessig påkjenning var angst og depresjon (Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Tarzi mfl.,2001). Depresjon utvikles i følge Håkonsen (2014) hos pasienter som opplever vanskelige situasjoner. Ifølge Stordalen (2009) er isolering en psykisk belastning, og han påpeker viktigheten av å ivareta hver enkelt pasient. Noen av de vanligste problemene som isolerte pasienter erfarer er angst, forvirring og uvirkelighetsfølelse, skyldfølelse, irritasjon og sinne, samt opplevelse av frihetsberøvelse (Andreassen mfl.,2013). Som sykepleier bør en være oppmerksom på tegn til psykiske forandringer hos pasienten. Sykepleier bør kunne bruke sine empatiske evner for å forstå pasientens reaksjoner knyttet til isoleringen, og på den måten observere aktuelle problemer og iverksette relevante tiltak. Det er viktig at sykepleier kartlegger og dokumenterer pasientenes erfaringer, og da særlig hva som oppleves som vanskelig. På den måten kan riktige tiltak iverksettes for å bedre pasientens tilværelse. Konkrete tiltak kan være: å gå inn til pasienten ofte, minst 10 ganger i løpet av en vakt eller besøke pasienten utenom de daglige gjøremålene (Andreassen mfl.,2013).

I flere av studiene ble det påpekt at det å være isolert var kjedelig (Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Henderson (referert i NSF,1993) sier at et grunnleggende behov for mennesket er å kunne koble av eller delta i ulike former for rekreasjon. Hun sier at det er viktig å ha tilgang til underholdning og lek i tilværelsen for å fremme trivsel, men at sykdom kan frata pasienten denne muligheten. Mangel på dette kan derfor ses i sammenheng med funnene av kjedsomhet. I studiene til Barratt, Shaban og Moyle (2010), Madeo og Owen (2002) og Skyman, Sjöström og Hellström (2010) erfarte mange av pasientene at tilgangen til ulike fasiliteter gjorde opplevelsen av isoleringen bedre. Ifølge folkehelseinstituttet (2004) bør pasienten ha muligheten til å benytte elektrisk utstyr, som TV eller PC. I følge Yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Det kan i dette tilfellet innebære at sykepleierens funksjon blir å tilrettelegge for fritidsysler.

Pasienter i flere av studiene erfarte at isoleringen gav en følelse av å være innesperret, innelåst og til og med fengslet (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og

Owen,2002; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Dette kan trolig ha en sammenheng med det å være underlagt et isoleringsregime, da det innebærer at pasienten må oppholde seg innenfor fire vegger, at man blir skjermet fra det sosiale, og at alle besøkende må forholde seg til bestemte regler (Andreassen mfl.,2013; Folkehelseinstituttet,2004; Folkehelseinstituttet, 2009). Å være isolert på et rom med utsikt gjorde imidlertid at pasientene følte seg mindre innesperret (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Dette kan tyde på at rommets utforming har betydning for hvordan pasientene erfarer isoleringen. Ifølge Folkehelseinstituttet (2004) finnes det noen krav til rommet, knyttet til blant annet rommets størrelse og fargevalg, men det stilles ikke krav til at det må ha utsikt. Pasienter med mistenkt eller påvist MRSA-infeksjon skal i sykehus isoleres for å unngå smittespredning (Andreassen mfl.,2013; Folkehelseinstituttet,2004). I mange tilfeller innebærer dette at man er isolert under hele sykehusoppholdet. Av den grunn kan de ha et større behov for et rom med utsikt enn korttidsisolerte. Sykepleier bør prioritere å gi langtidsisolerte pasienter et rom med utsikt så langt det lar seg gjøre.

Noen pasienter hadde også positive erfaringer knyttet til isolering. Disse omhandlet både større grad av privatliv, stillhet (Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002), samt mulighet til bevarelse av egen integritet og rutiner (Criddle og Potter,2006; Kennedy og Hamilton,1997; Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001). Dette funnet belyser at pasienter kan oppleve isolering ulikt, til tross for samme isoleringsregime. Alle mennesker er ulike og har ulike "bagasje". Som Henderson sier "*...Ikke to livsmønstre er helt like*" (Henderson, referert i NSF,1993 s.14). Dette kan påvirke hvordan hvert enkelt individ håndterer samme situasjon. Studien til Barratt, Shaban og Moyle (2010), Criddle og Potter (2006) Kennedy og Hamilton (1997) og Skyman, Sjöström og Hellström støtter dette da det her kommer frem at alder, personlighet og tidligere erfaringer påvirker hvordan isoleringen ble håndtert.

