

Bachelorgradsoppgave

Intensivpasientens erfaring av faktorer som utløser stress

The ICU patients experience of factors causing stress



Camilla Otterbekk & Espen Balstad Husby

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

Sykepleie



Avdeling for helsefag,
Namsos

Abstrakt

Introduksjon: Et opphold på intensivavdelingen innebærer at pasienten ofte kan bli utsatt for fysiske, psykiske og miljørelaterte stressorer. I tillegg vil også omsorgen sykepleieren gir være avgjørende for graden av stress pasienten opplever under oppholdet.

Hensikten med denne oppgaven var å belyse intensivpasientens erfaring av faktorer som kan utløse stress.

Metode: En kombinasjon av kvantitative og kvalitative data er analysert fra 18 originale vitenskapelige artikler som er søkt på databasene PubMed, Medline og Cinahl.

Resultat: Utrygghet, hallusinasjoner, vrangforestillinger og mareritt er faktorer som preget pasientens psykologiske opplevelse. Smerter og ubehagelige prosedyrer preger den fysiologiske velværen. Det ukjente teknologiske miljøet ble av flere pasienter sett på som ubehagelig og skremmende som resulterte i at de ikke fant roen på avdelingen. Det viste seg også at flere pasienter opplevde stress i forbindelse med tap av informasjon og problemer med det å kommunisere med familie og helsepersonell.

Diskusjon: Pasient-, miljø- og relasjonsrelaterte faktorer har blitt diskutert. Hallusinasjoner, kaos, angst, mareritt og vrangforestillinger, i tillegg til smerte, tørste og ubehagelige prosedyrer utsatte pasienten for negativt stress. Sykepleierens kliniske blikk og kunnskap viste seg i denne studien å være er den viktigste forebyggende faktoren for å lindre negativt stress hos pasienten.

Konklusjon: Avslutningsvis bør det settes større lys på faktorer som kan skape stress hos pasienten for å lindre nød og for å gi pasienten en god opplevelse på intensivavdelingen.

Abstract

Introduction: A stay in the ICU means that the patients often can be subjected to physical, psychological and environmental stressors. In addition, the care given by the staff will be decisive for the degree of stress the patient experiences during their stay.

The purpose of this study was to elucidate intensive patient's experience of the factors causing stress.

Method: A combination of quantitative and qualitative data was analyzed from 18 original scientific articles that was searched in the databases PubMed, Medline and Cinahl.

Results: Insecurity, hallucinations, delusions and nightmares are the factors that influenced the patient's psychological experience. Pain and unpleasant procedures characterize the physiological well-being. The unknown technological environment was by several patients seen as unpleasant and frightening and resulted lack of peace in the department. It turned out that several patients experienced stress associated with loss of information and the difficulty of communicating with family and health professionals.

Discussion: Patient-, environment- and relationshiprelated factors have been discussed. Hallucinations, chaos, anxiety, nightmares and delusions, in addition to pain, thirst and unpleasant procedures fragment patients for negative stress. The nurse's clinical gaze and knowledge proved in this study to be the most important preventive factor to alleviate negative stress in the patient.

Conclusion: The ICU staff should have more focus on factors that can cause stress to the patient to relieve suffering and to give the patient a good experience in intensive care.

Nøkkelord/keywords: stress, intensive patient, memories, critical care

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1. Problemstilling	3
1.2. Begrensninger	3
1.3. Definisjoner	3
2. METODE	4
2.1. Inklusjonskriterier	4
2.2. Søkestrategi	5
2.3. Analyse	7
2.4. Etske overveielser	7
3. RESULTAT	8
3.1. Personrelaterte stressorer	8
3.1.1. Psykologiske faktorer	8
3.1.2. Fysiologiske faktorer	9
3.2. Miljørelaterte stressorer	10
3.2.1. Teknologiske faktorer	10
3.2.2. Sosiologiske faktorer	11
3.3. Relasjonsrelaterte stressorer	11
3.3.1. Kommunikative faktorer	11
3.3.2. Informative faktorer	12
4. DISKUSJON	14

4.1. Resultatdiskusjon	14
4.2. Metodediskusjon.....	21
4.3. Refleksjoner	22
5. KONKLUSJON	23
LITTERATURLISTE.....	24
VEDLEGG	29

ANTALL ORD: 7880

1. INNLEDNING

Stress står sentralt hos mennesket, og det er antakelig slik fordi stress er det første begrepet med rot i både psykologi og fysiologi som ble koblet sammen med utviklingen av de angivelig fysiske sykdommer. Helt tilbake til romertiden rapporterte legen Claudius Galenus (129 – 200) i en av sine bøker, om en ung kvinne som oppsøkte ham med flere fysiske sykdomssymptomer. Gjennom flere undersøkelser fant han ikke noe svar på hvorfor pasienten hadde disse symptomene, men da en annen person i rommet nevnte navnet på en ung flott danser, ble pasientens puls raskere og ujevn. Galenus fortsatte å si navnet på flere unge, vakre dansere, men det hadde ikke samme effekt på kvinnen. Legen konkluderte med at det var den ubevisste forelskelsen i den unge danseren som var opphavet til pasientens fysiske plager. Den unge damen opplever sin ubevisste forelskelse som så stressende at hun får kroppslige symptomer av dette (Espnes og Smedslund 2010).

Gjennom historien har stress blitt definert på tre ulike måter. Noen definerte stress som ytre påvirkninger, andre definerte det som reaksjoner på disse påvirkningene, mens andre igjen definerte stress som samspillet mellom reaksjonene på dem og de ytre påvirkningene. De ytre påvirkningene kalles ofte stressorer (Espnes og Smedslund 2010), og får mening ved at de bearbeides kognitivt (Reitan 2010). Stress oppstår ifølge Lazarus og Folkman når pasienten mister mening over situasjonen han befinner seg i (Fredriksen og Ringsberg 2006). Mennesker vil alltid konfronteres med stressfaktorer enten det er i form av potensielt stressende, akutte/kroniske situasjoner eller daglige irritasjonsmomenter som krever en eller annen form for mestring (Reitan 2010).

Stress kan deles inn i positivt- og negativt stress. Positivt stress er nødvendig for kroppens vekst og utvikling, og oppleves som oftest behagelig. Negativt stress oppleves alltid ubehagelig og belaster kroppen. *Når pasienten opplever sin situasjon som belastende, vil han føle negativt stress, det vil si stress som mobiliserer og tærer på de psykologiske reservekreftene. Negativt stress er kroppens reaksjon på biologiske, psykologiske og/eller sosiale belastninger* (Stubberud og Gulbrandsen 2010 s. 59). Kroppslige reaksjoner på stress kan i følge Stubberud og Gulbrandsen (2010) deles i to hovedbolker, fysiologiske og psykologiske.

En fysiologisk stressreaksjon innebærer at kroppen mobiliserer kroppen til fysisk aktivitet. Sentralnervesystemet, det autonome nervesystemet og det endokrine systemet setter i gang en ”fight or flight” reaksjon, som på kort sikt styrker kroppen. Stresshormonene som frigjøres i denne prosessen (adrenalin, noradrenalin, adrenokortikotropt hormon og kortisol) kan over tid være negativt for pasienten. Når det gjelder sirkulasjon, oksygen og energitilførsel blir viktige organer som hjernen, hjertet, lungene og musklene prioritert. Blodtrykket og pulsen stiger, samtidig som respirasjonsfrekvensen øker og blir dypere. Nyrene produserer ikke diurese, og økt muskeltonus medfører spente muskler. Hyperglykemi forekommer, ettersom leveren skiller ut glukose og cellenes opptak av glukogen hemmes. Som følge av mage og tarmmotorikk reduksjon, øker faren for ventrikelretensjon. Immunforsvaret reduseres, blodets koagulasjonsevne øker og redusert spyttsekresjon fører til munntørrehet (Stubberud og Gulbrandsen 2010).

En psykologisk stressreaksjon kan medføre at pasienten i liten grad oppsøker eller klarer å tilegne seg informasjon. Dette er et resultat som kan forekomme av den økte reaksjonstiden og reduserte evnen til nytenkning pasienten får av stress. I tillegg kan pasienten bli labil, frustrert, urolig, irritabel, sint og aggressiv. Pasienten kan i verste fall gå inn i en depresjon (Stubberud og Gulbrandsen 2010).

