



Ensam i en sal
Patientens upplevelse av att vara smitt- eller
skyddsisolerad

Alone in a room
Patient's experience to be in source- or protective isolation

Josefine Abrahamsson
Siv Börjesson
Annelie Nilsson

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Omvårdnad 61-90hp
Vt 2009

Sektionen för hälsa och samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Titel	Ensam i en sal. Patientens upplevelse av att vara smitt- eller skyddsisolerad
Författare	Josefine Abrahamsson, Siv Börjesson, Annelie Nilsson
Sektion	Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Gun Axelson, universitetsadjunkt
Examinator	Margareta von Bothmer, universitetslektor
Tid	Vårterminen 2009
Sidantal	17
Nyckelord	Psykosocialt, Skyddsisolering, Smittisolering, Upplevelse.
Sammanfattning	<p>Isolering är en åtgärd för att förhindra smittspridning eller för att skydda patienten från smitta. Vårdformen kan ge upphov till psykisk påfrestning och lidande hos patienten. Syftet med litteraturstudien var att göra en jämförelse av upplevelser hos patienter i smitt- eller skyddsisolering. Studien genomfördes som en litteraturstudie och baserades på 16 vetenskapliga artiklar. Det framgick skillnader och likheter vid jämförelserna av upplevelsen hos smitt- och skyddsisolerade patienter. Några av skillnaderna var kunskapen och förståelsen för isoleringen. De skyddsisolerade upplevde det som en process som de behövde genomgå medan de smittisolerade upplevde det som mer traumatiskt eftersom de fick otillräcklig information vid isoleringstillfällets start. Något som var gemensamt för både smitt- och skyddsisolering var känslor av ensamhet, tristess och fångenskap. Vidare visade det sig att ångest och depression var förekommande reaktioner hos både de smitt- och skyddsisolerade patienterna. Mer forskning inom det här området efterfrågas eftersom inga tidigare studier med jämförelser av dessa isoleringsformer har påträffats inom området. Även ytterligare utbildning behövs för att skapa en god vårdkvalitet för patienter i isolering för att främja en god omvårdnad i den kliniska verksamheten.</p>

Title	Alone in a room. Patient's experience to be in source- or protective isolation
Author	Josefine Abrahamsson, Siv Börjesson, Annelie Nilsson
Department	School of Social and Health Sciences, Halmstad University, Box 823, 301 18 Halmstad
Supervisor	Gun Axelson, lecturer
Examiner	Margareta von Bothmer, senior lecturer
Period	Spring 2009
Pages	17
Key words	Experience, Protective isolation, Psychosocial, Source isolation

Abstract

Isolation is a measure to prevent spreading of infection or to protect the patient from getting infected. Isolation can cause psychological distress and suffering to the patient. The purpose of the literature study was to do a comparison in patients' experiences of being in source- or protective isolation. The study was conducted as a literature review and was based on 16 scientific articles. When comparing patients' experiences in source- and protective isolation differences and similarities emerged. Some of the differences were knowledge and understanding for the isolation. The patients in protective isolation experienced isolation as a process that they had to go through, but the patients in source isolation experienced isolation as more traumatic because of the inadequate information within the start of the isolation. Things that were common for both source- and protective isolation were feelings of loneliness, boredom and confinement. Furthermore, it appeared that anxiety and depression were common reactions in both the source- and protective isolation patients. Since no previous studies have been found, with the aim to compare these forms of isolation, more research in this area is necessary. Additional education is needed to create a good quality of care for patients in isolation to enhance a good care in the clinical environment.

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	2
Historik	2
Isolering	2
Reaktioner hos isolerade patienter	4
Syfte	5
Metod	5
Datainsamling	5
Databearbetning	7
Resultat	7
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Konklusion	16
Implikation	17
Referenser	
Bilagor	
Bilaga I Tabell 2. Sökhistoria	
Bilaga II Tabell 3. Artikelöversikt	
Bilaga III Tabell 4. Kategorier och nyckelbegrepp	

Inledning

Isolering är en åtgärd för att förhindra spridning av smittsamma sjukdomar eller för att skydda infektiösa patienter från sin omgivning (Ericson & Ericson, 2002). Strukturförändringar som skett inom sjukvården har lett till att antalet vårdplatser och antalet enkelrum har minskat (Ransjö & Åneman, 2006). Det har inneburit att antalet isoleringsplatser har blivit färre och omhändertagandet av infektiösa patienter försvårats, vilket i sin tur lett till sämre vårdkvalitet, såsom försämrade hygienrutiner. Patienter kan drabbas av vårdrelaterade infektioner, vilket är en vanlig komplikation och som utgör en risk för patientsäkerheten (Ransjö & Åneman, 2006). I genomsnitt drabbas i Sverige var tionde patient som vårdas på sjukhus av en eller flera vårdrelaterade infektioner, därmed kan vårdtiderna förlängas och det kan skapa ett ökat lidande hos patienterna. Vårdrelaterade infektioner är kostsamt för samhället och är ett stort problem i vården. För att kunna förebygga vårdrelaterade infektioner är det viktigt att spåra och förhindra smittspridning. Methicilinresistent staphylococcus aureus (MRSA) är ett exempel på bakterier där det är viktigt att förhindra smittspridning. MRSA är en bakterie som är multiresistent mot antibiotika, därför isoleras smittkällan för att undvika ytterligare spridning. Sedan sjukdomen MRSA blev anmälningspliktig år 2000 har smittskyddsinstitutet (2009) noterat att antalet rapporterade fall har ökat markant. I Sverige rapporterades cirka 1300 fall år 2008, vilket kan jämföras med de 315 rapporterade fallen år 2000. Patienter som däremot behöver skyddsisoleras och kan vara i riskzonen för att få vårdrelaterade infektioner är bland annat patienter som genomgått transplantation (Ransjö & Åneman, 2006). Vilken grad av isolering som patienten utsätts för, har en betydande roll för hur allvarliga följderna och upplevelserna av isoleringstiden kan bli (Ericson & Ericson, 2002). Sjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) observera patientens behov samt ge stöd. Det här styrks även av Smittskyddslagen (2004:168) där det poängteras att personalen ska vara tillgänglig och ge stöd om behov finns. Vid sjukdom uppstår ofta förändringar i den sociala miljön och relationen till närstående blir mer viktiga för patienterna (Skär, 2009). Sjuksköterskan har en viktig roll hos de isolerade patienterna eftersom besöken är få (Lislerud Smebye, 2005). Vårdpersonalen bör därför skapa tillit hos patienterna och en stödjande social miljö för att på ett positivt sätt påverka tillfrisknandet och välbefinnandet hos patienterna (Skär, 2009).

I en reviewartikel som omfattar studier gjorda mellan åren 1955-97, framkom det att de psykologiska effekterna och upplevelserna av att vara isolerad har utforskats i en begränsad omfattning (Gammon, 1999). En jämförelse mellan upplevelsen av att vara smitt- och skyddsisolerad har inte påträffats under litteraturstudiens gång. Därför kan det vara av intresse att undersöka hur forskningen ser ut från 1997 och framåt eftersom kunskap om patientens upplevelse av att vårdas i isolering är viktig för att sjuksköterskan ska få ökad förståelse och kunna förebygga samt lindra patientens lidande.

Bakgrund

Historik

Ordet isolering härstammar från det italienska ordet *isolare* och betyder sätta på en öde ö, avskilja (Nationalencyklopedin, 2009). Lindberg (2003) diskuterar smittskyddets betydelse för folkhälsan och dess strävan efter att minimera smittspridning i samhället samt menar att det är grundläggande att bryta smittspridning eller att skapa skyddande immunitet som exempelvis vaccination då personen blir immun mot sjukdomen..

Fram till 1800-talet var människans syn på smitta grundad i miasma-teorin som innebar att det som orsakade sjukdom var stank, förruttelse och oren luft (Lindberg, 2003; De Ron, 1992). Miasma-teorin förklarade däremot inte hur alla de sjukdomar som spreds från person till person kunde uppkomma. Redan 100 år f Kr hävdade romaren Marcus Terrentius Varro att smittor och epidemier orsakades av "contagium" små osynliga djur som fanns i luften och kunde smittas via människor. Denna teori styrktes sedan av den italienske läkaren Girolamo Fracastoro på 1500-talet. Han hävdade även att spridningen kunde ske via människor samt varor och att de små djuren hade en förmåga att föröka sig. Med utgångspunkt i de här teorierna uppkom karantänvård och isoleringsvård, vilka är åtgärder som redan tillämpades under medeltiden. Ordet karantän kommer från det italienska ordet "quarente" och betyder 40 (Cava, Fay, Beanlands, McCay & Wignall, 2005; Gammon 1999; De Ron, 1992). Det har sitt ursprung från tiden då pesten härjade i södra Europa under 1300-talet. Ett system bildades för att förhindra att smitta nådde städerna. Fartygen fick ligga för ankare utanför hamnarna i 30 och sedan 40 dagar. Insjuknade inte besättningen efter de 40 dagarna friskförklarades de. Patienter med smittsamma sjukdomar har sedan 1800-talet isolerats på olika sätt. På 1870-talet skedde det med hjälp av isoleringshytter, på 1940-talet på isoleringssjukhus och på 1960-talet med hjälp av isoleringsrum på sjukhusen (Gammon, 1999). I Sverige år 1875 utformades en epidemistadga (Örtqvist, 2004), för att hantera epidemier, på grund av denna förordning byggdes epidemisjukstugor som inte placerades i närheten av sjukhusen. Infektionskliniker började senare byggas på 1920-talet och framåt.

Isolering

Enligt Nationalencyklopedin (2009) definieras isolering inom hälso- och sjukvård, som att bryta smittspridningen genom att omhänderta smittbäraren. Isolering kan även användas för att skydda en patient från smitta, det benämns som omvänd isolering. Fortsättningsvis i litteraturstudien kommer begreppet omvänd isolering beskrivas med begreppet skyddsisolering. Begreppet isolering av smittsam patient kommer att benämnas som smittisolering.

De vanligaste smittvägarna sker via kontaktsmitta (direkt eller indirekt), därför är det viktigt inom hälso- och sjukvården att ha goda basala hygienrutiner (Handbok för hälso- och sjukvård, 2008a). Syftet med de basala hygienrutinerna är att förhindra att smitta sprids från patient till personal samt från personal till patient (Handbok för hälso- och sjukvård, 2008b), det innebär att vårdpersonalen ska använda handdesinfektion rikligt, både före och efter patientkontakt (Handbok för hälso- och sjukvård, 2008b). Vid

kontakt med kroppsvätskor ska handskar, skyddskläder och eventuellt stänkskydd såsom munskydd eller skyddsglasögon användas (Handbok för hälso- och sjukvård, 2008c, d). När de basala hygienrutinerna inte är tillräckliga kan sjukvården vidta åtgärder som isolering för att kunna förhindra smittspridningen samt för att minska risken för vårdrelaterade infektioner (Handbok för hälso- och sjukvård, 2008e; Ransjö & Åneman, 2006). Vid isolering får det inte förekomma växter i rummet eftersom det kan finnas bakterier i jord och blomvatten, vilket framförallt berör de patienter som vårdas i skyddsisolering (Ericson & Ericson, 2008; Sandersen, Finne-Grønn & Wiig Dagestad, 2002). Vid smittisolering tillämpas särskild hantering av kontaminerat material och även saneringsrutiner tillämpas (Gammon, 1999).