5.2.2 Å være til fare for andre

I studien til Andersson, Lindholm og Fossum (2010) påpekte pasientene at det å kunne smitte andre med en MRSA-infeksjon var en ubehagelig og traumatisk opplevelse. Mange følte seg som en alvorlig trussel for omgivelsene rundt. I flere studier ble MRSA sammenlignet med pest eller spedalskhet (Andersson og Lindholm,2010; Barratt, Shaban og Moyle,2010; Criddle

og Potter,2006; Madeo og Owen,2002). Å unngå å skade andre er i følge Henderson et av menneskets grunnleggende behov (Henderson, referert i NSF,1993), og fordi en MRSA-infeksjon kan gi alvorlige infeksjoner, og i verste fall føre til død hos den som blir smittet (Norsk Helseinformatikk,2014), er det forståelig at pasientene opplever dette som en belastning.

Det kom frem i flere studier at prosedyrene knyttet til isoleringsregimet forsterket negative følelser (Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Skyman Sjöström og Hellström, 2010). MRSA er en smittsom sykdom og blir overført til andre ved direkte eller indirekte kontakt. Ved en MRSA-infeksjon blir pasienten isolert etter kontaktsmitteregime, og dette innebærer at både helsepersonell og besøkende må være iført beskyttelsesutstyr. I tillegg er det et krav til at døren skal være tydelig merket med oppslag. I studien til Madeo og Owen (2002) kom det frem av denne skiltingen kunne for noen føre til ubehag fordi de følte at alle som gikk forbi kunne se at de var smittsomme (Folkehelseinstituttet,2004). Ifølge Andreassen mfl. (2013) er det ikke uvanlig at pasienter opplever isoleringsregimet som problematisk, da det skaper en slags barriere mellom besøkende og pasient.

Flere pasienter erfarte at både MRSA-infeksjonen og isoleringen førte til endrede relasjoner (Andersson, Lindholm og Fossum,2010; Barratt Shaban og Moyle,2010; Skyman, Sjöström og Hellström,2010; Madeo og Owen,2002). For noen ble relasjoner med familie og venner påvirket, da de ikke turte å komme på besøk, i frykt for å bli smittet (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Isolering kan som tidligere nevnt oppleves som en krise, og i følge Eide og Eide (2014) har personer i krise et ekstra behov for støtte og å ha noen å snakke med. Håkonsen (2014) sier at støtte fra andre mennesker er en av de viktigste faktorene for personer i krise. Henderson (referert i NSF,1993) sier at et grunnleggende behov er å kunne ha kontakt med andre. Hun sier videre at å være adskilt fra blant annet pårørende, samt frykten for det som er nytt og ukjent, kan ha en stor innvirkning på den lidelsen som sykdom medfører. Sykepleier bør være bevisst på pasientens sosiale behov og hvorvidt dette blir dekket. Gir pasienten uttrykk for at dette ikke er tilfredsstillt kan et konkret tiltak være å tilby tilgang til internett og for eksempel Skype.

Også relasjonene til helsepersonell ble endret som følge av isoleringen, i form av færre tilsyn og mangelfull pleie (Barratt, Shaban og Moyle,2010; Skyman, Sjöström og Hellström,2010; Madeo og Owen,2002). I studien til Skyman, Sjöström og Hellström (2010) mente noen av

pasientene at behandlingen de fikk ikke var likestilt med behandlingen til andre pasienter. Noen mente også at de ikke hadde fått behandling for den sykdommen de egentlig var innlagt for. Disse funnene strider imot Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) §1-1 som sier at pasienter skal ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Blant helsearbeidere kan det være mye usikkerhet og frykt, vegring og motstand mot pasienter med infeksjonssykdommer. Årsaken til dette kan være smittefrykt, fordommer, eller rett og slett uvitenhet (Andreassen mfl.,2013).

5.2.3 Å vite eller ikke vite

Det kom frem i flere av studiene at manglende kunnskap, både om MRSA og isoleringsregimet, var tilfellet hos pasienter, helsepersonell og samfunnet ellers (Andersson, Lindholm og Fossum,2010; Criddle og Potter,2006; Madeo og Owen,2002; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). Som helsepersonell er en i følge Yrkesetiske retningslinjer (2011) pliktig til å holde seg faglig oppdatert og å ha tilstrekkelig kunnskap. Dersom sykepleier ikke har tilstrekkelig kunnskap vil det kunne gå utover pasienten i form av mangel på kvalitetssikker behandling og pleie. Eksempel på dette kom frem i studien til Andersson, Lindholm og Fossum (2010) der mangel på kunnskap hos helsepersonell førte til misforståelser, frykt, sosial isolasjon og lidelse hos pasientene. Tilegning av kunnskap, holdninger og ferdigheter gjennom utdanning og erfaringer kan gi faglig kompetanse og føre til faglig forsvarlighet (Norsk sykepleierforbund,2008). Som sykepleier kan en lese seg opp på faglitteratur, ta videreutdanning eller hospitere for å styrke den faglige kompetansen.