En akutt og/eller kritisk syk pasient blir utsatt for store psykiske påkjenninger. Det skyldes ikke bare pasientenes sykdom eller skade, men også de påkjenningene som medisinsk behandling og intensivsykepleie representerer (Stubberud og Gulbrandsen 2010 s. 55).

Intensivavdelingen er kjent for å være en stressende og belastende plass for pasienten. De berørte er ofte akutt syk, og situasjonen innebærer hurtige fysiologiske endringer som krever rask respons av sykepleieren (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Lazarus hevder at den effekten stress har på en person, baseres mer på personens følelse av trussel, sårbarhet og mulighet for å mestre situasjonen, enn på den stressende hendelsen i seg selv (Espnes og Smedslund 2010). Et opphold på intensivavdelingen innebærer at pasienten ofte kan bli utsatt for fysiske, psykiske og miljørelaterte stressorer (Soh, Soh, Ahmad, Raman og Japar 2008), samtidig kan også omsorgen og pleien sykepleieren utøver være avgjørende for graden av stress pasienten opplever (Stubberud og Gulbrandsen 2010).

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvilke situasjoner som belaster pasientens ressurser, og som skader kroppen ytterligere. Målet med oppgaven er å belyse hvilke faktorer som kan gjøre intensivpatienten stresset. Kjenner man disse faktorene, kan sykepleieren redusere stress og optimalisere forholdene slik at sykeleiet til hver pasient blir kortere og bedre.

1.1. Problemstilling

”Hensikten med denne oppgaven er å belyse intensivpatientens erfaring av faktorer som kan utløse stress.”

1.2. Begrensninger

Opgaven tar ikke for seg barns opplevelser fra sykeleiet.

1.3. Definisjoner

Det vil være nødvendig å definere intensivpatienten, slik at alle som leser oppgaven har en felles forståelse. Med en intensivpatient menes:

- *pasient som er i eller kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom eller skade*
- *pasient som etter kirurgi og anestesi har behov for å gjenopprette sirkulatorisk og respiratorisk balanse, og som trenger å få lindret smerter og annet ubehag*
- *pasient som har kronisk sykdom, og som enten får en tilleggssykdom eller en akutt forverring av sin grunnlidelse.*

(Stubberud og Gulbrandsen 2010 s. 23)

På bakgrunn av sykdom, sykdomsopplevelse og skade vil pasientene ofte ha ulike diagnoser, men en fellesnevner er at de er i en psykisk, fysisk, sosial og åndelig stress- og krisetilstand (Stubberud og Gulbrandsen 2010). I oppgaven er ordet *hun* brukt om sykepleieren, og *han* om pasienten. Dette er gjort for å variere språket i teksten.

2. METODE

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie, og dette innebærer at det har blitt søkt, kritisk gransket og sammenfattet litteratur innenfor et gitt problemområde (Forsberg og Wengström 2008).

Vilhelm Aubert definerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985:196) (Dalland 2007 s 81).

De artiklene som er med i oppgaven er en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Den kvantitative metoden brukes for å forme informasjonen om til målbare enheter, slik at resultatene kan ses som gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser (Dalland 2007). Besvarelsen er bygget på vitenskapelige artikler som er søkt opp i databasene PubMed, Medline og Cinahl. Resultatet i oppgaven er basert på 18 originale artikler. I tabell 1 – under søkestrategi – vises 13 artikler som er anvendt i resultatet. Tabellen viser informasjon om hvilken database som ble brukt, hvilke avgrensninger som er gjort, hvilke søkeord som har blitt anvendt og antall treff og inkluderte artikler. Det er lagt til et vedlegg – vedlegg 1 – som viser informasjon om hver inkluderte artikkel. Forfatter, artikkelnavn, år for publisering, land og metode er tatt med dette vedlegget.

2.1. Inklusjonskriterier

- Stress
- Intensivpasient
- Akutt/kritisk syke
- Erfaringer
- Vitenskapelig nivå på Database for statistikk om høgre utdanning

2.2. Søkestrategi

Artiklene *'Fishing with the dead' – Recall of memories from the ICU* skrevet av Judith M. Magarey og Helen H. McCutcheon, *Delusional memories from the intensive care unit – Experienced by patients with physical trauma* skrevet av Mona Ringdal, Lotta Johansson, Dag Lundberg og Ingegerd Bergbom og *Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments* skrevet av Sofia Almerud, Richard J. Alapack, Bengt Fridlund og Margaretha Ekebergh er hentet fra *Intensivsykepleie* boken av Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud. Ut fra referanselisten i kapittelet *Pasientens psykososiale behov*, ble artiklene skrevet i Google.com, og deretter søkt opp i databasen for å analyseres. Artikkelen *An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit* av Sarah Russell ble funnet i Intensivboken fra 2005 av Tove Gulbrandsen og Dag-Gunnar Stubberud. Karin Samuelson har flere artikler som omhandler intensivpasienten, og derfor ble hennes navn spesifikt brukt som et søkeord i PubMed og slik ble artikkelen *Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: A prospective evaluation* funnet.

Tabell 1. Inneholder søkeord, antall treff, inkluderte artikler i søket, avgrensninger som er gjort og fra hvilken database det ble søkt i.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall utvalgte	Antall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Cinahl	2007 – 2013	Intensive Care Units, Critical Care Nursing AND Stress Psychological, Stress Physiological	32	8	5	2
Medline	2004 – 2013	Intensive care AND Stress Psychological, Stress Physiological AND Memory	5	4	3	2
Medline	2010 – 2013	Intensive Care Units, Intensive Care AND Stress Psychological, Stress Physiological AND Memory*, Memory	2	1	1	1
Medline		Memory AND Intensive Care Units, Intensive Care	44	5	5	1
Medline	2007 – 2013	Intensive Care Units AND Patients	37	3	3	1
Medline		Critical Care AND intubation, intubation intratracheal AND pain, pain measurement	8	2	2	1
Cinahl	2007 – 2012 Full tekst	Intensive Care AND noise AND patients	15	2	1	1
Cinahl		Intensive Care AND stress-reactions	10	3	2	1
Medline		Intensive Care Units AND discomfort AND hallucinations	1	1	1	1

Cinahl	2005 – 2012	Intensive Care AND Memories	28	6	4	1
Medline		Intensive Care Units or Intensive Care AND Psychology	20	3	1	1

2.3. Analyse

Det er blitt gjort en tekstanalyse av artiklene som er inspirert av en innholdsanalyse. Analysen av teksten er gjennomført ved at artiklene først ble lest i sin helhet. Deretter har resultatdelene i artiklene blitt gransket slik at likheter, mønstre og forskjeller har blitt valgt ut. Disse har til slutt dannet kategorier i henhold til problemstillingen, og kategoriene har siden blitt anvendt som overskrifter i presentasjon av resultatet (Patton 2002 s. 462-467).

2.4. Ethiske overveielser

Målet med studien er å gjengi materialet så korrekt som mulig. Det vil si at materialet ikke er farget av egne meninger og forståelse. Artiklenes ISSN nummer har også blitt søkt opp i Database for statistikk om høgre utdanning for å kontrollere at de ligger på et vitenskapelig nivå.

3. RESULTAT

3.1. Personrelaterte stressorer

3.1.1. Psykologiske faktorer

Intensivavdelingen kan være en ekstremt stressende opplevelse for de fleste pasienter (Corrigan, Samuelson, Fridlund og Thome 2007). Opplevelsen involverer hele mennesket, ikke bare i hodet og sinn, men rammer hele kroppen (Storli, Lindseth og Asplund 2008). Den akutte situasjonen og det å være kritisk syk virker skremmende, og som en trussel mot deres eksistens (Samuelson 2011). Flere pasienter beskriver oppholdet som en kontinuerlig søken etter mening på et eksistensielt nivå (Storli mfl. 2008). Pasientene beskriver følelser som sjokk, kaos og en intens frykt for døden, og at dette var spesielt relatert til det å ha problemer med å få puste på grunn av respirator behandling. Også følelser som angst, sinne og frustrasjon blir nevnt. De opplevde bekymringer over situasjonen de var i og hadde et sterkt ønske om å flykte fra følelsene og situasjonen (Samuelson 2011). Pasientene var i et fremmed miljø og savnet sine kjente omgivelser, familie og ektefeller (Soh mfl. 2008), og de beskriver tristhet, ensomhet, tomhet og isolasjon som dominerende depressive følelser. Det å våkne opp og ikke være klar over hva som har hendt gjorde de usikre og hjelpeløse, og bidro til en følelse av ikke å ha kontroll over seg selv og situasjonen. Spørsmål som dukket opp hos pasientene var: «hvorfor skjer dette med meg?», «hva vil skje med meg?», «vil jeg dø?» (Samuelson 2011). Det å ikke ha kontroll over seg selv var en fryktelig skremmende opplevelse, og det å ikke ha kontroll på situasjonen gjorde noen av pasientene veldig frustrerte og ga en følelse av tap av sin frihet. Det var vanskelig finne håp i situasjonen og dette førte til nedstemthet (Hupcey 2000). De fleste pasientene undret over hvor lang tid de ville være på intensivavdelingen (Pang og Suen 2007) eller om de i overhodet kom seg fra sykeoppholdet med livet i behold. De begynte å forberede seg på det faktum at livet kunne ta slutt (Almerud, Alapack, Fridlund og Ekebergh 2007), og følelsen av hvordan de enkelt bare kunne dø var en intens opplevelse (Storli mfl. 2008).