Cirka en tredjedel av de vårdrelaterade sjukdomarna som uppkommer på en intensivvårdavdelning beror på smittspridning (Ransjö & Åneman, 2006). MRSA är en av de vårdrelaterade infektioner som bland annat kan drabba patienterna och är ett tillstånd där isolering kan behövas. Det är även en sjukdom som är anmälnings- och smittspårningspliktig, det innebär att upptäckt smitta ska anmälas och spåras. Allmänfarliga sjukdomar innebär enligt smittskyddslagen (2004:168) sjukdomar som kan skapa lidande, vara livshotande, långvariga eller smitta som medför allvarliga följder. Ytterligare patientgrupper som kan behöva vård i smittisolering kan vara patienter med svår akut respiratorisk sjukdom (SARS) och tuberkulos (TBC). Patientgrupper som har nedsatt immunförsvar löper stor risk att drabbas av infektioner och kan därför behöva isoleras (Ericson & Ericson, 2008; Ransjö & Åneman, 2006). Vård i skyddsisolering kan användas för patienter som vårdas på onkolog/hematolog klinik, såsom patienter med maligna blodsjukdomar och tumörsjukdomar. Vidare skyddsisoleras de patienter som har genomgått transplantationer och cytostatikabehandling. Även patienter som har opererat bort mjälten eller som har drabbats av brännskador kan behöva skyddsisoleras.

Isoleringens utformning kan ske på olika sätt beroende på orsaken samt avsikten med isoleringen (Handbok för hälso- och sjukvård, 2008e; Ericson & Ericson, 2008; Ransjö & Åneman, 2006). Isolering innebär att patienten tillbringar sin tid på ett enkelrum med ett eget badrum även kallad en enkelisolering, den här isoleringsformen är mindre strikt. Vid en luftburen smitta används ett förrum för att förhindra att smittan sprids. Ventilrad sluss kan även används som en barriär mellan vårdavdelningen och patientens rum. En ytterligare form av isolering är dubbelisolering som är en mycket strikt isolering (Ericson & Ericson, 2008; Sandersen, et al., 2002). Det kan bli aktuellt för de patienter som har allvarliga smittsamma sjukdomar och/eller dåligt immunförsvar. Isoleringsrummet är då utformat med sluss. Vid smittisolering används undertrycksventilation där smittan inte kan ta sig ut ur rummet, medan vid skyddsisolering tillämpas övertrycksventilerat filter vilket förhindrar att smittan från sjukhusluften tar sig in i rummet. För att förhindra smittspridning till eller från patienten kan också isolatorvård användas (Ransjö & Åneman, 2006), det innebär att filtrerad ultraren luft används i syfte att förhindra kontakt- eller luftsmitta. Personalen använder extrem skyddsklädsel eller plastbubbla. Plastbubbla innebär att patienten är isolerad genom att befinna sig i ett plasttält som omsluter sängen. I Sverige är isolatorvård sällsynt på grund av de negativa psykologiska effekter som denna vårdtyp för med sig.

Vid smitt- och skyddsisolering bör antalet personal och närstående begränsas för att undvika smittspridning samt minska risken för vårdrelaterade infektioner hos patienten (Handbok för hälso- och sjukvård, 2009, 2008f; Ericson & Ericson, 2008; Sandersen, et

al., 2002). Vid skyddsisolering tillåts närstående som är friska besöka patienten och uppmuntras till att upprätthålla en god hygien, vilket innebär att tvätta händer samt använda handdesinfektion, då patienterna är infektiösa på grund av lågt antal vita blodkroppar till följd av sjukdom eller behandling. Framförallt bör barn undvika att besöka patienter i skyddsisolering eftersom de kan bära på virus- samt bakteriesmitta.

Reaktioner hos isolerade patienter

Världshälsoorganisationen (World Health Organisation [WHO], 1948) definierar hälsa utifrån olika dimensioner som innefattar psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande. Lislerud Smebye (2005) anser att människor blir bekräftade för vilka de är genom sociala kontakter. När en människa utsätts för fysisk isolering innebär det vanligtvis att kontakten med omgivningen blir lidande, vilket ofta leder till försämrad självuppfattning. Den psykiska hälsan är beroende av valet att kunna välja mellan umgänge och ensamhet. Vidare menar Lislerud Smebye (2005) att isolering som inte är självvald är mindre hälsofrämjande än att själv välja ensamheten. Att bli isolerad på ett sjukhus resulterar ofta i en psykisk påverkan hos patienten.

Patienter som vårdas i skyddsisolering är oftast mer delaktiga i beslut och kan därmed förbereda sig mer mentalt före isoleringstillfället (Sandersen, et al., 2002) till skillnad från patienter som smittisoleras. Beslut om smittisolering kommer ofta oförberett och kan upplevas som meningslöst för patienten (Törseth Andreassen, Hagland & Wilhelmsen, 2002), överklighetskänsla kan uppstå och patienten kan uppleva att sjukhuset har gjort ett misstag. Vid smittisolering kan även skuld känslor finnas inblandade, speciellt om smittspårning måste utföras. Generellt vid isolering menar Pike och McLean (2002) samt Gammon (1999) att patienten blir av med kontrollen över grundläggande funktioner och behov som normalt tas för givet. Patienten blir beroende av andra och intar en passiv roll som kan förminska patientens värdighet och autonomi. Vid isolering menar Gammon (1999) att det generellt kan uppstå följder av den sociala isoleringen. Upplevelsen av isolering kan vara en mycket skrämmande och ångestladdad erfarenhet. Vid SARS utbrottet i Toronto (Cava, et al., 2005) framkom det att patienter blev rädda, ifrågasättande och kände ilska när beskedet kom om att de skulle bli isolerade. Gammon (1999) beskriver att reaktioner som kan uppstå vid isolering kan vara hallucinationer, sömnsvårigheter, ångest, rastlöshet, frustration och tristess. Ytterligare reaktioner som kan uppstå vid isolering kan vara dålig aptit, illamående, förvirringstillstånd samt förändrat tidsperspektiv (Törseth Andreassen, et al., 2002). Vid isolering kan upplevelse av ensamhet, känslomässig distans mot andra och känslor av frihetsberövande uppkomma. Isoleringsrummet kan symbolisera en fängelsecell och det i sin tur kan leda till ångest och depression hos patienten. Som isolerad patient kan känslan av att vara en smittspridare förstärkas av de strikta skyddsåtgärderna som tillämpas på sjukhus. För att reducera dessa känslor menar Törseth Andreassen, et al. (2002) att patienten behöver kontinuerlig information och stöd från vårdpersonalen.

Lislerud Smebye (2005) beskriver att det som mest påverkar patienterna vid isolering är upplevelser av ensamhet och brist på sociala kontakter. Under isoleringstiden är stödet av närstående av stor betydelse för att bland annat kunna upprätthålla kontakten med omgivningen. Vidare beskriver Collins, Upright och Aleksich (1989) att patienterna använder sig av individuella strategier för att hantera sin tid i isoleringsrummet. Ingen

metod anses vara bättre eller sämre, en strukturerad dag anses inte vara bättre än en dag som är ostrukturerad. Hur patienten anpassar sig varierar mellan att förneka den nya situationen i isoleringen till att försöka få kontroll över den. Vid isolering får patienten tid att reflektera över sin omgivning och sitt liv, därför är betydelsen av ett fönster eller en tavla stor, det symboliserar tiden utanför och kan påverka sinnen hos patienten.

Vid isoleringsvård har sjuksköterskan stor betydelse för att främja patientens välbefinnande. Det beskrivs i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) att sjuksköterskan ska ha förmågan att kommunicera, stödja, vägleda samt värna om patientens rättigheter. Sjuksköterskan ska även tillgodose patientens behov såväl de psykiska och fysiska som de sociala, kulturella och andliga. Sjuksköterskan ska ha förmågan att kunna identifiera och tillvarata patientens resurser, vara lyhörd och kunna agera om patientens tillstånd förändras. Patientens sjukdomsupplevelse bör uppmärksammas och så långt som möjligt ska lidandet lindras genom adekvata åtgärder.

Isoleringsvård är en åtgärd för att förhindra smittspridning och minska risken för vårdrelaterade infektioner hos patienter. Att bli avskild från sin omgivning på obestämd tid kan ge upphov till psykisk påfrestning och lidande hos patienten. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskor har kunskap och förståelse för patientens upplevelse för att kunna förebygga de negativa följderna av isolering.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att göra en jämförelse av upplevelser hos patienter i smittisolering med dem hos patienter i skyddsisolering.

Metod

För att kunna besvara syftet genomfördes en systematisk litteraturoversikt enligt Friberg (2006). Kvalitativa och kvantitativa artiklar som ansågs relevanta för området valdes ut och bearbetades samt analyserades. Litteraturstudien hade en induktiv ansats.

Datansamling

Problemområdet identifierades och relevanta sökord upptäcktes. En systematisk sökning utfördes i databaserna Cinahl, PubMed och Academic Search Elite. I Cinahl användes sökorden patient isolation, isolation reverse, experience och psycho*. Patient isolation och isolation reverse identifierades som Thesaurus, de övriga söktes i fritext. Sökningen begränsades med research article, publicerade från 1997 och framåt samt English language. I PubMed användes patient isolation, reverse isolation, experience, psycho, anxiety och depression. Patient isolation söktes som MeSH term och övriga som fritext. Sökningens begränsningar bestod av English language, abstract, all adults; 19+ years och publiceringsår från 1997 och framåt. I Academic Search Elite användes sökorden isolation (hospital care), psycho*, experience och isolation reverse. Isolation (hospital

care) söktes som Thesaurus de övriga söktes i fritext med begränsningarna publicerad 1997 och framåt, scholarly (peer reviewed) journals. Sökorden som användes redovisas i sököversikten (Tabell 1). Fler sökord och databaser har undersökts, eftersom träffarna antingen var återkommande eller inte var relevanta uteslöts de och redovisas därför inte i sökhistorien (Bilaga I, Tabell 2).

Tabell 1. Sököversikt

Sökord	Cinahl	PubMed	Academic Search Elite
Patient isolering	Patient isolation (Thesaurus)	Patient isolation (MeSH)	Isolation (hospital care) (Thesaurus)
Upplevelse	Experience (fritext)	Experience (fritext)	Experience (fritext)
Psykiska/psykosociala aspekter	Psycho* (fritext)	Psycho (fritext)	Psycho* (fritext)
Skyddsisolering/Omvänd isolering	Isolation, reverse (Thesaurus)	Reverse isolation (fritext)	Isolation reverse (fritext)
Ångest	Anxiety (fritext)	Anxiety (fritext)	Anxiety (fritext)
Depression	Depression (fritext)	Depression (fritext)	Depression (fritext)

Under sökningen gick framkom ytterligare inklusions- och exklusionskriterier. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle handla om patienters upplevelse av att vara isolerad vid smitt- eller skyddsisolering. Exklusionskriterierna i sökningen var att artiklarna inte skulle handla om barns, föräldrars och sjuksköterskors upplevelser. Även sluten psykiatrisk vård och isolering i hemmet relaterat till epidemi exkluderades. Sammanlagt lästes 115 titlar och granskades utifrån problemområdet. Titlar valdes bort eftersom en del var dubletter och en del inte var relevanta för syftet. Tjugotvå abstrakt lästes och 19 gick vidare till urval 1. Orsaken till att artiklarna valdes bort berodde på att de inte överrensstämde med det valda problemområdet. Bortfallet från abstract till urval 1 berodde på att artiklarna handlade om utvärdering, klaustrofobi, psykologisk påverkan samt psykofarmaka vid behandling. Den sista artikeln var en review-artikel. Resultatartiklarna genomlästes individuellt och granskades därefter inom gruppen utifrån bedömningsmallarna enligt Carlsson och Eiman (2003). Granskningen av den vetenskapliga kvaliteten värderades utifrån en tregradig skala för kvalitativa respektive kvantitativa studier. Grad I var av hög kvalitet och grad III av mindre god kvalitet. Från urval 1 till urval 2 föll tre artiklar bort. Två av artiklarna bedömdes vara av grad III och valdes därför bort och den tredje artikeln var inte relevant till litteraturstudiens syfte. Genomläsning gjordes och en sammanställning av artiklarnas syfte, metod/urval och slutsats presenterades (Bilaga II, Tabell 3). Varje artikels kvalitet granskades och 16 artiklar valdes ut till urval 2. Två artiklar bedömdes som grad II medan de övriga 14 bedömdes som grad I. Av artiklarna handlade tio om smittisolering, varav sex kvantitativa och fyra kvalitativa. Artiklarna berörde multiresistenta bakterier, framförallt MRSA. En av artiklarna ansågs beröra både smitt- och skyddsisolering men valdes att räknas som smittisolering. Artikeln handlade om behandling med radioaktivt jod. Till

följd av behandlingen får patienten nedsatt immunförsvar samt utsöndrar radioaktiv strålning, vilket omgivningen behöver skyddas ifrån. De resterande sex artiklarna handlade om skyddsisolering varav två kvantitativa och fyra kvalitativa. De här artiklarna handlade om patienter som hade maligna blodsjukdomar och genomgick benmärgstransplantationer och cytostatikabehandlingar. Av de 16 resultatartiklarna var tio från Europa varav nio artiklar från England och en från Belgien. Från Asien var två artiklar, varav en artikel från Kina och en från Japan. Från Nordamerika var tre artiklar, två från USA och en från Kanada. Från Oceanien var en artikel som var från Australien.