Et annet sentralt funn var at informasjon gitt av helsepersonell enten var mangelfull, eller ikke-eksisterende (Criddle og Potter,2006; Newton, Constable og Senior,2001; Skyman, Sjöström og Hellström,2010). I følge Hopen (2011) har pasienter og pårørende både behov for og rett til informasjon om det som angår dem selv. Det er viktig at all informasjon som gis er korrekt, konkret og tilpasset pasientens og/eller pårørendes behov, ønske og forståelse. Som sykepleier bør man være bevisst på at samme budskap kan tolkes forskjellig. For å formidle informasjon best mulig bør sykepleier finne ut hva pasienten trenger informasjon om og hva han/hun er i stand til å ta i mot på det aktuelle tidspunktet. Et eksempel er om pasienten befinner seg i en krise. Da kan informasjon som gis misoppfattes eller misforstås og bør derfor gjentas ved et senere tidspunkt (Eide og Eide,2014). Sykepleier bør også bruke

kommunikasjonsferdigheter på en hensiktsmessig måte - det nonverbale må stemme overens med det verbale.

I følge Eide og Eide (2014) er det å gi informasjon og veiledning en av hjelpernes viktigste kommunikative oppgaver. Hopen (2011) påpeker at mangel på informasjon og veiledning skaper utrygghet og usikkerhet hos både pasienter og deres pårørende. Det er viktig at isolerte pasienter forstår prinsippene for og hensikten med isolering. Det er derfor nødvendig at sykepleier gir tilstrekkelig informasjon, samt etablerer et godt samarbeid. Muntlig informasjon bør gis sammen med skriftlig informasjon, og dette må omhandle blant annet årsaken til isoleringen, hvilke smittemåter som finnes, tiltak som er aktuelle, og antatt varighet av disse tiltakene. Informasjonen må være tilpasset hver enkelt situasjon. Besøkende har også behov for informasjon, men dette må klareres med pasienten på forhånd (Folkehelseinstituttet,2004).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å øke sykepleiernes kunnskap om hvordan pasienter erfarer isolering i sykehus i forbindelse med MRSA. Resultatene viser at pasientene hadde ulike erfaringer, men at de negative gjerne var dominerende. Funn viste at isoleringen hadde en særlig negativ innvirkning på pasientenes mentale helse, men mangel på ivaretagelse av den fysiske helsen kunne også være tilfellet. Isoleringen gav flere pasienter en følelse av å være skitten, samt assosiasjoner med å være spedalsk. I tillegg erfarte mange pasienter mangel på informasjon og kunnskap fra helsepersonell. Dette kan tyde på at helsepersonell har for lite kunnskap om isoleringsregimer, samt for dårlig innsikt i pasientenes erfaringer av isolering. Det kan av den grunn være vanskelig å imøtekomme de behovene pasientene har. For at pasienter i fremtiden skal kunne ha så gode erfaringer som mulig knyttet til isolering, må helsepersonellens kompetanse styrkes innenfor dette feltet. Helsepersonell har en sentral rolle i å ivareta pasientens grunnleggende behov, og som sykepleier en må være bevisst på at disse behovene omhandler det mentale, så vel som det fysiske. En må også ta hensyn til at isoleringen kan erfares ulikt, og at pleien som gis derfor må tilpasses den enkelte pasient.

Forslag til videre forskning

Underveis i oppgaven erfarte vi at det er gjort mye forskning både om MRSA og isolering, men lite om disse kombinert. Det kan derfor være hensiktsmessig at dette forskes mer på.

Litteraturliste

- Andersson, H., Lindholm, C. og Fossum, B. (2010) MRSA - global threat and personal disaster: Patients' experiences. *International Nursing Review*, 58(1), 47-53.
- Andreassen, G.T., Fjellet, A.L., Wilhelmsen, I-L. og Stubberud, D.G. (2013) "Sykepleie ved infeksjonssykdommer" I Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 61 - 105.
- Barratt, R., Shaban, R. og Moyle, W. (2010) Behind barriers: patients perception of source isolation for methicillin-resistant staphylococcus aureus. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 53-59.
- Bjørk I.T. og Solhaug M. (2013) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.
- Cridle, P. og Potter, J. (2006) Exploring patients' views on colonisation with methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *British Journal of Infection Control*, 7(2), 24-28.
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H og Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Folkehelseinstituttet (2004) *Isoleringsveilederen*. [Online] Lastet ned 20. januar 2017, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/A6C04CB312.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2009) *MRSA-veilederen*. [Online] Lastet ned 20. januar 2017, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/9bc2e5e450.pdf>
- Folkehelseinstituttet (2014) *Generelt om MRSA*. [Online] Lastet ned 15. mai 2017, fra <https://www.fhi.no/sv/antibiotikaresistens/sporsmal-og-svar/generelt-om-mrsa/>
- Folkehelseinstituttet (2015) *Antibiotikaresistens, antibiotikabruk og virusresistens - veileder for helsepersonell* [Online] Lastet ned 2. mai 2017, fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/antibiotikaresistens/#antibiotikaresistens-som-folkehelseproblem>
- Folkehelseinstituttet (2017) *Antibiotikaresistens* [Online] Lastet ned 14. mai 2017, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/antibiotikaresistens---folkehelsera/#meticillinresistente-gule-stafylokokker-mrsa>