Noen pasienter beskriver grusomme drømmer, vrangforestillinger (Herbst og Drenth 2012) og hallusinasjoner under oppholdet (Magarey og McCutcheon 2005), og de ble i stor grad plaget av dette (Samuelson, Lundberg og Fridlund 2007). Vrangforestillinger, drømmer og hallusinasjoner oppsto i forbindelse med sedativ behandling (Herbst og Drenth 2012). En pasient forklarer han var redd for å sovne på grunn av drømmene, og dette resulterte i

søvndepresjon (Russell 1999). Drømmene kunne være detaljerte og virket derfor realistiske for pasienten (Samuelson 2011), som for eksempel drømmer om døde mennesker kunne være en frykt for at de selv var død. Andre pasienter beskriver demoniske drømmer og dette var en beskjed om at de skulle til helvete. For de fleste pasientene var opplevelsen av drømmer om døden veldig traumatiske og stressende under sykeoppholdet (Magarey og McCutcheon 2005).

Flere av pasientene hadde problemer med å holde seg til virkeligheten. De var forvirret, hallusinerte (Magarey og McCutcheon 2005), og hadde vrangforestillinger med merkelige og skremmende syn (Herbst og Drenth 2012). Ofte omhandlet disse vold, skadede kroppsdeler eller om mennesker som ville skade dem (Samuelson 2011) Følelsene forbundet med disse hallusinasjonene var ekstremt intense og stressende for pasientene (Storli mfl. 2008).

Pasientene beskriver hallusinasjonene i form av skygger, farger og figurer, dyr og insekter i hele rommet, og mennesker med rart utseendet (Samuelson 2011). En pasient beskriver disse vrangforestillingene: respiratoren laget en lyd som gjorde at han så for seg krokodiller i rommet med knurrende lyder. Alle slangene fra de intravenøse posene og pumpene ble til spaghetti hengende fra taket. Pasienten trodde han kontinuerlig måtte tømme blæren, men dette var på grunn av det innlagte urinkateteret som ofte kan skape en følelse av full blære (Herbst og Drenth 2012). En annen pasient var sikker på at sykepleieren skulle dope han ned, drepe han og selge kroppsdelen hans (Magarey og McCutcheon 2005). Noen pasienter så døde mennesker og ble tvunget til å se grusomme syn av obduksjon (Storli mfl. 2008). En pasient beskriver at han trodde han var tilbake i krigen. Han fjernet alt av medisinsk utstyr og forsøkte å komme seg opp av sengen. De måtte spenne han fast for å sikre hans egen sikkerhet (Russell 1999).

3.1.2. Fysiologiske faktorer

Pasienter beskriver ekstremt ukomfortable og i deres øyne livstruende erfaringer av det å ikke ha kontroll over egen kropp (Samuelson 2011). De var ikke i stand til å røre kroppen på grunn av medisinsk utstyr som for eksempel plastslanger, oksygenmasker, intubasjons- og overvåkningsutstyr. Den største stressoren mange pasienter uttrykte under sykeoppholdet viste seg å være smerter (Soh mfl. 2008). En pasient beskriver at smertene kunne komme plutselig og var forferdelige (Adamson, Murgu, Boyle, Kerr, Crawford og Elliott 2004). Det å bli intubert, få ventilasjonsterapi, få innlagt sonde gjennom nese (Samuelson 2009), bli

stukket av nåler og få fjernet slim fra luftveiene ved hjelp av sug var ubehagelige og stressende opplevelser (Soh mfl. 2008). Daglige rutiner som vending, munnstell og mobilisering i form av for eksempel fysioterapi var også ubehagelige. Pasientene beskriver hvordan det følte å ha endotrakeal tube i halsen, og de fleste opplevde ubehag relatert til dette. Selv om intubasjonsutstyret var godt sikret for å hindre mye bevegelse kjente de tuben veldig godt. Varigheten av bruken av tuben ga hverken mindre eller mere smerter og plasseringen av tuben var forskjellig fra pasient til pasient. Dette ga derfor smerter på ulike plasser i halsen eller dypt i brystet. Noen opplevde smerter på venstre side av halsen, mens andre på høyre side. Andre beskriver smertene langt oppe i halsregionen eller nede i sternum og smertene kunne være skarpe og gnagende (Grap, Blecha og Munro 2002).

Intubasjonsutstyret ga en følelse av å ikke få nok luft og at de ble kvalt (Storli mfl. 2008). Masken som ble brukt til ikke-invasiv ventilering blir også beskrevet som svært ubehagelig da den skrapte mot kinnene og var derfor veldig ukomfortabel (Storli mfl. 2008). I tillegg følte de seg svimmel, var tørste, plaget av halsbrann, sårhet og hadde problemer med å svelge (Soh mfl. 2008; Samuelson 2011; Khalalia, Zbidat, Anwar, Bayya, Linton og Svirii 2011). En pasient forklarer at tørsten var uutholdelig og munnen følte som en ørken. Dette førte til at han klarte ikke å tenke på noe annet under hele oppholdet (Samuelson 2011). Sengen de lå i var ubehagelig og ga ingen god liggstilling, andre beskriver også at de syntes puten var ukomfortabel og dette ble til et stort irritasjonsmoment under oppholdet (Soh mfl. 2008).

3.2. Miljørelaterede stressorer

3.2.1. Teknologiske faktorer

Kritisk syke pasienter beskriver de teknologiske omgivelsene på en intensivavdeling som ukjent, uforståelig og skremmende (Almerud mfl. 2007; Samuelson 2011). Det å være overvåket av teknisk utstyr som til tider kanskje ikke fungerte som det skulle eller det å bli transportert til for eksempel røntgen skapte også mye negativt stress (Samuelson 2011). Utsikten fra sengen var begrenset med høye og forstyrrende lyder, skarpt lys og ukjente lukter (Samuelson 2011). Intensivavdelingen er et vanskelig miljø og sette seg inn i, og dette gjør det derfor vanskelig for pasientene å beskrive omgivelsene i detaljer, men rommet beskrives av en pasient som en steril og kald garasje. Atmosfæren i avdelingen og hele situasjonen opplevdes som merkelig (Almerud mfl. 2007), kaotisk og svært forstyrrende.

Tilstedeværelsen av personalet i rommet ga ingen trygghet fordi de ikke hadde tilgang til noen

form for varsling, og dette ga vanskeligheter med å få oppmerksomheten fra personalet når de ønsket det (Samuelson 2011). Lyset i rommet ble slått av og på uten noe forvarsel og om natten kunne pasientene skimte skremmende skygger som var skyggene av helsepersonellet i rommet (Almerud mfl. 2007). Reguleringen av varme og kulde i rommet var også ubehagelig og det at de ikke var i stand til å si ifra om dette (Samuelson 2011).

