

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2008:37

Jag skyddas. Jag skyddar.
En litteraturstudie om patienters upplevelser av isoleringsvård

Sandra Tobon Spånglund



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Jag skyddas. Jag skyddar.
En litteraturstudie om patienters upplevelse av isoleringsvård
Författare: Sandra Tobon Spånglund
Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs: SSK25A
Handledare: Sylvia Määttä
Examinator: Ann-Charlotte Dalheim Englund

Sammanfattning

Människor har under flera århundraden blivit utsatta för isolering. Isoleringsmetoderna har utvecklats, och idag förekommer isoleringsvård på allmänna sjukhus, på enkelrum med sluss, dusch och toalett. De patientgrupper som kan behöva vårdas i isolering är patienter med nedsatt immunförsvar och patienter med smittsamma sjukdomar. Isoleringsvård kan ge upphov till lidande hos patienten, i form av sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Därför är det viktigt för allmänsjuksköterskan att ha kunskap om hur patienten upplever isoleringsvården så att hon kan minska patientens lidande, i synnerhet vårdlidandet. Syftet med detta arbete är att beskriva patienters upplevelser av att vara isolerade samt hur de hanterar sin situation när de är isolerade. En analys har utförts av sju publicerade kvalitativa, vetenskapliga artiklar som beskriver patienters upplevelser av att vara isolerad. Patienternas upplevelser framkommer i sex teman. *Att känna sig ensam och ha långtråkigt* beskriver hur patienterna försöker motverka känslan av ensamhet samt på vilket sätt de försöker sysselsätta sig. Temat *att känna sig "märkt" och utpekad* beskriver hur de infektiösa patienterna upplever de åtgärder som vidtas för att upprätthålla isoleringen påverkar dem. De patienter som har nedsatt immunförsvar beskriver i temat *att uppleva isoleringen som ett skydd*, hur de anser att isoleringen är oproblematiserad och hur de själva avskärmar sig mer från omgivningen än nödvändigt. I temat *kontakt med andra människor är viktig* beskriver patienterna hur de upplever att kontakten med familj och vänner förändras under isoleringsperioden. De infektiösa patienterna och de patienter med nedsatt immunförsvar upplever kontakten med vårdpersonalen på olika sätt, vilket skildras i temat *vårdpersonalen är betydelsefull*. I temat *hur rummet ser ut har betydelse* beskriver patienterna hur stor inverkan rummet har på upplevelsen av att vara isolerad. I diskussionen diskuteras metodens tillvägagångssätt, resultatets mest intressanta upptäckter, samt hur dessa upptäckter kan påverka det praktiska vårdarbetet.

Nyckelord: *Isolering, Patientperspektiv, Upplevelse, Lidande*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>INLEDNING</i>	1
<i>BAKGRUND</i>	1
<i>Isoleringsvård</i>	1
<i>Lidande</i>	2
<i>PROBLEMFÖRMULERING</i>	4
<i>SYFTE</i>	4
<i>METOD</i>	4
Litteratursökning	5
Analys	5
<i>RESULTAT</i>	6
Att känna sig ensam och ha långtråkigt	6
Att känna sig ”märkt” och utpekad	8
Att uppleva isoleringen som skydd	10
Kontakten med andra människor är viktig	11
Kontakten med vårdpersonalen är betydelsefull	12
Hur rummet ser ut har betydelse	14
<i>DISKUSSION</i>	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
<i>Betydelse för vårdandet</i>	18
<i>BILAGA 1</i>	23
<i>Översikt av analyserad litteratur</i>	23

INLEDNING

Efter att ha arbetat som undersköterska på en avdelning där isoleringsvård förekommer uppstod intresse för att ta reda på hur patienterna upplevde denna vårdform. En manlig patient berättade att han tyckte att det var bättre att vara isolerad och få cytostatikabehandling i samband med isolering jämfört med att endast vara isolerad. Han sade att när han fick behandlingen fick han ofta besök av personalen. Detta väckte funderingar om hur det egentligen känns att vara isolerad.

BAKGRUND

Människor har under flera århundraden utsatts för isolering och skildringar av isolering förekommer redan i bibliska berättelser om leprakolonier. I skildringar från Medelhavets hamnstäder berättas om särskilda sjukdomsepidemier och hur de fartyg som återvände från hamnstäder runt Medelhavet blev isolerade i 40 dagar med hela dess besättning, last och passagerare. Även fartyg som hade ovanliga sjukdomar bland sin besättning isolerades under lika lång tid (Gammon, 1999).

Isoleringsmetoderna har utvecklats under de århundraden som gått, delvis beroende på att former av överföring för flera av de viktiga sjukdomsepidemierna har blivit upptäckta. Isoleringsmetoden har utvecklats från särskilda baracker 1877, och infektionssjukhus på 1940-talet till isolering på de allmänna sjukhus som grundades under 1960-talet (Gammon, 1999).

Isoleringsvård

Enligt Nationalencyklopedin (2007) innebär isolering inom hälso- och sjukvården skydd mot spridande av infektioner genom att en person som har en smittsam sjukdom eller är smittbärare tas om hand på ett sådant sätt att andra inte kan smittas. I vissa fall används så kallad omvänd isolering för att skydda patienter från smitta, till exempel infektionskänsliga patienter. I fortsättningen kommer begreppet isolering att användas för att beskriva den vård som både infekterade och infektionskänsliga patienter får. Begreppet smittskyddsisolering används för att beskriva den vård som enbart de infekterade patienterna får, medan begreppet skyddsisolering används för att beskriva vården som infektionskänsliga patienter får.

Den hygieniska vården för de båda formerna av isoleringsvård är dock densamma. På sjukhus skall alla patienter vårdas efter basala hygienrutiner då syftet är att hindra smitta från patient till personal och från personal till patient, och också för att hindra smitta mellan patienter. Att vårda efter basala hygienrutiner innebär att vårdpersonalen alltid desinficerar sina händer före och efter kontakt med patienter använder handskar vid kontakt med olika kroppsvätskor såsom kräkning, urin, avföring, sekret och blod. Viktigt är också att vårdpersonalen använder skyddskläder av engångsmaterial, såsom plastförkläde eller skyddsrock vid direktkontakt med patienten eller dennas säng samt vid hantering av smutsiga föremål. Ibland kan även stänkskydd såsom munskydd eller glasögonvisir behöva användas (Handbok för hälso- och sjukvård, 2007a).

Vid isoleringsvård av infektiösa patienter tillämpar vårdpersonalen de basala hygienrutinerna och kompletterar dessa med vård på enkelrum med egen toalett och dusch (Handbok för hälso- och sjukvård, 2007b). Enligt Ericson och Ericson (2002) ska vådrummet även ha ett förrum, kallat sluss, där det finns tvättställ och där det förvaras skyddsutrustning såsom skyddsrockar, handskar och munskydd. Slussen är ventilerad så att luften från vådrummet förhindras att strömma ut i korridoren. Det är viktigt att undvika onödig passage mellan vådrummet och korridoren och slussens båda dörrarna får aldrig vara öppna samtidigt.

Skyddsisolering tillämpas alltså vid vård av särskilt infektionskänsliga patienter, vilket innebär att så få personer som möjligt får besöka vådrummet och att besökarna inte får vara infekterade, vilket även gäller vårdpersonalen. Vådrummet har också en sluss som innehåller tvättställ och skyddsutrustning samt rent sänglinne. Vådrummet har även filtrerad lufttillförsel och det är viktigt att de båda slussdörrarna aldrig är öppna samtidigt. Städning, måltidsservering, medicinutdelning och läkarrond börjar alltid först hos dessa infektionskänsliga patienter. Alla som besöker rummet tillämpar basala hygienrutiner (Ericson & Ericson, 2002).

Aktuella patientgrupper som kan behöva vårdas i skyddsisolering är de som har nedsatt immunförsvar till följd av en sjukdom eller ett tillstånd. Dessa sjukdomar eller tillstånd är till exempel leukemi, hiv/aids, malnutrition, njur- eller leversvikt och svår diabetes. Även cytostatikabehandling och behandling med glykokortikoider kan ge upphov till skyddsisolering (Ericson & Ericson, 2002).

De patientgrupper som bör vårdas i smittskyddsisolering på sjukhus, enligt smittskyddsinstitutet (2008a; 2008b; 2008c; 2008d), är till exempel de patienter som får infektioner av calicivirus, clostridium difficile, vancomycinresistenta enterokocker (VRE) och methicillinresistenta staphylococcus aureus (MRSA).

Smittskyddsinstitutet (2008e; 2008f) som för statistik över de anmälningspliktiga sjukdomarna i Sverige rapporterar att VRE har ökat från 20 fall år 2000 till 53 fall år 2007 medan MRSA har ökat från 315 fall år 2000 till 1138 fall år 2007. Detta innebär att även isoleringsvården har ökat.

Tidigare forskning visar att patienter som isoleras kan påverkas på många olika sätt. Isolering kan påverka en människa negativt såväl emotionellt, psykiskt som socialt (Gammon, 1999; Gaskill, Henderson, & Fraser, 1997; Knowles, 1993). Detta kan antas förorsaka dessa patienter ett lidande.