Databearbetning

Artiklarna lästes igenom flera gånger var för sig av samtliga inom gruppen. Delar ur artiklarnas resultat som var relevanta för litteraturstudiens syfte valdes ut, översattes och sammanställdes. Därefter granskades artiklarnas resultat ytterligare en gång utifrån litteraturstudiens syfte som var att göra en jämförelse av upplevelser hos patienter i smitt- eller skyddsisolering. Sammanställningarna och originalartiklarna lästes sedan igenom ett flertal gånger för att kontrollera att inget hade misstolkats eller utelämnats. De olika isoleringsformerna jämfördes var för sig och sammanfördes sedan. Materialet bearbetades, likheter och olikheter framkom. Därefter identifierades olika nyckelbegrepp som valdes ut och bearbetades. Ur det här bildades fem olika kategorier som redovisas i Bilaga III (Tabell 4). Eftersom kategorierna inte var externt heterogena så redovisas resultatet i löpande text.

Resultat

Att bli smittisolerad kan vara en traumatisk upplevelse för patienter eftersom besked och diagnos ofta kommer hastigt. Det var något som framkom i Madeos (2001) studie om patienter som blivit smittisolerade på grund av att de var infekterade med MRSA. Patienterna upplevde att de snabbt blev avskärmade från sin omvärld.

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. I was then told it was thought to be MRSA and they were going to isolate me. (Madeo, 2001, s. 37)

Patienterna i skyddsisolering upplevde däremot isoleringen som mindre traumatisk, eftersom det var något som de behövde genomgå för att bli friska (Campbell, 1999). Vidare upplevde patienterna isoleringen som en process (Cheng, Qin & Tee, 2008; Campbell, 1999). I en studie framkom det även att skyddet som isoleringen gav, gjorde att patienterna upplevde att isoleringens påverkan var av mindre betydelse (Campbell, 1999). Det framgick även i en annan studie att skyddsisoleringen i sig inte var lika problematisk som patientens diagnos (Gaskill, Henderson & Fraser, 1997).

Studier har visat att positiva upplevelser har förekommit både vid smitt- och skyddsisolering, bland annat framkom i studierna av Ward (2000) samt av Newton, Constable och Senior (2001) att ostördhet och avskildhet var positiva upplevelser hos de

smittisolerade patienterna. Liknande positiva upplevelser upptäcktes också hos de skyddsisolerade patienterna (Cheng, et al., 2008). Patienterna upplevde isoleringen som något vilsamt, bekvämt samt att det var en avskild plats där de fick tillgång till en egen omgivning att vistas i. De smittisolerade patienterna upplevde vidare att tystnaden gav möjlighet till avslappning (Ward, 2000). Fler positiva upplevelser var även att patienterna upplevde en större frihet från rutiner under isoleringsvistelsen (Newton, et al., 2001).

Negativa upplevelser var förekommande hos patienter i både smitt- och skyddsisolering. Känslor av instängdhet och fångenskap var några av de upplevelser som framkom hos smitt- och skyddsisolerade patienter (Cohen, Ley & Tarzian, 2001; Stajduhar, Neithercut, Chu, Pham, Rohde, et al., 2000; Ward, 2000). Vid skyddsisolering upplevde patienter känslor av instängdhet och klaustrofobi (Cohen, et al., 2001; Gaskill, et al., 1997). Patienterna som behandlades med radioaktivt jod, och därmed utsöndrade radioaktiv strålning, upplevde känslor av fångenskap och att de var både fysiskt och socialt isolerade (Stajduhar, et al., 2000). Patienterna nämnde att en bidragande orsak bland annat var sjuksköterskornas rädsla för att beträda isoleringsrummen, eftersom de kunde utsättas för radioaktiva ämnen. Den sociala isoleringen reducerades däremot genom att sjuksköterskorna tog regelbunden kontakt med patienterna via telefon. Patienter i studien gjord av Madeo (2001) upplevde sig stigmatiserade, det vill säga märkta. Flertalet patienter upplevde även att isoleringsskylten var ett brott mot sekretessen, då alla visste att det var en patient med smitta i rummet. Patienterna upplevde att människorna undvek att gå nära dörröppningen. Upplevelser som smutsig och oren förekom hos de smittisolerade patienterna eftersom att vårdpersonalen använde handskar och skyddskläder. Vidare visade det sig i andra studier att utsikten från ett fönster minskade känslorna av instängdhet och fångenskap hos de smitt- och skyddsisolerade patienterna (Ward, 2000; Campbell, 1999).

I en studie av Gammon (1998) upplevde de smittisolerade patienterna känslor av minskad kontroll och en minskad självkänsla. I ett flertal studier kom det fram att ensamhet var en vanligt förekommande upplevelse hos patienterna (Cheng, et al., 2008; Newton, et al., 2001; Cohen, et al., 2001; Ward, 2000; Gaskill, et al., 1997). En av studierna som undersökte patienter som var skyddsisolerade visade att patienterna upplevde ensamhet som en följd av att inte få stöd från närstående (Cheng, et al., 2008). I studierna gjorda av Cohen, et al. (2001) och Campbell (1999) framkom det att patienterna i skyddsisolering avböjde besök för att skydda sig själva från infektion samt för att skydda närstående från den psykologiska bördan. Trots det självvalda beslutet uppstod känslor av ensamhet, eftersom patienterna upplevde att stödet från närstående minskade (Cohen, et al., 2001). Patienterna vid smittisolering ansåg att närstående var viktiga för deras välbefinnande under isoleringstiden (Ward, 2000), besöken gjorde att känslorna av ensamhet och tristess reducerades. Upplevelsen av ensamhet var dock av mindre betydelse jämfört med den innebörd som behandlingen hade för patienterna i skyddsisolering (Gaskill, et al., 1997). De strikta rutinerna som var en del av isoleringen ökade upplevelsen av ensamhet och känslorna av att vara övergiven. Det framkom att smitt- och skyddsisolerade patienter upplevde isoleringen som enformig och gjorde att patienterna upplevde tristess (Cheng, et al., 2008; Madeo, 2001; Ward, 2000; Gaskill, et al., 1997). Vidare upptäckte Madeo (2001) i sin studie att patienterna upplevde att dagarna passerade långsamt. Det visade sig även hos de skyddsisolerade patienterna då isoleringen upplevdes som en långsam väntan där de inte hade någon att samtala med (Cheng, et al., 2008). Det visade sig att regelbunden kontakt med personalen reducerade

tristessen hos de smittisolerade patienterna (Madeo, 2001). Även miljöns inverkan för de skyddsisolerade patienterna, var något som Cheng, et al. (2008) och Gaskill, et al. (1997) beskrev i sina studier. Det framkom att omgivningen bidrog eller reducerade tristessen beroende på hur patienterna upplevde miljön (Cheng, et al., 2008). I Gaskills, et al. (1997) studie upplevde patienterna exempelvis att ett fönster gjorde världen utanför tillgänglig och reducerade tristessen och ensamheten. Både de smitt- och skyddsisolerade patienterna upplevde att tristessen kunde reduceras genom att de hade tillgång till tv, radio och telefon för att fördriva tiden (Cheng, et al., 2008; Ward, 2000). I en studie framkom det att vissa patienter fördjupade sig i tv-program för att undvika alla rutiner som fanns (Gaskill, et al., 1997). Några patienter hanterade sin isolering genom att sova hela dagen (Cheng et al., 2008; Gaskill, et al., 1997). Rutiner ansågs av vissa skyddsisolerade patienter vara en viktig del för att kunna fördriva tiden (Campbell, 1999; Gaskill, et al., 1997). Det visade sig att klockan var betydelsefull för patienternas tidsuppfattning (Campbell, 1999). Patienterna i Gaskills, et al. (1997) studie försökte att inte tänka på ensamheten för mycket, utan istället ta dagen som den kommer. De skyddsisolerade patienterna blev erbjudna att gå ut och få frisk luft på balkongen (Campbell, 1999; Gaskill, et al., 1997). Flertalet avböjde av olika orsaker och ansåg att det räckte att öppna ett fönster på rummet.

They [nurses] have offered me the opportunity at night. I haven't gone yet... and I don't feel I want to until my levels are up. I have spent an, time, an awful lot of time... getting here, and I have no wish to knock myself back by picking up a bug. If it means I will stay here longer, I will stay in here longer. I'm not going out that door until I can go out that door. (Campbell, 1999, s. 442).

Reaktioner som dokumenterats hos en del patienter i skyddsisolering har varit irritationer, aggression, sömnstörningar, hallucinationer och vanföreställningar (Sasaki, Akaho, Sakamaki, Akiyama, Yoshina, et al., 2000). Studierna av Ward (2000) och Stajduhar, et al. (2000) visade att frustration förekom hos de smittisolerade patienterna. I två studier framkom det att patienterna upplevde ett missnöje och frustration över vårdpersonalens bristande kommunikationsförmåga (Newton, et al., 2001; Ward, 2000). Framförallt ansåg de att läkarna inte tog sig tid och talade ett obegripligt språk (Ward, 2000), vilket gav upphov till känslor av frustration och osäkerhet hos patienterna. Sjuksköterskorna upplevdes däremot som lyhörda och förstående. Även Stajduhar, et al. (2000) identifierade frustration hos de smittisolerade patienterna av flera olika orsaker, till exempel bristande uppmärksamhet och förseningar med behandlingen i samband med isoleringen. Gaskill, et al. (1997) såg att frustration och irritation var vanligt förekommande reaktioner hos skyddsisolerade patienter. Medvetenheten om sin omgivning förstärktes, vilket kunde leda till irritation, bland annat upplevde patienterna att syn, lukt och ljud förstärktes. Ljud från luftkonditionering och handdukarnas lukt kunde exempelvis framkalla känslor av irritation hos patienterna. Några patienter kunde fantisera sig bort med hjälp av en tavla, däremot blev det för vissa ett irriterande moment att se samma tavla varje dag. Irritationen på grund av luftkonditioneringens ljud framkom även hos patienterna i studien av Cheng, et al. (2008). Skyddsisolerade patienter upplevde frustration som ibland låg på gränsen till ilska (Gaskill, et al., 1997). Aggression har framkommit i ytterligare en studie med smittisolerade patienter. I Kennedy och Hamilton (1997) studie framkom att hälften av de isolerade patienterna hade en förändrad sinnestämning. Den mest framträdande signifikansen i studien var att de isolerade kände mer aggression än de som inte var isolerade.