3.2.2. Sosiologiske faktorer

Det å dele rom med andre pasienter var en belastning (Samuelson 2011). Noen pasienter forklarer at det var svært ubehagelig å være der og se andre syke mennesker. Det var som en krigssone, andre pasienter kunne skrike i timevis, og en pasient forklarer at han hørte en annen pasient lage lyder som et dyr (Russell 1999). Intensivpasientene sliter med sine egne bekymringer og problemer, og pasienter i samme rom forstyrret ofte roen de trengte. Uten å ønske det selv tok de også del i andre pasienters skjebne (Grap mfl. 2002; Akansel og Kaymakci 2007; Samuelson 2011). Det kunne være et høyt aktivitetsnivå på avdelingen uansett tid på døgnet og pasientene følte de var i et rom fylt med mennesker som hastet inn og ut. De forklarer at det var som å være i en fabrikk fylt med syke mennesker (Russell 1999). Det var konstant høylytt snakking mellom helsepersonell og pasienter med ingen forståelse for at andre syke pasienter trengte fred og ro (Samuelson 2011). Pasienter kom fra operasjoner og akuttmottaket til intensivavdelingen for videre overvåkning og behandling uansett tid på døgnet. Om morgenen var det spesielt mye støy i forbindelse med vaktskiftet. Dette skapte mye uro i avdelingen og gjorde det vanskelig for pasientene å sove (Akansel og Kaymakci 2007).

3.3. Relasjonsrelaterte stressorer

3.3.1. Kommunikative faktorer

Intubasjonsutstyr var en faktor som mange intensivpasienter rapporterer som en stressor, på grunn av at dette ga kommunikasjonsutfordringer (Samuelson mfl. 2007; Soh mfl. 2008; Samuelson 2009, 2011; Khalaila mfl. 2011). Pasientene opplevde en stor psykisk belastning i form av negative følelser som depresjon, angst, frykt og sinne ved bruk av intubasjonsutstyret (Khalaila mfl. 2011). De strevet etter å kommunisere, men feilet og var ikke i stand til å uttrykke behov. Noen opplevde også mye stress etter at tuben var blitt fjernet, de hadde

problemer med å formulere setninger eller i hele tatt å få til lyd (Samuelson 2009, 2011). Ubehaget relatert til det ikke å kunne snakke var spesielt stort i forbindelse med nedtrappingen av den mekaniske støtten da pasientene var mer bevisste (Khalaila mfl. 2011). En pasient beskriver angsten. Han fikk ikke til å snakke, og ville forklare sykepleierne at det føltes som han skulle dø fordi han ikke fikk tilstrekkelig med luft (Samuelson 2011).

3.3.2. Informative faktorer

Flere pasienter forklarer at de menneskene som egentlig skulle skape trygghet i stedet ble en faktor som forårsaket stress. Pasientene fikk lite informasjon under sykeoppholdet om hva som foregikk, det var ingen eller få opplysninger om deres medisinske tilstand, prognose og videre behandlingsforløp (Pang og Suen 2007). Ved legevisitten snakket legen og sykepleieren sammen, men inkluderte ikke pasienten i samtalen og opplyste heller ikke hvordan forløpet skulle gå videre (Magarey og McCutcheon 2005). Sykepleieren og legen brukte også fagspråk som var uforståelig. En pasient forteller han hørte bare deler av det som ble sagt under den daglige legevisitten. Dette førte til feilinformasjon og frykt. Sykepleieren opplyste heller ikke pasientene om tid eller hvilken dag det var (Russell 1999).

Noen pasienter rapporterer problemer med å stole på personalet under sykeleiet der de trodde at pleierne var ute etter å skade dem. Pasientene kunne kjempe mot personalet og bruke mengder av tid og energi på å finne mening med oppholdet på intensivavdelingen (Hupcey 2000; Magarey og McCutcheon 2005). En pasient beskriver akkurat dette. Det var som en evig kamp mot sykepleierne og legene der han brukte mye tid på å legge en plan for å kjempe seg ut av rommet og sykehuset (Magarey og McCutcheon 2005). Det å ikke vite hva som hadde hendt eller hvorfor han var pasient skapte mye angst og frykt, og resulterte i at han motsatte seg behandling (Hupcey 2000).

Det rapporteres også at under sykeoppholdet fikk pasientene en følelse av at helsepersonellet faktisk ikke ønsket å snakke om hva som bekymret dem eller hva de opplevde som skremmende. Fokuset var for det meste på det teknologiske, og selv om de konstant ble overvåket glemte de å se pasienten som et menneske med behov for å snakke om sine bekymringer (Almerud mfl. 2007; Soh mfl. 2008). Flere beskriver helsepersonellet som respektløse (Samuelson 2011), med en liten profesjonell holdning (Corrigan mfl. 2007) og med mangel på oppmerksomhet. De tok lite hensyn til hvordan pasientene opplevde

situasjonen og lyttet ikke til deres ønsker (Samuelson 2011). Pasientene overhørte ofte private samtaler mellom sykepleiere under stell og prosedyrer der de var svært negative og kom med nedsettende kommentarer (Soh mfl. 2008; Samuelson 2011). Sykepleierne kunne overse pasientene. De lyttet ikke, var uærlige og behandlet de på en hard måte (Hupcey 2000). En pasient forklarer at han følte seg så utrygg at han faktisk var redd for å falle i søvn på grunn av dette (Samuelson 2011). At helsepersonellet ikke ønsket å vite eller spørre om hvordan pasientene følte seg var en av hovedgrunnene til at de følte seg ensomme. Noen pasienter var også redde for å forstyrre personalet, og kontaktet dem derfor minst mulig. De var redde for å bli sett på som «den slemme pasienten» (Almerud mfl. 2007). En pasient rapporterer om mangel på medfølelse da han våknet opp med store smerter. I stedet for å hjelpe ga sykepleieren beskjed om at han skulle slutte å klage (Magarey og McCutcheon 2005). Noen pasienter beskriver de fikk så lite tillit til personalet under oppholdet at de er redde for å havne tilbake på intensivavdelingen (Hupcey 2000).

Familiemedlemmer var ikke alltid til stede når pasientene trengte dem, og de kunne trekke seg unna når pasientene virkelig trengte noen å snakke med. De kunne skjule informasjon og dette fikk pasientene til å undre på hva som var galt. Familiemedlemmer kunne komme inn på rommet til pasientene og virke oppskaket. Dette gjorde at pasientene skjønnte at situasjonen var alvorlig og førte til at de ble urolige og stresset (Hupcey 2000).

4. DISKUSJON

4.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse intensivpasientens erfaringer av faktorer som kan utløse stress. Resultatet viser at det kan være flere faktorer som skaper stress hos pasienten under oppholdet på intensivavdelingen. Det er sykepleierens oppgave å redusere stress pasienten opplever. Det å føle seg trygg er et viktig behov for intensivpasienten. Frykt, angst, sjokk og kaos er de følelser som er mest gjennomgående hos akutt syke pasienter, og er ofte relatert til faktorer som påvirker følelsen av trygghet. Dette kan for eksempel være å vite hva som skjer og hva som er i vente, gjenvinne kontroll, opprettholde håp, bli overvåket, få god omsorg av personalet, ha familie og venner rundt seg og det å ha tillit til personalet (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Resultatet viser at pasienter opplever at disse faktorene ikke blir tilfredsstillende og at dette kan være årsaken til det negative stresset de blir utsatt for.

Endringer i kroppen kan påvirke sjelelivet, og føre til at det kan dukke opp eksistensielle spørsmål som beskrevet hos pasientene i resultatet (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Dette kan være spørsmål som «hvorfor skjer dette med meg?», «hva vil skje med meg?», «vil jeg dø?» For mange vil det være naturlig å vurdere hvilke sider av livet som er viktige og representerer betydningsfulle mål og verdier. Det kan være helse, familie, venner, arbeid eller tro. Denne prosessen kan utløse frykt, angst eller depresjon hos pasientene. For å redusere angst til pasienten bør sykepleieren være tilstede gjennom hele døgnet og lindre nød når det er mulig (Lusk og Lash 2005). For sykepleieren innebærer dette at hun gir fysisk kontakt og er innenfor synsvidde (McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell og Hudson 2002). Sykepleieren kan ikke alltid fjerne bekymringer og angst hos pasienten, men det å være tilstede, lytte og inkludere pasienten i handlinger som foregår rundt sengen kan være med på å minske angsten hos pasienten (Bachmann og Lindhardt 2007).

Resultatet viser at det å ikke ha kontroll over situasjonen eller egen kropp er en skremmende opplevelse og at dette kan føre til at pasienten mister sin frihet. Å være kritisk syk kan gi pasienten en opplevelse av redusert autonomi, og en følelse av å ha liten eller ingen kontroll i situasjonen. Manglende kontroll over egen kropp kan gi en surrealistisk kroppsupplevelse for pasienten. Sykdom, smerter, medisinsk behandling og ubehag kan også gjøre at kroppen føles fremmed (Rotondi, Chelluri, Sirio, Mendelsohn, Schulz, Belle, Im, Donahoe og Pinsky 2002).

