



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolesenteret i Kongsvinger

Avdeling for Folkehelsefag

4BACH

Lise Lerdalen Enerhaugen og Ole Anders Kvisla

Antall ord: 13 155

Timor vitae – å frykte livet

Timor vitae – fearing life

BASYK 2013

Bachelor i sykepleie

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

**“Just ‘cause you got the monkey off your back
doesn’t mean the circus has left town”**

- George Carlin (1937-2008)

Sammendrag

Tittel: Timor vitae – å frykte livet

Problemstilling: *“Hvordan kan vi som sykepleiere møte den akutt kritisk somatisk syke pasienten for å best mulig bidra til å forebygge utvikling av psykiske senskader?”*

Hensikt: Vi ønsker å undersøke, belyse og skaffe oss ny kunnskap om hvordan vi som sykepleiere på best mulig måte kan møte de akutt kritisk somatisk syke pasientene med fokus på å forebygge psykiske senskader som følge av sykdom/skade, primært med fokus på posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

Metode: Vi har gjort en litteraturstudie der vi baserer oss på pensumlitteratur, egenvalgt litteratur og forskning.

Teori: Vi har anvendt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker som grunnlag for oppgaven vår, og hennes teorier om mellom-menneskelige forhold i sykepleien. Vi har også anvendt litteratur om posttraumatisk stresslidelse, stress, angst, depresjon, delirium, grunnleggende behov, kommunikasjon, krisereaksjoner og sykepleieprosess.

Konklusjon: Vi har kommet frem til at det kan være vesentlig å først etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient preget av tillit for å kunne bidra til å forebygge psykiske senskader som følge av akutt kritisk somatisk sykdom eller skade. Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie er svært sentral i oppgaven vår i forhold til å etablere et slikt forhold. Videre har vi oppdaget at observasjon og kartlegging av kognitiv status kan være av betydning, samt at såkalte “intensivdagbøker” kan være hensiktsmessige i det øyemed å forebygge utviklingen av psykiske senskader.

Avslutningsvis ønsker vi å rette en takk til Marit Berg for veiledning og gode tilbakemeldinger gjennom vårt arbeid med oppgaven.

Innhold

Sammendrag	3
Innhold	4
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensning av problemstilling.....	7
1.4 Pasientcase.....	8
1.5 Anonymisering av pasientcase.....	8
1.6 Begrepsavklaring.....	9
1.7 Oppgavens oppbygging.....	9
2. Metode	10
2.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk.....	10
2.2 Valg av databaser.....	11
2.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering.....	11
2.4 Presentasjon av forskningsartikler.....	13
3. Teori	17
3.1 Posttraumatisk stresslidelse.....	17
3.2 Angst.....	18
3.2.1 Mild angst.....	18
3.2.2 Moderat angst.....	19
3.2.3 Sterk angst.....	19
3.2.4 Panikk.....	19
3.3 Delirium.....	19
3.4 Depresjon.....	20
3.5 Stress.....	21
3.5.1 Fysiologisk reaksjon på stress.....	21
3.5.2 Psykisk reaksjon på stress.....	22
3.6 Å bli akutt kritisk syk.....	22

3.7 Sykepleieteori.....	23
3.7.1 Et mellommenneskelig forhold i sykepleie.....	23
3.7.2 Det innledende møtet.....	24
3.7.3 Framvekst av identitet.....	25
3.7.4 Empati.....	25
3.7.5 Sympati og medfølelse.....	25
3.7.6 Gjensidig forståelse og kontakt.....	26
3.8 Kommunikasjon.....	26
3.9 Grunnleggende behov.....	27
3.10 Psykososiale behov.....	28
3.11 Krisereaksjoner.....	28
3.11.1 Sjokkfasen.....	29
3.11.2 Reaksjonsfasen.....	29
3.12 Å hjelpe den kriserammede.....	30
3.12.1 Ha mennesker rundt seg.....	30
3.12.2 Være medmenneskelig.....	31
3.12.3 Avreagering.....	31
3.12.4 Kognitiv kontroll.....	31
3.12.5 Emosjonell kontroll.....	32
3.13 Sykepleieprosessen.....	32
3.14 Overvåking.....	33
3.15 Lovverk og retningslinjer.....	33
4. Drøfting.....	35
4.1 Kommunikasjon og sykepleieprosess.....	35
4.2 Forebyggende observasjon og kartlegging.....	38
4.3 Intensivdagbøker.....	39
5. Konklusjon.....	41
Litteraturliste.....	43
Vedlegg 1: PICO-skjema.....	48
Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	49

1. Innledning

I en litteraturstudie publisert av Warlan & Howland (2015) kommer det frem at prevalensen for å utvikle en posttraumatisk stresslidelse som følge av akutt kritisk somatisk sykdom var langt høyere (8-27%) enn hos befolkningen for øvrig. På bakgrunn av dette har vi reflektert over hvorvidt psykiske senskader som følge av skade eller sykdom som i utgangspunktet er rent somatisk er noe vi som sykepleiere kan bidra til å forebygge i møte med disse pasientene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Parallelt med sykepleierstudiet har vi begge jobbet/hospitert en del ved prehospitale tjenester, primært ambulansetjenesten, hvor vi har gjort oss noen erfaringer med å møte den kritisk syke pasienten. Sykepleie til de akutt somatisk syke er noe vi begge har en personlig interesse for og ønsker å arbeide med etter fullført grunnutdanning. Både i vår erfaring fra prehospitale tjenester, samt i praksisperioder i studiet, har vi opplevd en rekke utfordringer i forbindelse med å møte de akutt syke og skadede, blant annet stress, angst og usikkerhet både blant pasienter, pårørende, oss selv og annet helsepersonell.

Med dette som utgangspunkt diskuterte vi innledningsvis hva vi ønsket å undersøke i forbindelse med å møte akutt syke pasienter. På bakgrunn av å ha opplevd at stress, angst og usikkerhet ofte preger de akutte og kritiske hendelsene vi har vært med på, både for pasienter og helsepersonell, hadde vi først spørsmål om hvorvidt sykepleiere på generelt grunnlag har god nok kompetanse på å møte disse pasientene, om det er noen vesentlige forskjeller på å utøve sykepleie til disse pasientene sett i sammenligning med ikke-kritisk syke og generelt hvordan vi som sykepleiere best kan møte en pasient som er akutt somatisk syk.

Etter å ha startet litteratursøket vårt fant vi tidlig artikler som omhandlet stress og angst i forbindelse med det å bli kritisk syk, samt psykiske ettervirkninger av å overleve det å være kritisk syk, og at dette blant annet kunne ha en sammenheng med nettopp det stresset og angsten vi har sett og kjent på ute i vår praksis. Dette er noe vi ble nysgjerrige på, og tenkte videre at vi ønsket å finne ut hvorvidt vårt møte som sykepleiere med disse pasientene kan være avgjørende for hvordan de takler situasjonen sin psykisk både der og da og i ettertid. Vi undres også over om vår rolle som sykepleier og vårt fokus i situasjoner med akutt somatisk sykdom eller skade burde endres for å i større grad bidra til å lindre stress, angst og usikkerhet, samt å muligens bidra til å forebygge psykiske senskader på lengre sikt. Dette er

noe vi to er enige om at vi ikke har hatt spesielt stort fokus på i de situasjonene vi har vært i med kritisk syke pasienter.

Vi mener at dette er relevant for oss å tilegne oss en større kunnskap om som sykepleiere, og at det også er relevant i et samfunnsperspektiv – tidlig i litteratursøket vårt kom vi over en annen litteraturstudie, publisert i det fagfelleverderte tidsskriftet *Critical Care Nurse*, som anslår at fra 8% til 27% av de mest kritisk syke pasientene i USA utvikler posttraumatiske stresslidelser som følge av den kritiske sykdommen eller skaden. Dette betyr at kritisk syke og skadde har en betydelig høyere risiko for å bli utsatt for posttraumatiske stresslidelser og eventuelle sekundærlidelser derav enn den øvrige befolkningen, og forfatterne av litteraturstudien mener at sykepleiere kan ha en nøkkelrolle i forbindelse med kartlegging og forebygging av dette (Warlan & Howland, 2015). På bakgrunn av spørsmålene vi har formulert en problemstilling vi vil forsøke å besvare.

1.2 Presentasjon av problemstilling

“Hvordan kan vi som sykepleiere møte den akutt kritisk somatisk syke pasienten for å best mulig bidra til å forebygge utvikling av psykiske senskader?”

1.3 Avgrensning av problemstilling

I forsøket på å besvare problemstillingen vår ønsker vi som nevnt å finne ut hvordan vi som sykepleiere best mulig kan bidra til å forebygge psykiske senskader i møte med disse akutt/kritisk syke pasientene.

Vi ønsker i denne oppgaven kun å ta for oss voksne pasienter. Vi ønsker heller ikke å fokusere på møter med pasienter med en sykdom av psykiatrisk art, kun det som faller innunder somatikken. Når vi her snakker om akutt somatisk sykdom eller skade, vil vi begrense oss til pasienter som er akutt/kritisk syke i den forstand at det er potensielt livstruende.

Når vi snakker om å *forebygge*, ønsker vi å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan møte pasientene, hvordan vi kommuniserer og hvilke tiltak vi eventuelt kan gjøre som er hensiktsmessig for en slik forebygging. Vi ønsker ikke å legge fokus på rent medisinske tiltak, slik som medisinerer, og heller ikke på tiltak som faller utenfor ansvarsområdet til en

grunntdannet sykepleier. Vi mener at tiltak som eksempelvis er forbeholdt spesialiserte sykepleiere ikke er interessant for problemstillingen vår.

Med *psykiske senskader* vil vi her primært ta for oss posttraumatiske stresslidelser (PTSD), angst og depresjon.

1.4 Pasientcase

Ut i fra vår problemstilling har vi utformet et såkalt pasientcase for å sammenligne det vi finner av relevant forskning og teori opp mot et tenkt spesifikt scenarie;

Carina er 28 år, hun er gift og bor sammen med mannen sin. Tidligere har Carina slitt med angst, men dette har bedret seg de siste årene. For noen dager siden begynte hun å føle seg dårlig. Plutselig kjente hun en klemmende smerte i brystet. Hun ble veldig redd og ringte ambulanse. Etter Carina ble kjørt inn på sykehuset viste det seg at hun hadde utslag på EKG. Det viste ST-elevasjoner og hadde også forhøyet nivå av troponin i blodet. Hun fikk beskjed om at hun hadde fått et akutt hjerteinfarkt og måtte utføre en utblokking av blodåren i hjertet, altså å utføre en PCI. Vi møter Carina på hjerterovervåkning etter hun har utført PCI. Hun er veldig redd og engstelig for det hun har vært igjennom. Hun får mareritt om natten, er urolig og stresset.

1.5 Anonymisering av pasientcase

Av hensyn til sykepleiers yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011) og vår pålagte taushetsplikt (helsepersonelloven, 1999), vil vi her avklare anonymiseringen av pasientcasen vi presenterte i foregående punkt. Kvinnen vi beskriver i pasientcasen er ikke virkelig, men både hun og situasjonen hun befinner seg i er fiktive og diktet opp av oss selv, løst inspirert av våre tidligere praksiserfaringer. Eventuelle likheter med virkelige personer eller hendelser vil være tilfeldige, vi har ikke til hensikt å beskrive en reell person eller en reell hendelse vi har opplevd.

1.6 Begrepsavklaring

Forebygge – vi snakker her om en primærforebyggende tiltak, altså tiltak med hensikt å forhindre at en gitt sykdomstilstand forekommer. Det finnes også sekundærforebyggende tiltak, som handler om å begrense videre utvikling av en eksisterende tilstand (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Akutt/kritisk sykdom – «Akutt» kan bety brå, forbigående, hurtig, kort, kortvarig, kritisk, kvass, plutselig, tilfeldig, øyeblikkelig eller aktuell, «kritisk» kan bety akutt, alvorlig, avgjørende, betenkelig, livsfarlig, prekær, risikabel, tilspisset eller vanskelig. Uttrykkene er synonyme til hverandre, brukes om hverandre og kan ofte best brukes sammen, eksempelvis «akutt kritisk syk» for å beskrive pasientens tilstand (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Uttrykkene *posttraumatisk stresslidelse*, *angst* og *depresjon* vil defineres og gjøres rede for i teorikapittelet.

1.7 Oppgavens oppbygging

Oppgaven vår er bygget opp av fire hoveddeler; Innledning, metode, teori og drøftning.