Det har framkommit att ångest och depression är de mest förekommande reaktionerna hos både de smitt- och skyddsisolerade patienterna (Brans, van den Eynde, Audenaert, Vervaeke, van Daele, et al., 2003; Catalano, Houston, Catalano, Butera, Jennings, et al., 2003; Tarzi, Kennedy, Stone & Evans, 2001; Davies & Rees, 2000; Rees, Davies, Birchall & Price, 2000; Sasaki, et al., 2000; Gammon, 1998; Gaskill, et al., 1997). I studierna av Catalano, et al. (2003), Tarzi, et al. (2001) och Gammon (1998) framkom en signifikant högre nivå av ångest och depression hos de smittisolerade patienterna i jämförelse med de patienter som inte var isolerade. Det framkom även hos de skyddsisolerade patienterna att de som hade höga nivåer av ångest också var mer deprimerade (Brans, et al., 2003). I en studie gjord av Catalano, et al. (2003) uppstod depressionen hos de smittisolerade patienterna redan efter en vecka, vilket sedan förstärktes efter ytterligare en vecka. Ångest ökade däremot efter en vecka och minskade något efter andra veckan. Brans, et al. (2003) fann att ångest och depression hos skyddsisolerade patienter inte hade något samband med kön, ålder, sjukhusvistelsens längd eller orsaken till sjukdom. Sasaki, et al. (2000) observerade att psykiska förändringar uppkom hos 64 procent av de smittisolerade kvinnorna och hos 28 procent av de smittisolerade männen. Det styrks av Davies och Rees (2000) studie, där det framkom att fler kvinnor än män upplevde ångest vid smittisolering. Patienterna som hade en högre nivå av ångest hos de smittisolerade patienterna i Rees, et al. (2000) studie gjorde också en grov uppskattning på hur länge de trodde de skulle vara isolerade. Patienterna som däremot inte fokuserade på sin isoleringstid hade lägre ångestnivåer. I studierna gjorda av Tarzi, et al. (2001) och Brans, et al. (2003) påträffades inget samband mellan ångest och depression samt isoleringens varaktighet. Skyddsisolerade patienter i en studie av Gaskill, et al. (1997) delade upp dagarna i bra och dåliga. De dåliga dagarna innehöll mer eller mindre varierande grad av depression. Vidare framkom det i Brans, et al. (2003) studie, att de skyddsisolerade patienterna som hade höga nivåer av ångest, använde sig av passiv coping. Det innebar att patienterna tog de problem som uppstod till sig istället för att försöka hantera problemen och det i sin tur gjorde att ångesten hos patienterna ökade.

Informationsbehovet om varför de smittisolerade patienterna isolerades var stort hos patienterna (Stajduhar, et al., 2000; Ward, 2000). Madeo (2001), Newton, et al. (2001) och Ward (2000) upptäckte att flertalet patienter i smittisolering inte upplevde informationen som tillräcklig och relevant. I Wards (2000) studie framkom det att informationen var bristfällig angående vilka restriktioner som isoleringen innebar hos de smittisolerade patienterna. Bristfällig information orsakade även minskad förståelse av att vara smittbärare. Det framkom att patienterna inte upplevde sig sjuka och därför saknade de förståelse för sin sjukdom (Newton, et al., 2001). Det framkom även i Madeos (2001) studie då en patient beskrev sig sakna förståelse för sin situation, eftersom ingen hade informerat om tillståndet. Patienterna i skyddsisolering upplevde däremot att de hade kunskaper och förståelse om isoleringens syfte (Cheng, et al., 2008; Campbell, 1999), vilket resulterade i ett accepterande av och en förståelse för situationen. Patienter i smittisolering upplevde att kunskapen minskade känslan av hjälplöshet och de fick mer kontroll över situationen (Stajduhar, et al., 2000; Ward, 2000). I en studie med patienter i smittisolering framkom också att den större delen av patienterna kände till vart de kunde vända sig för att få information (Rees, et al., 2000). Knappt hälften av de smittisolerade upplevde däremot att de hade fått tillräcklig information och knappt hälften av patienterna hade blivit underrättade om varför de flyttades till isolering vid isoleringstidens start. I studien av Ward (2000) upplevde patienterna i smittisolering att närstående undvek att besöka dem på grund av att de fått

bristfällig information. De skyddsisolerade patienterna önskade att få tillgång till information vid behov (Gaskill, et al., 1997). Vissa patienter tog till sig informationen genom att analysera varje ord och använde sedan informationen för att skydda sig själva, vilket skapade rädsla och nervositet hos patienterna. Patienterna ville exempelvis inte vistas på rummet med fler än två personer samtidigt eftersom smittrisken ökade.

Det framkom att patienterna hade individuella strategier för att hantera upplevelsen av isoleringen. Gaskill, et al. (1997) fann att skyddsisolerade patienterna använde sig av olika strategier, bland annat var religion, tro och logiskt tänkande strategier för att hantera isoleringen. Vidare uttryckte de skyddsisolerade patienterna att deras tidigare yrkesroll var till fördel för att klara av isoleringen (Cheng, et al., 2008; Campbell, 1999). De som hade ett självständigt arbete ansåg sig kunna anpassa sig till ensamheten som isoleringen medförde. Patienter med tidigare erfarenheter av isolering upplevde även att isoleringen var lättare vid det andra tillfället. Närståendes närvaro hade betydelse för patienternas upplevelse och sätt att hantera skyddsisoleringen (Cheng, et al., 2008). Besöken bidrog till att patienterna fick ta del av omvärlden. Patienterna fick därmed vara delaktiga i beslut som fattades i deras vardag och genom det bekräfta sin sociala roll. Patienterna i smittisolering upplevde att stöd och tillit från närstående och personal var en viktig del för att kunna hantera isoleringen (Stajduhar, et al., 2000). Den begränsade kontakten med människor gjorde att patienterna kände sig socialt isolerade. Känslan av att vara isolerad blev mer påtaglig när kontakten med vårdpersonalen var begränsad. Vidare framkom det att när patienterna i smittisolering hade ett sämre välbefinnande minskade även tillit för vårdpersonalen (Rees, et al., 2000). Behovet av att ha kontakt med omvärlden var något som framkom hos både smitt- och skyddsisolerade patienter (Cheng, et al., 2008; Rees, et al., 2000; Stajduhar, et al., 2000; Campbell, 1999; Gaskill, et al., 1997). Patienterna upplevde att den sociala isoleringen reducerades genom att de bibehöll kontakten med omgivningen (Stajduhar, et al., 2000). För att kunna hålla sig uppdaterad med sin omgivning ansåg patienterna att tillgången till telefon var viktigt (Rees, et al., 2000; Campbell, 1999; Gaskill, et al., 1997). Campbell (1999) såg att tillgången till telefon skapade en känsla av normalitet hos de skyddsisolerade patienterna. Vidare var tv och radio viktiga hjälpmedel för att patienterna skulle kunna hålla sig uppdaterade (Cheng, et al., 2008; Rees, et al., 2000; Gaskill, et al., 1997). De skyddsisolerade patienterna i Cheng, et al., (2008) studie hade en önskan om att få tillgång till internet. Det var något som framkom bland de patienter som hade med sig bärbara datorer för att kunna underlätta kommunikationen med sin omgivning. Patienterna ansåg även att en hemtrevlig miljö skulle förbättra deras upplevelse av isoleringen (Stajduhar, et al., 2000).

Diskussion

Metoddiskussion

Kvantitativa och kvalitativa artiklar valdes till litteraturstudien eftersom det ansågs vara lämpligt då syftet med litteraturstudien var att göra en jämförelse av upplevelser hos patienter i smitt- eller skyddsisolering. Enbart kvalitativa eller kvantitativa artiklar hade troligen gett ett mindre fullständigt resultat. Databaserna PubMed, Cinahl och Academic Search Elite genomsöktes. PubMed och Cinahl är databaser som är mer

relevanta inom omvårdnad och hälso- och sjukvård medan Academic Search Elite är en databas som innehåller mer allmän information. Även andra databaser genomfördes för att kontrollera att området var uttömt. Det här kan anses vara en styrka i sökningen. En annan styrka kan anses vara att flertalet av artiklarna återkom vid datainsamlingen. MeSH och Thesaurus termer användes i den mån det gick och kompletterades med fritextsökning. När databassökningarna påbörjades användes först ett intervall på fem år och sedan ett på tio år, men de sökningarna ansågs ge för få träffar. Sökningen utökades istället till 12 år och det gav slutligen 19 träffar varav tre exkluderades. Första sökningen med ett fem års intervall gav bara en träff. Den ytterligare utökningen som gjordes på tio år resulterade i 12 artiklar. Slutligen framkom ytterligare tre artiklar på ett 12 års intervall. Utökningen av tidsintervallet i sökningen anses fortfarande vara relevant då upplevelsen i sig inte förändras över tid. Det styrktes sedan i resultatartiklarna eftersom liknande slutsatser framkom.

Den slutliga resultatsökningen bestod av åtta kvalitativa och åtta kvantitativa artiklar. Den jämna fördelningen mellan kvantitativa och kvalitativa artiklar kan anses vara en styrka i litteraturstudien eftersom resultatartiklarna bekräftar och kompletterar varandra. Resultatartiklarna var från Europa, Asien, Nordamerika och Oceanien. Det kan anses vara en nackdel för litteraturstudien, eftersom ingen av artiklarna var från Skandinavien, då inblick i patientens upplevelse inte kan sättas in i en svensk kontext. Däremot finns flera likheter i artiklarna från de ovanstående länderna och en viss generalisering kan anses göras av upplevelsena. Artiklarna berör olika sjukdomar och behandlingar. Det kan anses vara en nackdel att inte undersöka en specifik patientgrupp. En litteraturstudie på en specifik patientgrupp kan vara svårt då lite forskning finns inom området. Med anledning av syftet var litteraturstudiens fokus istället på isoleringsformerna och inte på en specifik patientgrupp.

Litteraturstudien utfördes med kontinuerliga diskussioner inom gruppen. I databearbetning gjordes sammanställningar av resultatartiklarna. Med hjälp av sammanställningarna och originalartiklarna framträdde nyckelbegrepp genom diskussion. Efter ytterligare diskussion och bearbetning framkom fem kategorier genom konsensus inom gruppen. Samarbetet inom gruppen kan anses vara en styrka för litteraturstudien. Även den överskådliga tabellen (Bilaga III, Tabell 4) på likheter och olikheter som skapades under arbetsprocessen kan möjligtvis vara en styrka.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens tillförlitlighet stärktes eftersom resultatartiklarna var av god kvalitet. Resultatartiklarna granskades med bedömningsmall enligt Carlsson och Eiman (2003) för kvantitativa och kvalitativa metoder. Fjorton av artiklarna bedömdes vara av grad I och två artiklar bedömdes vara av grad II. Majoriteten av artiklarnas urvalsbeskrivning var till stor del väl beskrivna och utförligt presenterade. Etiska aspekter framkom tydligt i 14 av de 16 resultatartiklarna. Trots att de två övriga resultatartiklarna inte hade etiska aspekter togs de med för att de ansågs ha en god vetenskaplig grund. Alla artiklar redovisade inte sitt bortfall. I den vetenskapliga artikeln gjord av Catalano, et al. (2003) var metoden och bortfallet svårt att utläsa, eftersom antalet deltagare och antalet bortfall inte stämde överens. I de artiklar där bortfall framkom ansågs det inte vara betydande för resultatet. Resultatet hade troligtvis påverkats felaktigt om bortfallen varit med, då patienterna hade svårigheter att förstå instruktioner, blev stressade under intervjun och

var försämrade i sitt tillstånd. Artiklarna överlag hade en tydlig resultatöversikt. I de kvalitativa artiklarna presenterades resultatet i löpande text med överskådliga rubriker och insprängda citat. I de kvantitativa fanns tabeller, diagram och redovisad signifikans. De kvantitativa artiklarna använde sig av mätinstrument i form av olika frågeformulär. I samtliga kvantitativa artiklar framgick det hur frågeformulären var utformade (Bilaga II, Tabell 3). I några artiklar förekom samma mätinstrument eller instrument med liknande strukturer. Det styrker ytterligare litteraturstudiens resultat.