Lidande

Enligt Eriksson (1994) är lidandet en del av livet. Den djupaste nivån av lidandet är att människan inte kan förverkliga sitt innersta väsen vilket kan innebära att människan upplever livsleda eftersom livskraften går förlorad. När människan inte kan förverkliga sitt innersta väsen kan det leda till att människan känner trötthet inför livet. Varje människa påträffar någon gång ett outhärdligt lidande i sitt liv. I lidandet står människan ensam inför ett, kan det tyckas, ofrånkomligt öde. När människan står inför "lidandets

mur” känns den bestående, dock skymtar ofta den lidande människan ett ljus som tränger fram genom muren (Eriksson, 1994).

Både sjukdom och behandling kan frambringa smärta hos patienten och då i första hand genom att patienten förorsakas smärta. Ofta är kroppslig smärta en vanlig anledning till lidande. Smärta och lidande står i förbindelse med varandra och genom att reducera smärtan hos patienten kan patientens outhärdliga lidande lindras. Kroppslig smärta kan dock vara så outhärdlig att den försakar patienten både en själslig och andlig död (Eriksson, 1994). Isolerade patienter kan uppleva att deras grundsjukdom till exempel cancer eller infekterade bensår orsakar dem fysisk smärta. Isoleringens vård i sig orsakar inte patienterna kroppslig smärta, men kan däremot orsaka psykisk smärta som lidande (Zichi Cohen, Ley, & Tarzian, 2001).

Sjukdom kan även medföra själsligt och andligt lidande som orsakas av upplevelser av förnedring, skam och skuld som patienten upplever i förhållande till sin sjukdom eller behandling. Dessa upplevelser kan vara i direkt relation till sjukdomen men de kan även uppstå om vårdpersonalen har en fördömande attityd (Eriksson, 1994). Man kan tänkas att det innebär att den isolerade patienten upplever det skamligt att ha en infektion och personalen kan förstärka denna känsla genom att de till exempel använder fler skyddsåtgärder än nödvändigt, eller att alla inte använder samma skyddsåtgärder och därmed förorsaka ett vårdlidande hos patienten (jfr. Knowles, 1993).

Vårdlidande är, enligt Eriksson (1994), när en människa orsakas lidande genom felaktig vård eller utebliven vård. Vårdlidande kan utgöras av utebliven vård, maktutövning, fördömlse och straff som alla leder till att människans värdighet kränks. När detta inträffar fråntas människan möjligheten att vara människa. Utebliven vård förekommer om personalen har en bristande förmåga att se patientens behov. Icke utförd vård kan bero på bristande grundhållning till motivet att vårda. Detta kan innebära att personalen inte längre känner någon glädje eller mening med att vårda patienten. Utebliven vård eller icke utförd vård leder till kränkning av patientens värdighet (Eriksson, 1994). Man kan anta att isolerade patienters behov inte uppmärksammas tillräckligt av personalen eftersom patienterna hela tiden befinner sig inne på sina isoleringsrum (Knowles, 1993; Oldman, 1998). Detta skulle sett ur Erikssons (1994) perspektiv kunna ses som vårdlidande i form av utebliven vård.

Man kan anta att patienter som vårdas i isolering även kan uppleva livslidande, på så sätt att de upplever att deras vardag tas ifrån dem, eftersom de är isolerade och inte bor hemma och inte kan gå till sitt jobb eller umgås med sin familj och sina vänner som de i vanliga fall gör (Zichi Cohen et al., 2001). Livslidande kan även upplevas av patienterna om de känner att de inte kan vara sig själva till följd av att de är isolerade. Enligt Eriksson (1994) är livslidande när livssituationen förändras till det negativa, när människans vardag mer eller mindre tas ifrån honom/henne. Livslidande är allt från att känna sin existens hotas till att fråntas möjligheten att fullborda sina sociala uppdrag, till exempel att vara mamma/pappa eller maka/make. När människan tvingas till att förändra sin livssituation strider det mot det naturliga, och människan är då i behov av tid för att åter upptäcka ett nytt sammanhang av betydelse.

PROBLEMFORMULERING

Allmänsjuksköterskan kan träffa på patienter som behöver isoleringsvård på sjukhusets alla avdelningar, om till exempel magsjuka eller diarré skulle bryta ut till följd av calicivirus eller clostridium difficile. Isolering är vanligt och forskning visar att det kan påverka en människa på många olika sätt och skapa lidande hos patienterna. Det lidande som patienterna kan uppleva under isoleringsperioden kan bestå av både sjukdomslidande och vårdlidande. Det är därför det är viktigt att som sjuksköterska ha kunskap om hur patienterna kan uppleva isoleringen, för att sjuksköterskan ska kunna minska sjukdomslidandet och i synnerhet minska vårdlidandet.

SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av att vara isolerade och hur de hanterar sin situation när de är isolerade.

METOD

Fribergs modell (2006) ”Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning” valdes för att den avser att skapa och öka förståelsen för det valda motivet. Segesten i (Friberg 2006, s. 87) skriver att metoden innebär att även förståelsen för patienters upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov fördjupas. Kvalitativa granskade artiklar som analyseras och sedan sammanställs i en kunskapssammanställning hjälper till att öka och fördjupa förståelsen för patienternas upplevelser (Friberg, 2006).

Friberg (2006) hänvisar i modellen till Evans artikel angående tillvägagångssättet av metoden att granska och analysera kvalitativa, vetenskapliga artiklar.

Enligt Evans (2003) kan vetenskapliga artiklar analyseras i fyra steg. Dessa är att söka artiklar, identifiera nyckelfynd, sammanföra teman från olika artiklar samt beskriva fenomenet. När artiklarna ska sökas bestäms först vilken typ av studier som ska användas, kvantitativa eller kvalitativa artiklar. Innan sökandet efter artiklar i databaser börjar bestäms och dokumenteras inklusionskriterier. De artiklar som finns i databaserna inkluderas i eller exkluderas från artikelgranskningen utifrån de kriterier som tidigare bestämts. För att kunna identifiera nyckelfynden i varje artikel måste alla artiklar läsas igenom flera gånger, eftersom upprepad läsning, enligt Evans (2003) hjälper forskaren att utveckla känslan för varje artikels helhet. Under läsningen blir både detaljer och de enskilda artiklarnas budskap uppmärksammade. Det är även under denna läsning som nyckelfynden från varje artikel samlas in och skrivs ner i en lista. Evans (2003) menar att listandet av nyckelfynd, påståenden och föreställningar är det som bryter ned artiklarna till beståndsdelar. Det tredje steget i metoden består av att identifiera teman. Detta görs genom att listan med nyckelfynden studeras för att finna liknande teman. De samband som identifieras mellan artiklarna granskas efter uttryck och förklarande teman. Skillnaderna mellan artiklarna jämförs också. Därefter grupperas och kategoriseras nyckelfynden in i liknande områden. Subteman identifieras sedan utifrån de sammanförda teman, för att bidra till en fortlöpande förfining av förståelsen för fenomenet. Därefter granskas analysen. Även varje tema och subtema

granskas för att tolka innehållet samt för att upptäcka eventuella motsägelser. Det fjärde och sista steget i metoden består av att fenomenet beskrivs. Detta åstadkommes genom att en beskrivning skapas som refererar till de inkluderade artiklarna för att exaktheten ska kunna kontrolleras. Sedan skrivs upptäckterna av sammanställningen ned. Även teman och subteman beskrivs och stöds med exempel från originalartiklarna (Evans, 2003).

Litteratursökning

De inklusionskriterier som bestämdes bestod av att artiklarna skulle beskriva vuxna (över 18 år) patienters upplevelser av att vara isolerade till följd av infektion eller nedsatt immunförsvar på grund av cancer. Patienterna skulle vara isolerade inom den somatiska vården i sjukhusmiljö. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska eller svenska och fick som äldst vara publicerade år 1990.

Kvalitativa, vetenskapliga artiklar som beskrev patienters upplevelser av isoleringsvård söktes i databaserna Cinahl och Medline. Dessa databaser valdes på grund av att de innehåller artiklar, rapporter, avhandlingar och böcker inom allmän och klinisk medicin, omvårdnad samt hälso- och sjukvårdsarbete (Bibliotek och läranderesurser, 2008a; Bibliotek och läranderesurser, 2008b). De primära sökord som utformades var "patient isolation and experience" medan två sökord hittades i rubriker och i abstrakt under artikelsökningen. Dessa sökord var "source isolation" och "protective isolation". Med dessa sökord gjordes systematiska fältsökningar med avgränsningen att inkludera abstrakt. Sökningen i Cinahl resulterade i 70 stycken träffar och i Medline 181 stycken träffar. Av dessa träffar hittades tolv artiklar. Det förekom ett stort bortfall på grund av att många artiklar var kvantitativa samt att många var skrivna på 1970- och 1980-talet. Sökordet "patient isolation and experience" resulterade i fem artiklar, med sökordet "source isolation" hittades fem artiklar och sökordet "protective isolation" resulterade i en artikel som inkluderades i artikelgranskningen. Ytterligare en artikel inkluderades i artikelgranskningen. Den artikeln hittades genom manuell sökning i referenslistor på redan inkluderade artiklar, och söktes sedan fram i Högskolan i Borås databas Samsök. Efter denna selektering återstod tolv artiklar.

De tolv artiklarna granskades utifrån Fribergs (2006) mall med frågor som bland annat frågade om problemet var klart beskrivet, om teoretiska utgångspunkter fanns beskrivna, om syftet var tydligt formulerat, hur data var analyserad, vad resultatet visade, om det fanns en metoddiskussion och om det fanns en återkoppling till det praktiska vårdarbetet. Sju av de tolv artiklarna bedömdes som lämpliga att använda i detta arbete utifrån dessa frågor.