I neste kapittel, metodekapittelet, vil vi gjøre rede for metoden vi har benyttet oss av, fremgangsmåten i litteratursøket vårt og presentere forskningsartiklene vi har funnet. Videre vil vi i teorikapittelet gjøre rede for annen faglitteratur og teori vi vil benytte oss av. Deretter vil vi drøfte det vi har funnet av forskningsartikler, teori og pasientcaset vårt i et forsøk på å besvare problemstillingen vår, før vi til slutt oppsummerer dette i form av en konklusjon.

2. Metode

I arbeidet med å komme frem til og tilegne oss ny kunnskap er vi nødt til å ha en strukturert fremgangsmåte, en metode, som er med på å sikre at kunnskapen vi innhenter er gyldig, sann eller holdbar, ved å benytte oss av en metode som sikrer at funnene våre er relevante for vår praksis og kan etterprøves (Dalland, 2012). I dette kapitlet vil vi gjøre rede for vår metode for å innhente relevant kunnskap for å svare på vår problemstilling.

2.1 Metodebeskrivelse og litteratursøk

Oppgaven vår vil gjennomføres med litteraturstudie som metode. Dette innebærer at vi foretar et litteratursøk for å finne tidligere teori og forskning vi ønsker å basere vår egen oppgave på, på bakgrunn av en kritisk vurdering av kildene vi finner – vi må stille kriterier til gyldighet og relevans (Dalland, 2012). Teorien vi fremstiller i dette litteraturstudiet baserer vi på pensumlitteratur for grunnutdanningen i sykepleie, samt selvvalgt litteratur, fag- og forskningsartikler.

Etter å innledningsvis ha diskutert hvilket tema vi ønsket å ta for oss, gjort et bredt søk og så formulert en problemstilling, begynte vi litteratursøket vårt. Vi begynte med å søke med norske søkeord gjennom databasen SweMed+ for å finne relevante MeSH-termer (Medical Subject Headings) å benytte oss av. Deretter strukturerte vi disse ved hjelp av PICO, da dette er et verktøy vi har kjennskap til fra tidligere, og som også benyttes i flere av databasene vi har tilgang til gjennom Høgskolen i Hedmark for å sortere litteraturen som er å finne der. Et PICO-skjema er bygd om som følger; P – Population (populasjon); herunder en spesifikk gruppe pasienter relevante for vår problemstilling. I – Intervention (intervensjon); en spesifisering av hva som interesserer oss ved denne pasientgruppen og hvilke tiltak vi ønsker å undersøke. C – Comparison (sammenligning); en eventuell sammenligning av forskjellige tiltak sett opp mot hverandre dersom relevant. O – Outcome (utfall); innebærer utfall av tiltakene vi ønsker å undersøke (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

2.2 Valg av databaser

Litteratursøket vårt har foregått gjennom flere databaser, primært de som er anbefalt av biblioteket ved Høgskolen i Hedmark. Herunder ved hjelp av søkemotoren ORIA, samt direkte i databaser gjennom tilgang fra biblioteket, slik som CINAHL og PubMed. Slik har vi funnet enkeltartikler direkte, samt valgt ut kilder sitert i litteraturstudier/oversiktsartikler som er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter vi har funnet gjennom disse databasene. I tillegg har vi søkt med norske søkeord (“akutt sykdom”) i det norske tidsskriftet Sykepleien og begrenset søket til fagfelleverderte forskningsartikler. Vi har også benyttet oss av McMaster Plus pyramidesøk via Helsebiblioteket, hvor vi har funnet artikler sitert som kilder for oppslagsverket UpToDate.

Søket vi gjorde gjennom disse databasene ble strukturert etter PICO-skjemaet vi har satt opp (Vedlegg 1), og vi har benyttet følgende MeSH-termer i vårt litteratursøk; “critical illness”, “survivors”, “adult”, “stress disorder, posttraumatic”, “stress disorder, psychological”, “nurse-patient relations”. Senere i arbeidet med oppgaven har vi sett “intensivdagbøker” bli nevnt i artikler vi har lest, og videre også søkt på “intensive care diaries”. Vi har innledningsvis her fått mange resultater, hvilket har resultert i at vi har ekskludert store mengder artikler på bakgrunn av følgende kriterier; vi har primært ønsket å bruke nyere forskningsartikler (helst ikke eldre enn 5 år), og kun forskning som omhandler pasientgrupper som er direkte relevante for vår problemstilling. Vi har valgt å kun inkludere artikler som er enten norsk- eller engelskspråklige, og vi har valgt å fokusere på artikler som tar for seg de voksne (18-65 år) kritisk syke pasientene. Mye av forskningen vi har funnet som vi anser som direkte relevant for problemstillingen vår er primært gjort i intensivavdelinger, men vi har likevel valgt å inkludere disse der vi anser at innholdet i disse har en overføringsverdi til vår problemstilling og case. Vi vil legge ved en spesifikk avklaring for søk og funn av de enkelte artiklene vi har valgt å benytte (Vedlegg 2).

2.3 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Vi har i vår vurdering av litteraturen vi har funnet aller først sikret at samtlige av artiklene vi har inkludert er strukturert etter IMRaD-modellen (Introduksjon, Metode, Resultater (og) Diskusjon), som er den strukturen som oftest benyttes når forskning publiseres (Dalland, 2012), og har på denne måten sikret at det vi har inkludert som forskningsartikler er forskning og ikke fag-artikler.

Videre har vi sikret at artiklene vi har valgt å benytte er “peer reviewed” (fagfellevurderte), altså at forskningen er gjennomgått og godkjent av eksperter innen samme fagområde før de har blitt publisert (Dalland, 2012). I tillegg til at vi har valgt å bruke fagfellevurderte artikler som vi har funnet gjennom troverdige databaser, har vi også individuelt vurdert hver artikkel vi har inkludert kritisk ved hjelp av sjekklister for kritikk av forskningsartikler, tilgjengelig via Kunnskapssenteret (2015). Vi har inkludert forskning som er basert på både kvantitative og kvalitative metoder i denne litteraturstudien. Kvantitativ metode innebærer å presentere data i form av målbare, tallfestede resultater, mens kvalitativ metode handler om å samle informasjon som ikke kan måles, slik som opplevelser, meninger og følelser, for å så presentere en tolkning av dette (Dalland, 2012).

Selv om vi mener vi har kvalitetsvurdert artiklene tilstrekkelig til å inkludere dem er det likevel svakheter vi trenger å påpeke ved litteraturen vi har valgt. Vi har stort sett brukt forskningsartikler av nyere dato (ikke publisert tidligere enn for fem år siden), men to av artiklene er eldre, henholdsvis fra 2001 og 2008. Til gjengjeld er begge disse sitert som kilder for oppsummert forskning funnet på UpToDate, som er gjennomgått og godkjent på nytt sist i oktober 2015 (per januar 2016). Forskningsartiklene vi har valgt å bruke, med ett unntak, er engelskspråklige, så selv om vi innehar gode engelskkunnskaper må vi ta høyde for at det kan forekomme misforståelser i vår tolkning av artiklene på bakgrunn av at ingen av oss har engelsk som morsmål. Videre har vi reflektert over at samtlige av de engelskspråklige artiklene vi har inkludert er basert på studier fra andre land (f. Eks. USA, Storbritannia, Hellas) – vi mener at disse landene i utgangspunktet har samfunn og kulturer som er overførbart til situasjoner i Norge, men at det likevel kan være sosiale, økonomiske og/eller kulturelle forskjeller som kan ha vært av betydning for resultatene. To av forskningsartiklene vi var valgt å benytte er også såkalte review articles (systematiske oversiktsartikler), som vil si at den samler opp og baserer seg på tidligere forskning, og som sådan er å anse som sekundærlitteratur (Dalland, 2012). Dette innebærer at forfatterne av disse artiklene først har tolket andres arbeide, før vi så tolker den på nytt selv, som igjen kan bety at noe av materialet kan være utelatt eller mistolket fra primærlitteraturen som er benyttet (Dalland, 2012).

I tillegg til forskningsartiklene vi presenterer i metodekapittelet vårt, har vi i løpet av litteratursøket vårt funnet en annen litteraturstudie publisert i et fagfellevurdert sykepleietidsskrift, samt to oppsummerte forskningsartikler fra UpToDate som vi ønsket å benytte oss av (og som vi som nevnt har hentet noe av primærlitteraturen vår fra). Vi har for øvrig valgt å ikke presentere dette som forskning, men heller gjøre rede for disse under

kapittelet vårt om teori. Vi har vurdert kvaliteten på disse på lik linje med resten av artiklene vi har brukt.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

Wade et al. (2012) har gjennomført en kohortstudie publisert i 2012. Det ble samlet data om totalt 157 pasienter ved et sykehus i Storbritannia med varierende diagnoser, men alle med en livstruende kritisk sykdom eller skade. Videre har 100 av disse blitt fulgt opp etter 3 måneder etter utskrivelse fra sykehuset for å vurdere forekomsten av posttraumatiske stresslidelser (primærutfall i undersøkelsen), depresjon, angst og nedsatt livskvalitet blant disse. Artikkelen konkluderer med at negative psykososiale følger av å overleve kritisk sykdom har høy forekomst, og forsøker å peke til sammenhenger mellom dette og akutte psykologiske reaksjoner gjennom sykdomsforløpet.

Asimakopoulou & Madianos (2015) har gjennomført en kaskontroll-studie publisert i 2015. Den endelige respondentgruppen bestod av 150 pasienter, hvorav 48 trakk seg fra undersøkelsen, som ga en svarprosent på 68%. Denne studien, gjennomført i Hellas, har tatt for seg både kritisk syke pasienter i intensivavdelinger, samt en kontrollgruppe som ikke var innlagt ved intensivavdelinger, for å undersøke prevalensen av psykososiale ettervirkninger etter å ha vært syk, primært posttraumatisk stresslidelse, og sammenlignet resultatene mellom de som var innlagt som kritisk syke på intensivavdelinger mot kontrollgruppen fra øvrige sykehusavdelinger. Studien konkluderer med at intensivpasienter med kritisk sykdom/skade har en betydelig høyere risiko for å utvikle posttraumatiske stresslidelser og/eller alvorlige depresjonslidelser sammenlignet med andre sykehuspasienter, og også sammenlignet med den øvrige befolkningen. Artikkelen trekker frem det å være kvinne, av ung alder og å være utsatt for sykdom av høy alvorlighetsgrad var de største risikofaktorene for å senere utvikle PTSD blant intensivpasientene. Den påpeker også at sykepleiere som jobber i eksempelvis akuttmottak eller intensivavdelinger kan ha en nøkkelrolle i forebygging og tidlig gjenkjenning av symptomer på posttraumatiske stresslidelser.

Sjøbbø, Graverholt & Jamtvedt (2012) har gjennomført en kvalitativ studie publisert i 2012. Studien tar for seg 18 tilfeldig utvalgte pasientjournaler fra en norsk intensivavdeling for å se i hvilken grad sykepleierne der benyttet seg av verktøyet CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) for å avdekke og iverksette behandling for innsettende delirium blant kritisk syke pasienter. Studien kommer frem til at dette kartleggingsverktøyet ble brukt i svært liten grad av sykepleiere ved avdelingen til tross for at dette var innført som prosedyre. Det var også få alternative metoder anvendt for å kartlegge pasientenes kognitive tilstand. Forfatterne konkluderer med at det er et behov for å i større grad implementere verktøy som sikrer at det blir gjort korrekte observasjoner og at disse blir dokumentert som en forutsetning for å kunne yte god pasientbehandling.

Ely et al. (2001) har gjennomført en kohortstudie publisert i 2001. Studien hadde 111 respondenter, hvorav 15 ble ekskludert (svarprosent på 86,5%). Artikkelen tar for seg pasienter ved medisinske- og hjerteintensivavdelinger i USA som har hatt behov for mekanisk ventilering (respiratorbehandling). Formålet med studien er å vurdere validitet og reabilitet av CAM-ICU som verktøy for å avdekke delirium og å kartlegge pasientens kognitive status. Artikkelen konkluderer at CAM-ICU er svært pålitelig som et kartleggingsverktøy på tvers av alder, eventuell pre-eksisterende kognitiv sykdom og alvorlighetsgrad av sykdom. En svakhet ved denne studien for vårt vedkommende er at den omhandler respiratorpasienter og en pasientgruppe som ikke er likt begrenset den i vår egen problemstilling, men vi mener at resultatet i form av pålitelighet for kartleggingsverktøy for kognitiv status blant kritisk syke likevel er overførbart.