I studien av Madeo (2001) upplevde patienterna smittisoleringen som traumatisk, eftersom beskedet om isolering kom plötsligt. I jämförelse med studien av Campbell (1999) upplevde de skyddsisolerade patienterna isoleringen som mindre traumatisk, eftersom det var en del av behandlingen för att kunna bli frisk. Liknade upplevelser hade de skyddsisolerade patienterna i Cheng, et al. (2008) och Campbells (1999) studier där patienterna såg isoleringen som en process som de behövde genomgå. Vidare beskriver Törseth Andreassen, et al. (2002) att vid smittisolering när patienten oftast är oförberedd om beslutet till isoleringen kan det upplevas som en meningslös och överklig åtgärd för patienten. Att bli smittisolerad kan eventuellt innebära att spårning av smitta måste utföras i patientens omgivning. Smittspårning kan därmed ge upphov till skuld känslor hos patienten. Även de strikta rutinerna som tillämpas vid smittisolering kan förstärka upplevelsen av att vara en smittbärare. Sandersen, et al. (2002) beskriver att de skyddsisolerade oftast är mer delaktiga i besluten och kan därmed bli mer mentalt förberedda inför isoleringen. Cullberg (2006) beskriver kriser i olika förlopp och menar att i chockfasen kan patienten ha svårt att ta till sig information kring ett oväntat besked. Det kan leda till att patienten inte minns vad som har sagts vid informationstillfället. Den här fasen övergår till reaktionsfasen där patienten tvingas att se verkligheten för vad som skett och vad som kommer att ske. Patienten vill oftast finna en mening till orsaken av sjukdomen vare sig den är adekvat eller inte. I bearbetningsfasen kan patienten se en framtid och blicka framåt. Det kan reflekteras över om de tre faserna är en av anledningarna till att smitt- och skyddsisolerade patienter upplever isoleringen på olika sätt. Funderingar är vidare ifall det kan bidra till att patienten hamnar i en kris om diagnosen och beskedet om isolering kommer plötsligt, som var fallet hos de smittisolerade patienterna. Till skillnad från de skyddsisolerade patienterna, som oftast har en bakomliggande sjukdom eller är i väntan på behandling och därmed får mer tid att förbereda sig inför isoleringen. På så sätt påverkas kanske graden av hur traumatisk situationen blir. Trots den längre förberedelsen som de skyddsisolerade patienterna har, kan de möjligen stöta på nya traumatiska händelser.

Det framkom i resultatet att smittisolerade patienter upplevde informationen som otillräcklig (Madeo, 2001; Newton, et al., 2001; Rees, et al., 2000; Ward, 2000), till skillnad från de skyddsisolerade patienterna som upplevde att de hade kunskap om varför de skulle isoleras (Cheng, et al., 2008; Campbell, 1999). Det här kan även diskuteras mot bakgrund av Cullbergs (2006) kristeorier samt Sandersen, et al. (2002) beskrivning om att de skyddsisolerade är mer mentalt förberedda och delaktiga. I en studie av Collins, et al. (1989) framkom det att de skyddsisolerade patienterna fick mer tid att förbereda sig inför isoleringen. Förberedelsen kunde ske både mentalt, fysiskt och andligt, exempelvis genom att samtala med andra patienter med liknade erfarenheter före isoleringen. En tanke är att patienterna därmed får en mer förberedande kunskap och en successiv förståelse för den kommande isoleringen. Samtidigt menar kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) att

sjuksköterskan ska försäkra sig om att patienten har förstått och tagit till sig informationen som har givits. Sjuksköterskans uppgift är även att stödja och vägleda patienten i den svåra situationen. Kommunikationen ska ske med empati och lyhördhet gentemot patienten. Genom att ge patienten några extra minuter för att förklara syftet med isoleringen, kan det reflekteras över om missförstånd kan undvikas eftersom patienten får ta del av mer information. I studien av Knowles (1993) framkom det att några sjuksköterskor var motvilliga att vara i samma rum som smittisolerade patienter, eftersom rädsla förelåg för att bli smittad eller föra vidare smitta till sina egna närstående. Det upplevdes även av patienterna, eftersom de ansåg att sjuksköterskorna ogärna kom in till dem. Vidare framkom det att sjuksköterskorna hade hög arbetsbelastning vilket drabbade de isolerade patienterna, eftersom de andra arbetsuppgifterna var tidskrävande. Sjuksköterskorna i Oldmans (1998) studie antydde även att de inte kunde spendera så mycket tid som de önskade hos de isolerade patienterna. Det kan reflekteras över om det är rädslan för att smittas eller den höga arbetsbelastningen hos personalen som är orsak till att patienterna inte får tillräcklig information. Törseth Andreassen, et al. (2002) betonar vikten av att vårdpersonalen skall ha en förståelse och inlevelse för patientens situation. Vidare beskriver kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) att sjuksköterskan skall ha förmåga att uppmärksamma patientens lidande och sjukdomsupplevelse. En annan fundering är om en bidragande orsak till att de smittisolerade har en mindre förståelse än skyddsisolerade patienter, kan bero på vårdpersonalens bristande förmåga att undervisa och kommunicera vid en traumatisk situation.

I resultatet framkom att de smittisolerade patienterna upplevde minskad självkänsla och förlorad kontroll (Gammon, 1998). Det kan relateras till att patientens värdighet och autonomi kan förminsкас i samband med isolering, eftersom patienten blir påtvingad att inta en passiv roll och vara beroende av vårdpersonal (Pike & McLean, 2002; Gammon, 1999). Vidare beskriver Lislrud Smebye (2005) att kontakten med omgivningen i regel försämras vid isolering och kan innebära att patientens självuppfattning förminsкас. Något som framgick i resultatet var betydelsen av stöd. Närstående ansågs utgöra ett viktigt stöd för patienterna i både smitt- och skyddsisolering (Cheng, et al., 2008; Stajduhar, et al., 2000; Cohen, et al., 2001; Ward, 2000; Campbell, 1999). En del av världshälsoorganisationens (WHO, 1948) definition av hälsa handlar om socialt välbefinnande. Lislrud Smebye (2005) bekräftar att patientens sociala nätverk verifierar vem de är. Därav är närstående av stor betydelse för patienten, för att kunna upprätthålla kontakten med omgivningen. Vidare visade resultatet att besöken bidrog till att patienterna fick bekräfta sin sociala roll genom att få vara delaktiga i beslut som bland annat berörde deras värld utanför sjukhuset (Cheng, et al., 2008). Personalen var det viktigaste stödet för de smittisolerade patienterna, det framkom i Stajduhar, et al. (2000). Den begränsade kontakten med vårdpersonalen var det som gjorde att patienterna kände sig mest isolerade. Vårdpersonalens betydande roll bekräftar även Lislrud Smebye (2005) hos de isolerade patienterna. Till och med smittskyddslagen (2004:168) poängterar att vårdpersonalen ska skapa en tillit, trygghet och vara tillgänglig för patienterna. Att personalen var det viktigaste stödet var inte förväntat. Funderingar kring varför personalen utgör ett så stort stöd kan tänkas bero på att närstående inte alltid förstår patienternas situation, medan personalen oftast har mer kunskap och kan skapa trygghet hos patienten.

Hallucinationer och vanföreställningar var reaktioner som förekom enbart i en artikel med skyddsisolerade patienter (Sasaki, et al., 2000). Bakomliggande sjukdomar och behandlingar kan vara tänkbara orsaker till vanföreställningar och hallucinationer och inte enbart en påverkan av isoleringen. Lislrud Smebye (2005) bekräftar att en psykisk påverkan kan ske när patienten blir isolerad på ett sjukhus. Fortsättningsvis beskriver Gammon (1999) att vanföreställningar och hallucinationer kan uppstå under isoleringsvistelsen. En orsak kan vara att tidsuppfattningen förändras och patienten kan få svårt att skilja på dag och natt (Thörseth Andreassen, et al., 2002).

Något som förekom var känslor av fångenskap och instängdhet hos både smitt- och skyddsisolerade patienter (Cohen, et al., 2001; Stajduhar, et al., 2000; Ward, 2000). Den omgivande miljön runt de isolerade patienterna är utformad för att förhindra smittspridning (Sandersen, et al., 2002; Thörseth Andreassen, et al., 2002). Bland annat ska ytorna vara avtorkbara och skyddskläder samt handskar ska tillämpas vid patientkontakt. I Knowles (1993) studie framkom att bristen på utrymme i isoleringsrummet resulterade i känslor av fångenskap och instängdhet. Vidare beskrevs att rummets geografiska placering på avdelningen hade en avgörande roll för hur lätt patienterna kunde ta kontakt med personalen och därmed minskade känslorna av instängdhet, exempelvis om rummen låg långt bort i korridoren använde patienterna ringklockan flitigt. De som däremot hade fönster mot korridoren och var placerade i rum mer centralt på avdelningen, hade valet att istället knacka på rutan. Även i resultatet har det framkommit att ett fönster minskade känslor av instängdhet och fångenskap (Ward, 2000). Tanken över att vara instängd i ett rum utan fönster med fyra vita väggar kan anses påverka patientens självuppfattning och välbefinnande negativt. Thörseth Andreassen, et al. (2002) menar att isoleringsrummet kan symbolisera en fängelsecell för patienten. Möjligen kan isolerade patienter och interner i fängelse ha ett flertal gemensamma reaktioner eftersom de blir isolerade från sin omvärld. De isolerade patienterna kan eventuellt uppleva isoleringen som ett straff. Cullberg (2006) menar att en vistelse på institution som inte är frivillig kan minska patientens autonomi och resultera i en integritetskränkning, vilket kan mynna ut i en kris hos patienten.

Ensamhet och tristess förekom hos både smitt- och skyddsisolerade patienter, och det framgick att det kunde bero på olika orsaker. Bland annat var bristen på kontakt med andra människor (Cheng, et al., 2008; Cohen, et al., 2001; Madeo, 2001; Ward, 2000; Campbell, 1999), strikta rutiner (Gaskill, et al., 1997), rummets utformning (Cheng, et al., 2008; Gaskill, et al., 1997) och tillgången till bland annat tv och radio faktorer som påverkade ensamheten och tristessen. Ensamheten som isoleringen innebar, kunde vara positiv för en del patienter och kunde ge patienten möjlighet till avslappning (Cheng, et al., 2008; Ward, 2000) och större frihet (Newton, et al., 2001). Lislrud Smebye (2005) nämner att ensamhet är en subjektiv upplevelse. Även människans psykiska hälsa är beroende av att kunna variera mellan ensamhet och social närhet. Det här styrker även Nilsson, Lindström och Nåden (2006) i sin studie om ensamhet, där det framkom att ensamheten kan orsaka både hälsa och lidande, och är en subjektiv upplevelse. En teori om existentiell isolering förklaras som att känslor av ensamhet är den djupaste källan till ångest. Vidare är den existentiella isoleringen något som kan liknas med avskildhet från världen. I studien av Oldman (1998) framkom att tristess berodde på enformighet, eftersom dagarna inte upplevdes vara händelserika. I resultatet framkom det att patienterna fördrev sin tid i isoleringen genom att sova eller med hjälp av tv och radio (Cheng, et al., 2008; Ward, 2000; Gaskill, et al., 1997). Möjligen kan ensamhet och tristess bero av varandra. Exempelvis om patienten är uttråkad, så upplevs eventuellt

ensamheten som mer påtaglig. De olika tidsfördriven som patienterna använde, kunde bidra till mindre tristess. Fast vid längre isoleringsvistelse kan eventuellt effekten bli motsatt, eftersom det är tidsfördriv som tillämpas varje dag. Eftersom ensamhet är en subjektiv upplevelse kan möjligen en del patienter föredra att ha medpatienter runt omkring sig, och kan därmed uppleva ensamheten mer negativt än de patienter som trivs bättre enskilt.