- Forsberg, C. og Wengström, C. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur og Kultur.
- Fossheim, H. (2015) [Online] Lastet ned 26. april 2017, fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/>
- Helseforskningsloven. Lov 20.juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning. [Online] Lastet ned 18. april 2017, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hopen, L. (2011) Læring og mestring ved langvarig sykdom. I Knutstad, U (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 284-308.
- Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger*. Oslo: Akribe
- Kennedy, P. og Hamilton, L. (1997) Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 35(9), 617-619.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2017) [Online]. Lastet ned 28. februar 2017, fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistre-for-vurdering-av-forskningsartikler>.
- Madeo, M. og Owen, E. (2002) Isolation – a patient satisfaction and compliance survey. *British Journal of Infection Control*, 3(3), 18-20.
- Mathisen, J. (2011) Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I Holter, I. M. og Mekki, T.E. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe, s. 149 – 168.
- Newton, J., Constable, D. og Senior, V. (2001) Patients' perception of Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus and source isolation; a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, 48(4), 275-280.
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. og Reiner, L.M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Norsk helseinformatikk (2014) *MRSA, resistente bakterier* [Online] Lastet ned 11. Mai 2017, fra <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/bakteriesykdommer/mrsa-resistente-bakterier/>
- Norsk helseinformatikk (2016) *Antibiotika* [Online] Lastet ned 11. Mai 2017, fra <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/diverse/antibiotika/>

- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2017) *Publiseringskanaler*. [Online] Lastet ned 10. april 2017, fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/>
- Norsk sykepleierforbund (1993) *ICN Sykepleiens grunnprinsipper – Virginia Henderson* [Online] Lastet ned: 19. Mai 2017, fra: <http://www.nb.no/nbsok/nb/1150919fd82ea2cef27a9726ffdbf081?lang=no#1>
- Norsk sykepleierforbund (2008) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet* [Online] Lastet ned 23. mai 2017, fra: <https://www.nsf.no/Content/298024/Faglig%20forsvarlighet.pdf>
- Pasient- og brukerretighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerretigheter av 2. Juli 1999 nr. 63. Lastet ned 22. Mai 2017, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skyman, E., Sjöström, H.T. og 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.
- Stordalen, J. (2009) *Den usynlige fare - smittevern og hygiene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S. og Evans, M. (2001) Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *Journal of Hospital Infection*, 49(4), 250-254.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Norsk sykepleierforbund. (2011) ICNs etiske regler. [Online]. Lastet ned 1. mai 2017, fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Vedlegg 1: Oversikt over søkeprosess i de forskjellige databasene