Analys

De inkluderade artiklarna (Bilaga 1) analyserades utifrån Evans artikel (2003). Det första steget i analysarbetet utgjordes av att läsa igenom alla artiklarna en gång och översätta de engelska orden som inte förstods. Detta för att få en uppfattning om vad artiklarna handlade om. Samtliga artiklar lästes igenom ytterligare några gånger för att få en klar uppfattning om vad artiklarnas budskap var. Steg två i analysen av artiklarna utgjordes av att varje artikels hela resultatdel exklusive diskussionen översattes till svenska, eftersom det ansågs vara lättare att analysera artiklarna på svenska. Efter detta bestod analysarbetet av att nyckelfynd identifierades och skrevs ned på tankekartor.

Detta steg upprepades flera gånger för att kontrollera att inte viktigt kunskapsinnehåll förbisågs. Varje artikel hade således en egen tankekarta med alla dess nyckelfynd. Slutligen jämfördes nyckelfyndens likheter och skillnader. De likheter som upptäcktes för skyddsisolering skrevs ned på en ny tankekarta medan smittskyddsisolering fick en egen tankekarta. Med hjälp av dessa tankekartor jämfördes nyckelfynden i de olika studierna och nyckelfynd med liknande innehåll sammanfördes i teman. Det fjärde och sista steget utgjordes av att skapa en beskrivning av fenomenet utifrån de nya teman som formulerats.

RESULTAT

I analysen framkommer sex teman. Dessa teman är: att känna sig ensam och ha långtråkigt, att känna sig "märkt" och utpekad, att uppleva isoleringen som ett skydd, kontakten med andra människor är viktigt, vårdpersonalen är betydelsefull samt hur rummet ser ut är betydelsefullt. Resultat kommer att redovisas ur isolerade patienters perspektiv, vilket innefattar både smittskydds- och skyddsisolerade patienter. Under vissa teman kommer dock resultat skilja mellan smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienters perspektiv, eftersom det i analysen framkom skillnader i upplevelserna mellan att vara skyddsisolerad och att vara smittskyddsisolerad.

Att känna sig ensam och ha långtråkigt

Enligt Knowles (1993), Madeo (2001), Oldman (1998) och Zichi Cohen et al (2001) upplevde somliga av de smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienterna ensamhet och påtalade även att de kände sig ensamma. Dessa patienter upplevde ensamheten som påtaglig och den kunde till och med upplevas som en plåga. För några patienter fick den upplevda ensamheten konsekvenser som att patienterna blev deprimerade. En av patienterna som upplevde ensamhet beskrev upplevelsen som att flyga själv. "*I feel like I was really flying solo during that time*" (Zichi Cohen et al., 2001, s. 596). En annan patient som också upplevde ensamhet sade att det var mentalt förfallande att vara ensam. "*I'd say it's ... mentally degrading for some people*" (Newton 2001, s. 278). Dock fanns det både smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienter som inte upplevde sig ensamma eller som inte påverkades av ensamheten under isoleringsperioden (Campell, 1999; Gaskill et al., 1997). Vissa smittskyddsisolerade patienter gillade och uppskattade till och med att vara ensamma (Knowles, 1993; Madeo, 2001; Oldman, 1998). I ensamheten upplevde de självständighet, kontroll samt större frihet, eftersom de själva kunde kontrollera sina vardagsaktiviteter. Att vara ensam möjliggjorde för patienterna att de kunde sova, vila, titta på tv, lyssna på radio samt prata med sina besökare när de ville utan att behöva ta hänsyn till någon annan människa (Newton, 2001; Oldman, 1998).

De smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienterna upplevde, enligt Gaskill et al (1997) och Oldman (1998), att ensamheten medförde att de hade tid till att reflektera över sina och även andras liv. Vissa patienter gillade att tänka, medan andra patienter upplevde att de fick sjukliga tankar om de tänkte för mycket och för länge. En patient uttryckte att han hade tid att oroa sig för små dumma saker, vilket fick till följd att patienten upplevde oro under isoleringstiden.

Somliga patienter som befann sig i smittskyddsisolering sade att personligheten och livsstilen påverkade om man gillade att vara ensam eller inte. En patient sade att han i vanliga fall är en utåtvändperson och därför har svårt att vara ensam:

I am normally an extrovert and I find it difficult being in here. Introverts can accept the fact [of isolation], but I can't (Oldman, 1998, s. 68).

Många skyddsisolerade patienter ansåg att religiös kontakt gav dem styrka att klara sig igenom ensamheten. De skyddsisolerade patienter som inte hade religiös kontakt vände sig i stället till andra trossystem såsom meditation eller positiva affirmationer (Gaskill et al., 1997). En patient sade:

I think it [religion] helps anyone, but then that's my personal thoughts. It's someone to talk to, your own God, Allah, God... whatever you care to call him (Campbell, 1999, s.442).

Det fanns någon skyddsisolerad patient som ansåg att man skulle ta dagen som den kom och inte oroa sig för att orka med ensamheten: *"take each day as it comes and try to be more relaxed about things"* (Gaskill et al., 1997, s.698).

Många av de smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienterna tycktes även uppleva isoleringstiden som ganska långtråkig och enformig. Denna upplevelse beskrivs till exempel i studierna av Gaskill et al (1997), Knowles (1993) och Oldman (1998) där de flesta patienterna som var isolerade, beskrev isoleringen som uttråkande, långtråkigt och enformigt. Detta framkom tydligt när två patienter beskrev vad de gjorde under en dag. Den ena patienten sade att han tittade på fyra tomma väggar:

I look at four blank walls 24 hours a day, and I do feel "off" at times. It's the same thing every day – the same old thing (Oldman, 1998, s. 68).

Den andra patienten berättade att hon satt i sitt rum som en fåne och på frågan om vad hon sysselsatte sig med under isoleringen svarade hon:

Nothing really. I'm not doing anything. I just sit here like a fool. Don't do nothing else at all (Knowles, 1993, s.54).

För att inte bli långtråkigt och bli uttråkade försökte både de smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienterna fördriva tiden genom att läsa tidningar, titta på tv, lyssna på radio, fantisera om en annan tillvaro, vila eller sova samt hålla rummet rent och snyggt (Gaskill et al., 1997; Knowles, 1993; Zichi Cohen et al., 2001).

De skyddsisolerade patienterna motverkade långtråkighet genom att observera sin omgivning utanför rummet genom ett fönster. Det spelade ingen roll om det var hamnen på ena sidan av avdelningen, eller träden på den andra sidan som de observerade. De flesta skyddsisolerade patienterna ansåg att detta fick dem att känna sig mindre

instängda och att fönstret var en befrielse från isoleringen. Genom fönstret kunde de titta på vardagliga aktiviteter, till exempel bilarnas rörelser på parkeringen utanför, eller så tittade de på när ambulanshelikoptern landade och startade. Ibland spelades det även cricketmatcher på fältet utanför sjukhuset som patienterna brukade titta på (Campbell, 1999; Gaskill et al., 1997). De skyddsisolerade patienter som hade sina rum nära avdelningens ingång brukade även lyssna och titta på besökare som gick i korridoren (Campbell, 1999).

En av de skyddsisolerade patienterna som fördrev tiden genom att titta på tv sade att vissa av tv-programmen som hon tittade på var ointressanta (Gaskill et al., 1997). Dessutom berättade en annan patient att hon tog med sig filmer, kassetband, böcker och handarbeten för att hon skulle kunna hålla sig sysselsatt. Det visade sig dock att hon inte orkade sysselsätta sig med alla dessa föremål. Trots detta ansåg hon att föremålen hjälpte henne att fördriva tiden (Zichi Cohen et al., 2001). En tredje patient gick, enligt Campbell (1999), ibland ut på avdelningens balkong för att få nya intryck samt fördriva tiden. En annan patient uppskattade när volontärer kom till henne och spelade monopol eller något annat sällskapsspel. Eftersom det var en rolig tidsfördrift för henne (Zichi Cohen et al., 2001).

För de skyddsisolerade patienterna kunde också upprättade rutiner motverka långtråkighet. Campbell (1999) skriver att de skyddsisolerade patienterna ansåg att rutiner var ett bra sätt som hjälpte dem att planera sin dag, och rutinerna hjälpte dem även att orientera sig till tiden. Dessa rutiner kunde vara att till exempel bädda sängen varje morgon.

En skyddsisolerad patient försökte att stänga av sina känslor och bara flyta med för att orka med upplevelsen av att ha långtråkigt. *"The best way to explain it is just switching off... just to sort of drift"* (Campbell, 1999, s.442). Enligt Gaskill et al (1997) ansåg en patient att långtråkighet motverkades genom att hon hade några få uppgifter att utföra varje dag. Ensamheten försökte hon motverka genom att vara tacksam:

I think having a few little things to do is a help, just to take a day at a time and not look ahead and say, `I'm going to be here for another month.` If you know that you need to be here, and you are grateful for that, I think you can be at peace with the fact that you are here (Gaskill et al., 1997, s.698).

De smittskyddsisolerade patienterna berättade också att de försågs med material från personalen så att de skulle ha något att göra för att få tiden att gå fortare. Föremålen varierade efter patienternas egna preferenser, telefonen var dock mest uppskattad (Oldman, 1998).