I resultatet framkom det att smittisolerade patienter hade högre ångest- och depressionsnivåer än de patienter som inte var isolerade (Catalano, et al., 2003; Tarzi, et al., 2001; Gammon, 1998). Att bli inlagd på sjukhus kan påverka patienten psykiskt och har visat sig ha en stressande och ångestfull effekt (Gammon, 1999). Det framkom i Davies och Rees (2000) studie att ångest var mer förekommande hos de smittisolerade kvinnorna än hos de smittisolerade männen. Sasaki, et al. (2000) hade liknade resultat i sin studie om skyddsisolerade patienter, där 64 procent av kvinnorna och 28 procent av männen hade psykiska förändringar. Brans, et al. (2003) däremot fann å andra sidan att ångest samt depression inte hade något samband mellan könen hos de skyddsisolerade patienterna. I en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2004) framkom det att cirka dubbelt så många kvinnor än män visade sig vara deprimerade i samhället. Orsaken till att fler kvinnor än män är deprimerade är oklart. Det finns däremot olika teorier om att ålder och hormoner kan vara en orsak till skillnaden mellan könen. Vidare framkom att ångest och depression kan ha ett samband, framförallt kan långvarig ångest leda till depression. En intressant notering var att ångest och depression visade sig uppstå redan efter en vecka hos de smittisolerade patienterna (Catalano, et al., 2003). Depression ökade även efter andra veckan medan ångesten minskade. Cullberg (1999) beskriver att existentiell ångest kan uppstå på grund av tankar om meningen med den egna existensen, den här formen av ångest kan orsakas av en situation som inte är självvald. En del personer hanterar de här situationerna bra medan andra kan uppleva situationen som outhärdlig. Ur det här kan en parallell dras till varför isolerade patienter upplever ångest.

Konklusion

Syftet med litteraturstudien var att göra en jämförelse av upplevelser hos patienter i smitt- eller skyddsisolering. Patienter som var smittisolerade upplevde isoleringen mer traumatisk än de skyddsisolerade patienterna. Tillgången till informationen och förståelsen för isoleringen upplevdes som sämre hos de smittisolerade än vad de skyddsisolerade upplevde. Det har framkommit att patienter i både smitt- och skyddsisolering upplevde ensamhet, känslor av fångenskap och instängdhet samt tristess. Det framgick att ångest och depression var vanligt förekommande reaktioner hos både de smitt- och skyddsisolerade patienter. Det visade sig att patienterna hade individuella strategier för att hantera isoleringen. Sociala kontakter var en hjälp för att hantera isoleringen, medan andra ansåg att Tv och radio var en hjälp. Även omgivningen var av betydelse för patientens välbefinnanden.

Implikation

Studier efterfrågas med jämförelser på patienters upplevelse av att vara smitt- och skyddsisolerad, eftersom inga tidigare vetenskapliga studier har påträffats med syfte att jämföra patienters upplevelser i de olika isoleringsformerna. Därför efterfrågas här en empirisk studie inom området, gärna i en skandinavisk kontext. Vidare bör framtida studier undersöka vilken betydelse miljön har för patientens upplevelse av isolering. I sjuksköterskeutbildning och i fortbildning för yrkesverksamma sjuksköterskor, bör mer kunskaper appliceras om betydelsen av den sociala kontakten för individen. Ett professionellt bemötande och lyhördhet är en viktig funktion i sjuksköterskans profession, exempelvis när besked meddelas till patienten. För att få en ökad inblick i det här området är mer forskning en förutsättning. Kunskaperna kan sedan användas i klinisk verksamhet och tillämpas på de patienter som är isolerade, för att bland annat minska känslor av ensamhet.

Referenser

- * Brans, B., van den Eynde, F., Audenaert, K., Vervaet, M., van Daele, K., van Heeringen, C., et al. (2003). Depression and anxiety during isolation and radionuclide therapy. *Nuclear Medicine Communications*, 24(8), 881-816. Hämtad 2009-04-08 från databasen PubMed
- * Campbell, T. (1999). Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 439-447. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). *Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö högskola"*. Malmö: Malmö högskola. Hämtad 2009-05-06 från http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf
- * Catalano, G., Houston, S. H., Catalano, M. C., Butera, A. S., Jennings, S. M., Hakala, S. M., et al. (2003). Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *Southern Medical Journal*, 96(2), 141-145. Hämtad 2009-04-12 från databasen PubMed.
- Cava, M., Fay, K., Beanlands, H., McCay, E., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing*, 22(5), 398-406.
- * Cheng, H., Qin, L., & Tee, H. (2008). An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders. *Singapore Nursing Journal*, 35(1), 15-23. Hämtad 2009-04-06 från databasen Cinahl.
- * Cohen, M., Ley, C., & Tarzian, A. (2001). Isolation in blood and marrow transplantation. [Electronic version]. *Western Journal of Nursing Research*, 23(6), 592-609. Hämtad 2009-04-06 från databasen Cinahl.
- Collins, C., Upright, C., & Aleksich, J. (1989). Reverse isolation: what patients perceive. *Oncology Nursing Forum*, 16(5), 675-679.
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.
- * Davies, H., & Rees, J. (2000). Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance... part 2 of this article follows next week. *Nursing Standard*, 14(28), 35-38. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- De Ron, C-F. (1992). Lagar och levnadsregler genom tiderna ur epidemiperspektiv. Ingår i B. Evengård, (red.), *Epidemiernas historia och framtid*. (s. 218-249). Stockholm: Natur och kultur.

- Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar: Specifik omvårdnad. Medicinsk behandling. Patofysiologi*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Klinisk mikrobiologi. Infektioner immunologi sjukvårdshygien*. (3:e uppl.). Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. Ingår i F. Friberg, (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8(1), 13-21.
- * Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. [Electronic version]. *International Journal of Nursing Practice*, 4(2), 84-96. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- * Gaskill, D., Henderson, A., & Fraser, M. (1997). Exploring the everyday world of the patient in isolation. *Oncology Nursing Forum*, 24(4), 695-700. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Handbok för hälso- och sjukvård. (2009). *Infektionskänsliga patienter. Skyddsisolering*. Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=4793&ParentId=4792&ChapterId=4793&Preview=&From=MENU&sString=infektionskänsliga
- Handbok för hälso- och sjukvård. (2008a). *Basala hygienrutiner och personalhygien. Handhygien i vården*. Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3785&ParentId=3779&ChapterId=3785&Preview=
- Handbok för hälso- och sjukvård. (2008b). *Basala hygienrutiner och personalhygien*. Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=2594&ParentId=3779&ChapterId=2594&PREVIEW=
- Handbok för hälso- och sjukvård. (2008c). *Basala hygienrutiner och personalhygien. Handskar i vården*. Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3786&ParentId=3779&ChapterId=3786&Preview=
- Handbok för hälso- och sjukvård. (2008d). *Basala hygienrutiner och personalhygien. Skyddskläder*. Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3787&ParentId=3779&ChapterId=3787&Preview=

- Handbok för hälso- och sjukvård. (2008e). *Smitta och smittspridning. Vårdrum, lägenhet* Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3872&ParentId=3868&ChapterId=3872&Preview=
- Handbok för hälso- och sjukvård. (2008f). *Smitta och smittspridning. Smittrisk i samband med besök*. Hämtad 2009-05-10 från http://www.1177.se/handboken/06_article.asp?CategoryId=3874&ParentId=3868&ChapterId=3874&Preview=
- * Kennedy, P., & Hamilton, L. (1997). Psychological impact of the management of methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury. [Electronic version]. *Spinal Cord*, 35(9), 617-619. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Knowles, H. (1993). The experience of infectious patients in isolation. *Nursing Times*, 89(30), 53-56.
- Lindberg, A. (2003). Smittskyddets betydelse för folkhälsan. Ingår i K. Ekdahl & J. Giesecke, (red.), *Smittskyddsoken*. (s. 21-25). Lund: Studentlitteratur.
- Lislerud Smebye, K. (2005). Kontakt med andra. Kapitel 18. Ingår i N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug, (red.), *Grundläggande omvårdnad. Del 3*. (s. 80-117). Stockholm: Liber.
- * Madeo, M. (2001). Understanding the MRSA experience. *Nursing Times*, 97(30), 36-37. Hämtad 2009-04-06 från databasen Cinahl.
- Nationalencyklopedin. (2009). *Isolering*. Hämtat 2009-04-02 från <http://www.ne.se.ezproxy.bib.hh.se/1%C3%A5ng/Isolering/213940>
- * Newton, J., Constable, D., & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant Staphylococcus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. [Electronic version]. *Journal of Hospital Infection*, 48(4), 275-280. Hämtad 2009-04-06 från databasen Cinahl.
- Nilsson, B., Lindström, U., & Nåden, D. (2006). Is loneliness a psychological dysfunction? A literary study of the phenomenon of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1) 93-101.
- Oldman, T. (1998). Infection control. Isolated cases. *Nursing Times*, 94(11), 67. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Pike, J., & McLean, D. (2002). Ethical concerns in isolating patients with methicillin resistant staphylococcus aureus on the rehabilitation ward: a case report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 1028-1030.

- Ransjö, U., & Åneman, C. (2006). Smittspridning och skyddsåtgärder. Ingår i Socialstyrelsen, (red.), *Att förebygga smitta i vården. Ett kunskapsunderlag*. Hämtat 2009-04-02 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/ECE8175D-45BD-4039-A2AD-E49292A2BC60/5483/200612312.pdf>
- * Rees, J., Davies, H., Birchall, C., & Price, J. (2000). Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction... this is the second part of the study, this time focusing on patient satisfaction. *Nursing Standard*, 14(29), 32-36. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Sandersen, V-A., Finne-Grønn, L., & Wiig Dagestad, A. (2002). Kapitel 20. Omvårdnad vid blodsjukdomar. Ingår i H. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad del 1*. (s. 469-487). Stockholm: Liber.
- * Sasaki, T., Akaho, R., Sakamaki, H., Akiyama, H., Yoshino, M., Hagiya, K., et al. (2000). Mental disturbance during isolation in bone marrow transplant patient with leukemia. [Electronic version]. *Bone Marrow Transplantation*, 25(3), 315-318. Hämtad 2009-04-12 från databasen PubMed.
- SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Skär, L. (2009). Relationernas betydelse. Ingår i S. Söderberg, (red.), *Att leva med sjukdom*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Smittskyddsinstitutet. (2009). *Statistik för meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA)*. Hämtat 2009-05-15 från <http://www.smi.se/statistik/meticillinresistenta-gula-stafylokocker-mrsa/#statistics-nav>
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2009-05-11 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- * Stajduhar, K., Neithercut, J., Chu, E., Pham, P., Rohde, J., Sicotte, A., et al. (2000). Thyroid cancer: patients' experiences of receiving iodine-131 therapy. [Electronic version]. *Oncology Nursing Forum*, 27(8), 1213-1218. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Statens beredning för medicinska utvärdering [SBU] . (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt Vol 1*. (SBU-rapport, 166:1). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- * Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M. (2001). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. [Electronic version]. *Journal of Hospital Infection*, 49(4), 250-254. Hämtad 2009-04-07 från databasen Cinahl.
- Törseth Andreassen, G., Hagland, A., & Wilhelmsen, I-L. (2002). Kapitel 45. Omvårdnad vid infektionssjukdomar. Ingår i H. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad del 2*. (s. 1071-1109). Stockholm: Liber.

* Ward, D. (2000). Clinical. Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing (BJN)*, 9(3), 162-170. Hämtad 2009-04-06 från databasen Cinahl.