| Søkeord | Begrensninger | Dato | Data-base | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|-------------------------------------|-------------|------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------|---|
| MRSA OR Methicillin resistant staphylococcus aureus (S1) | | 08.03.17 | SveMed | 80 | | | |
| Experience (S2) | | 08.03.17 | SveMed | 1726 | | | |
| Isolation (S3) | | 08.03.17 | SveMed | 265 | | | |
| Hospital (S4) | | 08.03.17 | SveMed | 4805 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 | Peer reviewed, 2000 - 2017 | 08.03.17 | SveMed | 1 | 1 | 1 | 1 Skyman, Sjöström og Hellström (2010). |
| | | | | | | | |
| MRSA OR Methicillin- resistant staphylococcus aureus OR Methicillin resistant staphylococcus aureus (S1) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 15576 | | | |
| Experience OR patient experience OR impact (S2) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 908500 | | | |
| Isolation OR isolated (S3) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 160646 | | | |
| Hospital OR hospitalization (S4) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 1410684 | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|----------|--------|---------|----|---|--|
| Patient (S5) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 1835165 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 and S5 | Peer reviewed, research article, 2000-2017 | 08.03.17 | Cinahl | 605 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 and S5 | Peer reviewed, research article, 2000-2017 Subject major: Hospitals, patient isolation, methicillin-resistant staphylococcus aureus | 08.03.17 | Cinahl | 88 | 21 | 8 | 3 Barratt, Shaban og Moyle (2010), Newton, Constable og Senior (2001), Tarzi mfl. (2001). |
| | | | | | | | |
| MRSA OR Methicillin-resistant staphylococcus aureus OR Methicillin resistant staphylococcus aureus (S1) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 15576 | | | |
| Experience OR | All text | 08.03.17 | Cinahl | 908500 | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|--------|---------|----|---|----------------------------------|
| patient experience OR impact (S2) | | | | | | | |
| Isolation OR isolated (S3) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 160646 | | | |
| Hospital OR hospitalization (S4) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 1410684 | | | |
| Patient (S5) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 1835165 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 and S5 | Peer reviewed, research article, 1997-2017 | 08.03.17 | Cinahl | | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 and S5 | Peer reviewed, research article, 1997-2017 Subject major: Hospitals, patient isolation, methicillin-resistant staphylococcus aureus | 08.03.17 | Cinahl | 102 | 29 | 6 | 1 Kennedy og Hamilton (1997). |
| | | | | | | | |
| MRSA OR Methicillin-resistant staphylococcus aureus OR | All text | 08.03.17 | Cinahl | 15576 | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|--------------|---------|---|---|--|
| Methicillin resistant staphylococcus aureus (S1) | | | | | | | |
| Experience OR patient experience OR impact (S2) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 908500 | | | |
| Isolation OR isolated (S3) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 160646 | | | |
| Patient (S4) | All text | 08.03.17 | Cinahl | 1835165 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 | Peer reviewed, research article, 2000-2017 | 08.03.17 | Cinahl | 639 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 | Peer reviewed, research article, 2000-2017 Subject major: Hospitals, patient isolation, methicillin-resistant staphylococcus aureus | 08.03.17 | Cinahl | 94 | 5 | 2 | 1 Andersson, Lindholm og Fossum (2010). |
| | | | | | | | |
| MRSA (S1) | Anywhere | 06.04.17 | Sage Journal | 2098 | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------|-----------------|--------|---|---|---|
| Patient (S2) | Anywhere | 06.04.17 | Sage Journal | 529035 | | | |
| Experience (S3) | Anywhere | 06.04.17 | Sage Journal | 896270 | | | |
| Isolation (S4) | Anywhere | 06.04.17 | Sage Journal | 299859 | | | |
| Hospital (S5) | Anywhere | 06.04.17 | Sage Journal | 409317 | | | |
| S1 and S2 and S3 and S4 and S5 | 2000- 2017, research article Subject: nursing | 06.04.17 | Sage Journal | 72 | 5 | 3 | 2 Criddle og Potter (2006), Madeo og Owen (2002). |

Vedlegg 2: Nøkkelfunn

| Nøkkelfunn | Temaer |
|--|---------------------------|
| <p>Gul: Ensomhet, kjedsomhet, sårbarhet, stigmatisering, frustrasjon, forvirring, uro, fengslet, innesperret, utestengt, innelåst, endret humør, angst, depresjon, utestengt fra aktiviteter og sosiale hendelser, rommets utforming. Integritet, alenetid, fred og ro, privatliv, uthvilt, positivt med utsikt, radio og annen underholdning.</p> | Innenfor fire vegger |
| <p>Grønn: Redsel, sinne, skyldfølelse, sårbar, skam, frustrasjon, bekymringer, følelse av å ha pest, følelsen av å være spedalsk, følelsen av å være skitten, uren, nedverdiggende, krenkende, følelsen av å være smittsom, skilting på dør, gule drakter og hansker. Redsel for å smitte andre, mindre besøk, endrede relasjoner, ikke endrede relasjoner, endret sosialisering. Forståelse av isolering, Føler seg frisk.</p> <p>Mindre pleie, mindre kontakt med helsepersonell, isolering påvirker pleien, færre tilsyn fra helsepersonell, ingen spontane tilsyn, isolering fører til dårligere rehabilitering, får ikke behandling av sin primærsykdom, uprofesjonell oppførsel. Manglende forståelse av deres situasjon. Isoleringen påvirket ikke annen behandling. Isoleringen påvirket ikke pleien. Mindre oppmerksomhet fra helsepersonell, Mer oppmerksomhet fra helsepersonell. Forsømmelse. Helsepersonell unngikk kontakt.</p> | Å være til fare for andre |
| <p>Lilla: Mangel på kunnskap om MRSA, mangel på kunnskap om smitteregime, manglende informasjon, ulik informasjon fra helsepersonell, sprikende informasjon om smitterisiko. Bortkastet med smitteregime. God informasjon, godt informert om smitterisiko. Isolert uten forklaring.</p> <p>Ulik utførelse av smitteregimet, helsepersonell dårlig til å holde hygieniske prinsipp.</p> | Å vite eller ikke vite |