Davydow, Gifford, Desai, Needham & Bienvenu (2008) har gjennomført en oversiktsstudie publisert i 2008. De har her i alt tatt for seg 15 tidligere studier. Formålet med denne studien var å undersøke prevalens for posttraumatiske stresslidelser etter å være innlagt i en intensivavdeling med kritisk sykdom, hva som var risikofaktorer for utvikling av PTSD etter å ha overlevd kritisk sykdom, samt hvilken innvirkning det å utvikle PTSD etter å ha overlevd kritisk sykdom hadde på helserelatert livskvalitet. Denne studien konkluderer også at det er en høy forekomst av posttraumatiske stresslidelser blant pasienter som har overlevd å være kritisk syke og at dette har en betydelig negativ innvirkning på deres helse-relaterte livskvalitet. Blant risikofaktorene trekker den frem tidligere psykisk sykdom, betydelig

administrasjon av sedasjon (benzodiazepiner) og skremmende opplevelser/minner eller delirium gjennom sykdomsforløpet som svært viktige. Studien konkluderer at kjønn og ung alder ikke i like stor grad var gjennomgående risikofaktorer for utvikling av PTSD etter å ha overlevd kritisk sykdom, og at alvorlighetsgrad av sykdom/skade ikke syntes å være konsistent som risikofaktor i det hele tatt.

Svenningsen et al. (2015) har gjennomført en kohortstudie publisert i 2015. Studien har samlet data om totalt 299 pasienter fordelt på tre blandede intensivavdelinger ved to universitetssykehus i Danmark. Formålet med studien var å se om det fantes noen tydelig sammenheng mellom delirium i forbindelse med kritisk sykdom og å utvikle posttraumatisk stresslidelse i etterkant av å ha overlevd å være kritisk syk. Artikkelforfatterne kommer fram til at direkte sammenheng mellom delirium i intensivavdelingen og å utvikle PTSD er svak og av liten betydning. Det de derimot ser en sammenheng mellom er å huske å ha vært desorientert/å ha hatt vrangforestillinger og å ha problemer med angst etter å ha overlevd å være kritisk syk. På grunnlag av dette konkluderer artikkelen at å avdekke/kartlegge delirium og kognitiv status vil være en svært viktig sykepleieoppgave i arbeid med kritisk syke pasienter.

Jones et al. (2010) har gjennomført en randomisert kontrollert studie publisert i 2010. I studien har de analysert data fra totalt 322 pasienter (hvor 160 av disse utgjorde en kontrollgruppe) som har vært innlagt i en intensivavdeling i minimum 72 timer, fordelt på seks forskjellige europeiske sykehus. Formålet med studien var å undersøke effekten ved bruk av dagbøker for de kritisk syke pasientene. Disse dagbøkene ble skrevet i fortrinnsvis av helsepersonell ved avdelingen og pårørende til pasienten for å dokumentere det faktiske hendelsesforløpet med dagligdags språk og om mulig bilder. Pasientene som fikk slike intensivdagbøker viste seg å i ettertid ha betydelig mindre symptomer på posttraumatisk stresslidelse enn pasientene i kontrollgruppen som ikke fikk slike dagbøker. Det blir også rapportert at storparten av pasientene med dagbøker leste gjennom disse gjentatte ganger i perioden etter å ha vært kritisk syke. Studien konkluderer at slike intensivdagbøker er et nyttig verktøy for å bidra til psykisk rehabilitering og forebygging av posttraumatisk stresslidelse etter å ha overlevd det å være kritisk syk.

Piredda et al. (2015) har gjennomført en oversiktsstudie publisert i 2015. I denne studien har de samlet data fra totalt 18 kvalitative studier. Formålet med denne oversiktsstudien var å se i hvilken grad forholdet mellom sykepleiere og somatisk syke pasienter var av betydning for hvordan pasientene opplevde det å være avhengig av å motta pleie. Studien konkluderer med at forholdet/relasjonen mellom sykepleier og pasient var av stor betydning, og at når pasienter opplevde at forholdet mellom dem selv og sykepleierne var belastet, bidro dette til at sykdommen også opplevdes mer belastende. Det samme gjaldt i motsatt tilfelle, at når pasienten opplevde et godt forhold mellom seg selv og sykepleierne, bidro dette til en positiv endring i pasientens liv og at sykdomshendelsen ble lettere å bearbeide.

3. Teori

I dette kapittelet vil vi presentere og redegjøre for teorien vi har anvendt fra pensumlitteratur og egenvalgt litteratur.

3.1 Posttraumatisk stresslidelse

En posttraumatisk stresslidelse, ofte forkortet PTSD, er en såkalt tilpasningsforstyrrelse, en form for reaksjon på å enten ha opplevd noe traumatisk eller truende, eller å ha vært vitne til at noe traumatisk har hendt andre (Håkonsen, 2009; Sareen, 2015). En posttraumatisk stresslidelse vil som oftest komme som en forsinket reaksjon, og kan utarte seg i form av vonde minner, mareritt, gjenopplevelse av og påtrengende tanker om det som har skjedd, en sterk trang til å unngå ting eller steder med tilknytning til hendelsen, samt å ikke ønske å snakke om det eller fysiske reaksjoner i form av økt årvåkenhet, skvettenhet eller nervøsitet (Ekeberg, 2014; Håkonsen, 2009; Sareen, 2015). Ekeberg (2014) mener at graden av opplevd trussel, lang varighet av trusselen, krenket autonomi og trusselens årsak er blant de største risikofaktorene for å utvikle en posttraumatisk stresslidelse i etterkant av en traumatisk opplevelse. Han sier at i forhold til årsaken til trusselen har en høyere toleranse for hendelser av naturlige årsaker, slik som naturkatastrofer, og mindre toleranse for trusler og påkjenninger som er menneskeskapt (Ekeberg, 2014).

De fleste som har vært utsatt for en traumatisk hendelse vil til en viss grad reagere når de blir påmint om hendelsen, men personer med PTSD opplever markante kognitive, følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner på samme type stimuli, som igjen kan manifestere seg som såkalte “flashbacks” (gjenopplevelse), sterk angst eller en voldsom trang til å enten komme seg unna eller å fysisk “kjempe” seg unna (Sareen, 2015). Posttraumatiske stresslidelser fører også ofte med seg sekundærlidelser, både psykiske, i form av depresjonslidelser, angst og misbruk av alkohol/narkotika, samt fysiske, i form av økt risiko for blant annet skjelett- og leddsykdom, hjertesykdom, luftveissykdommer, nevrologisk sykdom og metabolske forstyrrelser (Sareen, 2015).

Posttraumatiske stresslidelser som følge av å ha vært kritisk syk og innlagt i en intensivavdeling havner under det som har fått samlebetegnelsen “Post Intensive Care Syndrome” [PICS], som er en felles betegnelse for de som har fått en endret eller forverret kognitiv, psykiatrisk eller fysisk funksjon som følge av skaden eller sykdommen (Mikkelsen,

Netzer & Iwashyna, 2015). I arbeidet med å forebygge utvikling av såkalt PICS nevnes blant annet viktigheten av tidlig mobilisering, kartleggingsverktøy for å avdekke tegn på depresjon og angst, samt å overvåke, kartlegge og eventuelt behandle for delirium (Mikkelsen, Netzer & Iwashyna, 2015).

3.2 Angst

Når man blir rammet av en angst, så får man en opplevelse av at noe er truende og noe man er redd for (Håkonsen, 2009; Hummelvoll, 2012). Det å oppleve angst gir mennesket en følelse av å føle seg utrygg, urolig og føle at man engster seg (Håkonsen, 2009). Det å oppleve angst kan på en side føre til at et menneske kan mestre situasjoner, men når angsten ikke gir slipp, så kan angsten bli et problem (Hummelvoll, 2012; Håkonsen, 2009). Håkonsen viser til psykolog Torkel Berge, som hevder forskjellige årsaker som kan føre til å utvikle angst. Dette kan være fysiologiske forhold, som kan skje ved for eksempel forstyrrelser i hormoner og nervebaner. Det kan utvikle seg etter å ha vært utsatt for traumer, opplevd store belastninger, eller det å oppleve dårlig kontakt og relasjon til andre mennesker (Håkonsen, 2009).

Det er vanlig at angst utvikler seg når perioder i livet føles vanskelig, samt enkelte hendelser som kan skje. Dette kan være hendelser som for eksempel å bli utsatt for seksuelle overgrep. Dette kan resultere i at det blir problematisk for mennesker å klare å tilpasse seg, samt at funksjonsevnen ofte blir nedsatt (Håkonsen, 2009).

Hummelvoll beskriver angst fordelt på fire alvorlighetsgrader. Disse fire gradene deles opp i mild angst, moderat angst, sterk angst og panikk.

3.2.1 Mild angst

Mild angst vil si det man står ovenfor i hverdagen. Evnen man har til å tolke og oppfatte sansestimuli blir bedre, noe som fører til en større oppmerksomhet. Dette medfører også at man kan se sammenhenger i informasjon som blir gitt. Å tolke og oppfatte sansestimuli kalles for persepsjon. Atferd som kommer til syne ved mild angst er at personen vil bli mer årvåken, bevisst, se, hører og forstår bedre enn til vanlig (Hummelvoll, 2012).

3.2.2 Moderat angst

Angstnivået vil stige når man utsettes for moderat angst. Personens evne til persepsjon vil bli mindre, noe som resulterer i at man blir mindre oppmerksom og kan få problemer med å forstå ting som man ikke fokuserer på. Atferd som kommer til syne er at man ikke klarer å se, høre eller å forstå i like stor grad som før, og dermed klarer man heller ikke å lære i så stor grad (Hummelvoll, 2012).

3.2.3 Sterk angst

Ved sterk angst, så vil personen ha problemer med å oppfatte det som skjer utenfor det man fokuserer på, og dermed er persepsjonsevnen veldig svekket (Hummelvoll, 2012; Håkonsen, 2009).

Atferden som man kan se ved sterk angst er at evnen til å se, høre og forstå er mye svakere enn før. Oppmerksomhetsevnen blir også veldig svekket, og dermed kan man bare fokusere på en liten del av situasjonen. Misforståelser kan også forkomme, fordi at personen har dårlig evne til å foreta observasjon. Urolighet, kvalme, skjelvninger, svimmelhet kan man også se ved sterk angst (Hummelvoll, 2012).

3.2.4 Panikk

Når personen opplever panikk, så er det angsten som står i fokus. Når man opplever panikk så kan man ha problemer med å gjenkjenne ting, og det kan blant annet skje en splittelse i bevissthet, hukommelse, personlig identitet og evnen til å oppfatte og tolke det rundt seg. Ting kan derfor oppleves som svært uvirkelig, og man kan blant annet oppleve forvirring og frykt. Raseri kan også komme til syne. Man kan oppleve panikken som en trussel mot å klare å overleve (Hummelvoll, 2012).

3.3 Delirium

Delirium, ofte forenklet kalt delir, er en akutt forvirringstilstand som kan oppstå i forbindelse med kritisk sykdom, og kjennetegnes av negative endringer i en pasients bevissthet og kognitive evner, i form av eksempelvis desorientering, språkforstyrrelser, hukommelsessvikt eller sanseforstyrrelser. Det å bli utsatt for delirium er spesielt vanlig etter å ha vært gjennom kirurgi, og/eller når man blir behandlet for kritisk eller akutt sykdom, og tilstanden kalles

derfor ofte “postoperativ forvirringstilstand”, eller “intensivdelirium”. Blant mulig utløsende faktorer for delirium nevnes blant annet angst og utrygghet, avhumanisering i form av at pasienten føler seg mer som en ting enn som et menneske, og fremmedgjøring i den forstand at pasienten opplever situasjonen som drastisk annerledes enn det vedkommende er vant til (Stubberud, 2013).

3.4 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som mest fremtredende kjennetegnes av tristhet, et negativt syn på seg selv som person og pessimisme, samt en opplevelse av kraftløshet og lite energi, både fysisk og psykisk (Hummelvoll, 2004). Håkonsen (2009) gjengir det en lege ved navn Aaron Beck kalte den negative triaden ved depresjon; Et negativt syn på seg selv, negative fortolkninger av erfaringer og et negativt syn på fremtida. En person med en depressiv lidelse vil føle seg lite verdt, uønsket og ute av stand til å påvirke eget liv, tillegge negative forklaringer til ting som skjer, slik som svakhet, svik eller tap, og vedkommende forventer gjerne at livet aldri skal bli lettere, at ting for alltid kommer til å være vanskelige og problematiske (Håkonsen, 2009).