Pasienten er avhengig av sykepleieren for å få tilfredsstilt sine grunnleggende behov, og denne avhengigheten trenger ikke å oppleves som positivt. Følelser som hjelpeløshet og sårbarhet oppstår som følge av at man trenger hjelp til det meste. Pasienten kan ha liten eller ingen mulighet til å ta individuelle avgjørelser, utfolde initiativ eller påta seg ansvar. Daglige gjøremål som han er vant til å utføre selv er kanskje fullstendig overlatt til andre. Ubehagelige prosedyrer, undersøkelser og behandlingstiltak kan forårsake angst og pasienten kan oppleve trussel om svikt eller tap av fysisk funksjon. Sykepleieren skal ta hensyn til pasientens mulighet for autonomi. Helsepersonell kan også ved å presentere seg og vise respekt for pasienten, gi en følelse av kontroll og sikkerhet, noe som minsker stressnivået (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Muligheten til å planlegge aspekter i egen omsorg er et virkemiddel som også øker følelsen av kontroll (Lusk og Lash 2005). Pasienten har behov for å bli stimulert til å bli en aktiv deltager i de avgjørelser han har forutsetning for å ta. Valgmuligheten kan være å bestemme liggestilling, tidspunkt for stell, tidspunkt for tilførsel av smertestillende og hvilke personer i det sosiale miljøet som skal ha pasientopplysninger. Videre kan pasienten bestemme hvilke opplysninger som skal gis og tidspunkt for besøk. Sykepleieren bør også planlegge vekten sammen med pasienten, informere om undersøkelser og behandling han skal gjennomgå i løpet av dagen. Enkle mål kan avtales for dagen eller uken. Dette kan være mål innen for eksempel fysisk aktivitet, ernæring og avvenning fra respirator (Meijers og Gustafsson 2008).

Resultatet viser også at flere pasienter opplever vonde drømmer, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Hallusinasjoner oppstår som en mekanisme for å takle psykologiske utfordringer pasientene blir utsatt for (Herbst og Drenth 2012). Det at pasientene ikke er klar over hva som feiler de, eller hvorfor de er pasient – hvorfor de ligger i en sykehusseng tilkoplek ukjent utstyr, eller hvorfor de har smerter og ubehag kan skape vrangforestillinger om det de hører og ser rundt seg. Medisinsk behandling, komplikasjoner til medisinsk behandling, skade, sykdom og grad av bevissthet kan også påvirke pasientenes evne til å skille mellom fantasi og virkelighet (Almås, Stubberud og Grønseth 2010) Samtidig kan det negative stresset pasienten utsettes for kombinert med legemiddelbehandlingen som medfører analgesi og sedasjon, gi mareritt og hallusinasjoner. Dette gjør at pasientene kan oppleve å være i skremmende situasjoner eller ha en følelse av forfølgelse og at personalet kan bli oppfattet som truende eller at sykehuset er et farlig sted å være (McKinley mfl. 2002). Resultatet viser dette ved at pasienter trodde personalet var ute etter å skade dem, og oppholdet var en evig kamp for å komme seg ut fra sykehuset. Som følge av disse

vrangforestillingene og hallusinasjonene kan pasienten motsette seg livreddende behandling, og i sin forvirring rive ut kanyler, sonder eller dren og ødelegge transfusjons- og annet livreddende utstyr. Pasienter som tidligere har opplevd dramatiske eller skremmende opplevelser, kan få hallusinasjoner med et innhold som er farget av disse tidligere opplevelsene. Et eksempel som dette kan være tidligere opplevelse fra krigen som er beskrevet i resultatet (Malt og Malt 2012). Det er viktig at sykepleieren tilegner seg informasjon om pasienten har noen psykisk lidelse eller har vært utsatt for tidligere traumatiske opplevelser. Å vite hva som kan være vanskelig for vedkommende i forhold til det å være akutt kritisk syk er relevant kunnskap for å forebygge angst, utrygghet og stress. I noen situasjoner kan pårørende være en sentral kilde til informasjon for å finne ut om pasienten har hatt slike opplevelser. For å iverksette de riktige forebyggende tiltakene mot hallusinasjoner og vrangforestillinger er det vesentlig at sykepleieren har kompetanse og et godt klinisk blikk til å observere og vurdere pasientens tilstand (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Pasienter som har vrangforestillinger og hallusinasjoner kan ofte ha liten vilje til å samarbeide, de kan være motorisk urolige eller aggressive, utagerende og dette stiller store krav til sykepleierens etisk-moralske kompetanse. Sykepleieren bør se etter symptomer der pasienten har en lyttende holdning etter stemmer, at pasienten stirrer, plukker eller sparker etter noe andre ikke kan se. Hallusinatoriske opplevelser kan føre til at pasienten blir fraværende med svekket evne til å opprettholde eller endre fokus. Vrangforestillinger kan oppstå på grunn av feiltolkninger. Sykepleieren bør holde kontinuerlig kontakt med pasienten. Dette innebærer at hun etablerer og opprettholder en forbindelse med pasienten. Mennesker med tendens til feiltolkning kan ha lett for å isolere seg, og ved isolasjon får feilaktige oppfatninger ikke korrigerings. Derfor er sosial kontakt kanskje det viktigste middel til bedring av tilstander med vrangforestillinger. Andre aktuelle sykepleietiltak kan være stimulering, realitetsorientering, aktivisering og fysisk berøring. Ved hallusinasjoner skal sykepleieren vise forståelse og trygge pasienten når hallusinasjonene er plagsomme og skremmende. Pasienten kan holde symptomene i sjakk ved hjelp av aktivitet, kontakt og eventuelt medikamenter. Ved å vise omsorg og utføre tiltak selv om pasienten motsetter seg det, viser man at det finnes andre virkeligheter enn den han selv opplever. Om dette ikke lykkes ved første forsøk, kan sykepleieren forsøke flere ganger. Selv om pasienten ikke gir uttrykk for at dette hjelper, kan det være positivt for hans selvoppfatning at andre vil han skal ha det godt og at alle hans omgivelser formidler dette (Løkensgard 1995).

Resultatet viser at noen pasienter var redde for å falle i søvn på grunn av mareritt, og at dette resulterte i søvndepresjon. Den akutt kritisk syke pasienten kan sjelden uttrykke sine opplevelser, og drømmer og mareritt er ofte en måte å bearbeide disse opplevelsene på. Sykepleieren kan ved å lytte til de tankene den enkelte gir uttrykk for hjelpe med å bearbeide opplevelser. Har ikke pasienten mulighet for å kommunisere, kan det å være tilstede trygge og minske frykten som gjør det vanskelig å falle i søvn (Moesmand og Kjøllestad 2004; Bachmann og Lindhardt 2007).

Pasienter i resultatet beskriver også et stort savn etter kjente omgivelser, familie og ektefeller, og at dette ble en kilde til utrygghet. Pasienten er i kontakt med mange mennesker, men kan likevel ha en følelse av isolasjon og ensomhet. Tilstedeværelse av familie og venner er veldig viktig for at pasienten skal føle seg trygg, men også for å opprettholde håp hos pasienten. Kontinuerlig oppmuntring gjør at pasienten blir sterkere og i stand til å kjempe. Familie, venner, religion og personal på avdelingen kan gi pasienten den støtte og oppmuntring han trenger. Dette kan være støtte i form av orientering om verden utenfor, vise medmenneskelighet og forståelse, vise bilder av familiemedlemmer og minne pasienten på at det er positive ting å kjempe for (Hupcey 2000).