Vedlegg 3: Åtte litteraturmatriser

Litteraturmatrise 1: Global threat and personal disaster: patients' experiences

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|--|---|---|--|--|
| Andersson, H., Lindholm, C. og Fossum, B. 2010, Sverige MRSA – Global threat and personal disaster: patients' experiences. International Nursing Review, 58(1) (Mars) s. 47-53. | Studiens hensikt er å fastslå og beskrive pasientens kunnskaper, oppfatninger og erfaringer fra å være meticillin-resistente Staphylococcus aureus positive. | Content analysis, infection, methicillin-resistant Staphylococcus aureus, MRSA, Patient experience, qualitative interviews, Sweden, wounds. | Kvalitativ metode Utvalg: Femten pasienter med en MRSA-infeksjon ble intervjuet. Deltakerne var både menn og kvinner over 18 år. Metode: Semistrukturerte intervjuer med lydinnspilling. Analyse: Intervjuene ble transkribert ordrett og siden kodet og kategorisert. | Informasjon om å ha fått en MRSA diagnose forårsaket ofte en slags sjokklignende reaksjon. Tre kategorier ble identifisert: <u>Forståelse og emosjonelle reaksjoner:</u> Pasientene sammenlignet MRSA-diagnosen med pest eller spedalskhet; de følte seg skitne og de følte at de var en alvorlig trussel mot miljøet. Frykten for å smitte andre og å bli avvist ble ofte uttrykt. <u>Behandling fra helsepersonell:</u> Kunnskapshull hos både pasient og personale førte til unødvendige misforståelser og skapte frykt, sosial isolasjon og lidelse. <u>Konsekvenser og forventninger:</u> Hygiene ble en stor bekymring hos mange. Noen tenkte på konsekvenser i forhold til jobb, andre uttrykte frykt i forhold til å ikke få tilstrekkelig hjelp om de ble syke. | Vitenskapelig nivå 1. Fagfellevurdert. Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser hvordan mennesker erfarer å ha en MRSA-infeksjon, samt hvor god kunnskap de har om hva dette innebærer. |

Litteratormatrise 2: Behind barriers: Patients perception of source isolation for methicillin-resistant Staphylococcus

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|---|--|--|--|--|
| <p>Barratt, R., Shaban, R. og Moyle, W.</p> <p>2010, New Zealand</p> <p>Behind barriers: Patients perception of source isolation for methicillin-resistant Staphylococcus</p> <p>Australian Journal of advanced nursing 28(2) (Desember) s. 53-59</p> | <p>Studiens hensikt er å undersøke hvordan pasienter isolert for MRSA erfarte det å være isolert.</p> | <p>MRSA, isolation, qualitative research, acute care</p> | <p>Kvalitativ metode</p> <p>Utvalg: 10 voksne menn og kvinner i alderen 46-78 år deltok i studien. Alle var isolerte for MRSA på et sykehus i New Zealand.</p> <p>Datainnsamling: Individuelle semistrukturerte intervjuer.</p> <p>Analyse: Hvert intervju ble analysert ut i fra meningsfulle ord, uttrykk og setninger. I tillegg ble det laget et lite sammendrag fra hvert enkelt intervju. Deretter ble felles meninger gruppert inn i temaer.</p> | <p>Selv om de fleste deltagerne fant positive aspekter ved å være isolert, var totalopplevelsen av isolering negativ. Erfaringene handlet hovedsakelig om å føle seg innelåst, og at isolering førte til hinder for å utrykke egen identitet, vanskeligheter for å danne relasjoner, samt muligheten til å motta kvalitetssikret behandling.</p> | <p>Vitenskapelig nivå 1. Fagfellevurdert.</p> <p>Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser hvordan MRSA-positive pasienter erfarer det å være isolert.</p> |

Litteraturmatrikse 3: Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant Staphylococcus aureus

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|---|---|---|--|---|
| Criddle, P. og Potter J. 2006, England Exploring patients' views on colonisation with meticillin-resistant Staphylococcus aureus British Journal of Infection control. 7(2) (April) s. 24-28. | Studiens hensikt er å undersøke hvordan pasienter opplever det å være kolonisert av MRSA. | MRSA, colonisation, patient experience, phenomenology | Kvalitativ metode Utvalg: 14 pasienter i alderen 18-93 år som har vært kolonisert med MRSA på sykehus. Datainnsamling: Semistrukturerte intervjuer med lydinnspilling. Analyse: Intervjuene ble innspilt, transkribert ordrett og tolket. Dataen ble kodet og kategorisert. | Å være MRSA-kolonisert og dertil isolert resulterte for mange i forvirring og uro, noe som hadde påvirkning på deres liv på sykehuset. Pasienters opplevelser blir påvirket av mange faktorer, - personlige meninger og verdier, personlighet og tidligere erfaringer fra sykehus og isolering. Innholdet og tilgangen til informasjon har en enorm effekt på pasienters oppfatninger. Opplevelsen av isolering ble formet ut i fra hvordan pasientene ble introdusert til det. Noen pasienter foretrakk mye privatliv og stillhet, og følte at omsorgen fra helsepersonell ikke ble hindret. Men noen pasienter følte seg bokstavelig talt fengslet og anså det å være isolert som en negativ opplevelse: "jeg følte at jeg var en hund som ble satt i en kennel og forlatt". | Vitenskapelig nivå 1. Fagfelleverdert. Denne studien er relevant for oppgaven da den gir oss kunnskap om hvordan pasienter erfarer det å være kolonisert av MRSA, og dertil isolert i sykehus som følge av dette. |