World Health Organization [WHO] . (1948). *WHO definition of health*. Hämtad 2009-05-22 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Örtqvist, Å. (2004). Modern sjukvård kräver välfungerande infektionskliniker. Smittsamma patienter måste kunna isoleras och basala hygienrutiner följas. *Läkartidningen*, 101(39), 2980-2982.

Tabell 2. Sökhistoria

Bilaga I

Databas	Datum	Sökord	Antal träffar	Genomlästa abstract	Urval 1	Urval 2
CINAHL	090406	(MM "Patient Isolation") and experience Limits: English Language, Research Article, 1997	15	5	5	5
CINAHL	090407	(MM "Patient Isolation") and psycho* Limits: English Language, Research Article, 1997	23	13 (5*)	8	5
CINAHL	090407	(MM "Isolation, Reverse") Limits: English Language, Research Article, 1997	3	2	2	2
PubMed	090407	"Patient Isolation" [MeSH] and experience Limits: English Language, abstract, all adults; 19+ years, 1997	28	7 (6*)	1	1
PubMed	090408	"Patient Isolation" [MeSH] and psycho Limits: English Language, abstract, all adults; 19+ years, 1997	3	2	1	1
PubMed	090408	"Reverse Isolation" Limits: English Language, abstract, all adults; 19+ years, 1997	6	1 (1*)	0	0
PubMed	090412	"Patient Isolation"[MeSH] and anxiety and depression Limits: English Language, abstract, all adults; 19+ years, 1997	9	9 (5*)	2	2
Academic Search Elite	090408	DE "ISOLATION (Hospital care)" and Psycho* Limits: 1997, Scholarly (Peer reviewed) Journals	13	3 (2*)	0	0
Academic Search Elite	090408	DE "ISOLATION (Hospital care)" and experience Limits: 1997, Scholarly (Peer reviewed) Journals	12	1 (1*)	0	0
Academic Search Elite	090408	Isolation, Reverse Limits: 1997, Scholarly (Peer reviewed) Journals	3	0	0	0
			115	22	19	16

* Har förekommit i tidigare sökningar.

Tabell 3. Artikelöversikt

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2003, Belgien.	Brans, B., van den Eynde, F., Audenaert, K., Vervaet, M., van Daele, K., van Heeringen, C., & Dierckx, R.A.	Depression and anxiety during isolation and radionuclide therapy.	Att utveckla en strategi för ett urval patienter som har risk att utveckla oro och ångest, då dessa kan få nytta av specifikt psykologiskt stöd. (Baserat på förekomsten av ångest hos patienter under isolering i samband med strålbehandling).	Kvantitativ studie. Prospektiv studie. 65 patienter som behandlats med strålbehandling i isolering under 2000-2002 tillfrågades, med ett bortfall på 26 % (n=48). I undersökningsgruppen var det 24 kvinnor och 24 män. Undersökningen utfördes genom att frågeformulär besvarades under första dagen av isoleringen för att undvika olikheter i dagliga känslomässiga tillstånd. Frågeformulären var validerade självskattningsformulär. Detta för att få fram: sinnesstämning, ångest, coping och personlighet. Mätinstrumenten STAI*, BHS*, BDI*, TCI* och USL* användes.	Det framkom att höga nivåer av oro inte var relaterade med relationsstatus, sjukhusvistelsens tidslängd, utbildningsnivå, ålder eller kön. Istället var det personlighet och copingstrategier som hade samband med oro och depression hos isolerade patienter som genomgår strålbehandling.	Grad I

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
1999, England.	Campbell, T.	Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment.	Att beskriva cancerpatienters känslor av att bli vårdade i isolering till följd av cytostatika behandling.	Kvalitativ studie med inriktning mot Grounded theory med hjälp av substantiv kodning. n=5 deltagare, behandlades med hög dos av cytostatika samt var isolerade i minst 7 dagar. Intervjuerna varade i 30-60min (inspelad) och skrevs sedan ut ord för ord. Intervjuerna jämfördes med varandra och likheter/kategorier hittades. 4 av 8 handlade om känslor att vara isolerad. Dessa kategorier var: att vara instängd, coping av upplevelsen, att vara ensam, samt att upprätthålla kontakten med omvärlden.	Deltagarna visade sig klara av isoleringstiden bra och kände ett stöd från vårdpersonalen. Deltagarna upplevde däremot att det inte var en trivsamt erfarenhet men isoleringen accepterades på grund av den skyddande funktionen som isoleringen innebar.	Grad I
2003, USA.	Catalano, G., Houston, S.H., Catalano, M.C., Butera, A.S., Jennings, S.M., Hakala, S.M., et al.	Anxiety and depression in hospitalized. Patients in resistant organism isolation.	Att utvärdera om symtomen ångest och depression ökar hos patienter som inte är kritiskt sjuka och är placerade i isolering.	Kvantitativ studie. Av 102 patienter deltog n = 51, isolerade (n=26), 16 kvinnor och 10 män. Kontrollgruppen (n=24), 4 kvinnor och 20 män. Utvärderades med hjälp av HADS*. Isoleringsgruppens och kontrollgruppens resultat jämfördes.	Det framkom att ångest och depression ökade hos de isolerade jämfört med kontrollgruppen redan efter en vecka.	Grad II

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008, Kina.	Cheng, H., Qin, L., & Tee, H.	An exploratory study on the isolation experience of patients with haematological disorders.	Att undersöka upplevelsen av isolering hos patienter med hematolog sjukdomar med eller utan vårdgivare.	Kvalitativ studie, n= 4 deltagare, alla män, medelåldern 45 mellan 27-58år. Semistrukturerande intervjuer med öppna och slutna frågor varade i 30min. Data samlades på den tredje dagen i isoleringen. Intervjuerna skrevs ner manuellt när de utfördes. Intervjun granskades ett flertal gångar, mening för mening och tema framkom för varje intervjun som sedan jämfördes med de övriga intervjuerna. De mest förekommande teman från de olika intervjuerna sammanfördes och formulerades. Fem teman framkom: att vara isolerad, tidigare upplevelser av isolering, Coping (klara av) isolering, hålla kontakt och närvaro av närstående.	Det framkom att deltagarna inte välkomnade isoleringen. Varje deltagare utvecklade individuella copingstrategier, den mest utmärkande copingstrategin var att ha stöd från närstående och att kunna se fram emot besök. Andra var att isoleringen var gynnsam för deras tillstånd, förbättrade deras sätt att hantera isoleringstiden.	Grad I

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2001, USA.	Cohen, M., Ley, C., & Tarzian, A.	Isolation in blood and marrow transplantation	Att beskriva patienters upplevelser efter genomgången autolog benmärgstransplantation.	Kvalitativ studie/hermeneutisk, fenomenologisk metod med deskriptiv och interpretiv fenomenologi. n=20 deltagare, 15 kvinnor och 5 män, medelåldern 46 mellan 28-65år (2, leukemi; 9, bröstcancer; 6, lymfom; 2, myelom; 1 Hodgkins sjukdom). Intervjun med öppna frågor, varade 1-2 timmar vid ett tillfälle per informant. Inspelade intervjuer skrevs ut ord för ord och analyserades rad för rad och kategorier skapades. Huvudkategorier: Fysisk isolering - skydda sig själv och andra, Emotionell isolering – skydda sig själv och andra, Fysisk och emotionell isolering – stödja sig själv och andra. Med tillhörande subkategorier.	Fysisk isolering kunde leda till emotionell isolering, vilket förbättrades av fysisk och emotionell närvaro av andra. Patienterna skyddade sina närstående från information och att se dem i sitt sjukdomstillstånd. Vilket medförde en fysisk isolering med känslor av övergivenhet, ensamhet, uttråkning och fångenskap.	Grad I

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000, England.	Davies, H., & Rees, J.	Psychological effects of isolation nursing (1): mood disturbance... part 2 of this article follows next week.	Att undersöka förhållande mellan sinnesförändringar och vårdkvalitets faktorer bland patienter som vårdas i smittisolering, i akut och rehabiliterings vård, samt att bedöma exaktheten av personalens igenkännande av sådana störningar.	Kvantitativ studie. Pilotstudie, intervjubaserade frågeformulär som ger information för att fastställa godtagbarheten av använda återgärder. n=21 deltog, 13 män, 8 kvinnor. Mätinstrumentet besvarades under 30min – HADS *	Visade att sinnesförändringar var en betydande följd av isoleringen då över hälften av de deltagande hade drabbats av det. Personalen hade svårt att känna igen tecken på depression.	Grad I
1998, England.	Gammon, J.	Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs.	Att utvärdera om isolering på grund av en smitta var en mer stressfull händelse och orsakade mer negativa psykologiska effekter än rutinmässig sjukhusvistelse.	Kvantitativ studie, quasi- experimentell. Isoleringsgruppen bestod av 20 deltagare, 7 kvinnor och 13 män, medelålder 61 mellan 33–87 år. Valts genom ett randomiserat urval som jämförs med en kontrollgrupp. Instrument: frågeformulär som var en sammanslagning av tre standardiserad verktyg och mätte fyra psykologiska aspekter och bestod av 32 frågor. Mätinstrumenten HADS*, Health-Illness (Powerlessness)* och Self-esteem scale* besvarades.	Forskningen bekräftar och validerar tidigare forskningar. Sjukhusvistelsen resulterade i många negativa känslor, vilket hade skadlig effekt på det psykologiska välbefinnandet. Det framkom tydligt att de negativa känslorna av ångest, depression var signifikant högre och självkänslan och känsla av kontroll var signifikant lägre hos infekterade patienter som vårdades i isolering.	Grad I

Publika-tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
1997, Australien.	Gaskill, D., Henderson, A., & Fraser, M.	Exploring the everyday world of the patient in isolation.	Att tydliggöra aspekter av isolering som kan gå vårdpersonalen obemärkt förbi.	Kvalitativ studie, hermeneutisk fenomenologisk grund. n=7 deltagare, 5 kvinnor och 2 män mellan 19-70 år. Intervjuerna utfördes med öppna ostrukturerade frågor och varade i 30-90 min. Intervjuerna spelades in och skrevs ner samt genomlästes flertalet gånger. Påstående och fraser plockades ut och tillfälliga teman diskuterades tills forskarna nådde konsensus.	I vanliga fall reflekterades inte småsakerna i vardagen men vid längre isoleringstid fick det en större betydelse. Deltagarna ansåg inte att personalen förstod deras upplevelse av sjukdomen och av att vara isolerad.	Grad I
1997, England.	Kennedy, P., & Hamilton, L.	Psychological impact of the management of methicillin- resistant staphylococcus aureus (MRSA) in patients with spinal cord injury.	Att undersöka det psykiska välbefinnandet hos MRSA-positiva patienter, som var isolerade och hade en ryggmärgsskada.	Kvantitativ studie. Tvärsnitts-/ matchande kontrollerande studie. n=16 deltagare, alla män, medelålder 31 mellan 18-65 Det var två kriterier för att få delta i studien. Patienterna skulle ha varit isolerade minst 2 veckor samt ha en ryggmärgs skada. Semi-strukturerade intervjuer användes för att undersöka om det fanns psykologisk påverkan. De 7 mätinstrumenten FIM*, BDI*, STAI* och POMS* (-A, - V, -F, -C)* besvarades.	Isolerade och icke isolerade ryggmärgsskadade patienter skiljde sig inte signifikant åt jämfört med kontrollgruppen, när ångest och depression undersöktes. Den största skillnaden var att de isolerade patienterna kände mer ilska och frustration.	Grad I

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2001, England.	Madeo, M.	Understanding the MRSA experience.	Att beskriva patienters upplevelse med MRSA i isoleringsvård.	Kvalitativ studie, Fenomenologiskt perspektiv. n=7 deltagare, 3 kvinnor och 4 män mellan 19-72 år. Deltagarna intervjuades och spelades in. Sedan framkom det essentiella som bildade olika kategorier: förståelse och påverkan på besökare, hotell eller fängelse, stigma, samt behandling.	Informationen som personalen gav var bristfällig. Deltagarnas kunskaper och förståelse var baserat på att de kände någon som hade MRSA, eller att närstående hade letat information på internet. Isoleringen var en traumatisk upplevelse speciellt för de där diagnosen var oväntad. De flesta av deltagarna föredrog ett ensamt rum eftersom de då får lite privatliv, men upplevde trots det ensamhet. Speciellt vid fysisk förbättring.	Grad II