Att känna sig "märkt" och utpekad

De patienter som var smittskyddsisolerade kände sig stigmatiserade, det vill säga "märkta" och utpekade, av att vara isolerade. För vissa bidrog skyddsåtgärder till att de upplevde sig vara ännu mer "märkta" och utpekade.

Oldman (1998) skriver att patienterna upplevde sig ensamma, ”märkta” och utpekade av isoleringen, samt av vetskapen om att deras infektion kunde skada andra människor. En patient som upplevde sig ”märkt” sade att han kände sig som en spetälsk. *”You feel a little bit, I suppose, how can I put it? Like a leper”* (Newton, 2001, s. 278).

För somliga smittskyddsiserade patienter upplevdes isoleringen som traumatisk, speciellt för de patienter som var inlagda för andra hälsoproblem från början och som sedan fick diagnosen MRSA. En patient vars MRSA-diagnos var oväntad, kände sig chockad och paralyserad av att få MRSA och bli isolerad som en följd av infektionen (Oldman, 1998). Patienterna blev överraskade över hur fort de blev isolerade och upplevde sig avstängda från alla.

I was just laid in bed and on the ward with the rest of the patients. A nurse came and said: “You’ve got MRSA. We’re moving you.” The next thing I know, the bed’s on the move and my stuff is taken out of the ward and plonked in an isolation room (Madeo, 2001, s. 37).

De smittskyddsiserade patienterna kunde också uppleva att användandet av skyddsåtgärder såsom kläder i form av plastförkläden, ansiktsskydd, handskar och isoleringsskyltar, påverkade deras känsla av att vara ”märkta” och utpekade. En patient sade:

It makes me feel like I am a dirty, unclean person when I see the doctors and nurses coming into the room wearing aprons and touching me with gloves” (Madeo, 2001, s. 37).

En annan patient berättade att isoleringsskylten på dörren bidrog till att han kände sig ”märkt” och utpekad:

I can have the door open and they all walk past and nobody walks near because there’s that sign on the door. It’s like being in bloody prison (Madeo, 2001, s. 37).

Det fanns dock de patienter som upplevde acceptans för att avsides rum och skyddskläder användes för att skydda vårdpersonal och även andra patienter (Knowles, 1993; Oldman, 1998). Ansiktsmaskerna var dock inte omtänkta, eftersom patienterna då inte kunde se vårdpersonalens ansiktsuttryck (Knowles, 1993). Somliga patienter ansåg att det var professionellt av vårdpersonalen att använda skyddskläder, medan en patient kommenterade att hans anhöriga såg ut som idioter när de bar skyddskläderna (Oldman, 1998). Några patienter hade inte förståelse för varför de var isolerade och en av dessa patienter uttryckte att skyddskläderna endast var slöseri av tid och pengar (Newton, 2001).

För en patient fick skyddsåtgärderna konsekvenser i form av att han upplevde att personalen hade brutit mot sekretessen när de satte upp en skylt på hans dörr där det stod att han var isolerad. Genom detta upplevde han sig utpekad och ”märkt”. Patienten upplevde även att sekretessen hade brutits för att personalen hade gett hans besökare

information om att skyddskläder skulle användas. Patienten var oroad över att utpekandet och ”märkningen” som isoleringen bidragit med skulle få negativa konsekvenser på hans relationer i framtiden (Knowles, 1993).

Att uppleva isoleringen som skydd

Att vara isolerad för att bli skyddad från infektioner, gjorde att patienterna höll hårt på sin isolering. Även om patienterna i skyddsisoleringen höll hårt på sin isolering kände inte någon av dem sig inlåsta eftersom de visste att de själva kunde häva isoleringen men att de då riskerade att bli sjuka (Gaskill et al., 1997). Detta fick till följd att de skyddsisolerade patienterna upplevde isoleringen som oproblematiske, vilket framkommer i såväl Gaskill et als studie (1997) som Campbells (1999) studie. De skyddsisolerade patienterna ansåg att isoleringen var mindre problematisk och traumatisk än de förväntat. De ansåg att skyddsisoleringen inte var så dålig i det stora hela. Anledningen till detta trodde de var att deras fysiska tillstånd var dåligt till följd av cytostatikabehandlingens bieffekter, såsom illamående, slöhet och kräkningar. På grund av detta upplevde patienterna isoleringen oproblematiske och icke-besvärlig i början. När en förbättring skedde i deras fysiska tillstånd fick dock isoleringen en större inverkan, och de upplevde att de befann sig i en situation som de inte kunde påverka. Somliga av patienterna tyckte dock att det var jobbigt att orka med skyddsisoleringen om de kände sig dåliga (Campbell, 1999; Gaskill et al., 1997).

Det var viktigt för patienterna att upprätthålla sin skyddsisolering. Detta märktes tydligt i både Campbells (1999) och Gaskill et als (1997) studie, när patienterna blev erbjudna att lämna rummet korta stunder för att promenera i korridoren eller gå ut på balkongen. De flesta patienterna tackade emellertid nej till detta erbjudande på grund av rädsla för att få infektioner. Patienterna ville först ha medicinsk fakta som sade att de verkligen kunde gå ut ur rummet och de syftade då till sina blodvärden.

En av dessa patienter avböjde detta erbjudande för att hon trodde att hon inte skulle vilja gå tillbaka in till sitt rum efteråt, till skillnad från en annan patient som tog chansen att gå ut från rummet. Denna patient fick då sätta på sig en mask, vilket inte var omtyckt. En tredje patient var så rädd för att bli smittad att han blev nervös om det var fler än två personer i rummet på samma gång (Gaskill et al., 1997). En annan patient ansåg att skyddsåtgärderna, i form av att både personal och besökare bar förkläden och pappersmössor samt avlägsnade smycken, inte var tillräckliga. Han menade att människor som kom in i rummet inte hindrades ifrån att andas ut bakterier (Campbell, 1999).

Betydelsen för patienterna att hålla på skyddsisoleringen framkom också i Campbells (1999) studie där det beskrivs hur en patient som hade klaustrofobi, självmant gick upp och stängde dörren när personalen glömde detta. Upprätthållandet av skyddsisoleringen kunde gå så långt att patienterna undvek att ta emot besök. För att skydda sig motverkade patienterna att deras familj och speciellt vänner skulle komma och besöka dem, genom att de försökte begränsa besöken (Campbell, 1999; Zichi Cohen et al., 2001). En patient sade så här:

I didn't want any other visitors because, quite frankly, the way it had sounded to me was that you didn't want to catch a cold. (Zichi Cohen et al., 2001, s. 597)

Patienterna motverkade även fysisk kontakt från sin familj. En kvinnlig patient tillät endast en puss på handen från sin make under hela sin isoleringsperiod (Campbell, 1999). Vissa patienter valde att upprätthålla sin isolering gentemot familj och vänner så hårt, för att skydda både sig själva och familjen, att det fick till följd att dessa patienter i stort sett var helt ensamma (Zichi Cohen et al., 2001).

I told my family I didn't want them to come. I told my friends not to come. So I was basically alone...I didn't want to be a burden... That was not a good thing to do because I really needed people to come (Zichi Cohen et al., 2001, s. 598).

För somliga skyddsisolerade patienter upplevdes morgnarna vara värst när de vaknade upp och visste att de skulle vara skyddsisolerade ännu en dag (Zichi Cohen et al., 2001). Vissa skyddsisolerade patienter ansåg att ett logiskt resonemang kunde hjälpa dem igenom isoleringen, till exempel att saker händer alltid av en anledning, eller som en manlig patient sade:

I just lie in bed and say I can't get out. I can't get out of here for another day, and there's not much I can do outside as I may pick up something, so I may as well stay in till I'm better (Gaskill et al., 1997, s. 698).

Kontakten med andra människor är viktig

Både smittskyddsisolerade och skyddsisolerade patienter ansåg att det var betydelsefullt och ett stort stöd att ha regelbunden kontakt med familj och vänner under isoleringsperioden. Telefonkontakt ansågs av patienterna var ett bra sätt att uppnå och att upprätthålla kontakt med vänner och familj (Campbell, 1999; Gaskill et al., 1997; Oldman, 1998). Dessutom försåg media patienterna med information om vad som hände i världen globalt sett (Campbell, 1999).

Enlig Zichi Cohen et al (2001) kände de flesta skyddsisolerade patienterna sig avstängda eller utestängda från sina familjer och vänner under isoleringsperioden. Därför var det viktigt att patienterna fick vara delaktiga i familjeangelägenheterna, eftersom detta visade för patienten att hans/hennes åsikt trots sjukdom var värdefull samt respekterad (Campbell, 1999). De patienter som hade småbarn kände sig särskilt avskiljda från sina familjer, och upplevde detta som mycket svårt (Zichi Cohen et al., 2001).

De skyddsisolerade patienterna upplevde enligt Campbell (1999), Gaskill et al (1997) och Zichi Cohen et al (2001) att besök från familj och vänner, var det viktigaste känslomässiga stödet eller tröst som patienten kunde få. Oftast krävdes det inte mycket, det räckte med den fysiska närvaron; att någon bara var där. En patient bekräftade detta genom att säga att hon bara behövde sin mamma när hon "*just sat there and rubbed my feet*" (Gaskill et al., 1997, s.699). En patient upptäckte att hon tröstade sig själv och sin

dotter genom att bara kramas (Zichi Cohen et al., 2001). Fysisk kontakt och beröring var ett bra sätt att upprätthålla kontakt med sin familj och sina vänner (Campbell, 1999).