Resultatet viser at smerter var en av de største stressorene pasientene ble utsatt for. Smertene pasienten opplever kan være belastende og oppleves meningsløse (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Det å bli intubert, få ventilasjonsterapi, få innlagt sonde gjennom nese, bli stukket av nåler og få fjernet slim fra luftveiene ved hjelp av sug kan være ubehagelige og stressende opplevelser. Følelsen av smerten som pasienten opplever er en subjektiv opplevelse som er svært sammensatt. Følelsesmessige og tankemessige forhold vil være avgjørende for opplevelsen av smerten. Resultatet viser at en pasient ikke fikk hjelp da han våknet med sterke smerter, men ble bedt om å dempe seg. Ved smerter kan pasienten bli irritabel, og toleransegrensen hos vanligvis tålmodige og rolige pasienter kan bli sterkt nedsatt. Dette kan føre til verbale uttrykk i form av sterke gløser, kjefting eller bønn om hjelp, og hos noen gråt (Holst 2007). En pasient som er stresset vil ha økt søvnløshet og angst på grunn av økt sympatikusaktivitet og frigjøring av kortikosteroider. Å falle i søvn når man har smerter er nesten umulig. Dette er svært uheldig da den restaurerende effekten av søvn har stor betydning for pasienten. Søvnens funksjon er å gi sentralnervesystemet mulighet til å hente seg inn etter dagens belastninger. Når kroppen skiller ut veksthormoner og forholdene for vevet bedres på grunn av redusert oksygenbehov og metabolisme, bidrar dette til å fremme

sårtilheling og kroppens normalfunksjoner. Immunforsvaret er avhengig av søvn og søvnmangel vil derfor redusere kroppens evne til å bekjempe infeksjoner. Mangel på søvn kan også føre til forvirring, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Friese 2008; Wolland og Heier 2009). Opplevelsen av smerten kan forsterkes hvis pasienten ikke har innsikt i eller er dårlig informert om hva som er årsaken. Sårbarhet og stress kan også føre til smerte ved helt rutinemessige prosedyrer som gjennomføres gjentatte ganger i døgnet (Sifflet, Young, Nikoletti og Shaw 2007). Sykepleierens oppgave er å kartlegge pasientens behov for smertelindring, sette mål for lindringen, iverksette lindrende tiltak, påvise behov for endrede eller ytterlige tiltak og iverksette disse, og vurdere virkningen av tiltaket. Pasientens enkelte situasjon bør vurderes, både den subjektive og den objektive. Sykepleieren må skaffe seg informasjon om hvilke psykologiske, fysiologiske og sosiale aspekter som foreligger, som kan påvirke pasientens oppfatning og reaksjon på smerte. Sykepleieren bør også være klar over at intensivpasienten kan være så syk at han ikke er i stand til å uttrykke behov, og dette gjør smertelindringen til en utfordring. Pårørende kan være en kilde i denne sammenhengen, i tillegg til kontinuerlig vurdering som observasjon, kartlegging og tidligere sykehistorie (Klopfenstein, Hermann, Mamie, Van Gessel og Forster 2000).

Målet med intensivsykepleien skal være å skape et miljø der pasienten får nærhet og medmenneskelighet (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Resultatet viser at intensivavdelingen er et vanskelig miljø å sette seg inn i for pasienten. Han har ofte et begrenset synsfelt og hørselen er ofte den eneste form for stimuli når pasienten ikke kan bevege seg, skifte stilling eller mulighet til å sette seg opp for å få bedre oversikt over omgivelsene. Hvis pasienten ikke kan sitte oppreist bør sykepleieren beskrive omgivelsene for han. Utsyn og oversikt til miljøet omkring kan være med på å realitetsorientere pasienten for fremmede lyder og om det er natt eller dag. Pasienten trenger en bekreftelse på at han blir sett av personalet, selv om han ikke ser personalet fra sin posisjon. Dette kan forebygge følelsen av isolasjon og ensomhet (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

Det tekniske avanserte utstyret er livsforlengende og veien tilbake til god helse kan være lang og medfører derfor at pasienten kan bli liggende på avdelingen over lengre tid. Nedtrappingen av behandlingen er ofte utfordrende og belastende. Pasienten blir mer bevisst på omgivelsene på grunn av redusert bruk av opioider. Dette fører igjen til at negativt stress belaster kroppen over lengre tid. På grunn av det utstyret pasienten er tilkoblet vil muligheten til å forflytte seg være begrenset og muligheten til å se sine omgivelser vil derfor være innskrenket. Å gi

pasientens omgivelser et mer personlig preg ved hjelp av bilder, kort og tegninger kan gi omgivelsene et mindre sterilt preg. På grunn av den begrensede muligheten til å forflytte seg bør disse plasseres slik at pasienten får til å se dem. Beroligende musikk kan brukes til å avlede stressende situasjoner, redusere fysiologiske stressreaksjoner og hjelpe pasienten å finne ro i de ukjente omgivelsene (Lusk og Lash 2005). Valg av musikk vil være individuelt og en smakssak. Hvis pasienten ikke har mulighet til å slå av musikken selv bør ikke musikken være på mer enn 45 minutter. Musikken kan irritere pasienten. Hvis det ligger flere pasienter på samme rom kan hodetelefoner brukes slik at andre ikke blir forstyrret (Almerud og Petersson 2003).

Resultatet viser at lyder pasienten opplever under oppholdet kan være skremmende og høyløyt. Behandlingen kan kreve støyende teknisk utstyr. Det er kanskje ikke nødvendig at alle alarmer er tilkoblet om sykepleieren er til stede hos pasienten, eller at styrken på alarmer og alarmgrenser justeres i forhold til forventninger og krav til kontroll. Informasjon om hva slags behandlings- og overvåkningsutstyr pasienten er tilkoblet, kan gi et realistisk bilde av årsaken til alarmer, lyder og den nedsatte muligheten for bevegelse. Resultatet viser også at det kan være et høyt aktivitetsnivå på avdelingen og at dette er forstyrrende. Det bør være minst mulig personell inne på pasientrommet og personalet bør senke stemmeleiet, unngå diskusjoner og utenomsnakk i nærheten av pasienten. Sykepleieren kan beskytte pasienten ved å opptre rolig og våge å si ifra dersom utenforstående lager støy (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Resultatet viser også at sterkt lys kan være en stressor for pasientene. Sterkt lys øker den fysiologiske aktiveringen – jo sterkere lys desto vanskeligere blir det å sove. For å kunne observere pasienten og utføre behandlingstiltak er det nødvendig med noe lys, men sykepleieren bør være bevisst på å gjøre forskjell på dag og natt og ikke bruke taklyset om natten, men for eksempel punktbelysning (Wolland og Heier 2009).

Resultatet viser at det å dele rom med andre pasienter er en belastning. Andre pasienter forstyrrer roen de trenger og uten å ønske det tar de del i andre pasienters skjebne. Hvis flere pasienter ligger i samme rom, bør det være stille timer for at pasientene skal kunne finne søvn og hvile. Dette krever godt samarbeid mellom de ansvarlige sykepleiere i forhold til intervensjoner som skal gjøres i løpet av vekten. Det krever også godt samarbeid med leger og andre profesjoner i behandlingsteamet. Plasseringen av den enkelte pasienten kan også planlegges slik at han skjermes fra unødvendig støy eller inntrykk fra andre pasienter (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Det at oppholdsrommet ikke har noen form for varsling

kan føre til at pasienten føler seg utrygg selv om sykepleieren er tilstede i rommet.

Sykepleieren kan lære pasienten enkle metoder for å varsle som for eksempel ved hjelp av en liten bjelle, berøring eller å klikke med tungen (Khalaila mfl. 2011).

Resultatet viser at pasienter på intensivavdelingen kan ha vanskeligheter med å kommunisere med helsepersonell. På grunn av bevisstløshet, intubasjon og sedasjon kan det være vanskelig for pasienten å uttrykke seg verbalt. Pasienten kan være sløv og ha redusert hukommelse som følge av sykdom, analgesi, skade og sedasjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Kroppen er laget slik at den skal uttrykke seg ved hjelp av verbal kommunikasjon og kroppsspråk. Når pasienten ikke er i stand til å uttrykke seg verbalt og kroppen er redusert på grunn av sykdom kan hjelpeløshet og stress oppstå (Fredriksen og Ringsberg 2006). På grunn av at intensivpasienten ofte kan være intubert må sykepleieren i stor grad tolke hans non-verbale kommunikasjon. Det er lett å overse han og fokusere på den tekniske delen av sykepleien i situasjoner en får liten eller ingen verbal respons fra pasienten. For sykepleiere er det en utfordring å skaffe seg erfaring i å bruke alternative kommunikasjonssystemer (Stubberud og Gulbrandsen 2010). Eksempler på slike kommunikasjonssystemer kan være penn og papir, peketavle med bokstaver, bildekort, computerassistert kommunikasjon, talekanyle og taleventil, mimikk og gjenta det man mener pasienten har uttrykt. Kommunikasjon mellom pasient og pårørende kan oppfordres for å minimalisere sosial isolasjon og negativt stress (Lusk og Lash 2005). Pårørendes kommunikasjon om dagligdagse hendelser kan avlede pasientens oppmerksomhet fra anstrengende og ubehagelige behandlingstiltak. Pårørende kan også brukes som en ressurs i kommunikasjon med pasienten. De kjenner som regel pasientens behov og interesser bedre og kan fungere som en tolk mellom pasient og sykepleier (Patak, Gawlinski, Fung, Doering, Berg og Henneman 2006). Sykepleieren bør også bruke gode non-verbale kommunikasjonsferdigheter som øyekontakt, aktiv lytting (Khalaila mfl. 2011) ha en mottagende og åpen kroppsholdning, bekreftende blick eller berøring, være avslappet og naturlig og la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (Eide og Eide 2007).