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2001, England.	Newton, J., Constable, D., & Senior, V.	Patients' perceptions of methicillin- resistant Staphylococ- cus aureus and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients.	Att undersöka MRSA drabbade patienters uppfattningar om MRSA samt upplevelse av att vara smittisolerad.	Kvalitativ studie, n=19 deltagare, 12 kvinnor och 7 män. Medelåldern 67 mellan 44-87 år. Intervjuerna skedde efter 3-77 dagar i isolering. Intervjuerna var semistrukturerade. De spelades in på band, förutbestämt schema användes och öppna frågor ställdes. Intervjun kodades i kategorier En lista gjordes av kategorierna och upprepningar sållades bort. Två oberoende uppskattade de utförda uppgifterna, och genom diskussion bestämdes vilka kategorier som passade.	Patienterna upplevde blandade känslor i smittisoleringen. Positiva aspekter var ensamhet och privatliv. Negativa aspekter var mindre uppmärksamhet från personalen, samt känslor av ensamhet. Majoriteten av deltagarna hade en dålig och odetaljerad förståelse för sin sjukdom och sin isoleringsvård. Trots skriftlig och muntlig information var kunskaperna dåliga.	Grad I

Publika- tionsår Land	Författare	Title	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000, England.	Rees, J., Davies, H., Birchall, C., & Price, J.	Psychological effects of isolation nursing (2): patient satisfaction... this is the second part of the study, this time focusing on patient satisfaction.	Att undersöka faktorer som kan vara relevanta för sinnesförändringar. (Se ovan, del 1, Davies, H., & Rees, J).	Kvantitativ studie, 24 tillfrågades och n=21 deltog. Datainsamling genom intervjubaserade frågeformulär som bygger på tidigare pilotstudie. Frågeformulären som var framtaget av författarna till artikeln handlade om patienternas och anhörigas kunskap om orsak till isoleringen samt tillfredsställelse med information om deras vård i isoleringen. Undersöka patientens uppskattning av vårdteamets, egna och anhörigas handlingar i hanterandet av infektionen. Generell tillfredsställelse i sjukhusvistelsen och vårdkvaliteten. Förtroendet till vårdteamets förmåga att få bukt med infektionen. Patientens uppfattning av trolig tidslängd av isoleringen.	De patienter som kände sig uppdaterade hade störst nivå av tillfredsställelse. Goda kommunikationsnivåer visade sig finnas då patienterna värderade kontakten med personalen högt. Patienter som hade en dålig uppfattning om isoleringstidens längd hade större risk för att bli oroliga.	Grad I

Publikationsår Land	Författare	Title	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000, Japan.	Sasaki, T., Akaho, R., Sakamaki, H., Akiyama, H., Yoshino, M., Hagiya., et al.	Mental disturbance during isolation in bone marrow transplant patient with leukemia.	Att undersöka psykiska reaktioner vid BMT (benmärgs transplantation) patienter med leukemi under period av isolering.	Kvantitativ studie, n=39 deltagare, 25 män och 14 kvinnor, medelålder 36, mellan 17-50 år. Deltagarna mentala hälsa bedömdes av tvåforskare en vecka innan isoleringsperioden. Under isolerings perioden intervjuades deltagarna 2-3ggr i veckan, 5-10 minuter om deras mentala hälsa. vidare utvärderade personalen och patient den mentala hälsan med mätinstrumentet POMS*.	En hög frekvens av mentala störningar observerades hos BMT patienter med leukemi under isolering. Detta visar vikten av psykiatriskt samråd med BMT patienter.	Grad I
2000, Kanada.	Stajduhar, K., Neithercut, J., Chu, E., Pham, P., Rohde, J., Sicotte, A., et al.	Thyroid cancer: patients experiences of receiving iodine-131 therapy.	Att beskriva patienters upplevelse av att genomgå behandling med jod-131 och att fastställa väsentliga beståndsdelar i utveckling inom vården och i patientutbild- ningsprogram.	Okategoriserad kvalitativ forskningsmetod. 35 tillfrågades och 27 deltog. 22 kvinnor och 5 män i åldrarna 18-80 år. Datainsamling: intervjuer i grupp, 1,5 – 2 timmar eller på telefon för de som inte ville/kunde delta i gruppen i 30- 60 minuter. Analys gjordes med kvalitativ tematisk analys. Forskningsteamet lyssnade på de bandade intervjuerna och läste transkriptionerna flertalet ggr. Enheter, koder, teman och slutligen blev teman till metateman.	Många patienter kände sig genom social och fysisk isolering ignorerade och att de inte blev vårdade. Tilliten till närstående och vårdpersonal framkom som essentiellt, men begränsning av personalens närvaro var det som fick deltagarna att känna sig mest isolerade.	Grad I

Publika- tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2001, England.	Tarzi, S., Kennedy, P., Stone, S., & Evans, M.	Methicillin- resistant Staphylococcu s aureus: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population.	Att först få evidens, angående de effekterna av hospitalisering genom att jämföra nivåer av oro och depression hos äldre vuxna i rehabiliteringsvård med uppskattade nivåer hos den generellt äldre befolkningen. Det andra syftet var att jämföra isolerade och icke- isolerade äldre vuxna för att undersöka den psykologiska påverkan av fysisk isolering.	Kvantitativ. Tvärsnitts-/ matchande kontrollerande studie 35 isolerade patienter tillfrågades och n=22 deltog. Till kontrollgruppen var 39 tillfrågade och av dessa deltog 20. Deltagarna var >65 år. Undersökningen genomfördes genom att patienter besvarade två olika mätinstrument om sitt mentala tillstånd. Mätinstrumenten GDS* och POMS* användes.	Det visade sig att den isolerade gruppen hade en signifikant högre nivå av depression och oro. Det var ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gällde ilska. När den generella befolkningen och den isolerade gruppen jämfördes så fanns det signifikant högre nivåer av symtom på ångest och depression. Kontrollgruppen visade inte något signifikant skillnad i jämförelse med den generellt äldre befolkningen. Däremot visade sig vara en signifikant högre nivå av ilska som fanns hos båda grupper jämfört med befolkningen.	Grad I

Publika-tionsår Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2000, England.	Ward, D.	Clinical. Infection control: reducing the psychological effects of isolation.	Att hitta faktorer som kan reducera patientens negativa upplevelser av isolering.	Kvalitativ studie. 21 deltagare tillfrågades, 9 identifierades med negativa känslor associerat till isoleringen, n=5 passade in i kriterierna. Semistrukturerade intervjuer, inspelade och utskrivna. Huvudkategorier framkom vid analys av intervjuerna med samtliga underkategorier.	Deltagarna kände att deras närstående var rädda för att besöka dem på grund av informationsbrist. Det påverkade deras vistelse på sjukhuset. En uttryckte missnöje över personalens uppmärksamhet och lyhördhet. För att motverka, ansåg deltagarna att de skulle få information, muntligt och skriftligt och att personalen tog sig tid till att lyssna och kommunicera. Något som framkom var vikten med besök och att det hade betydelse för hur de kände sig.	Grad I

*** Förklaring på mätinstrument**

- * BDI: Beck Depression Inventory, undersöker nivåer av depression baserat på 21 påståenden om hur människor känner/mår.
- * BHS: Beck Hopelessness Scale, undersöker nivåer av sinnessillstånd genom att mäta känslor av hopplöshet. Baserat på 20 ja/nej frågor.
- * FIM: Functional Independence Measure, undersöker patientens självständighet i vardagen.
- * GDS: The Geriatric Depression Scale- Short Form, frågeformulär med 15 ja/nej frågor som undersöker depression
- * HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale. Undersöker ångest och depression.
- * Health-Illness (Powerlessness), undersöker hälsorelaterad kontroll.
- * POMS: Profile of Mood States. Frågeformulär som bland annat undersöker ångest och aggression. *(A-aggressivitet, V-vigör, F-trötthet, C-konfusion)
- * Self-esteem scale: undersöker huruvida patienterna har självkänsla.
- * STAI: State Anxiety Inventory, undersöker ångest genom 20 påståenden om hur människor känner/mår.
- * TCI: Temperament and Character Inventory, undersöker olika personlighetskaraktärer baserat på 240 ja/nej frågor.
- * USL: Utrecht's Coping List: undersöker copingstrategier med 47 påstående för att identifiera sju olika copingstrategier.

Tabell 4. Kategorier och nyckelbegrepp

Kategorier	Nyckelbegrepp	Skyddsisolering	Smittisolering
<i>Reaktioner</i>	Depression/ Ångest	Brans, et al. (2003); Sasaki, et al. (2000); Gaskill, et al. (1997)	Catalano, et al. (2003); Tarzi, et al. (2001); Davies & Rees (2000); Rees, et al. (2000); Gammon (1998)
	Aggression/ilska	Sasaki, et al. (2000); Gaskill, et al. (1997)	Kennedy & Hamilton (1997)
	Frustration/Irritation	Cheng, et al. (2008); Sasaki, et al. (2000); Gaskill, et al. (1997)	Newton, et al. (2001); Ward (2000); Stajduhar, et al. (2000)
	Hallucinationer, Vanföreställningar, Sömnstörningar	Sasaki, et al. (2000)	
	Klaustrofobi	Cohen, et al. (2001); Gaskill, et al. (1997)	
<i>Negativa upplevelser</i>	Fångenskap, instängdhet, isolerad	Cohen, et al. (2001); Campbell (1999); Gaskill, et al. (1997)	Stajduhar, et al. (2000); Ward (2000)
	Ensamhet	Cheng, et al. (2008); Cohen, et al. (2001); Gaskill, et al. (1997).	Newton, et al. (2001); Ward (2000)
	Tristess	Cheng, et al. (2008); Gaskill, et al. (1997)	Madeo (2001); Ward (2000)
	Stigmatiserad		Madeo (2001)
<i>Positiva upplevelser</i>	Bekvämt/ Avslappnande/ Vilsamt	Cheng, et al. (2008)	Ward (2000)
	Avskild/avskärmad	Cheng, et al. (2008)	Madeo (2001); Newton, et al. (2001); Ward (2000).
	Tysthet/Ostördhet		Newton, et al. (2001); Ward (2000)
	Större frihet		Newton, et al. (2001)
<i>Faktorer som påverkar upplevelsen positivt/negativt</i>	Information	Gaskill, et al. (1997)	Madeo (2001); Newton, et al. (2001); Stajduhar, et al. (2000); Ward (2000); Rees, et al. (2000)
	Kunskap/ förståelse	Cheng, et al. (2008); Campbell (1999)	Madeo (2001); Newton, et al. (2001); Stajduhar, et al. (2000); Ward (2000)
	Kommunikation		Newton, et al. (2000); Stajduhar, et al. (2000) Ward (2000)
	Besök/stöd samt regelbunden kontakt	Cheng, et al. (2008); Cohen, et al. (2001); Campbell (1999); Gaskill, et al. (1997)	Madeo (2001); Rees, et al. (2000); Stajduhar, et al. (2000); Ward (2000)
	Omgivning/Miljö (Tv, telefon, radio, Internet/fönster)	Cheng, et al. (2008); Campbell (1999); Gaskill, et al. (1997)	Rees, et al. (2000); Stajduhar, et al. (2000)
<i>Hantera isoleringsvistelsen och upplevelserna</i>	Framkommande copingstrategier	Cheng, et al. (2008); Brans, et al. (2003); Campbell (1999); Gaskill, et al. (1997)	Ward (2001)