Depresjon deles gjerne inn i tre alvorlighetsgrader – mild, moderat og alvorlig depresjon. En mild depresjon kjennetegnes ved at tristhetsfølelse og nedtrykthet har en sammenheng med den reelle situasjonen og kan føre til en viss tilbaketrekning fra sosiale situasjoner og en noe nedsatt selvtillit, men en mild depresjon vil være forbigående og vil ikke føre til noen funksjonssvikt (Hummelvoll, 2004). Ved moderate og alvorlige depresjoner vil funksjonsnivået henholdsvis og gradvis påvirkes i den forstand at den deprimerte kan få en fordreid virkelighetsoppfatning, begynne å mistolke andre menneskers intensjoner og derav få påvirket egen dømmekraft (Hummelvoll, 2004). Etterhvert som en depressiv lidelse blir mer og mer alvorlig vil også de negative tankene om en selv og eget liv bli mer dominerende, og den deprimerte vil etterhvert oppleve at det ikke finnes noe håp, ingen lyspunkter i livet eller at ingen andre mennesker synes noe som helst godt om en, nesten uavhengig av alt “bevis” for det motsatte (Hummelvoll, 2004; Håkonsen, 2009).

3.5 Stress

Stress vil si det som er en belastning eller påkjenning for oss som mennesker. Stress innebærer det vi opplever fysiologisk, men i like stor grad det vi opplever psykisk (Cullberg, 1994; Håkonsen, 2009)

Når man opplever stress kan dette påvirke en person i en positiv og en negativ retning. Positivt stress fungerer på den måten at mennesket kan klare å mestre situasjoner (Håkonsen, 2009). I andre tilfeller kan de negative opplevelsene av stress ta overhånd. Dette kan være om vi for eksempel blir lagt inn på sykehus, og opplever en stor frykt i forhold til sykdom (Håkonsen, 2009).

3.5.1 Fysiologisk reaksjon på stress

Når kroppen opplever stress, så vil den aktiveres til en kamp og får evnen til å kunne flykte fra en situasjon. Dette kalles en «fight or flight reaksjon». Det vil si at kroppen skiller ut en rekke hormoner, som vil påvirke kroppens fysiologiske funksjon, noe man kan se utad på vitale parameter. Noradrenalin og adrenalin vil skilles ut fra binyremargen, og vil påvirke hjertet til å pumpe hardere og fortere, noe som resulterer i økt puls og blodtrykk (Håkonsen, 2009; Nicolaysen & Holck, 2013). Respirasjonen vil også øke (Håkonsen, 2009).

Noradrenalin og adrenalin fører også til en økning av perifer motstand, det vil si at blodårene vil trekke seg sammen perifert (Nicolaysen & Holck, 2013). Kortisol er også et hormon som vil skilles ut. Dette skilles ut ved både fysiske og psykiske påkjenninger. Dette er det hormon som produseres i binyrebarken, som er viktig i forhold til kroppens metabolisme, altså for at cellene skal utføre stoffskiftet (Nicolaysen & Holck, 2013). Samtidig vil det skilles ut glukose og fettsyrer så muskulaturen får økt energitilførsel (Håkonsen, 2009; Nicolaysen & Holck, 2013). Adrenalin, noradrenalin og kortisol kaller vi for stresshormoner. Når disse hormonene blir skilt ut, så er det kroppens viktigste organer som blir ivaretatt, altså hjertet, hjernen, lunger og muskler. Disse organene får en økt mengde av blodtilførsel og derav oksygen, samt en økt energiomsetning. Dette resulterer også i at andre organer ikke blir prioritert i så stor grad, som huden, mage-tarm og nyrer. Av denne grunn kan stress over lang tid føre til at kroppen tar skade (Stubberud, 2013). På grunn av høyt blodtrykk, så kan pasienter få avleiringer på innsiden av blodårene, samt gir hjertet en stor belastning, og dermed øker sjansen for å pådra seg hjerte-kar sykdom (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2011). Når nyrene

nedprioriteres kan det føre til akutt nyreskade, noe man kan se ved liten diurese. Når mage og tarm får for lite blodsirkulasjon, så påvirker dette motorikken i tarmen, noe som kan føre til ventrikkelretensjon. Det vil si at innholdet i magesekken kan komme opp gjennom spiserøret og føre til brekninger og kvalme. I verstefall kan det gå ned i luftveiene og til lungene. Den nedsatte blodsirkulasjonen til huden kan føre til at det er vanskeligere å få sår til å gro. Andre somatiske sykdommer som kreft og autoimmun sykdom kan også bli en konsekvens for å oppleve stress over lang tid (Stubberud, 2013).

3.5.2 Psykisk reaksjon på stress

Psykisk reaksjon på stress kan gjøre utslag i følelser, men også kognitivt. Angst er en normal reaksjon man kan få av å føle stress (Håkonsen, 2009). De fleste som utsettes for nye og uvante situasjoner, vil merke at en blir engstelig for det man står ovenfor. Et eksempel på dette er å bli rammet av sykdom. Når man er redd og angsten tar overhånd, så føles det veldig ubehagelig å ikke vite hvordan man skal klare å stå imot dette. Personer som opplever angst forklarer at de opplever å bli svimmel og merker skjelvninger. De sier at det oppleves som om noe kveler deg. De kjenner også klem og dunking i brystet, samt et klem i magen (Hummelvoll, 2012). Den akutte krisen og angsten kan føre til at man får dårlig søvn, ødelagt døgnrytme, og dårlige matvaner (Cullberg, 1994).

Stress kan føre til at reaksjonstiden blir lengre, og at man får vanskeligheter med å tenke nytt. Pasienten kan få vanskeligheter med å motta den informasjonen man blir gitt, og forsvarsmekanismer som å benekte hendelsen er fremtredende (Cullberg, 1994).

Utviklingen av psykisk stress kan føre til at pasienten blir utsatt for å få delirium og depresjon (Stubberud, 2013). Om pasienten har høy utskilling av stresshormonet kortisol over lengre tid, så vil dette så vil de sentrale signalstoffene hemmes, som blant annet noradrenalin, dopamin, serotonin og GABA, som etter tid kan føre til depresjon (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010).

3.6 Å bli akutt kritisk syk

Hvordan det oppleves å bli utsatt for akutt kritisk sykdom er det bare personen som er i denne situasjonen som kan fortelle (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Opplevelsen av hvordan det er å komme i en tilstand der man er akutt kritisk syk henger sammen med pasientens psykososiale reaksjoner og hvilke psykososiale behov pasienten har i en slik situasjon

(Stubberud, 2013). Det å få en diagnose kan gi utslag i forskjellige følelsesmessige reaksjoner, og det å skulle mestre situasjonen kan bli vanskelig. Når man blir akutt kritisk syk, så oppstår sykdom raskt, noe som kan føre til at personen blir utsatt for både frykt og angst. Det skjer en forandring, som kan gi følelse av både tap og følelsen av å befinne seg i en krise (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Mennesker kan reagere forskjellig og det kan gi forskjellige utfall av å oppleve akutt kritisk sykdom. Det kan være forskjellige faktorer som kan spille inn på opplevelsen og hvilke konsekvenser det kan gi. Først og fremst vil alvorlighetsgraden av sykdommen eller skaden ha mye å si på hvordan en person vil reagere. Alder og kjønn spiller inn. Pasientens personlighet, tidligere erfaringer, utdanning, emosjonelle, kognitive faktorer, om pasienten har psykiske lidelser, og ikke minst om behandlingen er planlagt eller om det skjer akutt kan gi forskjellige utslag i pasientens psykososiale behov (Stubberud, 2013). Opplevelsen kan variere i stor grad fra en tid til en annen. Det kan variere mellom å føle håp og håpløshet, visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet (Stubberud, 2013; Moesmand & Kjøllestad, 2004).

3.7 Sykepleieteori

Travelbee (2001) fokuserer i sykepleiefaget på å utvikle et mellommenneskelig forhold, for å kunne hjelpe et menneske med å forebygge eller mestre erfaringen av å ha en sykdom eller lidelse. Samtidig legger hun vekt på å kunne finne mening i det man erfarer. Travelbee sin teori tar for seg hvordan man skal møte et annet menneske for å utvikle en kontakt, og for å kunne hjelpe pasienten (Travelbee, 2001). Vi synes hennes teori passet godt til hvordan vi som sykepleiere kan møte Carina, og hjelpe henne med å forebygge psykiske senskader etter å ha opplevd å få et hjerteinfarkt.

3.7.1 Et mellommenneskelig forhold i sykepleie

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001)

Travelbee (2001) legger stor vekt på å skape «Et menneske- til- menneske-forhold». Hovedhensikten med et «menneske- til- menneske-forhold» er at sykepleieren og pasienten skal lære hverandre å kjenne slik de er som mennesker, og ikke bak en profesjon som

sykepleier eller pasient. Travelbee mener at det er først når de to individene ser hverandre som mennesker at en ekte kontakt kan skapes mellom dem. Å utvikle et «menneske-til-menneske-forhold» er dermed hensiktsmessig for at sykepleieren skal klare å utføre sine mål og hensikter, som er å hjelpe mennesker med å både forebygge og å kunne mestre sykdom eller lidelse (Travelbee, 2001).

«Menneske-til-menneske forholdet» utvikler seg gjennom en prosess, som har fire faser. Det innebærer innledede møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001).

3.7.2 Det innledede møtet

Det innledede møtet er når sykepleieren møter pasienten for første gang. Når man møter et menneske for første gang vil begge parter få et førsteinntrykk av hverandre. Både sykepleier og pasienten vil observere hverandre, og dermed anta og gjøre seg noen meninger om personen man møter.

Sykepleieprosessens første punkt er observasjon. Det å observere og å gjøre antagelser er svært viktig i forhold til å danne seg et grunnlag for å kunne gjøre en beslutning. Når man observerer den andre så kan man se, og gjøre seg en oppfatning av den andre personen. De tankene og følelser som utløses i denne situasjonen, kan være avgjørende for hvordan man reagerer overfor den andre. Observasjon, antagelser og verdidommer sammen danner et grunnlag for interaksjonen som utvikles.

Når sykepleieren og pasienten møter hverandre for første gang, så vil pasienten automatisk se på sykepleieren som en sykepleier, og det samme gjelder sykepleieren. Sykepleieren vil også se på pasienten som en pasient. Partene har ingen kjennskap til hverandre, så de vil dermed se hverandre som stereotyper, altså at de kategoriseres i grupper. Det å se hverandre som menneske blir derfor vanskelig. Etter hvert som pasienten og sykepleieren lærer hverandre å kjenne, vil disse kategoriene bli mer og mer borte, og man kan begynne å se hverandre som et fullt og helt menneske.

For at sykepleieren skal kunne klare å se pasienten som et menneske, så må man skape en interesse for dem. Dermed må sykepleier må gå bevisst inn for å se hvert enkelt menneske. Det er først når sykepleieren klarer å se pasienten som et menneske, og at pasienten i den forbindelse vil respondere tilbake til sykepleieren, at de to partenes identitet begynner og tre frem, og «menneske til menneske forholdet» kan gå videre i prosessen (Travelbee, 2001).

3.7.3 Framvekst av identitet

Denne fasen omhandler hvilken evne sykepleieren og pasienten har til å se hverandre som menneske, og på dette grunnlag skape en tilknytning til hverandre.

For å klare dette, så innebærer det å bruke seg selv for å klare å se og oppfatte det andre mennesket. Når man har kommet inn i denne fasen, så oppfattes menneskene i mindre grad som kategorier, og hvordan partene er som mennesker fremheves.