Resultatet viser at pasienten kan oppleve mangel på informasjon under oppholdet. I følge lov om pasientrettigheter (43) har pasienten rett til den informasjon han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand, og informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, erfaring, kulturell og språklig bakgrunn (Stubberud og Gulbrandsen 2010).

Pasientrettighetsloven gjelder for personer som oppholder seg i Norge. Studien har inkludert flere land der denne loven kanskje ikke er gjeldende. Dette kan være en av grunnene til at

pasienter opplever mangel på informasjon fra helsepersonell. Det er viktig at pasienten får god informasjon om «hva vi gjør» og «hvorfor vi gjør»; informasjonen vil gi oversikt og forståelse for situasjonen og igjen gjøre at pasienten blir mindre stresset. Logiske forklaringer på ubehagelige prosedyrer kan bidra til å hjelpe pasienten til å mestre det negative stresset som er forbundet med situasjonen (Lusk og Lash 2005). Forberedende beskrivelser av prosedyren gjør det mulig for pasienten å danne seg et bilde på forhånd, og han kan forberede seg mentalt på det som kommer. Dette skal gjøres selv om pasienten er sedert eller bevisstløs (McKinley mfl. 2002). Videre bør timeplanen for dagen inneholde hvile slik at pasienten får mulighet til å hente seg inn mellom prosedyrene (Lusk og Lash 2005). Pasienten kan kontinuerlig bli forklart hva som forgår, men på grunn av at han blir utsatt for negativt stress kan dette føre til økt reaksjonstid og redusert evne til nytenkning. Pasienten vil da ha problemer med å tilegne seg informasjon. Analgesi og sedering kan også påvirke pasientens hukommelse og forståelse av den informasjon som blir gitt. Informasjonen bør derfor kategoriseres og det bør brukes et dagligdags språk som er forståelig som korte setninger, gjentakelser og la informasjonen få «synke inn» før prosedyrer blir utført (Hupcey 2000). Mangel på informasjon om hva klokken er, eller det å ikke ha en klokke tilgjengelig kan også føre til stress hos pasienten. Sykepleierens oppgave er å realitetsorientere pasienten ved for eksempel å informere om hvilken tid det er på døgnet og hvor pasienten befinner seg. Kalender og klokke bør plasseres innen synsvidde slik at det blir lett for pasienten å følge med på hvilken dag det er og hvor mye klokken er (Stubberud og Gulbrandsen 2010).

Resultatet viser at dårlig omsorg kan gi mangel på tillit til personalet under oppholdet. Sykepleieren har, i kraft av sin stilling og sin kompetanse en makt over pasienten som er i en svært sårbar posisjon. Han er avhengig av at sykepleieren bruker sin makt og sin kunnskap på en moralsk forsvarlig måte (Bastøe 2007). Å stole på de ansatte på avdelingen er svært viktig for at pasienten skal føle seg trygg. Trygghet oppstår når pleieren viser pasienten at de våker over dem (Moesmand og Kjøllesdal 2004) er imøtekommende, aksepterer pasienten som et menneske og tar hensyn til deres behov. Dette vil også gi pasienten trygghet og tillit til at helsepersonellet kan utføre nødvendig behandling og gjøre han frisk (Hupcey 2000).

4.2. Metodediskusjon

Resultatet i denne studien er bygget opp av et utvalg av originale forskningsartikler som omhandler intensivpasientens erfaring av faktorer som kan forårsake stress. Underveis har det

dukket opp flere forskningsartikler som med fordel kunne ha vært med, men på grunn av studiens rammer måtte de utelates fordi de kom frem for sent i studiet. Intensivpasienten og stress har vært hovedkriteriene for litteratursøkingen. Problemstillingen har også blitt forandret underveis fra sykepleier til pasient perspektiv på grunn av problemer med å finne artikler i det valgte perspektivet. Det ble også nødvendig med søk av nye artikler to uker etter start på studiet da flere av de artiklene som var valgt ikke var originale. Det oppsto også problemer med anskaffelsen av noen forskningsartikler. Når det gjelder egen evne til litteratursøk, kan den være noe mangelfull grunnet liten opplæring i emnet. Oversettelsen av artiklene er gjort med ydmykhet, og feiltolkning kan forekomme. Oppgaven er bygget opp av både kvantitative og kvalitative metoder og en slik kombinasjon ses i etterkant av arbeidet som en velfungerende måte å komme fram til resultatet. Pasienthistorier svarte godt på problemstillingen og tabellene fra de kvantitative artiklene ga et helhetlig bilde på hva de fleste pasientene rangerte som mest stressende. Artiklene i resultatet ble søkt opp i tre databaser. Utvalget kunne blitt større om flere databaser var inkludert. I søket av artiklene ble det satt begrensninger på tidsperioden fra 2005-2013 for å innhente nyere forskning. På grunn av vanskeligheter med å finne tilstrekkelig stoff ble søket utvidet og noen artikler med eldre årstall ble derfor brukt. Disse artiklene ble brukt kritisk og vurdert slik at de svarer på hensikten. De fleste artiklene som ble brukt i resultatet er i hovedsak fra Skandinavia og andre steder i Europa, og kan derfor være generaliserbare til intensivavdelinger i Norge. En svakhet med oppgaven kan være at det anvendt forskning fra andre kontinenter hvor kultur og infrastruktur er forskjellig fra intensivavdelinger i Norge. Artikler som ble brukt i diskusjonen har noe eldre årstall, men ble funnet i nyere pensum litteratur for intensivsykepleie og ble derfor vurdert til å være av god kvalitet.

4.3. Refleksjoner

Nytteverdien av dette studiet kan være at man reflekterer over temaet, og således blir mer påpasselig for å redusere stress hos intensivpasienten. Til slutt kommer noen tanker som har dukket opp underveis: Har intensivavdelingens ansatte mye fokus på stressfaktorer i sitt daglige arbeid? Er det mulig å gjøre noe med menneskers holdninger?

5. KONKLUSJON

Dette studiet viser at det er flere faktorer som kan forårsake stress hos intensivpasienten. Dette er i hovedsak faktorer som:

- manglende oversikt og kontroll over situasjonen
- smerter på grunn av prosedyrer eller den skade/sykdom de er utsatt for
- hallusinasjoner og vrangforestillinger som følge av sedasjon og søvnmangel
- manglende informasjon og utfordring i forhold til det å kommunisere
- ukjente omgivelser med avansert støyende teknisk utstyr

I forhold til avdelingens ansatte er det viktig at helsepersonellet tilegner seg kunnskap omkring akutt, kritisk syke menneskers psykososiale behov. Slike behov vil for pasienten være at sykepleieren er tilstede gjennom hele døgnet og lindrer nød når dette er nødvendig. Videre er det viktig at hun er lyttende, gir fysisk kontakt og er innenfor pasientens synsvidde. For å redusere stressfaktorene er det viktig at sykepleieren gir informasjon og om mulig lar pasienten ta egne valg. Avslutningsvis bør det rettes ett større fokus på hvilke faktorer som pasientene opplever som stressende under oppholdet på intensivavdelingen.