Ett annat viktigt stöd för patienterna i skyddsisolering var att få bekräftelse på vad de gick igenom av familj och vänner (Gaskill et al., 1997). En patient kom på ett sätt att få det stöd, den kontakt och bekräftelse som hon behövde. Hon skrev brev till sin familj och sina vänner och förklarade vad hon gick igenom. Sedan krävde hon att få uppmuntrande brev och kort tillbaka (Zichi Cohen et al., 2001).

Zichi Cohen et al (2001) upptäckte att de skyddsisolerade patienter som försökte skydda sina familjer och vänner genom att undanhålla information från dem, upplevde att de inte fick det stöd och den tröst som de var i behov av.

De smittskyddsisolerade patienterna upplevde att det var mycket betydelsefullt för dem att ha kontakt med andra människor men att detta hindrades av deras fysiska omgivning (Knowles, 1993). De upplevde även att deras besökare var ett stort stöd för dem, trots detta pratade patienterna oftast om sin oförmåga att ha kontakt med sina medpatienter (Madeo, 2001; Oldman, 1998). Somliga av de smittskyddsisolerade patienterna upplevde det besvärande att inte kunna ha kontakt med de andra patienter som befann sig på avdelningen, eftersom medpatienterna upplevdes som en källa till att få sällskap och tröst (Knowles, 1993; Madeo, 2001). En av patienterna berättade att han föredrog att prata med andra patienter istället för att ha på tv:n hela dagarna.

I can't talk to other patients. When you're on a normal ward you can talk to other patients and I'd much rather do that than have the TV on all day (Madeo, 2001, s. 37).

En annan smittskyddsisolerad patient sade att han inte hade tillåtelse att gå till dagrummet. Detta var något som patienten väntade på för att han skulle kunna träffa och prata med andra patienter (Madeo, 2001).

Kontakten med vårdpersonalen är betydelsefull

Det visade sig att patienternas upplevelse av kontakten med vårdpersonalen kunde skilja sig åt. De patienter som befann sig i skyddsisoleringen ansåg att sjuksköterskorna var uppmuntrande och brydde sig om dem till skillnad från patienterna i smittskyddsisoleringen, som upplevde att sjuksköterskorna brast i att uppmärksamma dem.

I Campbells (1999) och Zichi Cohen et als (2001) studie beskrevs sjuksköterskorna som positiva och uppmuntrande av patienterna som befann sig i skyddsisolering. Sjuksköterskorna var även hoppfulla, stöttande, tröstande, vänliga och respektgivande gentemot patienterna. Sjuksköterskorna var bra på att förse patienternas fysiska behov. De påminde patienterna om att ta mediciner, informerade om vad som skulle hända näst. En patient upplevde att sjuksköterskan uppmärksammade hennes behov innan hon själv gjorde det:

They're [nurses] very kind. You know they're very, they're there. I think they know what I want before I do (Campbell, 1999, s. 445).

Patienterna i skyddsisoleringen upplevde att sjuksköterskorna brydde sig om dem när hon visade intresse gentemot patienten när hon frågade hur de mätte, för att kunna erbjuda information, uppmuntran samt hopp. Att stödja och trösta var de flesta sjuksköterskorna bra på, enligt patienterna. De uppskattade när sjuksköterskorna satt hos dem och masserade deras rygg eller bara höll om dem (Campbell, 1999; Gaskill et al., 1997). Det fanns dock vissa sjuksköterskor som inte var lika bra på att stödja och trösta patienten. Detta fick till följd att patienten inte kände sig som en individ.

I had a couple of nurses that were good at addressing my physical needs, but that was it. Anything from when I was throwing up to get me a wet wash rag and say that 'I'm sorry that you're feeling so badly'. Stuff like that makes you think like you're being looked at as an individual. It has nothing to do with whether I was going to throw up or not but made it feel more like somebody cared (Zichi Cohen et al., 2001, s.601-602).

Patienterna i skyddsisoleringen tyckte, enligt Gaskill et al (1997), om när sjuksköterskorna pratade om sådant som hände ute i den allmogliga världen, om vad de hade gjort eller skulle göra. De berömde även sjuksköterskorna för att de alltid ville prata lite när tid fanns till detta. För dem i skyddsisoleringen var det lätt att komma i kontakt med sjuksköterskan för att få råd. De ansåg också att det var oproblemiskt att komma i kontakt med läkaren om sjuksköterskan hjälpte dem med detta (Campbell, 1999).

Det var dock viktigt för de skyddsisolerade patienterna att försöka upprätthålla sitt privatliv. Detta gjordes genom att de bad personalen om att få vara ifred under en förutbestämmd tid. För att de inte skulle bli störda under denna stund ville någon ha lamporna släckta, persiennerna nerdragna och telefonen avstängd. Tyvärr kunde inte personalen alltid uppfylla detta. Antingen larmade medicinsk utrustning eller så glömdes patientens önskemål bort att föras vidare till arbetskollegor (Gaskill et al., 1997).

De patienter som var smittskyddsisolerade upplevde däremot att sjuksköterskorna brast i att ge dem uppmärksamhet (Newton, 2001). Några patienter trodde att detta berodde på att personalen var motvillig till att gå in i rummen på grund av att de var rädda för att få infektioner (Knowles, 1993). Många patienter upplevde även att de inte blev sedda av sjuksköterskan. En patient berättade att han ibland kände sig som den enda patienten på avdelningen. Han sade att han kände sig självisk för att han behövde och krävde uppmärksamhet från sjuksköterskan (Oldman, 1998). Även en annan patient beskrev att han ibland kände sig helt bortglömd av personalen (Knowles, 1993). Patienterna upplevde att när de inte blev sedda ändrade detta sätten att ta kontakt på, eftersom patienterna upplevde att de var tvungna att anstränga sig och komma på särskilda anledningar för att personalen skulle gå in till dem. Att ta kontakt med sjuksköterskan upplevdes av patienterna som att det var deras ansvar (Knowles, 1993). En patient sade:

You can't have that sort of light contact; you have to make an effort to get someone to come in for a special purpose. Then they have to put the masks on, so you don't want to trouble them so much. You have to think of everything that you might need at the time (Knowles, 1993, s.54).

Ett uttryck för den bristande kontakten med sjuksköterskorna var patienternas beskrivningar av hur de funderade kring användningen av larmklockorna och på hur sjuksköterskorna reagerade på deras larmsignaler. Genom att använda en larmklocka tog patienterna kontakt med personalen. Patienterna var emellertid motvilliga till att använda larmklockan, eftersom patienterna trodde att personalen hade mycket att göra ville de inte störa och använde larmklockan endast när det var absolut nödvändigt. En patient berättade att han istället föredrog att knacka på fönstret när en sjuksköterska gick förbi. När patienterna använde larmklockan upplevde de osäkerhet kring om signalen hade blivit hörd av vårdpersonalen. En patient sade att om personalen bekräftade att de hade hört larmklockan, minskade detta hans känsla av isolering. Patienterna upplevde att de behövde vänta länge på sjuksköterskan efter att de hade ringt på larmklockan. Två patienter berättade att de fick vänta i upp till en halvtimme ibland. Att vara tvungen att vänta gjorde att patienterna kände sig arga, försummade och icke betydelsefulla. Patienterna upplevde svårigheter med att få kontakt med sjuksköterskorna. För vissa patienter ledde detta till inkontinens samt till att de glömde bort att dricka (Knowles, 1993).

Hur rummet ser ut har betydelse

Rummet hade en stor betydelse för hur patienterna upplevde sin isolering. De rum som hade ett fönster eller en glaspanel i dörren ut till avdelning, begränsade oftast patienternas utsikt. För att garantera patienterna privatliv satt ibland fönstren för högt upp eller så var glaspanelerna och fönstren täckta. Detta fick till följd att patienterna upplevde sig begränsade och inte kunde se vad som hände på avdelningen, och använde detta som ett sätt att fördriva tiden (Knowles, 1993; Oldman, 1998). En patient önskade att hon hade ett fönster ut till avdelningen. *"You'd feel as though you were among people. I feel very shut out at the moment. I would like to be able to see people wandering around"* (Oldman, 1998, s. 67).

En patient som hade ett fönster ut till avdelningen tycktes vara opåverkad av isoleringen (Oldman, 1998). Vissa patienter kände sig dock emellanåt klaustrofobiska på grund av att de var begränsade till sina rum. Att vara begränsade till ett och samma rum upplevdes som bedrövligt och tråkigt. En av dessa patienter sade:

And I felt I absolutely got kind of claustrophobic and I couldn't stand it any longer (Zichi Cohen et al., 2001, s. 595).

Patienterna uppskattade om rummen hade stora fönster, eftersom detta gjorde att de kände sig mindre instängda. Fönstren gjorde det även möjligt för patienterna att titta ut och observera omvärlden. Den naturliga utsikten uppskattades. Det spelade ingen roll om patienterna fick titta på hamnen, som låg på ena sidan av avdelningen, eller om de fick titta på träden som fanns på den andra sidan. Vissa patienter upplevde att utsikten

försåg dem med en stunds befrielse från isoleringen (Campbell, 1999; Gaskill et al., 1997).