I denne fasen vil man utveksle tanker og følelser, og dermed få et bilde av den andres personlighet. Sykepleieren får innblikk i hva pasienten føler, hvordan den tenker, og hvordan den oppfatter situasjonen man er i. Pasienten får nå et innblikk i sykepleieren som et menneske, og ikke bak en kategori som sykepleier. Det skjer en tilknytning mellom pasienten og sykepleieren, samtidig som identiteten til hver part vokser frem, og erkjennes som unike (Travelbee, 2001)

3.7.4 Empati

Empati vil si å klare å sette seg inn i pasientens situasjon, og klare å forstå deres innerste opplevelse av situasjonen man er i. Sykepleieren vil dermed klare å forstå hva vedkommende tenker og føler i situasjonen man befinner seg i der og da. Empati innebærer at sykepleieren skal ta del i pasientens følelser og tanker, men ikke i den grad at man direkte føler og tenker som den som er syk. Når man er empatisk ovenfor en annen person vil en oppleve en nærhet og tilknytning til den andre personen, men uten å direkte føle og tenke eksakt som pasienten, og dermed blir empati en opplevelse av å kunne forstå hva vedkommende tenker og føler. Når man har kontakt og klarer forstå hvordan den andre personen opplever situasjonen, så kan det resultere i at man kan forutsi den andres atferd (Travelbee, 2001)

3.7.5 Sympati og medfølelse

Sympati og medfølelse skjer når pasienten påvirker oss personlig, og vi dermed føler med pasienten. Det å utvikle sympati påvirker oss slik at vi har lyst til å gjøre noe for å hjelpe pasienten med å takle sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

Når sykepleieren kommuniserer med den syke pasienten, så vil man kommunisere på en måte som viser at pasienten betyr noe for sykepleieren og at man ønsker å hjelpe pasienten slik akkurat den pasienten er som menneske. Gjennom kommunikasjon vil man vise at man har

sympati og medfølelse for pasienten. Denne kommunikasjonen vil skje både gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon. For eksempel kan man vise medfølelse gjennom ansiktsuttrykk, å vise blikk, bevegelse, og ikke minst hvordan sykepleieren hjelper pasienten. Å vise sympati og medfølelse kan ha innvirkning på både fysiologiske og psykologiske prosesser hos den syke. Om pasienten opplever medfølelse og sympati, så vil pasienten lettere klare å ta opp en kamp mot sykdommen, og gi viljestyrke (Travelbee, 2001).

3.7.6 Gjensidig forståelse og kontakt

Etter at sykepleier og pasient sammen har vært gjennom de fire foregående fasene vil de kunne oppnå en form for gjensidig forståelse og kontakt. Dette innebærer at man på tross av å være to forskjellige, adskilte mennesker, har man sammen gjort seg erfaringer som er viktige og betydningsfulle for begge parter. Det er når man har oppnådd en slik gjensidig forståelse og kontakt at sykepleier og pasient ikke lenger relaterer til hverandre som “sykepleier” eller “pasient”, men at man opplever og verdsetter hverandre som individer, menneske til menneske (Travelbee, 2001).

3.8 Kommunikasjon

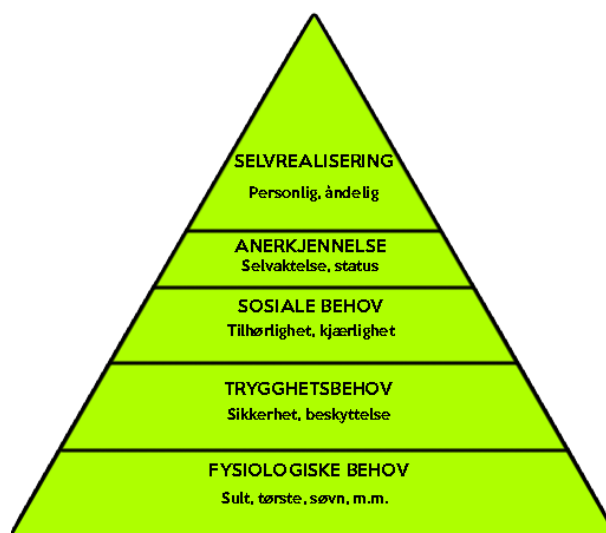
Selve begrepet kommunikasjon innebærer det man kan utveksle mellom en eller flere personer (Travelbee, 2001 & Eide & Eide, 2007). Mennesker kommuniserer gjennom samtaler, men også på andre måter som å for eksempel skrive til hverandre. Mennesker kommuniserer med hverandre både gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon, og det som en person overfører må dermed tolkes hos den andre personen (Eide & Eide, 2007). Verbal kommunikasjon er kommunikasjon som forekommer ved bruk av setninger, ord og lyder. Nonverbal kommunikasjon er det som overføres ved kroppsspråk, som for eksempel ansiktsuttrykk og berøring. Den verbale og non-verbale kommunikasjonen er ofte sammensatt, altså at de bygger oppom hverandre (Travelbee, 2001 & Eide & Eide, 2007) Når man overfører noe til en annen, så må det tolkes. Hva som sendes og hva som tolkes kan spille en viktig rolle i forhold til hvordan personer opplever å bli møtt. Dette kan resultere i at de føler en nærhet eller avstand, tillitt eller mistillit, samarbeid eller en konflikt. Mennesker er forskjellige, og kan dermed også reagere forskjellig på signaler som man sender, og dermed vet man ikke riktig hvordan ting blir tolket hos mottakeren (Eide & Eide, 2007).

Kommunikasjon skjer hver gang pasienten og sykepleieren har kontakt med hverandre, selv om de holder en samtale eller ikke. Når det er stillhet mellom dem, så er det den non-verbale kommunikasjonen som kommer til syne, som kan gi uttrykk i følelser og inntrykk (Travelbee, 2001). Ifølge Travelbee (2001) så lærer pasienten og sykepleieren hverandre å kjenne for hver gang de har kontakt, og dermed kan utvikle et «menneske til menneske forhold».

Aktiv lytting vil si både bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon. Når man stiller spørsmål til den andre personen, så kan dette virke på en måte, som får den andre til å ville snakke. Dette er bruk av verbal kommunikasjon. Øyekontakt med en annen person eller berøring er dermed eksempler på hvordan non-verbale kommunikasjon kan brukes (Eide & Eide, 2007).

3.9 Grunnleggende behov

Mennesker har en rekke grunnleggende behov som må dekkes for at vi skal oppleve god livskvalitet, både fysisk, psykisk sosialt og åndelig (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Disse grunnleggende behovene blir i forskjellig grad og med forskjellig tilnærming omtalt av flere anerkjente sykepleieteoretikere, som igjen i stor grad baserer seg på Abraham Maslows behovsteorier (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Disse behovsteoriene kan oppsummeres i det som kalles Maslows behovspyramide, som illustrerer hvordan menneskets grunnleggende behov er bygget opp;



(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

3.10 Psykososiale behov

De psykososiale behov innebærer menneskets psyke. Det vil dermed si menneskers mentale side og det som innebærer menneskets sjeloliv. Når man blir syk, så vil de psykososiale behov si hvordan pasienten opplever det å være syk (Stubberud, 2013).

De psykososiale behov omhandler personens emosjonell side, men også en rasjonell side. Den emosjonelle siden vil si hvordan forhold pasienten opplever å ha til seg selv, til sin historie og omgivelsene rundt seg. Dette innebærer sykdomsfølelse og hvordan det oppleves å være pasient, og gir uttrykk i sinnsstemning, reaksjoner og følelser (Stubberud, 2013).

Den rasjonelle delen handler om hvilket behov pasienten har for et fellesskap og å holde kontakt med andre mennesker. Pasienten har behov for å ha relasjon med mennesker, noe som innebærer både oss som sykepleiere og pårørende. Dermed et behov for sosial kontakt og støtte (Stubberud, 2013).

De fysiske og psykiske behovene som et menneske har vil påvirke hverandre i begge retninger. Det fysiske og det psykiske vil utgjøre en helhet av et menneske. Om pasienten opplever å bli rammet av somatisk sykdom, så vil dette påvirke den psykiske delen av menneske, og om man er utsatt for psykisk belastning vil det påvirke de fysiske funksjonene. For eksempel så kan en pasient som opplever å bli rammet av akutt hjertesykdom oppleve at det påvirker de psykososiale behov, og om en pasient opplever psykisk belastning over tid, så vil dette kunne føre til fysiologisk sykdom, som for eksempel hjertesykdom (Stubberud, 2013). Det er derfor viktig at disse pasientene får dekt sine grunnleggende behov (Stubberud, 2013).

3.11 Krisereaksjoner

Krisereaksjoner deles inn i fire faser. Denne faseinndelingen kan være et hjelpemiddel for å forstå hvordan pasienter reagerer i krisesituasjoner og for å forstå hvilke behov pasienten har. Den første fasen i krisereaksjoner kalles sjokkfasen, deretter følger reaksjonsfase, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen (Eide & Eide, 2007).

3.11.1 Sjokkfasen

I sjokkfasen har personen veldig vanskelig for å ta innover seg situasjon og hva som har skjedd (Cullberg, 1994), og det er ikke alltid enkelt å se om vedkommende befinner seg i en sjokkfase (Eide & Eide, 2007). I sjokkfasen holder personen virkeligheten fra seg, og utenfra kan personen se upåvirket ut, mens det på innsiden står det mange følelser i spill (Cullberg, 1994). I en sjokkfase kan observere at pasienten virker fjern og kan fortelle om endrede sanseopplevelser. For eksempel kan pasienten fortelle at alt man opplever at ting går i sakte film og at alt oppleves uvirkelig, og som noe man har drømt (Eide & Eide, 2007). I denne sjokkfasen kan også merkelig atferd komme til syne. For eksempel kan personen begynne å skrike, si en setning flere ganger, snakke om fullstendige likegyldige ting, ligge lydløs og urørlig eller å rive opp sine egne klær. Man kan også ha vanskeligheter med å huske og oppfatte informasjon i denne sjokkfasen, og dermed er det viktig at de som skal gi informasjon kjenner til dette (Cullberg, 1994). Det kan være vanskelig å få kontakt med sine følelser, og vurderingsevne og tankeevne er ofte nedsatt. (Eide & Eide, 2007).

I noen tilfeller kan også legge merke til fysiologiske prosesser. Man kan legge merke til at pasienten er urolig, kan ha skjjelvinger, blekhet og svette (Eide & Eide, 2007). Det å benekte det som har skjedd er ikke uvanlig i en krise. For eksempel kan en pasient som har blitt rammet av hjerteinfarkt bagatellisere smertene, uten å faktisk klare å forstå hva som har skjedd (Eide & Eide, 2007). Å løse problemer er veldig problematisk i denne fasen, og pasienten har derfor behov for praktisk hjelp og omsorg (Eide & Eide, 2007).

3.11.2 Reaksjonsfasen

Til sammen utgjør både sjokkfasen og reaksjonsfasen det man kaller for krisens akutte fase (Cullberg, 1994). Reaksjonsfasen kommer til syne når pasienten forstår det som har skjedd eller hva som kommer til å skje, og begynner å ta det til seg (Cullberg, 1994, Eide & Eide, 2007). Når man har forstått situasjonen og tatt dette innover seg, så vil dette skape følelsesmessige reaksjoner. Pasienten kan oppleve å få for seg bilder, tanker og mange følelser kommer på en gang. Det kan bli mye å ta til seg. Om pasienten har vært utsatt for en alvorlig ulykke, så kan pasienten oppleve angst, uro, anspenhet, søvnproblemer, mareritt, og emosjonell labilitet. Noen kan reagere med å bli irritable og oppfarende, mens andre derimot kan føle en skam og skyldfølelse. Enkelte kan reagere med depresjon og kan velge å isolere seg fra et sosialt fellesskap (Sund i Eide & Eide, 2007). Den som har blitt rammet av en krise

vil ofte forsøke å finne en mening i det som har skjedd. Man kan ofte stille spørsmål om «hvorfors?» og «Hvorfor dette skjedde akkurat meg?» (Cullberg, 1994).

Hvor lang tid det tar før en reaksjonsfase kommer til uttrykk kan variere i stor grad. Dersom en person har vært i en situasjon der det har vært faretruende for å miste livet, eller stått i fare for å miste noen som har stått en nær, så vil følelsen av uvirkelighet sitte i lenge og det kan ta tid før reaksjonene kommer til syne (Dyregrov i Eide & Eide, 2007). Personer som får beskjed om en alvorlig diagnose opplever ofte tiden fra de fikk beskjeden til behandling settes i gang som svært vanskelig. Om dette tar lang tid, så kan både sjokk og reaksjonsfase forlenge seg, av den grunn at tanken om å kunne dø blir hengende over pasienten. Dette kan gi en større følelse av å være maktesløs og hjelpeløs. De psykiske påkjenningene og de følelsesmessige reaksjonene vil bli sterkere jo alvorligere sykdommen er. Det er viktig at vi som sykepleiere kan møte disse reaksjonene med en åpen og lyttende holdning (Eide & Eide, 2007).

3.12 Å hjelpe den kriserammede

Når en krise har kommet til syne er det viktig at man klarer å lindre dette best mulig, samt at personen skal klare å oppleve en selvstendig fungering. Det er også veldig viktig at vi som sykepleiere klarer å forbygge for psykiske senskader som kan forekomme, som for eksempel posttraumatisk stresslidelse (Hummelvoll, 2012). Det er viktig å kunne hjelpe den kriserammede så fort som mulig den tiden man har den om hender (Hummelvoll, 2012), på grunn av at om personen kommer ut av krisesituasjonen med depresjon, angst eller sosial isolering, jo vanskeligere blir det å hjelpe personen i tiden som kommer (Hummelvoll, 2012).