Litteraturmatrikse 4: Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|--|--|--|--|---|--|
| Kennedy, P og Hamilton, L. 1997, England. Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury Spinal Cord, 35(9) (september) s. 617-619 | Studiens hensikt er å undersøke ryggmargs-skadede MRSA-positive pasienters psykiske opplevelse av isolering. | Psychological impact, methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA), Isolation, spinal cord injury. | Kvantitativ metode Utvalg: 16 pasienter med ryggmargsskade som hadde vært isolert i minst to uker på grunn av MRSA. Pasientene var mellom 18-65 år. En kontrollgruppe ble valgt ut. Kontrollgruppen stemte overens med de MRSA-positive pasientene i forhold til alder, kjønn, nivå på skade og tid siden skaden. Datainnsamling: Psykometriske instrument (som blant annet "Beck Depression inventory (BDI)" og "State Anxiety Inventory (STAI)"), samt semistrukturerte intervjuer. Analyse: Resultatene fra gruppen med MRSA-positive pasienter ble sammenlignet med kontrollgruppen ved hjelp av T-test. | Hovedfunnene i studien var at det ikke fantes signifikant store forskjeller mellom gruppen med MRSA-positive pasienter og kontrollgruppen, - likevel scoret MRSA-pasientene noe høyere på alle målinger. Pasientene med MRSA kjente seg mer sinte enn pasientene som var MRSA negative. Ut i fra intervjuene kom det frem at 69% av deltakerne syntes at rehabiliteringen ble påvirket i negativ forstand på grunn av isolering. 50% av deltakerne syntes humøret ble påvirket - bare en ble påvirket positivt. 60% av deltakerne anså at deres relasjoner ikke ble påvirket av isolering, mens 20 % syntes at isolering forbedret deres relasjoner. | Vitenskapelig nivå 1. Fagfellevurdert. Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser MRSA-positive pasienters psykiske opplevelser av isolering. |

Litteraturmatrikse 5: Isolation – a patient satisfaction and compliance survey

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|--|--|--|--|---|
| Madeo, M. og Owen, E. 2002, England Isolation – a patient satisfaction and compliance survey British Journal of Infection Control, 3(3) (Juni) s. 18-20 | Studiens hensikt er å undersøke følelser og erfaringer knyttet til behandling i isolasjon. | Audit, patient satisfaction, isolation | Kombinert metode. Utvalg: 29 deltagere som var isolert i minst én uke for enten MRSA eller clostridium difficile-infeksjon. Datainnsamling: En infeksjonssykepleier besøkte og intervjuet pasientene. Først ble et spørreskjema med 14 spørsmål besvart, med rangeringer fra veldig dårlig til veldig bra. Deretter ble det gjort intervjuer med lydinnspilling. Analyse: Intervjuene ble innspilt og transkribert ordrett. Dataen fra både spørreskjemaene og intervjuene ble deretter kodet og kategorisert. | Flertallet av pasientene synes de var godt informert om isoleringen, også med tanke på smitterisikoen for sine pårørende. Selv om de fleste var fornøyd med tilgangen til aktiviteter inne på isoleringsrommene, mente noen at det kunne vært bedre. Et betydelig antall synes det var vanskelig å være begrenset til rommet sitt, og noen pasienter følte at det var mangel på forståelse av deres situasjon. Flere av pasientene assosierte det å være isolert med å være skitten eller uren, og at det gule skiltet på døren var med på å forsterke dette. Noen syntes isoleringen gikk ut over den behandlingen de skulle ha, mens andre var fornøyd med tilsynet og behandlingen de fikk. De negative opplevelsene knyttet til isolering handlet om følelsen av ensomhet og forsømmelse. De positive opplevelsene knyttet til isolering handlet om det å få ha et eget rom, uten forstyrrelser fra andre pasienter. | Vitenskapelig nivå 1 Fagfelleverdert. Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser pasienters følelser og erfaringer knyttet til behandling i isolasjon. |

Litteratormatrise 6: Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source isolated patients