I varje rum fanns det en inramad målning av en situation som hängde på väggen mitt emot sängen. Dessa tavlor fick stor betydelse för patienterna. Vissa använde tavlan till att fantisera, medan andra irriterade sig på den och kände att de inte kunde komma undan från tavlan. En patient sade: *"It would be nice to change them around every couple of weeks"* (Gaskill et al., 1997, s. 697).

Det fanns vissa aspekter av rummet som patienterna var mindre nöjda med. Till exempel var tv:n fixerad så att det enda sättet att titta på den var att sitta upp i sängen. Detta gjorde att besökare inte kunde titta på tv ihop med patienten. Sängbordet var en annan aspekt som patienterna inte var nöjda med eftersom detta inte var flyttbart. Samma sak gällde medicinsk utrustning som droppställningar. Klockan var en tredje aspekt som patienterna inte var nöjda med. Klockan hängde oftast på väggen bakom sängen, vilket fick till följd att patienterna inte kunde se klockan när de låg i sängen (Gaskill et al., 1997). Att ha en klocka i rummet var betydelsefullt, ansåg patienterna, eftersom den kunde hjälpa dem att planera sin dag (Campbell, 1999). Luftkonditioneringen var också en aspekt som patienterna var mindre nöjda med, eftersom den uppfattades som störande. Patienterna blev ibland frustrerade över dess ljud (Gaskill et al., 1997). Någon patient kände sig nöjd med rummet och upplevde sig väl tillgodosedd och omhändertagen (Oldman, 1998). Till skillnad från en annan patient som upplevde att det var viktigt att göra rummet hemtrevligt och därför tog med sig saker hemifrån (Zichi Cohen et al., 2001)

Också isoleringsrummets belägenhet hade betydelse. De rum som låg nära avdelningens ingång eller huvudområdet där avdelningsaktiviteter förekom, släppte in mer ljud vilket påminde någon patient om livet som pågick ute på avdelningen. På grund av detta föredrog patienterna att ha de rum som var belägna nära avdelningens ingång samt huvudområde (Campbell, 1999).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Den litteraturbaserade modellen som valdes, anses vara mest lämplig eftersom syftet var att öka förståelsen för upplevelsen att vara isolerad. Det var svårt att hitta nya vetenskapliga artiklar inom området. När artiklarna söktes skapades uppfattningen att den mesta forskningen inom området skedde på 1970-, 1980- och 1990-talet. Detta fick till följd att artiklar med äldre forskning togs med i analysen som var publicerade från år 1990 och framåt. Att artiklarna var äldre ansågs inte påverka resultatet avsevärt mycket, eftersom patienterna idag oftast inte har tillgång till Internet på rummet, dock har patienterna idag egen telefon på rummet. Av de sju artiklar som inkluderades i artikelanalysen, var det endast fem artiklar som djupgående beskrev patienters upplevelse av att vara isolerad. Dessa fem artiklar bidrog med mycket och bra data. De resterande två artiklarna bidrog med mindre bra data på grund av att de fokuserade mer på att beskriva upplevelsen av MRSA än själva isoleringsupplevelsen, trots att artiklarnas syfte var att beskriva upplevelse av att ha MRSA och att vara isolerad.

Artiklarna som ingick i analysen speglar endast västvärlden, eftersom de kommer från England, Australien och Amerika. Detta får till följd att upplevelsen av att vara isolerad endast blir beskriven i länder där människor lever under liknande förhållanden. Det hade varit mycket intressant om någon artikel hade studerat fenomenet i till exempel Afrika eller Asien.

Analyserandet av artiklarna upplevdes ha gått bra, även om det var svårare än vad som föreställts. Det som uppfattades vara svårast under analyserandet av artiklarna var att skilja ut vad som var specifikt för isoleringen och vad som var specifikt för själva sjukdomen.

Att göra om texten till svenska ansågs var en fördel, eftersom detta gjorde att det var lättare att bryta ner texten i delar och ta fram nyckelfynd. Självklart kan det vara en nackdel att översätta texten till svenska, eftersom orden inte alltid får samma betydelse när de översatts till ett annat språk. Att formulera nya teman var det svåraste steget under analysen på grund av att det var svårt att finna begrepp som speglade innehållet i respektive tema.

Resultatdiskussion

Att patienterna upplevde isoleringsvården så olika beroende på om de var smittskyddsisolerade eller skyddsisolerade var mycket intressant att notera. De skillnader som framkom var att de skyddsisolerade patienterna upplevde isoleringsvården som mindre problematisk till skillnad från de smittskyddsisolerade patienterna som upplevde isoleringsvården som ”märkande” och utpekande. Knowles (1993) skriver att detta beror på att de patienter som befinner sig i skyddsisolering har tid till att förbereda sig, och även är delaktiga i beslutet. Att patienterna i skyddsisoleringen hade tid på sig att förbereda sig på att vårdas i isolering tydliggjordes i arbetets resultat i form av att de hade olika strategier för att orka med isoleringsperioden. Vidare menar Knowles (1993) att de smittskyddsisolerade patienterna inte är delaktiga i beslutet om att bli isolerade och detta får till följd att de inte har eller får tid till att förbereda sig. Även detta framkom tydligt i arbetets resultat, genom att de smittskyddsisolerade patienterna upplevde att de blev väldigt fort avstängda från sin omvärld. Slutligen anser Knowles (1993) att skillnaderna mellan om patienten är förberedd eller inte på att bli isolerad, gör att upplevelsen av att vara isolerad inte kan antas vara densamma för de smittskyddsisolerade och de skyddsisolerade patienterna. Också denna aspekt framkom i arbetets resultat i form av att de smittskyddsisolerade patienterna upplevde isoleringen som traumatisk till skillnad från de skyddsisolerade patienterna.

Det var mycket intressant att notera att de patienter som befann sig i skyddsisoleringen fann det oproblemiskt att vara isolerad till en början. En aspekt av detta kan vara att patienterna hade cancer och såg isoleringen som ett steg i behandlingen mot sjukdomen. Enligt Campbell (1999) såg patienterna isoleringen som något de var tvungna att gå igenom för att bli friska. En annan aspekt som antagligen underlättade isoleringen för patienterna, var att de inte kände sig inlåsta, utan att patienterna visste att de kunde lämna sina rum närhelst de ville. Dessa två aspekter verkar ha stor betydelse för hur patienterna upplevde isoleringsvården.

Det framkom i arbetets resultat att de smittskyddsisolerade patienterna kände sig "märkta" och utpekade, det vill säga stigmatiserade, under isoleringsvården. Det var dock svårt att avgöra om patienterna upplevde sig "märkta" och utpekade till följd av isoleringsvården eller till följd av infektionen, vilket även Oldman påtalar i sin studie (1998). Stigma är ett sociologiskt begrepp och innebär att en människa eller en grupp människor tillskrivs flera negativa karaktärsdrag mot bakgrunden av ett visst kännetecken. Begreppet stigma används idag som vanära i sig själv och refererar då till ett kännetecken som gör en individ annorlunda gentemot andra individer i den gruppen som individen i övrigt tillhör. Detta bidrar till att individen diskrediteras i andra människors ögon (Brante, Andersen & Korsnes, 2001). Dock kan begreppet stigma användas inom vårdvetenskapen eftersom vårdvetenskaplig forskning visar på att patienter med kroniska sjukdomar eller tillstånd upplever stigma (Joachim & Acorn, 2000). Joachim & Acorn fann i sin studie (2000) att både patienter med synliga eller osynliga kroniska sjukdomar eller tillstånd använde sig av olika strategier för att stå ut med upplevelsen av att vara stigmatiserad.

Att känna sig "märkt" och utpekad kan vara ett sjukdomslidande eftersom det är sjukdomen eller behandlingen i sig som gör att patienterna upplever detta. "Märkningen" och utpekandet kan även vara ett vårdlidande, eftersom vårdpersonalen kan med sin attityd gentemot patienterna få patienterna att uppleva sig "märkta" och utpekade. Att uppleva sig "märkt" och utpekad kan även resultera i ett livslidande. När "märkning" och utpekande upplevs kan patienterna känna att deras värde tas ifrån dem, vilket kan få till följd att de upplever skam. Skamkänslan kan upplevas som en kränkning av människans innersta värdighet (Wiklund, 2003), vilket kan leda till att patienterna inte lever ut sitt innersta väsen och att de upplever ett livslidande.

Utifrån detta arbetes resultat anses det viktigt att forska vidare om hur människan påverkas då han/hon upplever sig "märkt" och utpekad. Särskilt då det inom sjukvården förekommer alltfler bakterier som är resistenta gentemot antibiotika, vilket kan få till följd att fler patienter kan behöva isoleringsvård och då kan komma att uppleva sig "märkta" och utpekade. Därför anses det som viktigt att forska för att ta reda på om patienterna upplever sig utpekade på grund av infektionen eller på grund av isoleringen samt om personalens attityder och handlingar påverkar patienternas upplevelse av att vara "märkt".

I arbetets resultat framkom att en patient som var smittskyddsisolerad upplevde att vårdpersonalen hade brutit sekretessen gentemot honom, när personalen påtalade för hans närstående att han var smittsam och att de därför skulle bära skyddskläder. Knowles (1993) menar att detta är ett svårt problem eftersom patienten har rätt till sekretess, samtidigt som sjuksköterskor har en plikt att hindra besökare från att bli utsatta för en infektion. Detta måste övervägas noggrant för att både patienten och besökarnas behov ska bli tillgodosedda.