3.12.1 Ha mennesker rundt seg

Når en person har kommet i en situasjon som har resultert seg i å bli en krise, så er det viktig at personen har noen rundt seg som man kan dele opplevelsen med, både i form av tanker og følelser. Det er svært viktig å klare å kommunisere godt med personen som har kommet i krise, siden det kan hjelpe personen med bearbeidelse og mestring i den situasjonen man nå befinner seg i (Ong mfl, Holen & Weisæth, i Eide & Eide, 2007).

3.12.2 Være medmenneskelig

Det å vise medmenneskelighet er først og fremst viktig når man skal hjelpe en kriserammet person. Dette innebærer at sykepleieren må være til stede, og ha en støttende og lyttende holdning. Om man utfører dette kan det resultere i at pasienten kan åpne seg mer og mer (Eide & Eide, 2007). Om sykepleieren aksepterer pasienten slik den er, viser en varme og en omsorg, så kan dette føre til at pasienten opplever støtte fra sykepleieren (Hummelvoll, 2012)

3.12.3 Avreagering

Når en person har kommet opp i en vanskelig situasjon, som har ført til en krise, så sitter man med tunge og vonde følelser. Det er nødvendig at man får tømt seg for disse følelsene. Dette kalles altså å avreagere. Sykepleieren kan dermed være til hjelp, så pasienten kan få sette ord på hva man føler oppi den vanskelige situasjonen. Det kan føre til at pasienten kan lette på alle følelsene som står i spill, og så pasienten lettere klarer å se realiteten i situasjonen. Det at pasienten kan klare å åpne seg og snakke om hva man føler, kan gjøre så pasienten oppnår å få krefter til veien videre. Noen har også behov for å gå igjennom situasjonen som har skjedd flere ganger, for å lære seg å godta det som har skjedd (Hummelvoll, 2012). I noen tilfeller kan det være lurt å få frem tanker i stedet for følelser, når disse følelsene er så sterke at de kan være for belastende, som sinne og aggresjon (Hummelvoll, 2012).

Når en pasient avreagerer så kommer man tett innpå personen, og det kan i noen tilfeller bli vanskelig for sykepleieren å ta disse følelsene innover seg. Det er viktig at sykepleieren viser forståelse ovenfor pasienten, og ikke setter opp en «mur» ovenfor pasientens følelser. Sykepleieren må ha ferdigheter til å lytte, forstå og være til stede i forhold til hva pasienten vil snakke om. Det viktigste er at pasienten føler seg godtatt, og at sykepleieren viser en forståelse ovenfor pasienten (Eide & Eide, 2007).

3.12.4 Kognitiv kontroll

Når man blir lagt inn på sykehus, så kan det oppstå forvirring og resultere i at pasienten bli utrygg på grunn av at man befinner seg i andre omgivelser enn det man er vant til (Eide & Eide, 2007). For å unngå at pasienten blir utrygg, så er det svært viktig at sykepleieren gir god informasjon til den syke. Dette kan styrke følelsen av å være trygg og vite hva som kommer til å skje, og dermed få en bedre kontroll over situasjonen (Eide & Eide, 2007).

Når sykepleieren skal gi informasjon, undervise eller veilede pasienten, så er det viktig at man tar hensyn til at pasienten kan befinne seg i en reaksjonsfase. Dette innebærer at pasienten kan ha vanskeligheter med å holde seg konsentrert, og dermed kan også evnen til å motta informasjon være svekket (Eide & Eide, 2007).

Det kan også være lurt for pasienten å møte andre som har vært i samme situasjon, så man kan se likheter med andre og forstår at man ikke står alene (Eide & Eide, 2007).

3.12.5 Emosjonell kontroll

Alvorlig sykdom eller skade kan bringe med seg et hav av følelser, og man kan få vanskeligheter med å få fatt på disse følelsene. Sykdom og skade kan bringe med seg følelser som smerte, angst, forvirring og fortvilelse. Det er viktig at sykepleieren klarer å lytte til pasienten, er trøstende, støtter, viser omsorg og gir den informasjonen den har behov for. Dette kan medføre at pasienten opplever å få en emosjonell kontroll og kan oppleve å mestre situasjonen. For at pasienten skal klare å komme seg over i neste fase, som er bearbeidelsesfasen, så er viktig å slippe til både tanker, følelser og reaksjoner. Dette vil gjøre at situasjonen blir lettere for pasienten rent emosjonelt og kan gi resultater i behandlingen videre (Eide & Eide, 2007).

3.13 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en metode som benyttes i sykepleien for å klare å finne løsninger ovenfor de problemene man måtte møte. Denne prosessen kan deles inn i to deler, altså en kommunikasjonsprosess og en prosess som tar for seg å løse problemer (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) skriver at sykepleieprosessen tar for seg punktene datasamling, identifisere problemer, velge ut og gjennomføre tiltak og evaluerer disse tiltakene.

Vi må klare å forstå hvordan pasienten opplever sin egen situasjon, hva som er problematisk og hvordan sykepleieren kan møte pasienten og problemområdet. For å finne en løsning på problemområdet, så er det viktig at sykepleieren ser det fra pasientens side, og dermed sammen finne løsninger og se sammen hva det kan resultere i. Med en slik tilnærming kan det oppstå et samarbeid mellom pasient og sykepleier, og bli til et fellesskap (Hummelvoll, 2012)

Den problemløsende delen av sykepleieprosessen består av flere deler som bygger på hverandre, men i denne prosessen kan man også oppleve å måtte ta steg tilbake, for eksempel

om det forekommer ny informasjon under prosessen. Den første delen av prosessen handler om å innhente data, altså å gjøre en datasamling. I forhold til den informasjonen som blir samlet, så kan sykepleieren gjøre seg noen tanker om hva problemområdet til pasienten er. Når man har fått klarhet i hva problemområdet handler om, så kan sykepleieren gjøre seg tanker rundt hva som kan være aktuelle mål og hvilke tiltak som må iverksettes for at pasienten skal klare å nå disse målene. Etter en tid gjør man seg til slutt en evaluering, for å dermed se om tiltakene har resultert i at mål har blitt nådd. Om disse målene ikke er nådd, så må man gå tilbake i prosessen for å iverksette nye tiltak (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

3.14 Overvåking

Når pasienten har svikt i livsviktige funksjoner, som respirasjon og sirkulasjon, så må de overvåkes. Om de overvåkes hele tiden eller med jevnlig mellomrom kommer an på hvor alvorlig situasjonen er. Stubberud (2013) skriver at overvåking og identifisering av forandringer står i førstrekke, og at dette er grunnen for at de er innlagt på sykehus fremfor å kunne behandles hjemme. Videre beskriver Stubberud (2013) overvåking som å klare å observere, og dermed dokumentere forandringer i pasientens tilstand, å være tidlig oppmerksom på tegn som kan forutsi forverring i pasientens vitale funksjoner, å forutse problemer og evnen til å tenke fremover, å forutse pasientens behov for sykepleie, og vurdere pasientens ressurser for behandlingstiltak og hvilken effekt tiltakene har for pasienten. Å skulle overvåke en pasient innebærer at sykepleieren må være vaksom nærværende. Når man er nær pasienten på denne måten, så blir det naturlig enklere å forstå hva som er viktig og betyr noe for pasienten og dermed klare å gi støtte i den akutte kritiske situasjonen (Stubberud, 2013).

3.15 Lovverk og retningslinjer

Som sykepleier er ens utøvelse av yrket regulert av et sett med lover og retningslinjer som skal sikre en god kvalitet i pleien og omsorgen en yter for pasienter. Deriblant ICNs yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som er ment å fungere som det etiske fundamentet for all sykepleie, og sier noe om sykepleiers ansvar ovenfor profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidssted og samfunnet som helhet (NSF, 2011). Videre finnes det som nevnt lovverk som regulerer yrkesutøvelse, og disse er vi til enhver tid nødt til å

forholde oss til. Den aktuelle loven er her helsepersonelloven (1999), som blant annet omhandler krav til yrkesutøvelsen og forsvarlighet, taushetsplikt, dokumentasjonsplikt, vilkår for autorisasjon, informasjonsplikt ovenfor pasienter, m.m. I vår case og i denne oppgaven forholder vi oss til et scenario der vi er tenkt yrkesutøvere som en del av spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og helsearbeidere derunder er i tillegg til helsepersonelloven regulert av et eget lovverk spesifikt for spesialisthelsetjenesten i statlig regi, kalt spesialisthelsetjenesteloven (1999). I henhold til pasienters rettigheter i møte med helsevesenet og oss som yrkesutøvere finnes det også en lov som regulerer dette – pasient- og brukerrettighetsloven (1999), som skal bidra til pasienters rett til helse- og omsorgstjenester, informasjon om og innsyn i egen behandling, samtykke til helsehjelp, m.m.

4. Drøfting

I dette kapittelet vil vi trekke ut kunnskapen vi har funnet og gjort rede for gjennom oppgaven vår hittil, forsøke å se disse i sammenheng med hverandre og diskutere våre funn og utvalgte faglitteratur opp mot pasientcasen vi har tenkt oss. Slik vil vi forsøke å komme frem til et svar på problemstillingen vår; Hvordan kan vi som sykepleiere møte den akutt kritisk somatisk syke pasienten for å best mulig bidra til å forebygge utvikling av psykiske senskader?”

4.1 Kommunikasjon og sykepleieprosess

I teorikapittelet har vi skrevet om sykepleieprosessen. Det er en mellommenneskelig og en problemløsende prosess. Travelbee (2001) mener at sykepleieprosessen er den grunnleggende funksjonen som enhver sykepleier har, og dette gir grunnlag for å utføre interaksjon og kommunikasjon til pasienten. Den første delen i sykepleieprosessen er å observere pasienten og å samle inn data. Når vi møter Carina for første gang, så vil vi observere Carina og hun vil på samme måte observere oss. Dette er vårt første møte med Carina og her vil vi bli kjent med henne, og er starten på å utvikle «et menneske til menneske forhold». Når vi observerer Carina, så innebærer dette alt det vi kan se, høre, lukte, og dermed det vi kan ta imot med sansene våre (Travelbee, 2001). Når vi møter Carina på hjerterovervåking etter PCI behandling, kan vi se at Carina er motorisk urolig, er svært stresset og gråter mye. Hennes respirasjonsfrekvens øker og pulsen stiger.

For at vi skal få rede på hva Carina har behov for, så må vi samle inn data om hvordan hun klarer å ivareta sine grunnleggende behov, hvilke opplevelser Carina har i den situasjonen hun har kommet i, hvordan hun reagerer, samt observere hvordan hun mestrer situasjonen sin nå (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). I følge Maslows behovspyramide, så er det de fysiologiske funksjonene til mennesket som står i førsterekke, og de psykososiale behovene kommer i andre rekke. De psykiske og fysiologiske funksjonene kan også påvirke hverandre, på den måten at fysiologisk sykdom kan påvirke psyken til mennesker, og psykiske vansker kan påvirke menneskets fysiologiske funksjon (Krantz, McCeny, Rozanski, Valgum i Stubberud, 2013). Travelbee (2001) legger vekt på at vi som sykepleiere skal se hvert enkelt menneske som et fullt og helt individ, og sammen kunne hjelpe dem med å takle sykdommen og ivareta pasientens behov for sykepleie. Vi må dermed se Carina som en helhet. Travelbee (2001) fokuserer på at vi skal observere pasienten som et menneske som er syk, istedenfor å

fokusere på symptomene til pasienten. Når vi observerer Carina, så er det viktig at vi observerer både hennes fysiske funksjon, men også hvordan hun fungerer psykososialt, og se henne som den hun er som menneske (Travelbee, 2001).

Når vi skal utføre en datasamling i forhold til Carina, så må vi få innblikk i hennes opplevelser. Det er viktig at vi stiller spørsmål til Carina om hva hun virkelig føler og hvordan hun opplever å komme i denne situasjonen, og se hvilke reaksjoner hun viser. Det å observere i seg selv gir derimot ingen svar på hva pasienten tenker og føler (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Travelbee (2001) legger dermed vekt på at man skal observere den syke pasienten, og sammen med pasienten få en forståelse av hvordan den opplever sin situasjon.