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|--|--|--|--|---|
| <p>Newton, J.T., Constable, D. og Senior, V. 2001, England. Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients Journal of Hospital Infection, 48(4) (August) s. 275-80.</p> | <p>Hensikten med denne studien er å undersøke oppfatninger hos pasienter som er plassert i isolat som følge av en MRSA-infeksjon</p> | <p>Infection control, illness perceptions, causal attributions, qualitative methods.</p> | <p>Kvalitativ metode. Utvalg: 19 pasienter, 12 kvinner og syv menn mellom 44-87 år som har vært isolert mellom tre og 77 dager. Datainnsamling: Semistrukturerte intervjuer med lydinnspilling. Analyse: Innholdsanalyse. Intervjuene ble innspilt, transkribert og tolket. Dataen ble kodet og kategorisert.</p> | <p>Deltagerne viste vag kunnskap om MRSA. Halvparten av deltagerne anså ikke at infeksjonen hadde stor innvirkning på deres liv, mens den andre halvparten så på infeksjonen som alvorlig. Få av deltagerne forsto grunnen til isolering og sykepleie gitt i den sammenheng. Pasientene opplevde at isoleringen hadde både positive og negative sider. Fordelene var blant annet at de fikk skape sine egne rutiner og bedre bevare sin integritet. Ulempene var at de fikk mindre oppmerksomhet fra helsepersonell og at de kjente seg ensomme.</p> | <p>Vitenskapelig nivå 1. Fagfelleverdert. Denne studien er relevant for oppgaven fordi den belyser hvordan pasienter i isolering oppfatter det å være i isolat.</p> |

Litteratormatrise 7: Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated.

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Skyman, E., Sjöström, H.T. og Hellström, L. 2010, Sverige. Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24(1) (Mars) s. 101-107.</p> | <p>Hensikten med denne studien er å få kunnskap om pasienters opplevelse av å bli smittet med MRSA under innleggelse på sykehus, og deretter bli isolert på en infeksjonsavdeling.</p> | <p>Methicillin-resistant staphylococcus aureus, experience, contagion, infectious, transmission, infection control, source isolation.</p> | <p>Kvalitativ metode. Utvalg: Seks pasienter, to kvinner og fire menn mellom 35-76 år med MRSA som har vært isolert i minst en uke. Datainnsamling: Semistrukturerte dybdeintervjuer med lydinnspilling. Hvert intervju varte i 60-135 min. Analyse: Intersubjektiv analyse. Intervjuene ble innspilt, transkribert ordrett og tolket. Dataen ble kodet og kategorisert.</p> | <p>Pasienter som ble smittet av MRSA på sykehus følte seg krenket. Isoleringen ble beskrevet som traumatisk, men akseptert siden de følte seg ansvarlige for å ikke spre MRSA videre. Pasientene opplevde at sykepleien ikke var likeverdig. De følte seg sårbare på grunn av negative reaksjoner fra personalet, familiemedlemmer, andre pasienter og omgivelsene ellers.</p> | <p>Vitenskapelig nivå 2 i 2010, nivå 1 i 2017. Fagfelleurdert. Denne studien er relevant for oppgaven da den tar for seg både pasienters erfaringer av å bli smittet med en MRSA-infeksjon under innleggelse i sykehus, samt erfaringer knyttet til å være isolert som følge av dette.</p> |

Litteraturmatrikse 8: Methicillin-resistant staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population.

| Referanse | Studiens hensikt | Keywords | Metode | Resultat/funn | Relevans: |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S. og Evans, M. 2001, England.</p> <p>Methicillin-resistant staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population.</p> <p>Journal of Hospital infection, 49(4) (Desember) s. 250-254.</p> | <p>Hensikten med studien er å undersøke innvirkningen av sykehusinnleggelse, samt MRSA-isolering i forhold til eldres psykiske funksjonsnivå.</p> | <p>Older adults, MRSA, hospitalization, psychological impact.</p> | <p>Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie.</p> <p>Utvalg: Deltagerne var 65 år eller eldre. 22 MRSA-positive pasienter som hadde vært isolert i minst to uker, og 20 MRSA-negative pasienter som ikke hadde vært isolert.</p> <p>Demente og alvorlig syke ble ekskludert fra studien.</p> <p>Datainnsamling: Psykometriske instrument.</p> <p>Analyse: Resultatene fra gruppen med MRSA-positive pasienter ble sammenlignet med kontrollgruppen ved hjelp av T-test, Chi-Squared test og Wilcoxon Sign test.</p> | <p>Resultatene viser at blant eldre innlagte pasienter har isolering en negativ effekt på humøret.</p> <p>Resultatet viste en signifikant forskjell mellom gruppene. De pasientene som hadde vært isolert var mer deprimert og angstfylt.</p> <p>Et annet funn var at begge gruppene viste mer sinne enn andre mennesker i samfunnet på samme alder.</p> <p>Resultatene fremhevet at det var en psykologisk negativ innvirkning på de eldre i forbindelse med isolering.</p> | <p>Vitenskapelig nivå 1. Fagfellevurdert. Denne studien er relevant for oppgaven da den belyser den psykiske innvirkningen isoleringen har på pasientene.</p> |