Det var intressant att upptäcka att det var så stor skillnad på hur patienterna upplevde kontakten med sjuksköterskan beroende på om de var skyddsisolerade eller smittskyddsisolerade. De skyddsisolerade patienterna ansåg att det var lätt att få kontakt med vårdpersonalen medan de smittskyddsisolerade patienterna ansåg att det var svårt att få kontakt med personalen och att de behövde särskilda skäl för att ta kontakt. Att

kontakten med sjuksköterskan upplevdes så olika kan ha att göra med sjuksköterskans attityd till smittskydds isolerade och skydds isolerade patienter. Enligt Knowles (1993) är vårdpersonalen rädd för att bli smittade när de vårdar patienter som har en infektion. Denna rädsla kan ge upphov till att personalen inte går in till de smittskydds isolerade patienterna mer än nödvändigt och därför har de svårt för att uppmärksamma och vara lyhörda inför patienternas behov. Den vårdpersonal som vårdar de skydds isolerade patienterna kan vara mer lyhörd och tillmötesgående inför de skydds isolerade patienternas behov eftersom de inte känner någon rädsla inför att träffa dessa patienter. Kanske avsätter vårdpersonalen mer tid till de skydds isolerade patienterna beroende på att de har cancer och för att de vill göra patienternas upplevelse av cancerbehandlingen så bra som möjlig. Det kan även vara så att det finns fler vårdpersonal till samma antal skydds isolerade patienter som smittskydds isolerade patienter, eftersom det har lagts mycket resurser på att förbättra cancervården under de senaste åren.

De smittskydds isolerade patienterna påtalade vårdlidande och för någon patient blev vårdlidandet fysiskt uttryckt i form av inkontinens. Om eller när personalen brister i att ge patienterna uppmärksamhet kan de skapa vårdlidande hos patienterna, eftersom personalen då inte ser och uppmärksammar patienternas behov. När personalen inte uppmärksammar patienternas behov kan de heller inte utföra vårdhandlingar som tillgodoser dessa behov. Detta får till följd att patienternas vård uteblir (jfr Wiklund, 2003).

Detta examensarbete kan bidra till att personal som arbetar med isolerade patienter kan reflektera och diskutera kring isolerade patienters behov och kanske också göra egna undersökningar. Knowles (1993) menar att det är viktigt att vidare forskning kartlägger och beskriver de faktorer som kan påverka relationen mellan sjuksköterskor och patienter som befinner sig i isolering. På grund av detta är det viktigt att den personal som jobbar med smittskydds isolerade och skydds isolerade patienter utför egna undersökningar med jämna mellanrum för att kartlägga hur patienterna upplever vården de får under tiden de är inlagda på avdelningen. På så sätt får personalen reda på vad patienterna tycker att personalen är bra på respektive mindre bra på. Utifrån dessa undersökningar kan personalen arbeta vidare med att förbättra vården på deras avdelning.

Betydelse för vårdandet

Alla patienter upplever isoleringsvården på olika sätt, vilket får till följd att sjuksköterskan måste vårda patienterna utifrån deras enskilda behov. Till exempel behöver den patient som upplever ensamhet mer kontakt från sjuksköterskan än den patient som upplever isoleringen som oproblematiske.

Det framkom i detta arbetes resultat att patienterna ansåg att rutiner hjälpte dem att orientera till tid och få tiden att gå. Därför bör sjuksköterskan involvera de patienter, som orkar och vill, i rutiner som sker inne på patientens rum. Dessa rutiner kan vara att patienterna till exempel bäddar sin säng och dammar sina rum själva.

Somliga patienter upplevde att det var traumatiskt att bli isoleringsvårdad. Sjuksköterskan bör därför sträva efter att göra isoleringsupplevelsen så behaglig som

möjligt. Ett sätt att göra det på kan vara att sjuksköterskan informerar patienten om att han/hon ska bli isolerad samt vad det innebär att vara isolerad. Därefter kan sjuksköterskan ge patienten tid till att ta in denna information innan han/hon flyttas till ett isoleringsrum eller till en annan avdelning. Sjuksköterskan bör kontrollera att patienterna har förstått varför de är isolerade, annars finns en risk att de kan uppleva skam eller stigma.

Det fanns patienter som försökte upprätthålla ett privatliv under sin isoleringstid. Patienterna var måna om att det var de som hade kontroll över sina stunder när de ville vara ifred. Då är det viktigt att sjuksköterskan ser till att patientens önskemål om att vara i fred förs vidare till alla i arbetsgruppen, så att patienterna inte blir störda under denna stund.

Vissa patienter ville inte ha besök för att de var rädda för att bli smittade. Det är viktigt att sjuksköterskan uppmuntrar patienterna till att ta emot besök, eftersom det är de närstående som är allra bäst på att stötta och trösta patienterna. Viktigt är det också att sjuksköterskan informerar patienterna om hur de skyddar sig själva och skyddar andra från att smittas. Sjuksköterskan bör också uppmuntra de närstående till att komma och besöka patienten, eftersom patienterna redan upplever sig avskilda från sina familjer. Sjuksköterskan bör uppmuntra närstående till att fördela besöken jämt under dagen för att undvika att patienterna upplever långtråkighet.

Sjuksköterskan bör ta sig tid till att ofta gå in till de isolerade patienterna, annars kan patienterna uppleva att de inte blir uppmärksammade. Besök från sjuksköterskan kan även motverka att patienterna upplever enformighet. Det är viktigt att sjuksköterskan svarar på patienternas ringningar så fort som möjligt, eftersom detta annars kan påverka vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska negativt, samt skapa ett vårdlidande hos patienten.

Eftersom patienterna upplevde att deras vådrum hade en stor betydelse för hur de upplevde isoleringen, bör sjuksköterskan avsätta tid till att skapa nya intryck i rummet. Det behöver inte vara stora förändringar, det kan räcka med att byta tavlor och plastblommor. En annan viktig aspekt är att sjuksköterskan inte bör anse det självklart att alla patienter vill ha fönstret ut till avdelningen täckt. Istället bör sjuksköterskan fråga patienterna så att de själva får bestämma.

REFERENSER

- Bibliotek och läranderesurser, Högskolan i Borås (2008a). *Information om databasen Cinahl*. Hämtad 2008-01-03 från <http://www.hb.se/blr/dat/datid.asp?ID=5>
- Bibliotek och läranderesurser, Högskolan i Borås (2008b). *Information om databasen Medline*. Hämtad 2008-01-03 från <http://www.hb.se/blr/dat/datid.asp?ID=68>
- Brante, T., Andersen, H., Korsnes, O., (red.). (2001). Sociologiskt lexikon. Stockholm: Natur och Kultur.
- Campbell, T. (1999). Feeling of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 439-447.
- Ericson, E. & Ericson, T (2002). Klinisk mikrobiologi. infektioner, immunologi, sjukvårdshygien.. Stockholm: Liber AB.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Evans, D. (2003). Systematic review of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Friberg, F (red) (1997). Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.
- Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(1), 13-21.
- Gaskill, D., Henderson, A. & Fraser, M. (1994). Exploring the Everyday World of the Patient in Isolation. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 695-700.
- Handbok för hälso- och sjukvård (2007a). *Basala Hygienrutiner och personlig hygien*. Hämtad 2007-11-05 från http://www.sjukvardsradgivning.se/handbok/06_article.asp?CategoryID=2593&ParentId=2593
- Handbok för hälso- och sjukvård (2007b). *Multiresistenta bakterier, viktiga åtgärder*. Hämtad 2007-11-05 från http://www.sjukvardsradgivning.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3623&ParentId=3619&ChapterId=3623&Preview=
- Joachim, G. & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 243-248.

- Knowles, H. (1993). The Experience of Infectious Patients in Isolation. *Nursing Times*, 97(30), 53-56.
- Madeo, M. (2001). Understanding the MRSA Experience. *Nursing Times*, 97(30), 36-37.
- Nationalencyklopedin (2007). *Isolering*. Hämtad 2007-11-05 från http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=213940&i_word=isolering
- Nationalencyklopedin (2008). *Stigma*. Hämtad 2008-01-02 från http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=315452&i_word=stigma
- Newton, J. T. (2001). Patient's Perceptions of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus and Source Isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *Journal of Hospital Infection*, 48(4), 275-280.
- Oldman, T. (1998). Isolated Cases. *Nursing Time*, 94(11), 67-68.
- Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. Ingår i Friberg, F (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 85-88). Lund: Studentlitteratur.
- Smittskyddsinstitutet. (2008a) *Sjukdomsinformation om calicivirus*. Hämtad 2008-01-25 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/calicivirus-noro-och-sapovirus/>
- Smittskyddsinstitutet. (2008b) *Sjukdomsinformation om clostridium difficileinfektion*. Hämtad 2008-01-25 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/clostridium-difficileinfektion/>
- Smittskyddsinstitutet. (2008c) *Sjukdomsinformation om meticillinresistenta gula stafylokocker*. Hämtad 2008-01-25 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/meticillinresistenta-gula-stafylokocker/>
- Smittskyddsinstitutet. (2008d) *Sjukdomsinformation om vancomycinresistenta enterokocker*. Hämtad 2008-01-25 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/sjukdomar/vancomycinresistenta-enterokocker/>
- Smittskyddsinstitutet. (2008e) *Statistik för vancomycinresistenta enterokocker*. Hämtad 2008-01-25 från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/vancomycinresistenta-enterokocker-vre/>

Smittskyddsinstitutet. (2008f) Statistik för meticillinresistenta gula stafylokker.
Hämtad 2008-01-25 från
<http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/meticillinresistenta-gula-stafylokker-mrsa/>

Zichi Cohen, M., Ley, C., & Tarzian, A. J. (2001). Isolation in Blood and Marrow Transplantation. *Western Journal of Nursing Research*, 23(6), 592-609

Wallgren, G. (2002). Omvårdnad vid infektionssjukdomar.
Ingår i Hallbjørg, A (red.), *Klinisk Omvårdnad del 2* (s. 576-1167). Stockholm: Liber AB.