For å få samlet god data, så kan vi holde en samtale med Carina. Vi ser ut fra våre sanser at Carina gråter og er urolig. Vi kan anta at hun er redd, men uten å vite dette sikkert siden det man tolker ofte kan bli tolket galt på grunn av at atferden hennes kan variere. Så i bunn og grunn ser vi bare at Carina gråter og er urolig, men det er bare henne selv som vet hva hun føler. For at vi skal få vite hva hun føler, så må Carina si det, og først slik kan vi få informasjon om hennes personlige opplevelse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). For at vi skal å oppnå en god datasamling, så innebærer dette at Carina opplever trygghet og får en opplevelse at vi virkelig bryr oss om henne. For at hun skal dele personlige opplysninger, så er det viktig at Carina opplever denne tryggheten. Om vi som sykepleiere derimot ikke tar oss tid til Carina, og kommunikasjonen er misvisende, kan Carina oppleve oss som truende og at vi ikke bryr oss om henne. Dette medfører at dataene som blir samlet ikke blir fullstendige og gode, det kan da bli vanskelig å kunne gjøre vurderinger av det man observerer. På en annen side, om Carinas tilstand etter PCI behandlingen er preget av smerter, kvalme eller andre ubehag, kan det bli vanskelig å utføre en grundig datasamling av henne, og vi må derfor fokusere på det vi må ha svar akkurat slik situasjonen er nå. Uansett hvordan samtalen skjer er det viktigste å skape en relasjon til Carina, der det er viktig å utvikle varighet, forståelse og empati (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011)

Travelbee (2001) mener at før man kan utvikle empati ovenfor den andre personen må Carina og vi først og fremst klare å verdsette hverandre som et unikt menneske. Dette innebærer at vi må se og oppfatte Carina, og bruke oss selv for å få til dette. Vi retter tanker og følelser mot Carina, for å motta informasjon om hennes personlighet, og vi blir dermed knyttet til

hverandre. Her begynner vi først og fremst å ta til oss hva Carina føler, tenker og hvordan hun selv opplever situasjonen. Carina vil begynne å oppfatte oss som mennesker, og mindre i den grad som sykepleiere, som en kategori. Dette gir et grunnlag for å kunne utvikle empati og forståelse ovenfor hverandre. Om vi derimot ikke er i stand til å oppfatte Carina som et unikt individ, så vil vi reagere ovenfor henne som at hun var en kategori og lik de pasientene vi har møtt tidligere. Om vi på en annen side også fokuserer på hva vi ville ha følt om vi var i hennes situasjon, så klarer vi ikke å få en forståelse av at alle mennesker er forskjellige. Den manglende evnen til å se Carina som den hun er kan gi problemer i intervensjonen og i utviklingen av et genuint forhold (Travelbee, 2001). Travelbee (2001) mener dermed at å se hverandre og anerkjenner hverandre som mennesker er viktig for å oppnå et tillitsfull kontakt og samarbeid. Etter å ha oppnådd å verdsette hverandre som unike individer, altså å se hverandre som hele mennesker, så kan man utvikle empati. Da klarer vi å forstå hva Carina føler. Vi vil dermed ta del i hennes følelser, men ikke i den grad at vi tenker og føler som henne, men heller får en forståelse av de følelsene hun sitter med. Videre kan vi også utvikle sympati ovenfor Carina, så hennes følelser berører oss og at vi oppriktig ønsker å hjelpe henne med å takle sykdommen, samt lindre hennes plager (Travelbee, 2001).

Dette arbeidet med å skape et tillitsfullt forhold mellom oss selv og Carina vil være vesentlig for det vi ønsker å gjøre i forhold til å bidra til forebygging av psykiske senskader i ettertid av sykdommen. Dette er også i tråd med hva Piredda et al. (2015) skriver om viktigheten av et godt forhold mellom pasient og sykepleier for å fremme bearbeiding av sykdomshendelser. Situasjonen Carina er i og de observasjonene vi gjør vil tyde på at hun er inne i en krisefase, og hvordan Carina videre vil klare å bearbeide denne krisen på en god måte kan avhenge mye av at vi får en god kommunikasjon mellom oss og henne (Eide & Eide, 2007).

God kommunikasjon i dette tilfellet kan eksempelvis være det å lytte aktivt til Carina, eller at hun føler seg trygg på å si tydelig fra til oss om praktiske ting hun trenger hjelp til, og at vi slik kan bidra til å skape en slags følelse av kontroll og mening i en situasjon der Carina midlertidig har mistet mye av kontrollen hun vanligvis ville ha (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 2001).

For å få til dette er det vesentlig at vi har klart å etablere et forhold mellom Carina og oss som sykepleiere som er preget av genuin tillit. Lykkes vi i å skape et slikt forhold, som igjen

legger grunnlaget for den gode kommunikasjonen, kan det være at vi slik legger til rette for at Carina også etter sykdommen lettere kan bearbeide krisen hun har opplevd, og slik kanskje også bidra til å forebygge psykiske plager i ettertid som følge av sykdommen.

4.2 Forebyggende observasjon og kartlegging

Som sykepleiere har vi ikke som oppgave å skulle stille noen diagnose eller synse i hvilke diagnoser Carina kanskje kan bli utsatt for i fremtiden. Å bidra til forebygging av sykdom eller nedsatt helse er derimot aktuelt for oss, og i vårt møte med Carina tenker vi at det kanskje er spesielt hensiktsmessig at vi er fokuserte på blant annet å forebygge eventuelle psykiske plager som kan komme som en belastning for henne i ettertid av hjerteinfarkt sitt. Grunnen til at vi tenker dette er at Carina på flere måter kan synes å disponere for psykiske senskader, og da kanskje spesielt posttraumatisk stresslidelse – hun er en relativt ung kvinne som har vært utsatt for en potensielt livstruende sykdomshendelse og har fra tidligere hatt problemer med angst, som alle er faktorer som kan øke risikoen for at Carina utvikler en posttraumatisk stresslidelse eller en depressiv lidelse i ettertid (Asimakopoulou & Madianos, 2015; Davydow et al., 2008).

Vi merker tydelig at Carina er redd, oppjaget og engstelig for egen situasjon. Det at hun opplever det å være innlagt i avdelingen vår med den sykdommen hun har fått som skremmende, eller om hun i ettertid skulle ha minner om det som en spesielt skremmende hendelse, er dette også ting som kan være med på å bidra til at hun blir psykisk syk, eller får store problemer med å bearbeide hendelsen i ettertid (Davydow et al., 2008). Dersom hun eksempelvis skulle ende opp med en posttraumatisk stresslidelse, en depressiv lidelse eller alvorlig angst som følge av hjerteinfarkt og den påfølgende sykehusinnleggelsen, vil dette alene kunne ha en kraftig innvirkning på hennes livskvalitet (Wade et al., 2012). Når vi i tillegg tar høyde for hvordan en posttraumatisk stresslidelse vil øke risikoen for en mengde potensielle sekundærlidelser, fysiske såvel som psykiske (Sareen, 2015), mener vi at det blir spesielt viktig for oss som sykepleiere å tenke på hvordan vi kan forebygge slike psykiske senskader i vårt møte med Carina, da følgene av å *ikke* tenke forebygging kan ha så alvorlige følger for hennes helse på sikt.

Noe som sannsynligvis ikke ville vært en spesiell aktuell bekymring for Carina til vanlig er også noe hun kan være utsatt for i situasjonen hun er i nå – det å utvikle et delirium (Stubberud, 2010). Forskningsartiklene vi har valgt oss ut i oppgaven vår er noe motstridende

i spørsmålet om hvorvidt det å være i et delirium når man er akutt kritisk syk er av betydning for hvorvidt man vil utvikle en posttraumatisk stresslidelse i etterkant. Davydow et al. (2008) spekulerer i hvorvidt det kan være en slik sammenheng. Wade et al. (2012) mener det er en sammenheng mellom akutte psykologiske reaksjoner i forbindelse med kritisk sykdom generelt og det å utvikle en posttraumatisk stresslidelse eller annen psykisk sykdom. Svenningsen et al. (2015) mener derimot at det ikke er noen tydelig sammenheng mellom et intensivdelirium og å utvikle en posttraumatisk stresslidelse, men påpeker en sammenheng mellom minner om å for eksempel ha hatt vrangforestillinger og plager med alvorlig angst i ettertid av å ha vært kritisk syk. Det vi tar med oss fra dette i forhold til vår egen tenkte situasjon er at et delirium eller annen kognitiv forstyrrelse alt i alt vil kunne bidra til store psykiske belastninger for Carina i fremtiden. Derfor føler vi at det å avdekke et mulig delirium eller andre kognitive forstyrrelser vil være vesentlig for oss dersom vi ønsker å bidra til å forebygge psykiske senskader som følge av hennes innleggelse i avdelingen vår.

For å kunne avdekke hvorvidt Carina er i et delirium, er akutt forvirret eller har annen kognitiv forstyrrelse, tenker vi at et kartleggingsverktøy som for eksempel CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) vil være hensiktsmessig. CAM-ICU er påpekt som et eksepsjonelt “treffsikkert” verktøy i forhold til å avdekke slike kognitive forstyrrelser (Ely et al., 2001), slik at man raskest mulig kan få igangsatt en behandling for eksempelvis delirium. Vi mener derfor at CAM-ICU, eller et lignende kartleggingsverktøy, vil være et viktig hjelpemiddel for oss som et ledd i å skulle forebygge psykiske plager i ettertid av sykehusinnleggelsen for Carina. Uten å ta slike kartleggingsverktøy til hjelp vil vår oppfatning av Carinas kognitive status bli ren “synsing” ifølge Sjøbø et al. (2012). På bakgrunn av dette tenker vi at slike kartleggingsverktøy vil være vesentlige når vi skal utøve sykepleie for Carina, da vi ved å la være kanskje øker risikoen for at hun utvikler psykiske senskader som følge av innleggelsen i sykehus.

4.3 Intensivdagbøker

Jones et al. (2010) beskriver hvordan de mener at å føre såkalte intensivdagbøker har en forebyggende effekt opp mot utvikling av posttraumatiske stresslidelser i etterkant av å overleve akutt kritisk sykdom. Dersom vi skulle gjort dette som et tiltak ville det innebære at vi som sykepleiere, samt eventuelt pårørende, ville skrevet i en dagbok for Carina i den perioden hun er innlagt hos oss. Der ville vi gjort realistisk rede for hennes tilstand, hva vi har

gjort og om mulig inkludert bilder, for at dagboken skal kunne være et verktøy i Carina for ettertiden – hun kan der bla tilbake og få «gjenfortalt» hvordan sykdomsforløpet hennes faktisk var. Tanken er at vi slik kanskje kan hjelpe henne til å unngå feilaktige minner om tiden da hun var syk, og at et reelt og konkret bilde av situasjonen kan hjelpe henne med å bearbeide hendelsen videre, og slik kanskje bidra til å forebygge unødig psykisk belastning og muligens utvikling av en posttraumatisk stresslidelse i ettertid (Jones et al., 2010). Vi ser at dette også er i tråd med det vi har trukket ut fra Hummelvoll (2012), der det beskrives hvordan noen har behov for å gjennomgå tunge hendelser flere ganger i ettertid for å klare å bearbeide det som har skjedd. Vi tenker at å få ført en såkalt intensivdagbok for Carina kan være svært hensiktsmessig med tanke på å få avreagert slik i ettertid, at hun kan ha den som et hjelpemiddel for å selv få klarhet i hva som faktisk har skjedd. Vi tenker også at en slik dagbok kan bli et slags supplement til prosessen vi snakker om for å skape den «gode kommunikasjonen» mellom oss og Carina (Eide & Eide, 2007), og at det er en form for kommunikasjon som følger henne videre i etterkant av sykdommen, som et verktøy fra oss for å videre bearbeide og å forebygge psykiske senskader. Å anvende slike dagbøker er kanskje noe uortodokst å anvende som en form for sykepleie til noen som er akutt kritisk syk, men vi tenker at slike kreative løsninger samsvarer godt med det Travelbee (2001) sier om en intellektuell og kreativ tilnærming til sykepleie, og at dette kanskje også kan være en form for å bruke seg selv terapeutisk. Travelbee (2001) snakker også om viktigheten av å gi den syke en følelse av å aktivt kunne ta tak i egen situasjon. Her tenker vi igjen at dette er i tråd med formålet en slik dagbok skal tjene, at Carina føler at hun ved hjelp av dette som verktøy selv kan begynne å bearbeide det som har skjedd.

5. Konklusjon

Vi har nå forsøkt å drøfte oss frem til et svar på problemstillingen vår; Hvordan kan vi som sykepleiere best møte den akutt kritisk somatisk syke pasienten for å best mulig bidra til å forebygge psykiske senskader?