LITTERATURLISTE

- Adamson, H., M. Murgo, M. Boyle, S. Kerr, M. Crawford og D. Elliott (2004) Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 20(5):257-63
- Akansel, N. og S. Kaymakci (2007) Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17(12):1581-90
- Almerud, S. og K. Petersson (2003) Music therapy – a complementary treatment for mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive & Critical Care Nursing*. 19(1):21-30
- Almerud, S., R.J. Alapack, B. Fridlund og M. Ekebergh (2007) Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*. 12(3):151-8
- Bachmann, M. og J. Lindhardt (2007) Søvn og hvile. I: Mekki, T-E. *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie* 3. utg. Oslo: Akribe
ISBN: 978-82-7950-110-7
- Bastøe, L-K.H. (2007) Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Mekki, T-E. *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie*.3. utg. Oslo: Akribe
ISBN: 978-82-7950-110-7
- Corrigan, I., K.A.M. Samuelson, B. Fridlund og B. Thome (2007) The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing*. 23(4):206-15
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
ISBN: 978-82-05-34818-9

Eide, T. og H. Eide. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
ISBN: 978-82-05-32689-7

Espnes, G.A. og G. Smedslund (2010) *Helsepsykologi*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
ISBN: 978-82-05-39075-1

Forsberg, C. og Y. Wengström (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur
ISBN: 91-27-09165-1

Fredriksen, S-T.D. og K.C. Ringsberg (2006) Living the situation stress-experiences among intensive care patients. *Intensive & Critical Care Nursing*. 23(3):124-31

Friese, R.S. (2008) Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future directions. *Critical Care Medicine*. 36(3):697-705

Grap, M.J., T. Blecha og C. Munro (2002) A description of patients' report of endotracheal tube discomfort. *Intensive & Critical Care Nursing*. 18(4):244-9

Herbst, A. og C. Drenth (2012) The Intensity of Intensive Care: A Patient's Narrative. *Global Journal of Health Science*. 4(5):20-9

Holst, I-J. (2007) Bevissthet. I: Mekki, T-E. *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende sykepleie*. 3 utg. Oslo: Akribe
ISBN: 978-82-7950-110-7

Hupcey, J.E. (2000) Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 32(4):361-7

Khalaila, R., W. Zbidat, K. Anwar, A. Bayya, D.M. Linton og S. Svirni (2011) Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*. 20(6):470-9

Klopfenstein, C.E., F.R. Herrmann, C. Mamie, E. Van Gessel og A. Forster (2000) Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 44(1):58-62

Lusk, B. og A.A. Lash (2005) The Stress Response, Psychoneuroimmunology and Stress Among ICU Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 24(1):25-31

Løkensgard, I. (1995) Psykiatrisk sykepleie. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget
ISBN: 82-00-41135-4

Magarey, J.M. og H.M. McCutcheon (2005) 'Fishing with the dead – Recall of memories from the ICU. *Intensive & Critical Care Nursing*. 21(6):344-54

Malt, U-F. og E.A. Malt (2012) Den psykiatriske undersøkelsen. I: Malt. U-F, O.A. Andreassen, I. Melle og D. Årslund. *Lærebok i psykiatri*. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
ISBN: 978-82-05-39739-2

McKinley, S., S. Nagy, J. Stein-Parbury, M. Bramwell og J. Hudson (2002) Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive & Critical Care Nursing*. 18(1):27-36

Meijers, K.E. og B. Gustafsson (2008) Patient`s self-determination in intensive care – From an action- and confirmation theoretical perspective. The intensive care nurse view. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24: 222 - 232

Moesmand, A-M. og A. Kjøllesdal (2004) *Å være akutt kritisk syk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
ISBN: 82-05-31152-8

Pang, P.S.K. og L.K.P. Suen (2007) Stressors in the ICU: a comparison of patient' and nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 17(20):2681-9

Patak, L., A. Gawlinski, N.I. Fung, L. Doering, J. Berg og E.A. Henneman (2006) Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research*. 19(4):182-90

Patton, M.Q. (2002) *Qualitative research & evaluation methods*. 3 utg. Thousand Oaks, California: Sage Productions
ISBN: 978-0-7619-1971-1

Reitan, A-M. (2010) Mestring. I: Knutstad, U. *Sykepleieboken 2 – Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. 3 utg. Oslo: Akribes
ISBN: 978-82-7950-133-6

Ringdal, M., L. Johansson, D. Lundberg og I. Bergbom (2006) Delusional memories from the intensive care unit – experienced by patients with physical trauma. *Intensive & Critical Care Nursing*. 22(6):346-54

Rotondi, A.J., L. Chelluri, C. Sirio, A. Mendelsohn, R. Schulz, S. Belle, K. Im, M. Donahoe og M.R. Pinsky (2002) Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit* *Critical Care Medicine*. 30(4):746-52

Russell, S. (1999) An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 29(4):783-91

Samuelson, K.A.M. (2009) Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: a prospective evaluation. *Heart & Lung*. 40(1):49-55

Samuelson, K.A.M. (2011) Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*. 27(2):76-84

Samuelson, K.A.M., D. Lundberg og B. Fridlund (2007) Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*. 12(2):93-104

Siffleet, J., J. Young, S. Nikoletti og T. Shaw (2007) Patients' self-report of procedural pain in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 16(11):2142-8

Soh, K.L., K.G. Soh, Z. Ahmad, R.A. Raman og S. Japar (2008) Perception of intensive care unit stressors in Malaysian Federal Territory hospitals. *Contemporary Nurse*. 31(1):86-93

Storli, S., A. Lindseth og K. Asplund (2008) A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*. 13(2):86-96

Stubberud, D.G. og T. Gulbrandsen (2010) *Intensivsykepleie*. 2 utg. Oslo: Akribe
ISBN: 978-82-7950-143-5

Stubberud, D-G. (2010) Sykepleie ved delirium. I: Almås. H., D-G. Stubberud og R. Grønseth. *Klinisk sykepleie – bind 1*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
ISBN: 978-82-05-39135-5

Van de Leur, J.P., C.P. van der Schans, B.G. Loeff, B.G. Deelman, J.H.B. Geertzen og J.H. Zwaveling (2004) Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Critical Care* 8(6):R467-73

Wolland, A.M. og M.S. Heier (2009) *Søvnløshet*. Oslo: Cappelen akademisk
ISBN: 978-82-02-30616-8

VEDLEGG

Vedlegg 1. Tabellen viser informasjon om artiklenes tittel, forfattere, publiserings år, hvilket land de kommer fra og hvilken metode som er anvendt for studien.

Vedlegg1

Forfatter År Land	Tittel	Metode
Hupcey, J.E. (2000) USA	Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients	Kvalitativ
Grap, M.J. T. Blecha. C. Munro. (2002) USA	A description of patients' report of endotracheal tube discomfort	Kvantitativ
van de Leur, J.P. C.P. van der Schans. B.G. Loef. B.G. Deelman. J.H.B. Geertzen. J.H. Zwaveling. (2004) Nederland	Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients	Kvantitativ
Adamson, H. M. Murgu. M. Boyle. S. Kerr. M. Crawford. D. Elliot. (2004) Australia	Memories of intensive care and experiences of survivors of critical illness: an interview study	Kvalitativ
Magarey, J.M. H.H. McCutcheon. (2005) Australia	'Fishing with the dead' – Recall of memories from the ICU	Kvalitativ

Ringdal, M. L. Johansson. D. Lundberg. I. Bergbom. (2006) Sverige	Delusional memories from the intensive care unit – Experienced by patients with physical trauma	Kvantitativ
Soh, K.L. K.G. Soh. Z. Ahmad. R.A. Raman. S. Japar. (2007) Malaysia	Perception of intensive care unit stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals	Kvantitativ
Samuelson, K.A.M. D. Lundberg. B. Fridlund. (2007) Sverige	Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients	Kvantitativ
Corrigan, I. K.A.M. Samuelson. B. Fridlund. B. Thome. (2007) Sverige	The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment	Kvalitativ
Akansel, N. S. Kaymakci. (2007) Tyrkia	Effects of intensive care unit noise on patients: a study on coronary artery bypass graft surgery patients	Kvantitativ
Pang, P.S.K. L.K.P. Suen. (2007) Hong Kong	Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions	Kvantitativ

Almerud, S. R.J. Alapack. B. Fridlund. M. Ekebergh. (2007) Sverige	Of vigilance and invisibility – being a patient in technologically intense environments	Kvalitativ
Storli, S.L. A. Lindseth. K. Asplund. (2008) Norge	A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care	Kvalitativ
Samuelson, K.A.M. (2009) Sverige	Adult intensive care patients' perception of endotracheal tube-related discomforts: A prospective evaluation	Kvantitativ
Samuelson, K.A.M. (2011) Sverige	Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews	Kvalitativ
Khalaila, R. W. Zbidat. K. Anwar. A. Bayya. D.M. Linton. S. Svir. (2011) Israel	Communication difficulties and psychoemotional distress in patients receiving mechanical ventilation	Kvantitativ
Herbst, A. C. Drenth. (2012) Sør-Afrika	The Intensity of Intensive Care: A Patient's Narrative	Kvalitativ