Wiklund, L. (2003). Vårdvetenskap i klinisk praxis. Stockholm: Natur och kultur.

BILAGA 1

Översikt av analyserad litteratur

	Perspektiv (vårdvetenskapliga eller andra teoretiska perspektiv)	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p>Titel: Exploring the Everyday World of the Patient in Isolation Författare: Gaskill, D., Henderson, A., & Fraser, M. Tidskrift: Oncology Nursing Forum, 24(4), 695-700. Årtal: 1997</p>	<p>Patientperspektiv Fenomenologiskt perspektiv.</p>	<p>Problem: Vare sig isoleringen är framförhandlad med patienten eller påtvingad ändrar inte situationen för patienten som är fysiskt, socialt och emotionellt avstängd från yttre miljöer. Därför är det viktigt att undersöka dess påverkan, speciellt när patientens emotionella välmående kanske redan är reducerat. Syfte: Att utforska vardagen för 7 hematologpatienter i skyddsisolering. Att tydliggöra de aspekter av isoleringen som kanske inte uppmärksammas av vårdpersonal.</p>	<p>Den kliniska konsulten valde ut 7 lämpliga deltagare som hon sedan intervjuade ihop med en forskare. De använde sig av öppna frågor och en ostrukturerad intervju som spelades in på bandspelare. Intervjuerna skrevs sedan ner på papper och forskarna läste igenom intervjuerna flera gånger innan de började med att plocka ut påståenden och fraser som stämde överens och satte samman dessa i teman.</p>	<p>Det tema som framträdde i intervjuerna var strävan efter att vara i kontroll, vilket refererar till patienternas försök att behålla kontrollen över sin situation i en till synes okontrollerad situation. De subteman som exemplifierar och förklarar är: påverkan av isolering och ensamhet, betydelsen av en religion eller ett trossystem, och att möta en ny dag.</p>

<p>Titel: Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients Författare: Newton, J.T. Tidskrift: Journal of Hospital Infection, 48(4), 275-280. Årtal: 2001</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Problem: Sjukhusförvärvade infektioner, som MRSA, är ett växande problem för sjukvården. För tillfället finns lite kunskap om patienters förståelse för MRSA, isolering, och barriärvård. Hur människor tänker om en sjukdom kan vara viktiga utslag för deras anpassning till sin sjukdom. Syfte: Att dokumentera MRSA-patienters uppfattning tillsammans med deras upplevelse av isolering.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med alla 19 deltagare spelades in på bandspelare. Intervjuaren följde en förutbestämd intervjuschema och använde sedan ytterligare utforskande frågor. Intervjuerna skrevs sedan ner på papper. Data hämtades från varje intervju och grupperades sedan in i kategorier.</p>	<p>De teman som hittades var: orsaker till MRSA, kontrollerbarheten av MRSA, konsekvenser av MRSA, uppfattningarna av isolering och barriärvård och påverkan av isolering.</p>
<p>Titel: Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment Författare: Campbell, T. Tidskrift: Journal of Advanced Nursing, 30(2), 439-447. Årtal: 1999</p>	<p>Patientperspektiv</p>	<p>Problem: I ljuset av den allmänna spridningen av psykosocial forskning finns det relativt lite litteratur som vänder sig med frågor till patienter som mottar behandling. Forskning under denna fas av cancerupplevelsen är viktig för att försäkra sig om att patientens behov blir tillgodosedda och att den psykologiska sjukligheten blir minimerad genom förebyggande vård. Syfte: Att beskriva cancerpatienters känslor av att bli vårdade i isolering som en konsekvens av cytostatika-behandlingen.</p>	<p>Fem patienter som hade fått högdos cytotatika och varit isolerade i minst 7 dagar intervjuades med hjälp av semistrukturerade intervjuer som spelades in. Intervjuerna tog mellan en halv till en timme. Intervjuerna skrevs ordagrant ner på papper, intervjuerna lästes igenom flera gånger och jämfördes med varandra för att hitta likheter. Sedan hittades olika kategorier.</p>	<p>De kategorier som speciellt relaterades till isolering var: att vara instängd, klara av upplevelsen, att vara ensam, och att upprätthålla kontakten med omvärlden. De kategorier som speciellt relaterades till cancer var: att ha cancer, att genomgå cytotatikabehandling, att veta vad som väntar, och utveckla relationer med sjukvårdspersonalen. Kärnvariabeln som sammanlänkar alla dessa kategorier är: någonting som jag måste göra.</p>

<p>Titel: Isolation in Blood and Marrow Transplantation Författare: Zichi Cohen, M., Ley, C., & Tarzian, A. J. Tidskrift: Western Journal of Nursing Research, 23(6), 592-609. Årtal: 2001</p>	<p>Patientperspektiv Hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv.</p>	<p>Problem: Forskning har påvisat de djupa psykosociala konsekvenserna av stamcellstransplantation. Men ett ganska försummat område är social isolering som patienterna upplever. Syfte: Att utforska patienters upplevelser av autolog benmärgstransplantation.</p>	<p>20 patienter som hade genomgått autolog benmärgstransplantation deltog, 5 st tackade nej. Intervjuerna genomfördes och spelades in efter behandlingen och tog mellan 1-2 timmar. Forskaren använde öppna frågor och startade intervjun med "hur var det att genomgå benmärgstransplantation?". Banden med intervjuerna lyssnades igenom och utskrifterna lästes igenom flera gånger sedan analyserades intervjuerna och delades in i olika kategorier.</p>	<p>De teman som hittades var: fysisk isolering – att skydda sig själv och andra, känslomässig isolering – att skydda sig själv och andra, och fysisk och känslomässig isolering – att stötta sig själv och andra, med subteman, fysisk caregiving med en positiv närvaro: att bli behandlad som en individ, ytterligare klara-av-strategier, samt att informera andra om hur de ger stöd.</p>
<p>Titel: The Experience of Infectious Patients in Isolation Författare: Knowles, H. Tidskrift: Nursing Times, 97(30), 53-56. Årtal: 1993</p>	<p>Patientperspektiv Sjuksköterskeperspektiv.</p>	<p>Problem: Patienter med infektioner är ibland vårdade i avskilda rum eller isoleringsrum. Man vet lite om hur denna upplevelse av att vara isolerad uppfattas av vare sig patientens eller sjuksköterskans perspektiv. Syfte: Att beskriva upplevelsen av att vara isolerad på ett enkelrum med en infektion från patientens perspektiv och sjuksköterskans perspektiv.</p>	<p>Åtta patienter och åtta sjuksköterskor intervjuades med hjälp av strukturerade frågor, Patienterna hade varit isolerade minst två dagar på grund av en infektion. Djupintervjuerna spelades in och skrevs sedan ut på papper, fältanteckningar som innehöll ytterligare information lades till. Datan analyserades och teman sorterades ut.</p>	<p>Patientens upplevelser delades in i: begränsad fysisk yta, barriärer från att ta kontakt, kontakt med andra patienter, att fördriva tiden, uppnå kontroll, och stigma. Sjuksköterskans uppfattningar delades in i: ta itu med psykiska aspekter av vård, tidsbegränsningar, rädsla för infektion, och åtgärder för infektionskontroll.</p>

<p>Titel: Understanding the MRSA experience Författare: Madeo, M. Tidskrift: Nursing Times, 97(30), 36-37. Årtal: 2001</p>	<p>Patientperspektiv Fenomenologiskt perspektiv.</p>	<p>Problem: De flesta patienter med MRSA känner sig ofta infekterade och tror att de är farliga för sig själva och sina familjer. Syfte: Att beskriva patienters upplevelse med MRSA av isoleringsvård.</p>	<p>Sju patienter intervjuades sedan lyssnade författaren på banden och tog ut betydelsefulla påståenden och organiserade betydelser till olika kategorier.</p>	<p>De kategorier som hittades var: förståelse och påverkan på besökare, hotell eller fängelse, stigma, och behandling.</p>
<p>Titel: Isolated cases Författare: Oldman, T. Tidskrift: Nursing times, 94(11), 67-68. Årtal: 1998</p>	<p>Patientperspektiv Sjuksköterske- perspektiv.</p>	<p>Problem: För att planera och genomföra holistic vård under dessa omständigheter, behöver sjuksköterskor förstå vad upplevelsen betyder för varje patient. Syfte: Att utforska patienters och deras sjuksköterskors uppfattningar av upplevelsen av att vara isolerad och att analysera, och jämföra dessa svar.</p>	<p>Fem patienter och fem sjuksköterskor intervjuades med hjälp av en semistrukturerad intervju med öppna frågor.</p>	<p>Följande teman framkom: ensamheten och stigman av att vara isolerad, enformigheten och frågorna över kontroll, och tid för reflektion.</p>