Vi har tatt utgangspunkt i at vi skal forsøke å hjelpe Carina, som har hatt et akutt hjerteinfarkt, å forebygge utviklingen av en posttraumatisk stresslidelse, eller andre psykiske senskader, som følge av sykdommen og sykehusinnleggelsen. For å svare på dette har vi tatt utgangspunkt i faglitteratur, forskning og Joyce Travelbees (2001) teori om sykepleie.

Med utgangspunkt i Travelbees sykepleieteori har vi kommet frem til at vi først og fremst er nødt til å skape et tillitsfullt forhold mellom oss som sykepleiere og Carina som pasient. For å klare å etablere en slik relasjon har vi kommet frem til at vi må forsøke å møte Carina som menneske til menneske. Ved å ha en slik ærlig og «personlig» tilnærming til våre daglige møter med, observasjoner av og utøvelse av sykepleie til Carina vil vi kanskje klare å etablere en slik tillitt, noe som igjen legger grunnlaget for å få til en god kommunikasjon og legge til rette for at hun best mulig skal kunne bearbeide det som har hendt.

Videre har vi kommet frem til at en vesentlig oppgave for oss for å forebygge psykiske senskader som følge av Carinas sykdomshendelse, vil være å gjøre en nøye, fortløpende vurdering av hennes kognitive status, og eventuelt avdekke drastiske endringer av en kognitiv art, slik som delirium, slik at behandling kan iverksettes for dette. Vi har også kommet frem til at det å skrive en «intensivdagbok» for Carina kan være hensiktsmessig, ved at vi slik kan gi henne en realistisk representasjon av hvordan sykdomsforløpet hennes har vært. Vi har funnet ut at dette som tiltak kan bidra til at hun i mindre grad har feilaktige og unødig belastende minner om hvordan sykdomshendelsen opplevdes, og som sådan bidra til å forebygge psykiske senskader i ettertid av hennes akutte kritiske sykdom.

Vi føler selv at vi har kommet frem til noen interessante svar på vår problemstilling som kan være relevante for vår egen fremtidige utøvelse av sykepleiefaget. Vi ønsker avslutningsvis også å påpeke spørsmål som har reist seg i løpet av tiden vi har jobbet med denne oppgaven, som vi mener hadde vært spennende å søke svar på videre. Deriblant vedrørende de pårørende til den akutt kritisk syke – hvordan kan man som sykepleier best ivareta dem i slike situasjoner? Hvordan kan pårørende være en ressurs, eksempelvis i ettertiden av sykdomshendelsen, for å bidra til forebygging av psykiske senskader? Er de pårørende selv også utsatt for å få psykiske senskader av at sine nærmeste har vært alvorlig syke eller

skadede? En annen ting vi ikke har tatt for oss i vår litteraturstudiet er smerte i sammenheng med det å være alvorlig syk eller skadd – i hvilken grad har smerte og smertelindring en betydning for det å utvikle eller å kunne forebygge psykiske senskader som følge av sykdommen?

Vi mener også at temaet og problemstillingen vi har tatt for oss er noe det er hensiktsmessig å gjøre videre forskning på, da vi har sett at mye av forskningen vi har funnet direkte relatert til for eksempel posttraumatiske lidelser i sammenheng med akutt kritisk skade/sykdom i det sivile stort sett er fra de senere årene, og mye fremstår fortsatt som noe «spekulativt». Vi har også merket oss at posttraumatiske stresslidelser er svært lite omtalt i vår egen pensumlitteratur og er spente på om dette er noe det vil bli et økt fokus på i tiden fremover.

Litteraturliste

(*) Asimakopoulou, E. & Madianos, M. (2015). *Posttraumatic Stress Disorder After Discharge From Intensive Care Units in Greater Athens Area*. Lokalisert på <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d2bc2344-310c-40cd-81d8-2e84bf46537c%40sessionmgr115&vid=4&hid=110>

Antall sider: 10

Cullberg, J. (1994). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

(*) Davydow, D.S., Gifford, J.M., Desai, S.V., Needham, D.M. & Bienvenu, J. (2008). *Posttraumatic Stress Disorder in General Intensive Care Unit Survivors: A Systematic Review*. Lokalisert på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572638/pdf/nihms70149.pdf>

Antall sider: 21

Eide, H. & Eide T. (2007). *Kommunikasjon I relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

(*) Ekeberg, Ø. (2014). Akutt psykiatri. I J.E. Haugen (Red.), *Akuttmedisinsk sykepleie – utenfor sykehus* (3. utg., s. 223-242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: 20

(*) Ely, E.W., Inouye, S.K., Bernard, G.R., Gordon, S., Francis, J., May, L., ... & Dittus, R. (2001). *Delirium in Mechanically Ventilated Patients Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. Lokalisert på <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194422>

Antall sider: 8

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2016).

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

(*) Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., ... & Griffiths, R.D. (2010). *Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomized, controlled trial*. Lokalisert på <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc9260>

Antall sider: 10

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 2: Grunnleggende behov* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Lokalisert på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Kunnskapscenteret. (2015). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>

(*) Mikkelsen, M.E., Netzer, G., Iwashyna, T. (2015). *Post-intensive care syndrome (PICS)*. Lokalisert på <http://www.uptodate.com/contents/post-intensive-care-syndrome-pics>

Antall sider: 21

(*) Moesmand, A.M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: 288

Nicolaysen, G. & Holck, P. (Red.). (2013). *Kroppens funksjon og oppbygning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

(*) Piredda, M., Matarese, M., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Hammer, M.J. & De Marinis, M.G. (2015). *Adult Patients' Experiences of Nursing Care Dependence*. Lokalisert på <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f9aa09b-4a5c-476d-907f-116554527707%40sessionmgr4005&vid=5&hid=4112>

Antall sider: 11

(*) Sareen, J. (2015). *Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, and diagnosis*. Lokalisert på <http://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-and-diagnosis>

Antall sider: 12

(*) Sjøbø, B., Graverholt, G. & Jamtvedt, G. (2012). *Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten*. Lokalisert på <https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/documents/forsknings/1088965.pdf>

Antall sider: 11

Skårderud, F. Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2016).

(*) Stubberud, D.G. (Red.). (2013) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: 244

(*) Svenningsen, H., Egerod, I., Christensen, D., Tønnesen, E.K., Frydenberg, M. & Videbech, P. (2015). *Symptoms of Posttraumatic Stress after Intensive Care Delirium*.

Lokalisert på

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.hihm.no/pmc/articles/PMC4628708/pdf/BMRI2015-876947.pdf>

Antall sider: 9

(*) Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Antall sider: 288

(*) Wade, D.M., Howell, D.C., Weinman, J.A., Hardy, R.J., Mythen, M.G., Brewin, C.R., ... & Raine, R.A. (2012). *Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: a prospective cohort study*. Lokalisert på

<http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc11677>

Antall sider: 16

(*) Warland, H. & Howland, L. (2015). *Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement*. Lokalisert på

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=28533c33-2cba-46e2-8957-08fa2bbff5e7%40sessionmgr114&vid=7&hid=101>

Antall sider: 12

Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2011). *Sykdom og behandling* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 981

Vedlegg 1

PICO-skjema

P(opulation)	I(ntervention)	C(omparison)	O(utcome)
<ul style="list-style-type: none"> • Akutt sykdom • Posttraumatisk stresslidelse • Voksne • Psykiske stresslidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Relasjon (mellom sykepleier-pasient) • Intensivdagbøker 		
<ul style="list-style-type: none"> • Critical illness • Stress disorder, posttraumatic • Stress disorder, psychological • Adult • Survivors 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse-patient relations • Intensive care diaries 		

Vedlegg 2

Søkehistorikk

Rekkefølgen i oversikt over vår søkehistorikk samsvarer ikke nødvendigvis med rekkefølgen vi har funnet artiklene våre i.

Database: Oria Søkeord; (Critical illness) OG (stress disorder, posttraumatic)	Søkeresultat; <ul style="list-style-type: none"> • 127 treff • 1 lest • 0 anvendt
<hr/> Søkebegrensninger; <ul style="list-style-type: none"> • Publisert siste 5 år 	

Database: CINAHL Søkeord; (Critical illness) OR (survivors) OR (adult) OR (stress disorder, psychological) OR (stress disorder, posttraumatic)	Søkeresultat; <ul style="list-style-type: none"> • 71301 treff • 3 lest • 1 (2) anvendt
<hr/> Søkebegrensninger; <ul style="list-style-type: none"> • 2010-2016 • Full text available + abstract available • “CINAHL with full text” 	

Vi fant her en litteraturstudie; *“Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses’ Involvement”*.
 Vi har valgt å bruke denne litteraturstudien som teori. Videre har vi valgt ut en forskningsartikkel som er oppgitt som primærkilde i denne studien (kilde/fotnote nr. 3 i

artikkelen) som forskningsartikkel i vår egen oppgave; *“Investigating risk factors for psychological morbidity three months after intensive care: A prospective cohort study”*.

Vedlegg 2 (fortsettelse)

Søkehistorikk

<p>Database: CINAHL</p> <p>Søkeord; (Critical illness) AND (stress disorder, posttraumatic)</p> <hr/> <p>Søkebegrensninger;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Full text available + abstract available • 2010-2016 • Human • Peer reviewed 	<p>Søkeresultat;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 treff • 2 lest • 1 anvendt
<p>Anvendt; <i>“Posttraumatic Stress Disorder After Discharge From Intensive Care Units in Greater Athens Area”</i>.</p>	

<p>Database: Sykepleien.no</p> <p>Søkeord; (Akutt sykdom)</p> <hr/> <p>Søkebegrensninger;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forskningsartikkel • Fagfellevurdert 	<p>Søkeresultat;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 32 treff • 2 lest • 1 anvendt
<p>Anvendt; <i>“Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten”</i>.</p>	

Vedlegg 2 (fortsettelse)

Søkehistorikk

<p>Database: McMaster Plus (pyramidesøk via helsebiblioteket.no)</p> <p>Søkeord; (Stress disorder, posttraumatic) AND (critical illness)</p> <hr/> <p>Søkebegrensninger;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Database: Sykepleier • Kun sett i relevante treff under “oppslagsverk” 	<p>Søkeresultat;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 52 treff (I oppslagsverket UpToDate) • 2 lest • 2 (4) anvendt
<p>I oppslagsverket UpToDate fant vi oversiktsartikkelen; “<i>Post Intensive Care Syndrome (PICS)</i>”. Vi har benyttet denne som teori. Videre har vi valgt ut to forskningsartikler å bruke i vår egen oppgave fra denne oversiktsartikkelen (henholdsvis kilde/fotnote nr. 26 og nr. 114; “<i>Posttraumatic Stress in General Intensive Care Unit Survivors: A Systematic Review</i>”, og “<i>Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)</i>”).</p> <p>I oppslagsverket UpToDate fant vi også oversiktsartikkelen; “<i>Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, and diagnosis</i>”. Vi har benyttet denne som teori.</p>	

<p>Database: SweMed+</p> <p>Søkeord; (Critical illness) AND (stress disorder, posttraumatic)</p> <hr/> <p>Søkebegrensninger;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2010-2016 	<p>Søkeresultat;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 treff • 2 lest • 0 anvendt
--	---

Vedlegg 2 (fortsettelse)

Søkehistorikk

Database: PubMed Søkeord; (Critical illness) AND (stress disorder, posttraumatic)	Søkeresultat; <ul style="list-style-type: none"> • 48 treff • 2 lest • 1 anvendt
<hr/> Søkebegrensninger; <ul style="list-style-type: none"> • 2010-2016 • “Free full text” 	
Anvendt; <i>“Symptoms of Posttraumatic Stress after Intensive Care Delirium”</i>	

Database: PubMed Søkeord; (Intensive care diaries) AND (stress disorder, posttraumatic)	Søkeresultat; <ul style="list-style-type: none"> • 3 treff • 3 lest • 1 anvendt
<hr/> Søkebegrensninger; <ul style="list-style-type: none"> • 2010-2016 • “Free full text” 	
Anvendt; <i>“Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomized, controlled trial”</i> .	

Vedlegg 2 (fortsettelse)

Søkehistorikk

<p>Database: CINAHL</p> <p>Søkeord; (Nurse-patient relations)</p> <hr/> <p>Søkebegrensninger;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2010-2016 • Full text available + abstract available • Peer Reviewed • Human 	<p>Søkeresultat;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1786 treff • 2 lest • 1 anvendt
<p>Anvendt; “<i>Adult Patients’ Experiences of Nursing Care Dependence</i>”.</p>	